

**Gli *ATTI***

## Indice

Introduzione di Salvatore Cesario, p. 3

CAP. 1. SALVATORE CESARIO: Relazione introduttiva: “Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie”, p. 5.

CAP. 2. EMILIO FAVA: “Un po’ di metodo: la meta-meta-analisi di Luborsky e la riconferma del verdetto di Dodo”, p. 21.

CAP. 3. PAOLO MIGONE: Un po’ di storia: le psicoterapie empirically-supported”, p. 32.

CAP. 4. SAULO SIRIGATTI “Psychotherapy Process Q-Set di Jones e ricerche in corso”, p. 48.

CAP. 5. GIAMPAOLO LAI: “Il termine medio nella sopravvenienza dei risultati”, p. 61.

CAP. 6. VITTORIO CIGOLI: “Al di là delle differenze tra modelli. Linee di un programma di ricerca sulla psicoterapia di coppia”, p. 79.

CAP. 87. PIERNICOLA MARASCO: Sintesi del dibattito tra alcuni direttori di scuole di psicoterapia, p. 108.

## Breve presentazione

di

Salvatore Cesario

Poche parole per introdurre questi *Atti* che, per il momento, pubblichiamo in forma elettronica in questo sito e che, forse, in un secondo tempo, pubblicheremo in forma cartacea a cura della Regione Toscana.

Non posso non riconoscere che il convegno ha avuto un grande successo anche perché è accorso un pubblico numeroso – il Salone dei Cinquecento era stracolmo – ma, soprattutto, perché il dibattito è stato alto; vivace anche se sobrio.

Non si tratta di un mio parere isolato.

Introducendo i lavori ho ricordato a tutti i relatori, a quelli del mattino ma anche a quelli del primo pomeriggio, che l'attesa mia e della segreteria scientifica era che ciascuno rispondesse alla domanda: c'è stata una "svolta" nel campo delle ricerche sulla validazione o non c'è stata? E, se c'è stata, di che natura è stata; e ancora: nel caso che c'è stata, quali ne sono, eventualmente, le conseguenze?

Devo riconoscere che la quasi totalità dei relatori ha risposto molto francamente che questa "svolta" da me tanto sbandierata non gli sembrava proprio che ci fosse stata!

Personalmente ho preso doverosamente atto di questa risposta.

Anche se non riesco a credere che il risultato della meta-meta-analisi di Lester Luborsky e l'espansione a macchia d'olio a livello internazionale e nazionale del "movimento EST" non rappresenti una svolta.

Ma capisco che a molti, direi: a tutti, l'entrata in scena dei "personaggi" appena citati rappresenti delle novità anche clamorose ma non tali da costituire una "svolta".

Nell'intervento finale – quattro parole che ciascuno ha detto *in articulo mortis*, cioè, prima che i lavori si chiudessero – ho però sottolineato che era stato giusto, dopo gli avvenimenti richiamati,

- organizzare un momento di riflessione ad alto livello
- e consentire alla folta rappresentanza degli studenti di assistere a un dibattito chiaro, franco, tale da aiutarli a vedere dietro le

varie posizioni anche i vari volti; come a dire, le posizioni, le posture anche del corpo, le espressioni facciali. Le teorizzazioni, in fondo, si incarnano sempre in uomini che è bene conoscere e conoscere mentre discutono anche vivacemente tra loro.

Ringrazio i direttori delle Scuole per avere accettato la proposta di una collaborazione anche nel campo della ricerca con la parte del Dipartimento di Psicologia che è impegnata in questo settore; mi scuso con i Direttori che non ho incluso nella tavola rotonda per ragioni di economia (di tempo) e saluto tutti i miei colleghi e coloro che ci hanno fatto l'onore di venirci a “trovare” senza farsi impaurire dal *metaldetector* che, in fondo, abbiamo saputo *bypassare*.<sup>1</sup>

### **P.S.**

Concludendo questa *Introduzione* agli *Atti* che Aracne Ed. si prepara a pubblicare, passati ormai più di due anni da quando il congresso è avvenuto, sento il bisogno di una correzione di quanto proposto nel mio intervento sulla verifica del “pacchetto” delle tecniche (sempre nell'intervento, non in polemica con Giampaolo Lai ma a “completamento” della sua prassi).

Sento il bisogno, qui, di rendere a Giampaolo Lai una sorta di “onore delle armi”. In un articolo, ormai e giustamente famoso, *Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche*,<sup>2</sup> Drew Westen, coadiuvato da Kate Morrison e Heather Thompson-Brenner, utilizzando le stesse armi – cioè, gli stessi strumenti (per intenderci, egli non contesta assolutamente l'RCT = *Randomized Clinical Trials*) – dei promotori degli EST, arriva a delle conclusioni molto critiche rispetto a tutto il lavoro EST.

In particolare, cito da Westen: “Come suggeriamo in un'altra parte dell'articolo (vedi anche Bleuter, 2000),<sup>3</sup> che sarebbe forse

---

<sup>1</sup> Non abbiamo “uniformato” i vari sistemi di descrizione della bibliografia; ogni autore è, solitamente, molto affezionato a quello che, tra i tanti disponibili, ha finito con lo scegliere.

<sup>2</sup> L'originale è stato pubblicato nel 2004; nel 2005 in italiano, un'ottantina e più di pagine, su *Psicoterapia e Scienze Umane*, rivista co-diretta da Paolo Migone che è sicuramente l'ispiratore di questa traduzione, di cui lo ringrazio. Consiglio la lettura, in certi momenti impegnativa, in genere spassosissima, del testo integrale; a chi avesse voglia di arrivare subito al “nocciolo”, propongo una sorta di bignami fatto da Paolo Migone stesso ne *Il ruolo terapeutico*, n. 98, pp.103-114.

<sup>3</sup> *David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet*, “American Psychologist”, 55, pp. 997-1007.

meglio focalizzare la metodologia degli RCT sulla verifica sperimentale di interventi, di strategie di intervento e di processi di cambiamento anziché di trattamenti completi, e lavorare per verificare delle idee guida che promuovano la pratica di psicoterapie *orientate*, più che *validate, empiricamente* (*ibidem*, pp. 30-31; il corsivo è dell'autore).

L'“altra” parte dell'articolo la troviamo a pagina trentaquattro (in nota): “Occorre però che la ricerca si dia altre finalità, e cioè che gli RCT non siano utilizzati solo per validare pacchetti di trattamenti per la depressione ma anche per valutare strategie di intervento che possono risultare utili ai clinici, *in particolari frangenti*, con pazienti che presentano sintomi depressivi clinicamente significativi” (qui il corsivo è mio).

Infine, questo per dare l'idea della centralità, nell'articolo, di questa proposta,<sup>4</sup> la ritroviamo tale e quale nel *Riassunto*: “Infine [...], invece di validare ed esportare pacchetti di trattamenti,

---

<sup>4</sup> L'insistenza sul “motivo narrativo” è notevole; vedi “Possiamo utilizzare e fare migliore uso dei disegni sperimentali degli RCT *focalizzando la nostra attenzione sulle strategie di intervento e su i processi di cambiamento piuttosto che sulla validazione di interi pacchetti di trattamenti*, e concentrando gli interventi sui quei sintomi bersaglio suscettibili di venire modificati in un arco di tempo relativamente breve. *Là dove i disegni sperimentali degli RCT forniscono solo un'informazione limitata, dovremmo trarre vantaggio da una delle più grandi risorse a nostra disposizione, la pratica clinica, che può e dovrebbe servire da laboratorio naturale sia per generare che per verificare le nostre ipotesi*” (*ibidem*, p. 77; il corsivo è mio); “Anziché concentrare gli sforzi su pacchetti di trattamenti costruiti in laboratorio e destinati a essere ‘esportati nella pratica clinica’, basandoci sull'assunto che qualsiasi singolo RCT è in grado di rispondere a tutte le questioni clinicamente significative, faremmo meglio a riallineare i nostri obiettivi, passando dal voler dotare i clinici di minuziose istruzioni per il trattamento di sintomi o sindromi decontestualizzate, all'offrire loro *interventi testati empiricamente e teorie del cambiamento terapeutico empiricamente validate* che essi possano integrare in *trattamenti empiricamente orientati* (‘empirically informed rather than empirically validated’). Tale riallineamento richiederebbe certo un concetto assai differente della natura del lavoro clinico – nonché della relazione tra scienza e pratica clinica – di quello oggi diffuso nella nostra disciplina, dove ricercatori e clinici guardano spesso gli uni agli altri con sospetto e poca stima [...]. Richiederebbe anche come presupposto – ed è forse la cosa più importante – la presenza di specialisti capaci di decidere istruiti in modo clinicamente competente (anziché operatori paraprofessionali istruiti a seguire fedelmente un manuale validato): competenti cioè sia nel leggere e interpretare ciò che di saliente sulla ricerca di base e applicata offre la letteratura, sia nel leggere le persone – competenze, temiamo, non altamente correlate. Così come, allo stesso modo, temiamo che la formazione di clinici di questo tipo sia una prova non meno impegnativa del discutere e progettare i trattamenti da affidare alla loro guida (*ibidem*, p. 79; il corsivo è dell'autore).

suggerisce [l'articolo] di testare empiricamente strategie terapeutiche e teorie del cambiamento che i clinici possano integrare in terapie *informed empiricamente*" (*ibidem*, p. 80; il corsivo è dell'autore).

**Ebbene, non è questo che Giampaolo Lai fa da almeno una ventina d'anni?**

## Cap. I

### UNA SVOLTA NELLA VALIDAZIONE DEI RISULTATI E DEI PROCESSI DELLE PSICOTERAPIE<sup>5</sup>

di Salvatore Cesario

Dipartimento di Psicologia (Facoltà di Psicologia di Firenze)

#### a) *Un preambolo*

Questo convegno, intitolato *Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie*, ha – o vuole avere – due caratteristiche:

1. i colleghi che intervengono sono stati in anticipo informati del contenuto, di ciò che sarà al centro del dibattito; tale contenuto è contenuto in due volumi che sono stati loro inviati per tempo: 1) *Stelle fisse e costellazioni mobili. Il rapporto tra Empirically Supported Treatments e il Dizionario delle Tecniche Conversazionali* (a cura di Salvatore Cesario e Laura Filastò, Milano, Guerini Scientifica, 2002); 2) *Un “pacchetto” evidence-based di tecniche cognitivo-comportamentali sui generis* (di Salvatore Cesario, Chiara Fredianelli e Alessandro Remorini, Firenze University Press, 2003);
2. i colleghi sono d'accordo con me sullo scopo che il dibattito di oggi deve tentare di raggiungere: senza infingimenti – il che non comporta né la scortesia né, tanto meno, l'offesa –, scambiarsi le nostre opinioni in modo serrato, incalzante. Convinti, come siamo, che qualcosa di nuovo – forse una vera e propria svolta – ha fatto la sua comparsa sulla scena della ricerca sulla verifica dei risultati e dei processi delle psicoterapie, vogliamo capire quale nuovo tipo di ricerche d'ora in poi si imponga. Praticamente, che cosa dobbiamo fare (sto citando, forse impropriamente, un titolo famoso-famigerato: “Che fare?”),

---

<sup>5</sup> Questo è il testo dell'intervento introduttivo al convegno nazionale “Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie” tenutosi a Firenze il 17 maggio 2003; si tratta, in realtà, del testo messo a disposizione, già prima del convegno, all'indirizzo web [www.disfinzione.com](http://www.disfinzione.com) e, successivamente, presso lo stesso indirizzo, dentro gli “Atti” del convegno. Il relatore, al convegno, ha evidentemente presentato a braccio l'essenziale di questo intervento.

3. (detto tra parentesi: confessiamolo pure, uno scopo secondario l'abbiamo già raggiunto: dimostrare che un gruppo di ricerca sui problemi relativi al contenzioso esiste e opera da tempo a Firenze intorno all'Insegnamento di Psicologia Dinamica – abbiamo segnalato, nell'*Introduzione* al primo volumetto 13 lavori che, con quelli appena citati, fanno 16 –, in stretta collaborazione – daremo anche un cenno veloce alle caratteristiche di tale collaborazione – con l'*Accademia delle Tecniche Conversazionali* di Milano, e con il suo organo, la rivista *Tecniche Conversazionali*, entrambe dirette da Giampaolo Lai qui presente).

Quel che avevo da dire l'ho già detto insieme a coloro che hanno collaborato alla stesura dei due volumetti.

Oggi, cerco di sintetizzare al massimo la mia posizione; direi: le mie posizioni.

#### b) *L'approdo anti-“approccio”*

Uno degli approdi di molte nostre ricerche è stato, come dire, anti-approccio se per approccio si intende una costellazione fissa di processi (o di tecniche): psicoanalitica, cognitivistica ecc.

Anticipando alcune conclusioni – tra poco porteremo la sintesi di alcune ricerche ed alcune argomentazioni –, siamo arrivati ai seguenti approdi:

1. esistono dei processi che vengono chiamati comuni o aspecifici – quali la condivisione o la sintonia ecc. –; ebbene, secondo noi, se ne viene studiato il *modus operandi*, essi diventano specifici (abbiamo fatto un tentativo di studiare il processo della condivisione in *L'auto-aiuto psichiatrico*<sup>6</sup> e il processo della sintonia in *Un “pacchetto” di tecniche...* citato dopo fa. Peraltro, la ricerca presentata nel primo di questi due testi, ci ha dimostrato un aspetto inquietante dell'aspecificità: quella dell'ideatore-esecutore dell'intervento psicoterapeutico che, in quel caso, era un paziente psichiatrico);
2. esistono dei processi che vengono definiti specifici quali, ad esempio, il *transfert* o, meglio ancora, l'interpretazione del *transfert*, specifico per antonomasia della psicoanalisi. Abbiamo dimostrato che alcuni di questi processi, sempre se se ne studia il loro *modus operandi*, possono diventare aspecifici; ma

---

<sup>6</sup> Di Salvatore Cesario, Flavia Mariotti e Dimitri Sani, Milano, FrancoAngeli, 2001.

non nel senso in cui vengono solitamente definiti aspecifici i processi – cioè “comuni” a tutte le psicoterapie –, ma nel senso che non risultano più appartenere ad una costellazione fissa e a quella soltanto e, quindi, risultano utilizzabili da qualsiasi operatore: evidentemente in costellazioni mobili;

3. esistono una serie di processi che abbiamo definiti *sui generis*, che, cioè, risultano essere stati inventati dall'operatore – qui non c'è alcun dubbio: all'interno di costellazioni mobili o che, se non erano mobili, per il semplice fatto di avere ospitato processi *sui generis*, sono diventate mobili.<sup>7</sup> Tra tutti i processi *sui generis* nei quali ci siamo imbattuti, ricordiamo quello dello psicoterapeuta che, lavorando con un gruppo di uditori di voci, definisce il citofono al quale spesso lo chiama il suo supervisore, “la mia voce”; col passare del tempo “la mia voce” diventerà, per definizione degli uditori: “la nostra voce”!, bel risultato!<sup>8</sup>

Quest'ultimo approdo delle nostre ricerche è al massimo imbarazzante perché, come tutti sanno, le ricerche normalmente, proprio attraverso il ricorso all'uso di “manuali”, si organizzano contro il “sui generis” proprio perché considerano quest'ultimo un vero e proprio virus!

---

<sup>7</sup> Vedi *La verifica di una psicoterapia di un gruppo di uditori di voci* (di Salvatore Cesario, Donatella Miccinesi e Pino Pini, Milano, FrancoAngeli, 2001), *La verifica di una terapia dinamica sui generis* (di Chiara Barni e Salvatore Cesario, Roma, Borla, 2001) e, infine, *Un “pacchetto” evidence-based di tecniche cognitivo-comportamentali sui generis* (di Salvatore Cesario, Chiara Fredianelli e Alessandro Remorini, Firenze University Press, 2002).

<sup>8</sup> Geniale, la mossa *sui generis* dello psicoterapeuta, perché, ricorrendo ad essa, egli, scherzosamente, ha fatto suo il problema degli uditori di voci e ha segnalato la possibilità che udire le voci equivalga al dialogare o con l'altro o con le altre parti di noi (o con i nostri disidentifici). La genialità della “trovata” sta, più precisamente,

1. nel fare corrispondere, alla scissione dello schizofrenico (schizo = scindo e frene = mente), la scissione del gruppo: una parte di esso al di qua, un'altra al di là dello specchio;
2. nel collegare queste parti (del gruppo) scisse, tramite l'uso del citofono, da una voce che non perseguita ma che dialoga; che, perlomeno, non è intenzionata a perseguitare ma a dialogare;
3. dando l'esempio in questa direzione lo psichiatra fa “sua” la voce che parla da dietro lo specchio = la voce del “vicino” dell'appartamento contiguo (mi riferisco al delirio di uno dei pazienti); certe volte la fa “sua” nel senso che l'accoglie; certe volte la fa sua mettendola in discussione, certe volte la fa sua, paradossalmente, rifiutandola!, ma argomentando il rifiuto. (vedi *op. cit.*, pp. 70 segg.)

c) *Alcune ricerche*

Ma prima di affrontare questo ed altri problemi, citiamo sinteticamente le ricerche che ci hanno portato alla trasformazione di alcuni processi specifici in processi aspecifici (vedi sopra):

1. non ci soffermiamo a lungo sulle numerose ricerche che qui non citiamo neppure – rimandiamo al primo dei due volumetti – e che ci hanno portato alla conclusione che la “focalizzazione”, nota come tecnica o processo specifica/o dell’ipnosi, è, invece, un processo aspecifico in quanto, addirittura, ubiquo;<sup>9</sup>
2. ricordiamo più diffusamente la ricerca presentata in *Il transfert da Freud a Luborsky*,<sup>10</sup> In essa dimostriamo che il CCRT – *Score Conflictual Relationship Theme*<sup>11</sup> – di Lester Luborsky, metodo messo a punto per la verifica delle psicoanalisi – in particolare di quelle di Luborsky opportunamente manualizzate –, e basato sul monitoraggio del *transfert*, serve anche a verificare le terapie sistemiche che non prevedono il *transfert* tra i loro processi, né specifici né aspecifici. Ne è risultata un’inevitabile conseguenza: il *transfert*, dopo il trattamento luborskyano, non è più un processo specifico della psicoanalisi, ma è diventato un processo: aspecifico rispetto al *setting* psicoanalitico, quindi: disponibile all’uso di ogni operatore a prescindere dalla sua scuola di appartenenza, anche se specifico in quanto se ne conosce, dopo il lavoro di Luborsky, ancora meglio il *modus operandi*; abbiamo proposto di ribattezzarlo “copione” (alla Berne) o generalizzazione (il che comporterebbe, in chi vi ricorre, oltre a un errore psicologico-esistenziale, anche un errore logico);<sup>12</sup>

<sup>9</sup> In ogni caso segnaliamo il luogo in cui più diffusamente si tratta questo tema: *Il dialogo interiore di una paziente designata* (di Salvatore Cesario e Caterina Silvestri, Milano, Guerini Scientifica), 2002, pp. 120–124.

<sup>10</sup> Di Salvatore Cesario e Stefania Serritella, Roma, Borla, 2001.

<sup>11</sup> Il *lapsus* SCRT (**S**core Conflictual Relationship Theme) al posto di CCRT (**C**ore...) segnalatomi subito da Paolo Migone non è un *lapsus* freudiano; piuttosto un *lapsus*, come dire, alla Timpanaro; un *lapsus* non tanto di un amanuense, quanto di un suo quasi equivalente, del correttore di bozze. Non so come mai il correttore di bozze della Guerini abbia deciso di correggere il testo. Posso solo dire che, avendo scoperto, per una esperienza precedente, che Guerini correggeva – le altre case editrici, nella quasi totalità, non usano più il correttore di bozze –, e correggeva puntigliosamente e bene, sovraccarico del lavoro di quest’anno, ho dato l’OK senza riguardare il testo.

<sup>12</sup> È fondamentale ricordare – ma questo ce lo segnala già col suo titolo il volumetto citato, *Il transfert da Freud a Luborsky* – che il *transfert* di Freud, almeno questo è il mio parere, rimane intatto! Penso alle vicissitudini della

3. infine, nella ricerca presentata ne *Il dialogo interiore di una paziente designata*, ci è venuto incontro (*obviam ire*) un fenomeno che, se riverificato in altre ricerche, sarebbe gravido di molte conseguenze: fin dall'inizio della psicoterapia, la paziente designata dimostra di essere capace di un "dialogo interiore"; vedi, tra l'altro, la forte e inattesa "afferenza all'io" in alcune delle sequenze-chiave. L'assoluta non "afferenza all'io", nell'ambito dell'"analisi grammaticale", segnala un fenomeno a cui corrisponde il costrutto dell'"eclissi dell'io". In questo caso, ci siamo trovati in presenza del fenomeno, e quindi del costrutto, opposto, e l'abbiamo definito "forza dell'io" (dialogante). Appare autoevidente l'incompatibilità dell'attività – fin dall'inizio della psicoterapia – di un dialogo interiore del Paziente Designato con il ruolo e la funzione ch'egli è supposto svolgere all'interno del sistema.<sup>13</sup>

Mi sembra che sia comprensibile, dopo aver accumulato risultati come questi, tendere a non considerare più i vari "approcci" – intesi come costellazioni fisse di processi – come entità monolitiche, anzi!

#### d) *Due fatti nuovi*

---

*Wiederholung*, della ripetizione e del ritorno del rimosso, del *Wiederkehr des verdrängten*. Tra l'altro, si tratta di vicissitudini, non solo affascinanti, ma anche condivise, se non *de iure, de facto*, dagli psicoterapeuti meno sospetti. Ma non ci si può sottrarre al fatto che molti – penso solo a Martin Seligman che, nella *Prefazione di Capire il transfert* di Luborsky (1990, tr. it. Milano, Cortina, 1992, p. 8), parla addirittura di "scienza del transfert!" ("Con questo libro, è stata finalmente inaugurata una scienza del transfert") – considerano il CCRT come l'equivalente del *transfert*! A pensarci bene, esso, di fatto, lo è, almeno per coloro che, allo scopo di verificare i risultati delle psicoanalisi (e non solo), lo usano per monitorare il *transfert* mettendosi l'anima in pace rispetto al fatto che si tratta di un *transfert* ridotto all'osso, alla sua struttura essenziale: la "vischiosità" (il CCRT è, infatti, un ottimo test di vischiosità). In fondo, una ricerca scientifica quale quella di Luborsky, deve eliminare la gran parte delle variabili, scegliere quelle che può controllare e all'interno delle quali può sviluppare una tesi verificabile!

<sup>13</sup> In una ricerca ancora in corso finalizzata alla verifica di una terapia cognitivo-costruttivista, abbiamo avuto modo di rilevare come la tecnica per eccellenza del cognitivismo, quella dell'"esposizione", sia comune a tutte le psicoterapie; infatti, in ogni psicoterapia il paziente, non soltanto "espone" ciò che per lui fa problema, ma anche e soprattutto "si espone" al rischio di scoprire egli stesso delle novità su se medesimo, e, in contemporanea, "si espone" ad un *alter* che reagirà alla sua esposizione di sé in modi ch'egli non è in grado di prevedere.

Ma, prima di procedere, segnaliamo due fatti importanti che sono entrati sulla scena, prima internazionale, poi anche nazionale:

**A**

La meta-meta analisi di Luborsky<sup>14</sup> ha confermato alla grande il verdetto di Dodo: tutti gli approcci hanno la medesima efficacia.

La conseguenza che si è teso a ricavarne è stata la seguente: allora, responsabili dei risultati, sono i processi aspecifici.<sup>15</sup>

Domanda o obiezione:

1. perché non pensare all'efficacia, in vario modo, di tutti i processi?, di quelli aspecifici, di quelli specifici trasformabili in aspecifici (vedi sopra), di quelli *sui generis*?
2. Impegnandosi a studiare, di tutti e di ciascuno, il *modus operandi*?
3. Che è quello che, da anni, fa *Tecniche Conversazionali*: di volta in volta, ricava il *modus operandi* e la definizione delle tecniche incrociate dai vari resoconti tecnici mimetici.
4. Forse si potrebbe andare oltre e verificare il *modus operandi* di alcuni "pacchetti" di tecniche.

Ma su questo, torneremo più avanti.

(Tra parentesi, mi rivolgo soprattutto al prof. Emilio Fava: Giovanni di Girolamo, – che è stato invitato a questo convegno ma non ha potuto venire perché impegnato in un convegno internazionale concomitante –, in occasione del suo intervento al recente convegno di Psicologia Clinica, ha sostenuto, con grande convinzione e forza

1. che la meta-meta-ansalisi di Luborsky fa acqua da tutte le parti; proprio perché lo strumento stesso della meta-analisi fa acqua da tutte le parti (per quel che ho capito, a causa del fatto che assembla infinite ricerche non omologabili poiché ciascuna ha un impianto diverso dalle altre o dalla maggior parte di esse);

---

<sup>14</sup>L. Luborsky, R. Rosenthal, T.P., Andrusyna, J.S. Barman, J.T. Levitt, D.A. Seligman, e E.D. Krause, *The Dodo Bird Verdict is Alive and Well-mostly*, "Clinical Psychology. Science and practice", 9, 1, pp. 2-12.

<sup>15</sup> Vedi, tra gli altri, il commento, all'ultimo scritto di Luborsky, di B. Stanley Messer e Bruce E. Wampold, *Lets Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients*, "Clinical Psychology: Science and Practice", 9, 1, (*Commentaries*, pp. 13-34). Ma alla medesima conclusione è già arrivato lo stesso Luborsky nello scritto in questione come in altri precedenti; addirittura – per non citarne una lunga sfilza – S. Rosenzweig, nel 1936; il suo scritto, a cui Luborsky si riferisce come "capostipite" e da cui ha ricavato anche il riferimento a Dodo che al suo "verdetto", si intitola *Some implicit common factor in diverse methods of psychotherapy*, "American Journal of Orthopsychiatry", 6, pp. 412–415.

2. ha usato un argomento *ad hominem* o *ad personam* – di quelli che sono veri colpi bassi e che, quindi, non dovrebbero essere consentiti, neanche nel nostro dibattito odierno –, il seguente: la ricerca di Luborsky è viziata dal punto di vista da cui egli parte, quello psicoanalitico. Come a dire che a Luborsky, per motivi di bottega, “torna comodo” il verdetto di Dodo, quando, invece, le ricerche dimostrerebbero in modo inoppugnabile la maggiore efficacia dell’approccio cognitivo-comportamentale.<sup>16</sup>

### **B**

Il “movimento Est (*Empirically Supported Treatments*)” (altra definizione: trattamenti *evidence-based*). Interessante l’auto-definizione di “movimento; essa implica il riconoscimento del fatto che, accanto a delle finalità scientifiche, esistono finalità squisitamente politiche.

Interessantissima la rassegna, su questo movimento, di Diane Chambless e Thomas Ollendick, *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*, tradotto nell’ultimo numero di *Psicoterapia e Scienze Umane* (Anno XXXV – N. 3, 2001).<sup>17</sup>

Perché interessantissima? In larga parte rimando al primo dei due volumetti; qui ricordo il fatto che, su tutte le questioni – talora spinosissime – i Nostri assumono una posizione molto *soft*, tutto sommato critica, nel senso di suggerire l’opportunità di ulteriori approfondimenti attraverso altre ricerche. E questo anche a proposito di una questione spinosissima quante altre mai, quella dell’uso dei manuali (vedi *l’op. cit.*, pp. 17-18).

### e) La “combnazione” e i “pacchetti” di tecniche

Prima di procedere accenniamo, anche se solo di sfuggita, ad un problema, il seguente: se la meta-meta analisi di Luborsky – l’avvenimento **A** – spinge verso la considerazione egualitaria (nel senso di livellatrice verso il basso) di tutti gli approcci, il “movimento EST” – l’avvenimento **B** –, fa tutto il contrario; perlomeno, tende a fare tutto il contrario.

<sup>16</sup> L’intervento di G. de Girolamo – essendo solo un sunto – non contiene i materiali che vi ho citati (vedi *Evidence-based mental health: verso un nuovo modello di pratica clinica*, in IV Congresso Nazionale – Sezione di Psicologia Clinica, Riassunti delle comunicazioni, Bologna Ed. Nautilus, 2002, p. 146.

<sup>17</sup> La pubblicazione nell’*Annual Review of Psychology* (n. 52, pp. 685-716) è dello stesso anno.

Ma in un modo tutto particolare.

Infatti, se esaminiamo le tabelle in cui vengono segnalati gli EST più adeguati per ogni disturbo, scopriamo un fenomeno molto interessante: quello della proposta della “combinazione” di approcci (che, nella tabella 1, raggiunge il 28.57 %, nella tabella 2, il 15.76 %).

Ora – questo è un punto importante – nella “combinazione” (di approcci) perché

1. il singolo approccio cessa di essere monolitico;
2. va incontro ad una modificazione inevitabile;
3. perché quel che succede, ad opera di colui che utilizza la “combinazione”, è la costruzione di una costellazione mobile;
4. potremmo anche dire: di un “pacchetto” – su questo vedi, di nuovo, più avanti – di tecniche stralciate dai vari approcci;
5. in ogni caso, tutto questo avviene con buona pace della manualizzazione! Infatti, anche se i vari approcci sono stati manualizzati ai fini della loro validazione, all’interno della combinazione, e, soprattutto, a causa dell’arbitrarietà di colui – il singolo operatore di fronte al singolo disturbato (perché c’è differenza tra IL DISTURBO e I VARI DISTURBATI!) – che gestisce la combinazione, non c’è più manuale che tenga!

Di conseguenza, la differenza che faceva problema, tra l’approdo della meta-meta analisi di Luborsky e la pratica degli EST, tende a sfumare.

Ma veniamo ai “pacchetti” di tecniche. Di essi si parla in un testo a lungo commentato nel primo volumetto (vedi il capitoletto intitolato “Ultime di cronaca”) in cui viene commentato un testo, il seguente: *L’approccio evidence-based in psicoterapia. Protocolli di trattamento sperimentalmente validati*.<sup>18</sup>

Riprendiamo i vari accenni alla verifica del “pacchetto” di tecniche invece che della singola tecnica.

Personalmente, vedi il secondo dei due volumetti, ho riletto un resoconto tecnico mimetico di una psicoterapia sistemico-relazionale fatta da me stesso e

1. ho individuato – ma *ex-post* – un pacchetto di tecniche (terapia di coppia, intesa nella sua qualità di *setting*, a prescindere da ogni scelta di “approccio” + tecnica della messa all’ordine del giorno + tecnica della sdrammatizzazione + tecnica della proposta di un’equivalenza quasi indecente: facciamo la guerra = facciamo l’amore);

---

<sup>18</sup> 2001, tr. it., Milano, MacGraw–hill, 2002.

2. ho individuato anche il disturbo a combattere il quale tale “pacchetto” è stato, ma potrebbe anche riessere, utilizzato, che potremmo definire, in parole povere, cioè, senza ricorrere al *DSM*: disturbo misto: depressione + attacchi di angoscia + sociopatia nella coppia; e questo, adottando la lezione del “movimento EST.

Quale il valore di tale operazione? Il valore, se c'è, sta nel tentativo di costruire, paradossalmente, una manualizzazione ma *ex-post!*

f) *La manualizzazione impossibile*

Sicuramente una tale manualizzazione, anche se costituisce un passo avanti rispetto alla prassi di *Tecniche Conversazionali* perché:

1. non si limita ad individuare e descrivere il *modus operandi* di una singola tecnica
2. all'interno di un singola microsequenza
3. di una singola conversazione psicoterapeutica,
4. ma si impegna a individuare un pacchetto di tecniche
5. utilizzato per combattere un determinato disturbo all'interno di tutta una psicoterapia (sistemico-relazionale, evidentemente *sui generis*),

non costituisce una risposta al problema per risolvere il quale è stata inventata la manualizzazione.

Ma un fatto sorprendente va registrato nei vari testi che finora abbiamo citato, dal primo di Diane Chambless e Thomas Ollendick, fino all'ultimo citato ed elaborato nel secondo volumetto, sempre per la McGraw-Hill, di Adrian Wells, *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia* (1997, tr. it. 1999).

Qual è il fatto sorprendente? Il seguente: risulta evidente (rimando a tutti i rilievi fatti nell'*Introduzione* e nell'*incipit* della *Prima parte* del secondo volumetto; scelgo, tra i tre scritti, quest'ultimo come banco di prova)

1. che i pareri, del medesimo autore, a seconda del momento, sono discordi;
2. che, cioè, talvolta egli considera la “flessibilità” – dell'operatore il quale sceglie tra i processi ed, eventualmente, inventa i processi – necessaria ed efficace;
3. talaltra il contrario!

La questione non è di poco conto! Proprio perché la contraddizione in cui va a sbattere l'autore – Adrian Wells – non è

solo frutto della debolezza del suo ragionamento o della incoerenza delle sue posizioni, ma è nei fatti! In altre parole,

1. se è necessario avere a disposizione dei “pacchetti” fissi, invariati, sempre identici, utilizzabili sempre per intervenire sempre su un determinato disturbo;
2. dall'altra: 1) è anche augurabile che l'operatore “esperto” introduca qualcosa di innovativo!; 2) come è inevitabile che il disturbo, anche se in generale rimane invariato, inevitabilmente presenti delle sfaccettature nuove!

Il risultato è che

1. risulta estremamente difficile fare del lavoro *evidence-based!*;
2. o meglio, è possibile, addirittura necessario!;
3. ma non si può non tenere sempre conto del fatto che il terreno su cui ci si muove è estremamente infido; cioè, del fatto che le situazioni che si affrontano, così come – conseguentemente! – gli strumenti che si adottano, sono inevitabilmente mobili.<sup>19</sup>

In sintesi: che la manualizzazione è necessaria, ma, molto probabilmente, anche dannosa e irraggiungibile.

---

<sup>19</sup> A questo proposito, vedi, di Salvatore Cesario e Angela Turchi, *L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza. Verifica della psicoterapia di un DOC (Disturbo Ossessivo-Compulsivo)*. Questo lavoro, inizialmente si intitolava *Dalla mancanza di senso al senso di indegnità*; questo perché si preoccupava principalmente di indagare su un caso difficile, se non difficilissimo, impossibile!, di DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo) e, nel senso di indegnità, aveva trovato una tra le cause o motivazioni psicologiche più potenti del disturbo medesimo. Ha cambiato titolo – ma non sottotitolo – perché, ad un certo punto, è saltata agli occhi la stretta parentela del materiale trattato con proposte e spunti provenienti dall'area delle terapie – in generale, psicologiche, psichiatriche, ma anche mediche – definite “basate sull'evidenza”. Quindi è apparso chiaro che, almeno per certi versi, questo lavoro era un sviluppo degli ultimi lavori: *Stelle fisse... e Un “pacchetto” evidence-based...* È apparso chiaro il suo legame con l'area-*evidence-based* perché il sintomo *par excellence*

1. consisteva più o meno in questo: il Nostro aveva un “flash”, una “visione”, un “pensiero”; quindi dimenticava tutto! A quel punto, cominciava una ricerca del “contenuto” *flash*, della visione, del pensiero perduto; e la ricerca, vana, di esso assumeva un'*allure* ossessiva;
2. la complessità e l'impenetrabilità di questo sintomo, che sembra avere rivelato il suo senso, perlomeno ipotetico, solo quando sono state trascritte, lette, rilette e commentate tutte le sedute registrate e conservate nel corso di due anni di psicoterapia, parla molto chiaramente contro l'*evidence*, di qualsiasi tipo!

Il problema è quello di capire quale “pacchetto” di tecniche abbia condotto lo psicoterapeuta lungo il lavoro di due anni e lo abbia fatto approdare al risultato di una svolta drammatica verso la fuoriuscita dal tunnel! Una parola!

Con il che c'è da mettersi le mani nei capelli; speriamo che questo convegno ci fornisca qualche "zattera" (evidentemente, mi riferisco alla parabola platonica).

g) *La dialettica interna all'Accademia*

Prima di concludere.

Come anticipato, volevo precisare che la collaborazione con l'*Accademia* è stata sempre molto dialettica, e, proprio per questo, molto produttiva.

Per dimostrare che è stata dialettica – consideriamo auto-evidente che sia stata produttiva! – basterebbe citare alcuni contenziosi:

1. uno relativo all'utilizzabilità o meno anche della macrosequenza;<sup>20</sup>
2. un altro relativo al significato, alla portata della "restituzione";<sup>21</sup>
3. un altro relativo all'abduzione: Giampaolo Lai ha temuto che il ricorso all'abduzione facesse entrare dalla finestra l'interpretazione che era stata cacciata dalla porta. In un intervento su *Tecniche Relazionali*, Giampaolo proponeva la possibilità di una convivenza di "conversazionalismi disidentifici";<sup>22</sup>
4. un altro, tuttora in corso, sulla direttività-non direttività. In breve, la proposta dell'*Algoritmo delle conversazioni conversazionali*, mi sembra rappresentare un rischio di ritorno alla neutralità freudiana.<sup>23</sup>

<sup>20</sup> Vedi la mia ricerca *La potenza dell'immagine fascinatrice – appassionante, psicodemonica o simbolica – attraverso il tempo*, in *La verifica dei risultati in psicoterapia*, Roma, Borla, 1996, pp. 211-274.

<sup>21</sup> Vedi *Restituzione dei motivi narrativi = restituzione delle abduzioni*, in *op. cit.*, pp. 150-204.

<sup>22</sup> Vedi Giampaolo Lai conversa con Salvatore Cesario su "il ruolo del paziente nella verifica dei risultati", "Tecniche Conversazionali", 1998, pp. 108-111.

<sup>23</sup> Vedi, da una parte, di Giampaolo Lai e di Pierrette Lavanchy, *L'algoritmo delle conversazioni conversazionali*, 2002. (Inedito) e, degli stessi, *L'algoritmo sulle supervisioni conversazionali*, "Tecniche Conversazionali", 27, 2002, pp. 119-120. Dall'altra il mio, ancora in corso di stampa, *Tecnica e etica*, "Tecniche conversazionali", 2003. I miei scritti sull'argomento risalgono tutti al 1988; ne cito uno per tutti: *La prescrizione nella pratica analitica e nella terapia breve*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Alfani, Firenze, 1988, pp. 186-235. In *Tecniche conversazionali*, n. 28, 2002, p. 7, Giorgio Maffi, rievocando un dibattito sull'argomento avvenuto nel corso di un incontro fiorentino, al proposito dell'alternativa direttività-non direttività, da una parte parla di "due versanti di

Traggo spunto da quest'ultimo "contenzioso", per ricordare che, sempre in occasione del recente convegno di Psicologia Clinica (Rimini 13–14/9), Rimini), il prof. Sanavio ci ha dimostrato – come dire: dati alla mano – che non è per niente vero che gli "approcci" proliferino; sostanzialmente rivaleggiano solo due filoni, quello psicoanalitico e quello cognitivistico-comportamentale; anche perché, secondo lui e secondo l'*équipe* di ricercatori a cui egli fa riferimento, anche i sistemici dovrebbero essere fatti rientrare tra i cognitivistico-comportamentali (purtroppo queste affermazioni, con relativo materiale documentario, non sono ritrovabili in quelli che non sono gli *Atti* del convegno ma solo i *Riassunti* delle comunicazioni).<sup>24</sup>

Comunque, la cosa è quanto mai interessante.

Perché

1. da sempre si sono opposti, al di sopra dei vari "approcci" intesi come costellazioni di tecniche, due approcci di altro tipo, quello non direttivo e quello direttivo;
2. guarda il caso, il primo corrisponde al filone psicoanalitico (vedi la neutralità ecc.), il secondo a quello cognitivistico-comportamentale, includente anche quello sistemico;
3. ne consegue che la discussione al giorno d'oggi dovrebbe, se non spostarsi su questo terreno, almeno non ignorarlo;<sup>25</sup>
4. ne è segno il contenzioso che travaglia – forse è una parola un po' grossa – i membri della stessa *Accademia*.

Cito solo in fondo e di passata, l'ipotesi che nel primo volumetto occupa molto spazio; quella che il conversazionalismo sia diventato, col passare del tempo, un vero e proprio approccio. Deponevano a favore di questa tesi i numeri: su 96 "voci" del *Dizionario delle Tecniche Conversazionali*, 163 volte ricorrono espressioni equivalenti a "questa tecnica interseca quest'altra"; e questo poteva suggerire che nel *Dizionario* si fosse andato depositando, se non un nuovo "approccio" – parlo con il senno di adesso – una serie di "pacchetti" di tecniche che

---

una alternativa abbastanza secca", dall'altra sostiene che il "problema rimane aperto"!

<sup>24</sup> *Empirically Supported Psychological Treatments*, in IV Congresso Nazionale – Sezione di Psicologia Clinica, Riassunti delle comunicazioni, Bologna Ed. Nautilus, 2002: 142–143. Vedi, comunque, di Sanavio E. e Cornoldi C., *Psicologia clinica*, Bologna, Il Mulino, 2001. L'e-mail di Ezio Sanavio: <ezio.sanavio@unipd.it>.

<sup>25</sup> Non lo ignoriamo ma lo affrontiamo di petto in un recente scritto, il seguente, di Daniela Benemei e di Salvatore Cesario: *Direttività-non direttività. La vecchia opposizione tra "approccio" direttivo e "approccio" non direttivo nell'epoca della riduzione a due della miriade degli "approcci" psicoterapeutici*, Milano, Guerini Scientifica, 2003 (in *L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza, op. cit.*).

1. andrebbero probabilmente individuati
2. e, forse, definiti in funzione non solo di un'*impasse* che si incontra all'interno di una microsequenza conversazionale, ma anche in funzione di un "disturbo" all'interno della macrosequenza terapeutica.

## Notizie bibliografiche

- BARNI C., CESARIO S. (2002), *La verifica di una terapia dinamica sui generis. Verifica della micro e della macro-sequenza*, Roma, Borla.
- BENEMEI D., CESARIO S. (2003) *Direttività-non direttività. La vecchia opposizione tra "approccio" direttivo e "approccio" non direttivo nell'epoca della riduzione a due della miriade degli "approcci*, in *L'Unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza*, di Salvatore Cesario e Angela Turchi, Milano, Guerini Scientifica.
- BERNE E. (1964), *Games People Play*, New York, Random House, Inc; *A che gioco giochiamo*, Milano, Bompiani, 1998.
- (1964), *What Do You Say After You Say Hello?*, California, Robin Way and Janice Way Farlinger; tr. it. di Roberto Spinola e Laura Bruno, "Ciao!"... E poi?, Milano, Bompiani, 1998.
  - (1970), *Sex in Human Loving*, New York, Simon and Schuster; tr. it. di Andrea D'Anna, *Fare l'amore*, Milano, Bompiani, 1998.
- CESARIO S. (1988) *La prescrizione nella pratica analitica e nella terapia breve*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Firenze, Libreria Alfani, pp. 185-236.
- (1988), *La dimensione temporale nella psicoterapia (terapia breve, a lunga scadenza, senza scadenza)*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Firenze, Libreria Alfani, pp. 237-268.
  - (1988), *Due racconti brevi di due terapie brevi*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Firenze, Libreria Alfani, pp. 269-274.
  - (1988) *Previsto e imprevisto nella psicoterapia*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Firenze, Libreria Alfani, pp. 289-308.
  - (1996) *Restituzione dei motivi narrativi, Einfall e abduzione. Il caso di Schiavo*, in *La verifica dei risultati in psicoterapia*, Roma, Borla, pp. 150-204.
  - (1996), *La potenza dell'immagine fascinatrice – appassionante, psicodemonica o simbolica – attraverso il tempo*, in *La verifica dei risultati in psicoterapia*, pp. 211-285.
  - (2003), *Tecnica e etica*, "Tecniche conversazionali", 28, pp. 15-27.
- CESARIO S., SERRITELLA S. (2001), *Il transfert da Freud a Luborsky. La verifica di una psicoterapia sistemica*, Roma, Borla.
- CESARIO S., MARIOTTI F., SANI D. (2001), *L'auto-aiuto psichiatrico. Processi specifici e aspecifici nella psicoterapia*, Milano, FrancoAngeli.
- CESARIO S., MICCINESI D., PINI P. (2002) *La verifica della psicoterapia di un gruppo di uditori di voci. Verso l'auto-aiuto*, Milano, FrancoAngeli.
- CESARIO S., SILVESTRI S. (2002), *Il dialogo interiore di una paziente designata*, Milano, Guerini Scientifica.
- CESARIO S., FILASTÒ L., a cura di (2002), *Stelle fisse e costellazioni mobili. Il rapporto tra Empirically Supported Treatments e il Dizionario delle Tecniche Conversazionali*, Milano, Guerini Scientifica.

- CESARIO S., FREDIANELLI C., REMORINI A. (2003), *Un "pacchetto" evidence-based di tecniche cognitivo-comportamentali sui generis*, Firenze University Press.
- CESARIO S. TURCHI A. (2003), L'unica evidenza è che non c'è nessuna evidenza. Verifica della psicoterapia di un DOC (Disurbo Ossessivo-Compulsivo), *Milano, Guerini Scientifica*
- CHAMBLESS D., OLLENDICK T. (2001), *Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence*, "Review of Psychology", n. 52, pp. 685-716; tr. it., di Pinuccia Canevisio, Paolo Migone e Barbara Rainieri, *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*, "Psicoterapia e Scienze Umane", N. 3, 2001, pp. 5-46.
- DE GIROLAMO G. (2002), *Evidence-based mental health: verso un nuovo modello di pratica clinica*, in IV Congresso Nazionale – Sezione di Psicologia Clinica, Riassunti delle comunicazioni, Bologna Ed. Nautilus:
- FRANK J. (1961), *Persuasion and Healing*, Baltimore, John Hopkins Univ. Press.
- LAI G. (1998), *FABIO RICARDI, L'analisi transazionale. Il sé e l'altro*, Xenia, Milano, "Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane", n. 25, *Etica e ricerca in psicoterapia*, pp. 142-148.
- (1998), *Giampaolo Lai conversa con Salvatore Cesario su "il ruolo del paziente nella verifica dei risultati"*, "Tecniche Conversazionali", n. 19, pp. 108-111.
- LAI G., LAVANCHY P. (2002), *L'algoritmo delle conversazioni conversazionali* (Inedito).
- LAI G., LAVANCHY P. (2002), *L'algoritmo sulle supervisioni conversazionali*, "Tecniche Conversazionali", 27, pp. 119-120.
- LYDDON, W., JONES J. (2001) *Empirically Supported Cognitive Therapies. Current and Future Applications*, New York, Springer Publishing Company, Inc.; tr. it. di Simona Arcidiaco, *L'approccio evidence-based in psicoterapia. Protocolli di trattamento sperimentalmente validati*, Milano, McGraw-Hill, 2002.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1990), *Understanding Transference*, New York, Basic Books, tr. it. di Paolo Azzone, Roberto Basile, Diego Anghilleri, *Capire il transfert*, Milano, Raffaello Cortina.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL R., DIGUER L., ANDRUYSYA T., BERMAN J., LEVITT J., SELIGMAN D., KRAUSE E. (2002), *The Dodo Bird Verdict is Alive and Well-mostly*, "Clinical Psychology. Science and practice", 9, 1, pp. 2-12.
- LUBORSKY L. (1975), *Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prize?*, "Arch. Gen. Psychiatry", n. 32, pp. 995-1008.
- MAFFI G. (2002), *Il riferimento nelle conversazioni*, "Tecniche conversazionali", n. 28, pp. 5-7.

- MESSER S., WAMPOLD B. (2002), *Lets Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients*, "Clinical Psychology: Science and Practice", 9, 1, (*Commentaries*, pp. 13-34).
- PARLOFF, B. (1985), *Psychotherapy outcome research*, in *Psychiatry*, di Canevar Michels, Philadelphia, Lippincott, Vol. I, cap. 11; tr. it. di Paolo Migone, *Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia*, "Psicoterapia e scienze umane", 1988, n. 3, pp. 3-39.
- ROSENZWEIG, S. (1936), *Some implicit common factor in diverse methods of psychotherapy*, "American Journal of Orthopsychiatry", 6, pp. 412-415.
- SANAVIO E. (2002), *Empirically Supported Psychological Treatments*, in IV Congresso Nazionale – Sezione di Psicologia Clinica, Riassunti delle comunicazioni, Bologna Ed. Nautilus, 2002, pp. 142-143.
- WELLS A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*, John Wiley & Sons, Ltd; tr. it. di Miriam Brazzelli, *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, Milano, McGraw-Hill, 1999.

## Cap. II

### Un po' di metodo: la meta-meta-analisi di Luborsky e la riconferma del verdetto di Dodo"

di Emilio Fava

Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Psicologia di Milano-Bicocca

Voglio ringraziare S. Cesario, per avermi invitato e per aver posto delle domande, precise, intorno alle quali avremo qualche possibilità di fare chiarezza.

In particolare mi è stato chiesto di dir la mia sulla controversia sul valore delle meta-analisi e sul paradosso dell'equivalenza dei risultati, sui modelli EBM e sulla manualizzazione delle psicoterapie, nonché sulla questione dei cosiddetti fattori aspecifici e specifici di cambiamento.

Sono tutte questioni, per un verso o per l'altro, collegate e tutt'altro che accademiche. L'adesione (più o meno rigida) al modello EBM ha conseguenze forti sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria, nel senso che tende a definire quali pratiche terapeutiche saranno riconosciute e pagate in quanto efficaci e quali no, con conseguenze sulla formazione degli operatori e sull'organizzazione e la cultura dei servizi. L'individuazione dei fattori terapeutici è attualmente il focus principale della ricerca in psicoterapia.

Se molti di noi considerano non solo utile, ma profondamente etico assumersi la responsabilità di valutare l'efficacia dei nostri trattamenti per migliorarne la qualità, questo tuttavia implica un'attenzione particolare alla definizione non solo dei modelli di ricerca utilizzabili ma anche dei loro riferimenti epistemologici e in particolare alla logica delle inferenze che possono essere tratte dai risultati degli studi. Un altro punto importante è quello delle implicazioni dei risultati delle ricerche rispetto allo sviluppo di competenze nei terapeuti.

I concetti base a cui farò riferimento saranno pertanto quelli di *efficacia* dei trattamenti e di *competenza* dei terapeuti, segnalando subito che si tratta di due dimensioni collegate in modo complesso

Veniamo al primo punto. Lo sviluppo di moltissimi studi sull'efficacia dei trattamenti, condotti con metodologie differenti, ha stimolato la ricerca di procedure che permettessero il confronto tra di

loro: l'*effect size*, è una misura ricavabile dai risultati di una ricerca di efficacia, sia pre-post che caso- controllo, ed è un valore paragonabile con l'*effect size* di altre ricerche.

In questo modo è possibile in teoria mettere in risalto le differenze di efficacia tra diversi trattamenti ed avere una visione complessiva dei risultati di un grande numero di studi.

Nella maggior parte delle meta-analisi sinora condotte non è stato possibile identificare in modo decisivo la superiorità di un modello di trattamento rispetto ad altri. Ciò ha giustificato l'attribuzione del verdetto del dodo: "Tutti hanno vinto, tutti meritano un premio" ai risultati della "competizione" tra le diverse forme di psicoterapia.

Questo ha indotto molti studiosi a porsi il problema del significato di questa equivalenza. Sono state postulate tre differenti ipotesi: che si possa arrivare agli stessi risultati per differenti vie, che in molte psicoterapie agiscano fattori terapeutici comuni o che vi siano dei difetti nei modelli di ricerca. I ricercatori pensano che vi sia probabilmente una combinazione di questi fattori, in particolare degli ultimi due.

L'analisi dei limiti delle procedure di ricerca, di calcolo e di inferenza dai dati ha, a mio parere, una priorità logica: se il modello non è buono, o ha dei limiti, occorre considerare con cautela i suoi risultati e conclusioni.

Il limite più grande del calcolo dell'*effect size* è che questo è, di per sé, indipendente dalla qualità degli studi. Esso prescinde per esempio dal disegno dello studio, dai criteri di scelta del campione, dall'inclusione dei *drop out*, dalla adeguatezza dei tempi della ricerca e dalla validità degli strumenti, cioè da ciò che determina la qualità di uno studio di tipo empirico.

La selezione degli studi da considerare in una meta-analisi è operata secondo criteri a priori, dei ricercatori, che possono essere più o meno restrittivi.

Per esempio Smith e Glass considerarono 457 studi per la loro meta-analisi, mentre Shapiro, poco dopo, ne scelse solamente 143, utilizzando criteri di qualità più restrittivi.

La conferma o no del verdetto di Dodo sarebbe quindi collegata alla decisione di considerare solo meta-analisi che contengono studi di qualità indiscutibile.

Problema risolto? No, *poiché non vi è accordo sui criteri di qualità degli studi.*

In particolare vi è un orientamento all'interno dei sostenitori della Medicina Basata sull'Evidenza, che sostiene, in modo

sostanzialmente ideologico, che devono essere considerati solo gli studi di efficacia classici, cioè solo gli studi controllati randomizzati. “No trials, no party”. Questo esclude tutti gli studi di altro tipo e, in particolare, gli studi osservazionali di efficacia nella pratica e gli studi di tipo qualitativo.

Per non parlare degli studi di processo.

Coloro che sostengono questa posizione trascurano una serie di critiche su cui vale la pena soffermarsi perché in esse si evidenziano alcuni dei problemi più importanti della ricerca empirica, ben individuati da Cesario, come per esempio i rischi connessi con l'uso dei manuali, per la standardizzazione dei trattamenti, e gli equivoci tra fattori terapeutici specifici e aspecifici.

In particolare, le critiche sono state formulate da Martin Seligman, Wampold e dallo stesso Luborsky.

A differenza degli studi osservazionali di efficacia nella pratica e degli studi di processo, gli studi controllati modificano alcuni trattamenti in modo da renderli non solo diversi, ma anche meno efficaci di quelli reali. In particolare, è stato dimostrato che l'attribuzione a *random* dei pazienti danneggia il costituirsi dell'alleanza terapeutica, uno dei fattori di esito più importanti, e che la standardizzazione dei trattamenti, attraverso l'uso di manuali, limita la variabilità e la flessibilità degli interventi del terapeuta, riducendo, in certe situazioni, l'efficacia dei trattamenti stessi.

Inoltre, per un insieme di motivi pratici gli studi controllati si occupano praticamente solo di trattamenti brevi e considerano i risultati a breve termine. I TCR non sono stati praticamente usati per valutare i trattamenti più lunghi e complessi e gli effetti a lungo termine. Nella meta-analisi di Grove (1993), per esempio, solo il 5 % degli studi ha durata superiore ai 24 mesi. Le condizioni e le popolazioni di pazienti nelle situazioni reali in cui si svolgono i trattamenti, sono diverse da quelle sperimentali.

Un altro importante problema è quello degli strumenti di valutazione: molti strumenti di valutazione, per altro psicometricamente validi, non sono adatti a cogliere le reali differenze tra un trattamento e un altro. Alcuni strumenti sono più adatti di altri a dimostrare l'efficacia di un certo tipo di trattamento, altri prendono in considerazione aree di funzionamento troppo limitate: per questo sono stati proposti sistemi multidimensionali che definiscono profili di cambiamento (Fava, Masserini 2002).

Questi argomenti andrebbero molto sviluppati, e mi limito ad accennarli.

La conclusione è che gli studi di efficacia classici non perdono il loro valore ma non possono essere considerati gli unici in grado di darci informazione sui risultati dei trattamenti. Il rischio è quello di confondere ciò che è vero, con ciò che è (relativamente) facile da misurare.

Le meta-analisi sono lo specchio del punto a cui è arrivata la ricerca sull'esito e ne riflettono tutti i limiti e tutte le contraddizioni.

Il pregio degli studi di efficacia classici sta nell'aver mostrato, in modo difficilmente confutabile, l'efficacia delle psicoterapie, cognitive-comportamentali, dinamiche brevi e psicoeducative per le famiglie, per una parte significativa di pazienti, per la maggior parte dei disturbi psichici.

Se consideriamo invece una gamma più ampia di studi, includendo gli studi pre- post, tra cui l'importante studio, ancora in corso, di Blomberg sulla popolazione dei pazienti scandinavi in psicoterapia psicoanalitica e psicoanalisi, possiamo osservare con Gabbard che "considerando un significativo numero di studi prepost la psicanalisi appare consistentemente utile per i pazienti con disturbi nevrotici e un po' meno per disturbi più severi".

Utilizzando criteri di inclusione degli studi meno restrittivi il Verdetto del Dodo appare confermato.

Ma qual è l'utilità degli studi di esito? Essi, a ben vedere, si muovono nella prospettiva di confutare l'ipotesi che le psicoterapie, o alcune psicoterapie, siano inutili e quindi costituiscano uno spreco di risorse o un danno per il paziente. Si tratta di una prospettiva inquadrabile in un contesto di politica sanitaria. O se vogliamo di etica. Tuttavia gli studi di esito, di per sé, non danno indicazioni che migliorino la qualità dei nostri trattamenti.

Se proviamo invece a sostituire alla domanda: "sono efficaci le psicoterapie?" o "quali psicoterapie sono efficaci?" domande del tipo "cosa rende efficaci le psicoterapie?" O "che cosa è la competenza a curare?" o meglio ancora "che cosa ha prodotto questo cambiamento?" allora entriamo in un campo più promettente.

Anche in questo contesto sono necessarie delle valutazioni di risultato, a lungo, breve o anche brevissimo tempo - in questo caso più che parlare di esiti di trattamento è giusto parlare di obiettivi di processo (*process aims*) - ma queste valutazioni vanno correlate con variabili del paziente, del terapeuta e del trattamento.

L'obiettivo degli studi di processo è quello di vedere *come* la terapia funziona, non *se* funziona.

Ma il tipo di ricerca adatta a rispondere a queste domande può essere la ricerca empirica?

Una domanda che sta alla base del lavoro di ricerca che abbiamo svolto in questi anni, è la questione dell'utilità clinica della ricerca empirica in psicoterapia. Cioè dell'effettivo contributo che la ricerca può dare rispetto allo sviluppo della competenza a curare. Questa questione non è ovvia: molti terapeuti, probabilmente capaci, non hanno avuto direttamente accesso ai dati della ricerca empirica e sono sicuro che molti di loro pensano che il lavoro di training possa farne a meno.

Io stesso considero la questione aperta anche perché è difficile valutare in che misura una certa conoscenza teorica o esperienza nel training si possa tradurre in una effettiva competenza a curare.

Per molti è implicita l'idea che la competenza a curare sia l'adesione a un modello di trattamento che si presuppone efficace, "se segui questo procedimento otterrai questi risultati". Questa idea ha un suo fondamento, ma ha dei limiti: innanzi tutto implica che i risultati ci siano e solo seguendo quelle procedure, il che va dimostrato. Il paradosso dell'equivalenza dei risultati delle psicoterapie da un lato e la presenza di un considerevole numero di pazienti che non hanno risultati sufficienti, dall'altro, ha messo fortemente in crisi questo modello. Il difetto di questo modo di pensare è soprattutto quello di non permettere di evidenziare, all'interno di un modello di trattamento qualsiasi, quali aspetti specifici producano quali specifici effetti. Se un trattamento ha successo il terapeuta è portato a credere che ciò sia stato determinato dai fattori terapeutici che lui ritiene efficaci, e non da altri. Se il trattamento non ha successo avrà a disposizione delle spiegazioni interne al suo modello di riferimento, ma ancora una volta senza nessuna certezza che le cause siano proprio quelle che pensa. In questo modo l'aderenza al modello si sostituisce all'aderenza alla realtà. Si potrebbe obiettare che il terapeuta sa quello che fa, ma come acutamente ha sottolineato Paolo Migone presupporre che sappiamo tutto ciò che facciamo è una di quelle sicurezze di cui proprio la Psicanalisi ci ha privato.

Poiché la conoscenza possa procedere è probabilmente utile uscire dall'*impasse* epistemologica determinata dalla logica autoconfermatoria e autoreferenziale sia delle narrazioni cliniche tradizionali, di impostazione ermeneutica, che degli studi di efficacia classici, in cui l'esito favorevole dà l'impressione di validare la tecnica dichiarata.

Come tutte le parole chiave il termine "competenza" è ambiguo. Essa implica da un lato la conoscenza, ma dall'altro anche l'abilità cioè la capacità di impiegare le conoscenze in modo da giungere ad

una soluzione accettabile (Friedson, 2001). Le competenze presentano in parte un carattere formale, che può essere codificato, ma hanno altresì una dimensione tacita, implicita. Tali competenze vengono apprese come si dice “nella pratica”. “Il sapere e l’agire competenti si manifestano subordinando un insieme di singoli elementi, come indizi e strumenti, al raggiungimento di un risultato di efficienza (Polanyi 1994). Per quanto la competenza e la conoscenza di base possono essere intrecciate, i loro diversi ruoli nel lavoro impongono di mantenerne ben salda la separazione.

I risultati della ricerca ci sembrano confermare la validità di questo assunto e l’opportunità quindi di costruire a posteriori, sulla base della ricerca sugli esiti, una definizione delle competenza a curare che si confronti con le definizioni formali contenute nei manuali di tecnica e nei testi che codificano le conoscenze di base.

Su questo si fonda l’idea di partire dal confronto tra trattamenti, o tra sedute nello stesso caso o tra frammenti di sedute, per individuare i fattori che definiscono il “terapeuta efficace”, il “paziente efficace”, la “transazione efficace” o la “coppia terapeutica efficace”. In questo lavoro ha ovviamente una enorme importanza il considerare i fallimenti terapeutici e i *drop out*, attenzione che si contrappone, appunto, alla logica autoconfermatoria degli studi volti a dimostrare l’efficacia dei trattamenti. Infatti queste ricerche tendono a non considerare i pazienti che se ne vanno o che non rispondono ai trattamenti.

Valutare l’efficacia dei trattamenti non è, non può e non deve essere quindi solo un fine, una procedura quasi-burocratica per validare tipi di trattamento, ma un mezzo, uno strumento per conoscere le variabili, i fattori che determineranno gli esiti

Qui si pongono due problemi per nulla ovvi.

E’ possibile valutare l’efficacia delle psicoterapie in modo non solo affidabile e riproducibile, ma anche “valido” cioè misurare davvero i risultati dei trattamenti?

La risposta è affermativa, ma a certe condizioni che mettono in discussione la maggior parte degli studi di efficacia in psichiatria. La valutazione degli esiti per essere aderente (o quanto meno vicina) al reale deve essere multidimensionale, deve, cioè, indagare sulle variazioni relative a molteplici aspetti del funzionamento umano, deve cogliere aspetti soggettivi e oggettivi del cambiamento, deve considerare i risultati da diversi punti di vista e considerare un periodo di tempo sufficientemente lungo rispetto alla durata naturale presunta di malattia.

Come dicevamo, gli studi di efficacia classici, in modo anche più radicale rispetto a valutazioni basate sull' "esperienza" dei clinici, di per sé ci possono dire che il trattamento ha funzionato, ma non quali fattori hanno portato al raggiungimento dei risultati. Come ha precisato Wampold tuttavia coloro che conducono un tipo di trattamento che ha successo sono portati a ritenere che gli effetti del trattamento derivino da certi interventi specifici e non da altri. Ma nel determinare l'esito di quel trattamento, sia in senso positivo che negativo, può essere rilevante anche qualche altro fattore, che il terapeuta non considera, magari perché non è collegato al suo universo teorico di riferimento. Un esempio tra tanti di questo equivoco può essere il ruolo dell'interpretazione nei processi di cambiamento rispetto al ruolo della relazione interpersonale reale e di altri interventi. Quando si riteneva che l'interpretazione di transfert fosse lo strumento principale che portava al cambiamento, si determinava un implemento degli interventi di questo tipo e in particolare nei casi vi era un *impasse* terapeutica: aumentiamo la dose. Questo punto di vista non è stato confermato dagli studi empirici (Kächele 2001). Anche grazie alle osservazioni della ricerca (Kerberg, Gunderson ecc.) attualmente l'interpretazione è considerata (nei casi difficili) un intervento ad alto guadagno\alto rischio e sono stati valorizzati altri tipo di intervento.

La procedura che caratterizza la ricerca di processo consiste sostanzialmente nel cercare di correlare buone, cioè valide, misure di esito, complessivo o parziale, con variabili o fattori che appartengono al terapeuta, al paziente o al campo terapeutico, che include sia la relazione terapeutica che ciò che le sta intorno.

Le variabili che sono state considerate possono essere generali e di facile valutazione come può essere l'età o il sesso del paziente o del terapeuta, ma quelle che si sono rivelate più interessanti sono le variabili collegate all'interazione tra paziente e terapeuta. Vi è una tendenza a sviluppare strumenti che colgano, in modo affidabile e riproducibile, aspetti delle transazioni che avvengono nelle singole sedute, come Sasb e CCRT. Credo che questo sarà un argomento che altre relazioni svilupperanno.

In generale possiamo dire che se noi consideriamo in una prospettiva di insieme i *focus* e i risultati della ricerca empirica possiamo osservare come si venga a costituire un modello base di trattamento. Questo modello tende ad includere una serie di punti di interesse e di procedure di base che sembrano comuni alla maggior parte degli interventi psicoterapeutici riusciti.

In generale le dimensioni che appaiono maggiormente correlate al raggiungimento di risultati sono la costruzione dell'alleanza terapeutica e la relazione reale tra terapeuta e paziente. Questa prospettiva è espressa chiaramente nelle conclusioni di Henry a una serie di studi condotti con il metodo SASB (Structural Analysis of Social Behavioural). Henry dice: "la mancanza di processi negativi interpersonali può non essere sufficiente a garantire cambiamenti positivi, ma la presenza di livelli assoluti, anche se relativamente bassi, di questi processi negativi sembra sufficiente ad inibire il cambiamento". A conclusione di altri studi risulterà che: "l'aderenza ai manuali di psicoterapia, indipendentemente dall'orientamento, aumenta le capacità tecniche dei terapeuti, ma non le capacità relazionali, che anzi ne verrebbero diminuite". Sembra essere importante il ruolo del corretto riconoscimento dei contenuti narrativi del paziente e, nel caso dei pazienti gravi, dell'integrazione con gli interventi riabilitativi, psicosociali e psicofarmacologici

L'appartenenza ad una scuola di psicoterapia, piuttosto che a un'altra, l'esperienza e la formazione ricevuta, e anche la terapia personale sono deboli predittori di risultato, esistono terapeuti che hanno sistematicamente modesti risultati e altri che hanno sistematicamente risultati migliori. La formazione, cioè, interagisce con variabili legate alla persona del terapeuta che sono apparse più robustamente correlate al raggiungimento dei risultati. Per questo motivo è probabilmente un errore sottolineare gli aspetti specifici degli interventi a scapito di altri fattori considerati aspecifici (Lambert e Bergin). Ciò che è stato considerato aspecifico può essere considerato specifico e ciò che si ritiene specifico è presente, magari con nomi diversi, in diversi tipi di trattamento. I diversi approcci in psicoterapia dovrebbero poter giustificare, sul piano della ricerca, i vantaggi in più che ritengono di poter offrire e che non dipendono da quei fattori comuni alla maggior parte dei trattamenti ben fatti. Essi dovrebbero inoltre considerare se il loro apparato tecnico concettuale favorisce lo sviluppo di queste competenze di base dei terapeuti.

Vorrei concludere anche per dare un'idea dei risultati delle ricerche con la descrizione del profilo del buon terapeuta sulla base dei risultati finora acquisiti.

Innanzitutto è mentalmente abbastanza sano, cioè non ha bisogni impellenti di natura nevrotica da realizzare nella relazione con il paziente. È preparato ad affrontare modelli relazionali (o stili di attaccamento) che pongono delle difficoltà iniziali, in particolare la difficoltà di suscitare interesse da parte del terapeuta, ad accedere a e mantenere una relazione di aiuto, o comportamenti che suscitino

sentimenti negativi. Molti pazienti *drop out* interessano poco al terapeuta e hanno prognosi più negative oppure, all'altro estremo, sono spaventati dalla sua disponibilità e dal suo interesse.

È capace di costruire una visione comune o comunque compatibile della natura del problema che si sta affrontando e sui metodi per affrontarlo. Moltissimi studi, da prospettive diverse, segnalano l'importanza di questo processo di avvicinamento. Per esempio: gli studi sulla motivazione al trattamento, sulla condivisione di significato, sulla libera scelta tra paziente e terapeuta, sui valori condivisi, sul genere dei terapeuti, sulle parole emozionali, sulla negoziazione dei motivi narrativi ecc.

Potremmo dire che il terapeuta di casi riusciti è in grado di costruire una alleanza terapeutica, perché è capace di negoziare un progetto comune e può fare questo perché è capace di sentire, comprendere e condividere il punto di vista del suo interlocutore. Il processo di negoziazione implica tuttavia un confronto tra punti di vista originariamente diversi, e quindi comprende necessariamente anche il ruolo, le idee, le intenzioni dello psicoterapeuta.

Le sue reazioni controtrasferali si sviluppano sul livello oggettivo e su quello riflessivo (secondo il modello di Raker da cui è derivato CTRS): cioè tende ad essere soggetto partecipante consapevole nella relazione con il suo paziente. È particolarmente attento alle relazioni reali con il paziente e si muove sul piano della complementarità relazionale: mai nelle posizioni di biasimo, attacco e trascuratezza (che compaiono sul lato sinistro del modello circomplesso SASB). Dà spazio al paziente, favorendone l'autonomia, o esercita una funzione di controllo, non critica, in funzione dei bisogni che via via si presentano. Non impone il proprio punto di vista, non dà consigli o direttive a meno che ciò non sia trasformato in un compito condiviso, si trattiene dall'attribuire significati che il paziente non è in grado di condividere e di co-costruire.

È empatico, rispettoso, cordiale, sincero, autentico. La dimensione dell'autenticità non è facile da definire perché comprende aspetti eterogenei come spontaneità e genuinità, non difensività, dimensioni inconsce della mente dell'analista e capacità di contatto con sé e con la propria realtà esistenziale. L'autenticità del terapeuta rafforza l'alleanza terapeutica, diminuisce l'idealizzazione e le dinamiche di potere, induce il paziente a sua volta a sperimentare sentimenti e comportamenti più autentici, creando nuove dimensioni di esperienza e inducendo quindi forme di riorganizzazione cognitive ed emotive.

È evidente l'importanza della salute emozionale del terapeuta, dell'assetto riflessivo del controtransfert e della complementarità relazionale senza le quali l'autenticità diviene abuso e violenza.

Il corretto riconoscimento dei contenuti narrativi e delle strategie difensive o finalizzate alla realizzazione di schemi motivazionali è un altro fattore di riuscita dei trattamenti. La competenza del terapeuta è quindi collegata alla sua abilità pratica, nel riconoscerli e nel differenziarli tra di loro. Il potere terapeutico delle spiegazioni è fortemente condizionato dal contesto relazionale e dai livelli metacognitivi raggiunti. Peraltro è difficile pensare ad una buona relazione che non comprenda la comprensione dei vissuti dell'altro.

La variabilità delle diagnosi e dei casi clinici dovrebbe mettere in guardia rispetto alla tendenza a ricondurre i processi psichici a pochi e ripetitivi schemi di funzionamento. Il terapeuta di casi riusciti è quindi capace di discriminare, nella più vasta gamma di situazioni e di combinazioni possibili, quella più aderente alla realtà che caratterizza quel momento relazionali, dei meccanismi di difesa e degli schemi motivazionali possibili.

## Bibliografia

- Benjamin L.S. (1974) Structural analysis of social behavior "Psychological Review" 81 392-425.
- Blomberg J. et al. (2001) "Long-term outcome of long term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and Psychoanalysis study" *Psychotherapy Research*, 11 (4) 361-382.
- Fava E. et al. (2002) " Esiti e predittori di esito nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientate : uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento" *Ricerca in Psicoterapia* 5, (3) 35-64.
- Fava E. et al. (200) "The effects of psychotherapies: a study on patients' perception of results in an Italian public setting" *International Journal of Social Psychiatry* 46 (4) 290-305.
- Fava E., Masserini C. (2002) "Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico: il contributo della ricerca valutativa alla clinica" Franco Angeli Ed.
- Friedson H. (2001) Professionalismo.
- Gabbard G.O., Gunderson J.G., Fonagy P. (2002) "The Place of Psychoanalytic treatments within Psychiatry" *Arch. Gen. Psychiatry* 29 505-510.
- Henry W. P., Strupp H. et al. (1993) "Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 434 – 440.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J. & Auerbach A. (1988), Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. Basic Books, New York.
- Luborsky L., McLellan A. T. et al. (1985), Therapist success and its determinants, in «Archives of General Psychiatry», 42, pp.471-481,pp.602-611.
- Migone P.(1996), La ricerca in psicoterapia; storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo, "Rivista Sperimentale di Freniatria", Vol. CXX, N.2.
- Seligman M. (1996) "The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study" *American Psychologist* 50 965-974.
- Wampold B.E. (1997) "Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies" *Psychotherapy Research* 7 21-43.

## Cap. III

**UN PO' DI STORIA: LE PSICOTERAPIE *EMPIRICALLY SUPPORTED*<sup>26</sup>**

di Paolo Migone

Dipartimento di Psicologia del Corso di Laurea di Psicologia di Parma

Gli elenchi dei cosiddetti *Empirically Supported Treatments* (EST) stanno diffondendosi sempre di più tra gli operatori e amministratori della salute mentale, come uno dei tentativi di risposta al comprensibile bisogno di *accountability*, di maggiore *cost-effectiveness* e di altre importanti esigenze etiche e scientifiche. Vi è ragione però di consigliare cautela nell'aderire alla logica della *Evidence-Based Medicine* (EBM) trasferita troppo acriticamente o frettolosamente ad una *Evidence-Based Psychotherapy*, in quanto è alto il rischio che si trascurino alcuni importanti problemi che possono generare fraintendimenti e ricadute pericolose per la pratica della psicoterapia.

Tra gli autori che hanno maggiormente approfondito questa problematica vi è Drew Westen, un ricercatore di Boston estremamente attento sia alle questioni metodologiche e statistiche delle ricerche sperimentali che alle *nuances* della clinica. In un recente lavoro sull'autorevole *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Westen D. & Morrison K., "A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001, 69, 6: 875-899) ha preso in considerazione gli studi

---

<sup>26</sup> Questo lavoro, dal titolo "Un po' di storia: le psicoterapia *empirically supported*", è stato letto al convegno "Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie" organizzato dal Dipartimento di Psicologia della Università di Firenze (Salone dei 500, Palazzo Vecchio, Firenze, il 17 maggio 2003) (<http://www.disfinzione.it/index-congressi.html>). Una versione di questo scritto, intitolata "Che validità hanno le psicoterapie supportate empiricamente?", è stata letta al XI° Congresso Nazionale della *Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale* (SITCC), nel 30° Anniversario della Fondazione, intitolato "Psicoterapia e scienze cognitive: la realtà clinica tra procedure, dialogo terapeutico e ricerca scientifica" (Aula Magna Santa Lucia, Bologna, 19-22 settembre 2002), in un Simposio intitolato "Valutazione delle psicoterapie: dai casi clinici alle psicoterapie *empirically supported*" (*relatori*: Giovanni de Girolamo, Paolo Migone, Paolo Michielin, Silvio Lenzi) (<http://www.centrosinesis.it/congresso-sitcc/programma/simposi.html>).

sperimentali sulla psicoterapia della depressione, del panico e dell'ansia generalizzata ed ha riesaminato la base empirica delle psicoterapie brevi manualizzate, distinguendo la risposta iniziale dalla genuina efficacia, e la terapia degli "stati" psicologici dalla terapia dei disturbi o delle diatesi. La sua conclusione è che questi trattamenti brevi manualizzati tendono a produrre una notevole risposta positiva iniziale di indubbia significatività clinica, ma che la maggior parte dei pazienti rimangono subclinicamente sintomatici, hanno ricadute o richiedono un ulteriore trattamento entro due anni. Inoltre è dimostrato che i tipici studi di efficacia escludono ben i 2/3 dei pazienti che nella pratica clinica reale si presentano per richiedere una terapia, a causa della comorbidità che peraltro è molto frequente e che inevitabilmente porta a terapie più lunghe.

Nella mia relazione non prenderò in esame questo articolo di Westen, che può essere facilmente consultato in ogni biblioteca, ma discuterò alcune parti di un altro suo lavoro di natura più concettuale, non ancora pubblicato e che probabilmente verrà inviato a *Psychological Bulletin* per una possibile pubblicazione (sto lavorando assieme a Westen per la traduzione di una versione italiana, ridotta, di questo articolo che sarà pubblicata su *Psicoterapia e scienze umane*, in modo da servire come dibattito critico dell'articolo di Chambless & Ollendick [2001] che assieme all'amico Giovanni de Girolamo abbiamo fatto uscire in anteprima sempre su *Psicoterapia e scienze umane*).

La esigenza di arrivare a compilare e a diffondere degli elenchi di tecniche psicoterapeutiche supportate empiricamente, quelle che Kendall (1998) e la Chambless (Chambless & Ollendick, 2001) hanno chiamato EST (*Empirically Supported Treatments* - vedi anche [de Girolamo & Migone, 2001](#)) è nata in realtà da esigenze comprensibili e ammirevoli, soprattutto dalla realistica preoccupazione che, anche a causa della *managed care*, dalle associazioni mediche venissero utilizzate per la terapia di disturbi come la depressione e l'ansia linee guida che prediligevano trattamenti farmacologici, mentre esistevano prove documentate in favore delle psicoterapie (Beutler, 1998). Fu così che nel 1995 la *American Psychological Association* (APA) pubblicò due controversi rapporti di una *Task Force* che separavano gli EST dalle terapie a lungo termine e meno strutturate, praticate in genere dai clinici nella pratica reale, e da allora vari autori raccomandarono che i clinici dovessero ricevere un training primariamente in questi trattamenti di breve durata, supportati empiricamente, dato che le altre forme di

terapia erano "meno essenziali e superate" (Calhoun, Moras, Pilkonis & Rehm, 1998).

Sempre in questo contesto, Seligman (1995), analizzando il famoso "Progetto del *Consumer Report* sulla psicoterapia", portò alla attenzione della comunità psicoterapeutica la distinzione tra efficacia ed efficienza. Come è noto, gli studi sulla *efficacia (efficacy)* misurano il risultato di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, come in laboratorio, usando gruppi di controllo, distribuzione randomizzata dei pazienti nei gruppi, accurato training dei terapeuti secondo un manuale psicoterapeutico, durata standardizzata della terapia, ecc. Gli studi sulla *efficienza (effectiveness)* misurano invece il risultato di una terapia sotto le condizioni meno controllate della pratica clinica reale, di tutti i giorni, non nel laboratorio. Mentre gli studi sulla efficacia enfatizzano la validità interna, gli studi sulla efficienza enfatizzano la validità esterna o ecologica, cioè la generalizzabilità dei risultati alla popolazione generale, nella pratica clinica reale. Uno dei più grossi problemi incontrati dai ricercatori in psicoterapia è quello di mantenere alta non solo la efficacia ma anche la efficienza, poiché una terapia che risulta efficace solo in laboratorio ma non nella pratica clinica reale è poi inutile, perché lo scopo della ricerca empirica non è tanto quello di pubblicare articoli su riviste scientifiche, quanto quello di contribuire, tramite questi, alla disseminazione di tecniche efficaci nella pratica clinica quotidiana di tutti gli psicoterapeuti, con beneficio dei comuni potenziali pazienti e non solo di quelli inclusi negli studi sperimentali.

Vediamo ora in che cosa consiste la metodologia degli EST. Gli EST condividono le seguenti caratteristiche: 1) i pazienti vengono scelti per l'inclusione nello studio allo scopo di massimizzare la omogeneità e minimizzare la presenza di condizioni concomitanti che potrebbero aumentare la variabilità della risposta terapeutica; 2) le tecniche terapeutiche vengono designate tipicamente per disturbi in Asse I; 3) le valutazioni del risultato mettono a fuoco soprattutto il sintomo che è al centro di interesse della rispettiva ricerca; 4) le terapie sono di durata breve e prefissata; 5) vengono seguiti fedelmente manuali di psicoterapia. In genere si dice che queste caratteristiche rendono lo studio "pulito", che questa è "buona scienza", e che l'esperimento è neutrale rispetto alla teoria di ogni singolo approccio terapeutico.

Ma in realtà, sostiene Westen, gli assunti su cui poggia la ricerca sugli EST non sono teoricamente neutri e, paradossalmente, alcuni di essi non solo *non sono supportati empiricamente*, ma anche

*sono stati dimostrati falsi proprio sulla base della stessa ricerca empirica. Vediamo quindi come Westen argomenta questa sua tesi, discutendo uno per uno quelli che lui ritiene essere gli assunti di base impliciti nella metodologia degli EST. Questi assunti sono i seguenti:*

- 1) I processi psicologici sono altamente malleabili (mentre è dimostrato che non lo sono, nel senso che occorre molto tempo per modificarli)*

Se i disturbi psicologici non fossero modificabili facilmente essi non sarebbero candidati per una terapia breve. I dati raccolti dalla meta-analisi condotta da Westen sugli EST per i disturbi depressivi e l'ansia generalizzata suggeriscono che gran parte delle vulnerabilità psicologiche è resistente al cambiamento. Inoltre, mentre fino a tempi relativamente recenti vi erano ancora dati equivoci sulla differenza tra terapie lunghe e brevi, ora è dimostrato che più lungo è il trattamento (due anni o più), più esso è efficace, cioè più i risultati si consolidano.

- 2) La maggior parte dei pazienti hanno un solo sintomo o possono essere trattati come se lo avessero (mentre presentano sintomi plurimi e comorbidità)*

Il fatto che i pazienti possano avere un solo sintomo è un assunto fondamentale della metodologia gli EST. Non solo non è vero che la maggior parte dei pazienti hanno solo un sintomo, ma è vero il contrario, cioè che la maggior parte dei pazienti che vediamo presentano comorbidità. La comorbidità Asse I-Asse II varia dal 50% al 90% a seconda gli studi, per la maggior parte dei disturbi.

Questo fatto è inquietante anche alla luce del fatto che la metodologia degli EST implicitamente adotta un modello della comorbidità che quasi tutti i ricercatori in psicoterapia e psicopatologia di fatto rinnegherebbero, e precisamente che la maggior parte dei pazienti presentano disturbi multipli a caso, non correlati l'uno con l'altro. Può ben essere che, come molti difensori della metodologia degli EST sostengono, il miglior modo di trattare la comorbidità sia quello di affrontare un disturbo per volta usando manuali in sequenza, uno dopo l'altro fino a che vengono estirpati tutti i sintomi (ad esempio uno per la depressione, uno per l'ansia, uno per il PTSD, e così via). Ma questa può non essere la strategia migliore nelle seguenti condizioni: a) nel caso che disturbi in Asse I apparentemente diversi siano il riflesso di una sottostante causa

comune, come ad esempio nel caso di depressione o ansia entrambe originate da vulnerabilità al rifiuto interpersonale o dalla tendenza a provare umore negativo; b) nel caso che disturbi in Asse I sorgano da tratti di personalità in Asse II che creano vulnerabilità a futuri episodi; c) nel caso che la compresenza di sintomi multipli possa generare proprietà emergenti non riducibili alla somma delle caratteristiche dei singoli sintomi. I dati raccolti da Westen & Morrison (2001) suggeriscono che queste condizioni sono frequenti.

Un altro fattore problematico è che condizioni subcliniche siano altrettanto frequenti delle condizioni cliniche in Asse I per le quali sono stati formulati i manuali, e non è ancora chiaro in che misura condizioni cliniche e subcliniche rispondono agli stessi interventi. La presenza di condizioni subcliniche rende indispensabile che il ricercatore osservi non solo le diagnosi categoriali in Asse I (ad esempio una depressione) ma anche la varietà di condizioni subcliniche che permangono dopo il trattamento. Queste condizioni subcliniche non solo sono variabili importanti per il risultato, ma la loro conoscenza permette di capire meglio se il trattamento ha inciso sulla diatesi che rende il paziente vulnerabile alle ricadute. Per esempio, se si studia l'efficacia della terapia della anoressia nervosa bisognerebbe anche osservare il comportamento della paziente in generale, dato che, ad esempio, pazienti "guarite" dall'anoressia possono continuare a mostrare peculiarità nello stile alimentare (spezzettare il cibo in piccoli pezzi, mangiare solo certi alimenti, ecc.), dieta (monitorare eccessivamente le calorie della dieta), l'immagine corporea, e così via.

In conclusione, occorrerebbe conoscere meglio i reali problemi che hanno i pazienti e che li motivano a chiedere aiuto, e questa relativa assenza di informazioni è un problema per la ricerca in psicoterapia. Di fatto, la tendenza a focalizzare la ricerca solo su disturbi definiti dal DSM-IV ha virtualmente eliminato tutta quella ricerca in psicoterapia su problemi minori come l'ansia di parlare in pubblico o l'assertività che una volta dominavano praticamente tutta la ricerca in psicoterapia.

3) *I sintomi psicologici possono essere trattati a prescindere dalla personalità di chi li presenta (mentre è dimostrato che la personalità gioca un ruolo rilevante)*

Anche questo assunto, come il precedente, è essenziale per la metodologia degli EST, soprattutto a causa della manualizzazione (che non permette un trattamento dei problemi della personalità) e

della brevità del trattamento (indispensabile per esigenze di ricerca). Ma, come ben sappiamo, non esiste alcuna teoria della personalità che suggerisca che importanti tratti della personalità possano essere modificati in una terapia che dura poche sedute (ad esempio da 6 a 20) di 45 minuti l'una. Si prenda ad esempio l'unica terapia per i disturbi di personalità che rientra negli EST, la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) della Linehan (1993): questa tecnica dura un anno, ma in questo anno si riesce soprattutto a ridurre i sintomi parasuicidari (ad esempio l'automutilazione), mentre i sentimenti di vuoto non diminuiscono in un anno, e non vi sono dati che dimostrino l'efficacia a lungo termine della DBT (per ammissione della stessa Linehan, la DBT dovrebbe durare almeno un altro anno).

Se l'assunto quindi è che un disturbo in Asse I può essere trattato indipendentemente dalla personalità sottostante, abbiamo dati che dimostrano il contrario: i disturbi d'ansia e dell'umore sono correlati a variabili che da sempre vengono considerate variabili di personalità (come ad esempio l'umore negativo), e diverse diatesi di personalità (come vulnerabilità alla perdita e all'insuccesso) predispongono gli individui a diventare depressi in determinate circostanze.

Non solo, ma vi sono indicazioni secondo cui la presenza di comorbidità in Asse I è un indicatore della presenza di patologia in Asse II, nel senso che più vi sono disturbi multipli in Asse I più aumenta la probabilità che siano presenti disturbi in Asse II.

Inoltre, il significato dei sintomi in Asse I varia considerevolmente a seconda del tipo di disturbo di personalità sottostante. Ad esempio, la depressione in un borderline è diversa non solo quantitativamente, ma anche qualitativamente dalla depressione in un paziente non borderline. Riguardo al trattamento, come è noto i pazienti trattati per un disturbo in Asse I migliorano meno se hanno un disturbo in Asse II, soprattutto borderline. Questo problema spesso è stato concettualizzato in termini di comorbidità in Asse II che funge da variabile moderatrice, ma il concetto di comorbidità qui può essere fuorviante perché implica che le variabili di personalità siano una aggiunta ai sintomi di Asse I che sono essenzialmente distinti da esse. Sarebbe come studiare l'effetto della aspirina come terapia della febbre e considerare "comorbide" la meningite, l'influenza o l'appendicite, che verrebbero concepite come variabili che moderano il rapporto tra la terapia (l'aspirina) e l'*outcome* (l'abbassamento della febbre). Più corretto invece è considerare la depressione e l'ansia come segnali che qualcosa non va, a causa ad esempio di *life events* (ad esempio una perdita), o

variabili temperamentali o di personalità di lunga durata (ad esempio attivazione di vulnerabilità caratterologiche).

4) *I pazienti sono capaci e disponibili a riferire all'inizio della terapia quale è il loro problema (mentre spesso il problema responsabile del disturbo viene compreso a trattamento avanzato)*

Questo aspetto è essenziale per la metodologia degli EST, che prevede che i pazienti si presentino con un insieme di sintomi identificabili (che tipicamente soddisfano i criteri di una diagnosi in Asse I). In realtà i pazienti spesso presentano quadri sfumati, che richiedono una formulazione diagnostica più approfondita che non semplicemente contare un numero minimo di criteri diagnostici. In un tipico studio di EST, il paziente viene valutato due volte, una prima volta brevemente al telefono quando vi è il primo contatto dove si valuta la sua appropriatezza per lo studio in questione, e una seconda volta in modo più esteso per la valutazione pre-trattamento. Poi il paziente va nello studio del terapeuta assegnatogli che inizia a trattarlo convinto che la diagnosi sia corretta e primaria.

Nella realtà clinica invece le cose vanno in modo abbastanza diverso. Se il paziente ha più di un sintomo, e se i sintomi sono collegati a un problema di personalità, il clinico deve cominciare con una valutazione approfondita non solo dei sintomi e della loro storia, ma del paziente e della sua storia. Il sintomo o i sintomi che il paziente identifica inizialmente possono non diventare affatto il *focus* del trattamento nel tempo. Tanto per fare un esempio, molti giovani omosessuali che non hanno ancora accettato o riconosciuto la loro omosessualità soffrono di depressione, ansia o idee suicidarie, e questi sintomi possono sembrare i sintomi bersaglio. In questi casi, possono passare settimane o mesi prima che il paziente sia capace di riconoscere o accettare la fonte stressante sottostante. Tutti abbiamo visto dei giovani omosessuali trattati da medici generici o psichiatri che cercavano di curare la loro depressione con dei farmaci, come pure abbiamo visto tanti pazienti che si lamentavano di depressione o ansia per poi scoprire, solo in seguito, che essi non avevano mai elaborato la perdita di un importante rapporto affettivo. In che misura situazioni come queste sono responsabili di gran parte della sintomatologia manifesta incontrata nella pratica clinica quotidiana non si sa, ma la metodologia degli EST non prevede la loro esistenza o le ritiene irrilevanti per due motivi: primo, limitare il numero di sedute (ad esempio a un numero che va da 6 a 16) e prescrivere quel numero in anticipo è utile per standardizzare la

terapia, ma rende molto difficile una esplorazione approfondita e una flessibilità nell'approccio terapeutico e quindi anche una sua maggiore efficacia; secondo, la manualizzazione presuppone che la stessa tecnica (ad esempio identificare e combattere le credenze patologiche) funzionerà indipendentemente dalla specificità del caso. Sebbene questo possa funzionare per certi sintomi e terapie (soprattutto in trattamenti basati sulla esposizione per sintomi d'ansia), è difficile immaginare che le stesse tecniche utili per aiutare una persona con sentimenti cronici di inadeguatezza sarà sempre ottimale per un paziente che lotta con una omosessualità non accettata, che è stato abbandonato dalla moglie, che soffre per le sequele di un abuso sessuale infantile, che lotta contro i significati dell'invecchiamento nel contesto di una personalità narcisistica, e così via, anche se tutti condividono la diagnosi di depressione maggiore.

Un corollario dell'assunto che i pazienti possano effettivamente conoscere e riferire cosa li faccia soffrire è che i sintomi devono essere compresi letteralmente, cioè che il *focus* della terapia deve essere sulla sintomatologia manifesta. Secondo questa concezione, un disturbo alimentare è un problema col cibo e non con il controllo degli impulsi o con la regolazione affettiva, un disturbo depressivo è un problema con l'umore e con una cognitività depressiva e non un problema con un lutto non risolto o con il mantenere una relazione significativa, e così via. Questo assunto, come si può ben vedere, non è teoricamente neutrale ma deriva dalla teoria della terapia comportamentale.

5) *Gli elementi di una terapia efficace sono separabili gli uni dagli altri e possono essere sommati (mentre è dimostrato che una psicoterapia non può essere "smantellata", nel senso che il suo significato è diverso dalla semplice somma delle sue parti)*

L'assunto secondo cui gli ingredienti di una terapia possano essere separati gli uni dagli altri permette ad esempio che i ricercatori paragonino un approccio strettamente comportamentale per curare il panico ad un approccio combinato cognitivo-comportamentale. Questo assunto può anche andare bene per certi disturbi ma non per altri. Meno la terapia è strutturata (come ad esempio una terapia dinamica a lungo termine), e meno utile può essere la strategia dello smantellamento perché il corso della terapia non può essere prescritto così facilmente. Il problema è che più un manuale diventa una guida generale e non un insieme di prescrizioni

"passo dopo passo" che insegna "cosa fare" in ogni momento quasi in modo algoritmico, meno i ricercatori possono trarre inferenze utili dai dati. Ma non dovremmo rinunciare di testare certe terapie o assumere che sono inefficaci perché possono essere testate solo con disegni quasi-sperimentali o correlazionali.

Le cose si complicano ulteriormente se in una terapia riuscita sono implicate le variabili relazionali tra paziente e terapeuta, cosa peraltro dimostrata da tutte le ricerche sul processo di cui si è a conoscenza. Per esempio, i ricercatori non possono misurare facilmente quanto i pazienti si sentono capiti, contenuti, criticati ecc., perché queste variabili interazionali dipendono dalle interpretazioni del comportamento del terapeuta da parte del paziente.

6) *Gli elementi efficaci di una terapia possono essere manualizzati e gli interventi specificati nel manuale sono causalmente correlati all'outcome (mentre alcuni studi, utilizzando il Psychotherapy Process Q-set, hanno dimostrato non solo che vengono usati interventi appartenenti a manuali diversi, ma anche che spesso non vi è correlazione tra l'outcome e gli interventi prescritti dal manuale)*

La manualizzazione è indispensabile nella metodologia degli EST, perché permette la standardizzazione del trattamento e il controllo delle variabili potenzialmente confondenti. Ma sappiamo che la manualizzazione può rendere gli interventi del terapeuta rigidi e difficili da correggere.

Alcune ricerche recenti, per esempio, utilizzando il *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) ([Jones & Windholz, 1990](#)) hanno misurato alcune variabili del processo dalle trascrizioni terapeutiche di terapie brevi sia psicodinamiche che cognitive. Uno dei meriti del PQS è quello di misurare quanto una terapia aderisce in realtà all'approccio psicodinamico, cognitivo-comportamentale o altro, correlando il processo terapeutico osservato con quello di sedute prototipiche, ideali, come descritte da esperti di ciascun approccio. Alcuni autori (Ablon & Jones, 1998), ad esempio, in uno studio hanno trovato non solo che terapeuti di entrambi gli approcci usano tecniche dell'altro approccio, ma che in entrambi i tipi di terapia l'*outcome* positivo era associato all'uso di tecniche proprie del prototipo empirico della psicoterapia psicodinamica. In questo studio cioè l'uso da parte di terapeuti cognitivi di tecniche cognitive non era correlato con l'*outcome*.

Dopo aver preso in rassegna la discussione critica di questi assunti impliciti della metodologia degli EST, colpiscono due fatti, dice Westen. Primo, essi non sono teoricamente neutrali, ma rispecchiano gli assunti fondamentali della terapia cognitivo-comportamentale, per lo meno della terapia cognitivo-comportamentale degli anni 1960-1970 quando questi assunti cominciarono a definire cosa poteva essere considerato un valido studio di *outcome* e quindi a influenzare le decisioni per la pubblicazione e il finanziamento delle ricerche (e questi assunti oggi non sono più accettati, anche in modo esplicito, da molti esponenti del movimento di terapia cognitivo-comportamentale). Secondo, gran parte di questi assunti sono empiricamente testabili, ma molti di essi non sono stati mai testati o sono stati testati e in un modo o nell'altro sono stati dimostrati falsi.

Dopo aver discusso gli assunti di base impliciti nella metodologia degli EST, vediamo ora i risultati empirici di questi studi, e prendiamo come esempio paradigmatico uno studio sulla psicoterapia della depressione ben progettato, condotto con la metodologia degli EST.

### **Riesame di un tipico studio su un EST per la depressione**

I ricercatori di questo studio (Thase, Simons, McGeary, Cahalane, Hughes, Harden, & Friedman, 1992), condotto con la metodologia degli EST, hanno valutato 130 pazienti depressi, dei quali 54 sono stati scartati e 76 sono stati considerati adatti allo studio e inclusi nella ricerca. Il tasso di inclusione in questo caso quindi è stato del 58%, che, come sanno bene i ricercatori, è abbastanza alto perché è circa il doppio di quello tipico di questo ricerche controllate. Tra i pazienti inclusi, 64 (81%) hanno completato lo studio. Di questi 64, alla fine della terapia 23 sono stati considerati "totalmente guariti" e 27 "parzialmente guariti", raggiungendo un tasso di guarigione completa di circa il 36% e un tasso di guarigione parziale leggermente maggiore, del 42%. Leggendo i dati in un altro modo, si può dire che circa il 18% dei pazienti depressi inizialmente valutati (che erano 130) hanno completato la terapia e sono guariti completamente, e che il 21% hanno completato la terapia e sono guariti parzialmente (i pazienti guariti, totalmente [23] o parzialmente [27], sono stati 50, circa il 38,5% dei 130 iniziali).

A un anno di *follow-up*, 16 dei 50 pazienti totalmente o parzialmente guariti hanno avuto una ricaduta di depressione maggiore, riducendo quindi a 34 i pazienti guariti almeno parzialmente dopo un anno. Questi sono il 26% del campione iniziale

dei 130 esaminati, e il 45% di quelli che sono stati inclusi nello studio (dopo averne escluso cioè circa la metà a causa di condizioni concomitanti sfavorevoli che li rendevano candidati non adatti). Se poi si allarga la definizione di ricaduta, e la si intende non solo come una ricaduta di depressione maggiore, ma anche come un disturbo dell'umore diagnosticabile che comunque necessita di ulteriore trattamento, il numero dei pazienti che rimanevano guariti totalmente o parzialmente cade a 29, cioè il 38% di quelli che iniziarono la terapia e il 22% di quelli inizialmente valutati (ma andrebbe qui valutato attentamente anche come reagirono al placebo i pazienti del gruppo di controllo dopo un anno, cosa accadde ai pazienti dopo due anni, cosa accadde ai pazienti non trattati neanche col placebo cioè esclusi dallo studio, come era il funzionamento sociale e lavorativo di questi pazienti dopo la terapia, ecc.).

Potremmo chiederci come reagirebbe un consumatore della psicoterapia se sapesse che ha solo il 22% di probabilità di migliorare dalla depressione dopo un anno dalla fine della terapia. Eppure questo reperto non è raro, e questo è un esempio di uno studio tra i meglio progettati. E' un prototipo di tutti gli studi questi tipo, ma differisce solo in un aspetto dagli altri studi: il tasso di successo qui trovato è circa il doppio di quello trovato in un normale studio ben progettato per l'efficacia della terapia manualizzata a breve termine per la depressione.

### **Conclusioni**

Come si accennava all'inizio, è consigliabile molta prudenza nell'usare il termine di psicoterapie "validate" o "supportate empiricamente", in quanto questo termine si riferisce solo a un determinato tipo di terapie studiate in laboratorio, per disturbi spesso monosintomatici o senza la comorbilità tipica di gran parte dei pazienti che si incontrano nella pratica clinica reale (vedi anche Roth & Fonagy, 1996), quindi la loro generalizzabilità è dubbia. Purtroppo, si può dire che i pazienti che vediamo nella nostra pratica clinica quotidiana assomigliano molto di più ai pazienti che vengono esclusi dagli studi sugli EST che a quelli che vengono inclusi. La metodologia degli EST (sperimentazioni randomizzate e controllate, utilizzo di campioni omogenei, standardizzazione della tecnica tramite manuali, e verifica delle ipotesi causali tramite strategie di "smantellamento") ha costituito il *gold standard* della ricerca in psicoterapia per un paio di decenni, ma questa metodologia riflette un misto di buona scienza (applicazione sofisticata del disegno sperimentale) e di una serie di assunti empiricamente non corretti per

molti disturbi e tipi di terapie. Non è un caso che molti di questi studi ci hanno ripetutamente messo di fronte al "verdetto di Dodo" (da *Alice nel paese delle meraviglie*) - "Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio" - cioè al paradosso della equivalenza tra tutte le psicoterapie (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, Diguier *et al.*, 2002; vedi [Migone, 1996](#)).

La meta-analisi di Westen & Morrison (2001) sugli studi sperimentali sulla psicoterapia della depressione, del panico e dell'ansia generalizzata ha mostrato che se è vero che vi è una iniziale risposta positiva, i pazienti rimangono subclinicamente sintomatici e hanno ricadute entro due anni di *follow-up*, per cui richiedono ulteriore trattamento. Vi è ragione di ritenere quindi che questi pazienti abbiano bisogno di terapie più prolungate di quelle accettabili dalla metodologia degli EST, e del resto chi ha esperienza clinica sa che tratti di personalità e stati affettivi generalizzati (come la depressione e l'ansia) non possono essere modificati nel giro di poche ore. Maj *et al.* (1992) hanno fatto notare che il tasso di ricadute oltre i 5 anni nei pazienti con depressione maggiore è ben superiore del 50%, e colpisce a questo riguardo come siano pochi gli studi di *follow-up* che vadano oltre i 5 anni, in modo da poter capire le reali efficacie di un trattamento. In certe aree della medicina la risposta terapeutica a breve termine viene chiamata "risposta iniziale", e occorrono ulteriori ricerche per stabilire la effettiva guarigione, mentre nella ricerca in psicoterapia una buona risposta iniziale è stata spesso confusa con una genuina efficacia. Nessun ricercatore sul cancro ad esempio oserebbe dire che una terapia è efficace senza un *follow-up* di almeno 5-10 anni. Questa analogia tra la ricerca sul cancro e sulla psicoterapia qui viene fatta in modo non casuale, perché alcuni sostenitori degli EST (Persons & Silberschatz, 1998) hanno affermato che nessuno avrebbe dubbi se scegliere tra un oncologo che segue la letteratura sulla *Evidence-Based Medicine* e un altro che invece si basa solo sulla propria esperienza clinica. Ma, se si guarda bene a questa analogia, è anche vero che una terapia contro il cancro che non garantisce risultati oltre i due anni viene subito scartata, cosa che non avviene in psicoterapia.

Quale può essere dunque una possibile soluzione ai problemi qui discussi, in che modo può essere migliorato il campo della ricerca in psicoterapia? Una possibilità, suggerisce Westen, è di implementare anche studi di tipo diverso da quelli tipici degli EST. Una volta Cronbach (1957) disse che vi sono due discipline di psicologia scientifica, una di ricerca "sperimentale" e una di ricerca "correlazionale". La prima metodologia, sperimentale, che si può

definire "*bottom-up*", è quella propria degli EST e di gran parte della ricerca in psicoterapia degli ultimi due decenni. La seconda metodologia prevede invece un approccio alternativo, "dall'alto al basso", secondo il quale si osservano le strategie terapeutiche usate da clinici esperti nella loro pratica clinica quotidiana, e tramite strumenti sofisticati e ben validati le si correlano con specifiche variabili dell'*outcome*. Si possono poi esaminare variabili potenzialmente moderatrici come la comorbidità o i tratti di personalità, e *solo in un secondo momento* studiare sperimentalmente, uno per uno, con la metodologia tradizionale, quegli interventi che sembrano correlati con un *outcome* positivo. Questa metodologia implicherebbe quindi l'utilizzo della pratica clinica reale come laboratorio iniziale da cui partire, e poi in un secondo momento il ricorso a ricerca più sofisticate per affinare le indagini e verificare singole ipotesi.

La proposta di Westen quindi è di percorrere entrambe le strade della ricerca in psicoterapia, in modo sinergico e dialettico, perché entrambe possono essere portatrici di dati utili: a volte la ricerca dovrebbe guidare la pratica clinica, e altre volte la pratica clinica dovrebbe guidare la ricerca, avendo entrambe limiti e pregi.

## Bibliografia

- Ablon J. S. & Jones E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 1: 71-83.
- Beutler L. (1998). Identifying empirically supported treatments: what if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 113-120.
- Calhoun K.S., Moras K., Pilkonis P.A. & Rehm L. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 151-162.
- Chambless D.L. & Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716 (trad. ital.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e scienze umane*, 2001, XXXV, 3: 5-46).
- Cronbach L. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 57: 67-684.
- de Girolamo G. (1997). *Evidence-Based Psychiatry*: verso un nuovo paradigma della pratica clinica. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXI, 2: 147-178.
- de Girolamo G. & Migone P. (2001). Nota introduttiva a: Chambless *et al.* (1998), "Criteri per giudicare una psicoterapia validata empiricamente" e "Esempi di trattamenti validati empiricamente". *Psychomedia*, <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/chamb198.htm>.
- Jones E.E. & Windholz M. (1990), The Psychoanalytic Case Study: Toward a Method for Systematic Inquiry, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38: 985-1015. Internet edition: [http://ourworld.compuserve.com/homepages/sherwood\\_waldron/jones90.htm](http://ourworld.compuserve.com/homepages/sherwood_waldron/jones90.htm).
- Kendall P.C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66, 1: 3-6.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford (trad. ital.: *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001).
- Luborsky L., Singer B. & Luborsky L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.
- Luborsky L., Rosenthal R., Diguer L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1: 2-12 (Commentaries [pp. 13-34]: D.L. Chambless; B.J. Rounsaville & K.M. Carrol; S. Messer & J. Wampold; K.J. Schneider; D.F. Klein; L.E. Beutler).

- Maj M., Veltro F., Pirozzi R., Lobraccio S. & Magliano L. (1992). Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 149: 795-800.
- Migone P. (1986) L'utilità dei manuali per la valutazione dei risultati delle psicoterapie. *Giornale Italiano di Psicologia*, XIII, 2: 321-327.
- Migone P. (1989). La psicoanalisi è una scienza? Panorama storico del problema e dibattito attuale sollevato da Grünbaum. *Il Ruolo Terapeutico*, 50: 69-75. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt50-89.htm>.
- Migone P. (1995). Il problema della "validazione scientifica" della psicoanalisi. In: Migone P., *Terapia psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 1995, cap. 11, pp. 175-197.
- Migone P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXX, 2: 182-238 (una versione è uscita anche in: P. Pancheri, G.B. Cassano *et al.*, a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, Vol. III, cap. 93, pp. 3148-3164). Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm>.
- Migone P. (1998). Quale modello di scienza per la ricerca in psicoterapia? (Editoriale). *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, XVII, 2: 113-119 (vedi sito Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt88-01.htm>).
- Migone P. (1999). Psicoterapia e servizi di salute mentale (Editoriale). *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXIII, 4: 219-232.
- Migone P. (2000). L'attuale fase di insoddisfazione nella ricerca in psicoterapia: il "contesto della verifica" nuoce al "contesto della scoperta"? (Relazione letta alla giornata di studio "L'insostenibile efficacia delle psicoterapie", organizzata dal *Dipartimento di Salute Mentale* della Azienda ULSS n. 15 "Alta Padovana" a Vigodarzere, Padova, il 13-10-2000). *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 2001, 38, 4: 482-513.
- Persons J. & Silberschatz G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 126-135.
- Roth A. & Fonagy P. (1996). *What Works for Whom? A Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford (trad. it.: *Psicoterapie a prova di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997).
- Seligman M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The *Consumer Reports Study*. *American Psychologist*, 50, 12: 965-974 (trad. it.: Progetto del *Consumer Report* sulla psicoterapia: valutazioni globali. In: *Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*, 1997, vol. I, n. 1/2).
- Thase M.E., Simons A.D., McGeary J., Cahalane J., Hughes C., Harden T. & Friedman E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of

depression: Potential implications for longer courses of treatment.  
*American Journal of Psychiatry*, 149: 1046-1052.

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

## Cap. IV

### **“Psychotherapy Process Q-Set di Jones e ricerche in corso”**

di Saulo Sirigatti

Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Psicologia di Firenze

#### 1) *Introduzione*

La ricerca in psicoterapia ha focalizzato l'attenzione particolarmente su due aree e sulle loro interrelazioni: la ricerca sugli esiti - che ha mirato alla comparazione dell'efficacia relativa di interventi psicoterapeutici - e la ricerca sul processo, che ha cercato di identificare specifiche fasi e dinamiche del cambiamento. Con particolare riferimento al secondo punto, alcuni ricercatori includono nel processo qualunque cosa accada nei e tra i pazienti e i terapeuti nei loro reciproci ruoli, vale a dire quello che pazienti e terapeuti effettivamente fanno, sentono, pensano e vogliono, nel contesto cangiante di circostanze e condizioni del trattamento. Tale definizione può creare una serie di incertezze concettuali e semantiche; tuttavia, al fine di una maggiore chiarezza può essere utile la distinzione tra tecnica e variabili della relazione.

Si suppone, usualmente, che fattori di tipo tecnico (specifico) differenzino procedure di un particolare tipo di trattamento, mentre la relazione tra pazienti e terapeuti è presente qualunque sia l'approccio seguito e rappresenta variabili comuni (o non specifiche). L'alleanza terapeutica - benché sia, tra le variabili comuni, un importante aspetto del processo terapeutico - risulta un costrutto pervasivo, che può essere facilmente confuso con il processo di trattamento inteso come un tutto, e non spiega come la terapia contribuisca al miglioramento del paziente. Tale costrutto colloca ad un livello troppo elevato di astrazione processi che sono presumibilmente comuni a tutti i trattamenti. Per comprendere ciò che fattori non specifici, come l'alleanza terapeutica, rappresentino e come aiutino il paziente a migliorare, è innanzitutto necessario descrivere tali fattori a un livello microanalitico (Ablon & Jones, 1999). Appare, quindi, di particolare utilità poter disporre di uno strumento ad ampio spettro, progettato per descrivere, empiricamente, il processo terapeutico nel suo complesso in termini clinicamente rilevanti.

Attualmente, si impiegano approcci di ricerca sperimentali, naturalistici o quasi-sperimentali, inchieste e studi di singolo caso. Il disegno di ricerca maggiormente utilizzato nello studio del processo di trattamento è stato lo studio naturalistico, ovvero osservazioni di casi specifici in diversi momenti. La ricerca descrittiva in psicoterapia si è concentrata principalmente su eventi che possono essere osservati accadere durante la sessione di trattamento. Tali eventi possono comprendere interazioni tra paziente e terapeuta ed esperienze avvenute durante una sessione, successivamente riferite da pazienti e terapeuti.

Comunque, le tradizionali storie di casi hanno limitato valore scientifico, in quanto consistono di resoconti aneddotici relativi ad osservazioni raccolte in modo incontrollato e asistematico. Limiti del metodo dello studio del caso possono essere contenuti introducendo aggiustamenti metodologici, come, ad esempio, l'applicazione standardizzata di valutazioni obiettive. Lo studio di casi può essere usato in ricerche più sistematiche, adottando metodi di analisi che (1) consentano che la ricchezza di osservazioni, tipica dello studio del caso, divenga dimensioni oggettive, quantificabili; (2) colgano l'unicità dell'individuo; (3) permettano il confronto tra osservatori dello stesso caso, come pure confronti tra casi (Jones, Cumming & Pulos, 1993).

Negli anni sono state proposte numerose tecniche, quali ad esempio: Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983); California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS); Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (Hollon et al., 1988), focalizzato sull'aderenza del terapeuta; Structural Analysis of Social Behavior (Benjamin, 1974); Psychotherapy Process Q Set, uno strumento composto da 100 item, costruito per descrivere in modo empirico il processo terapeutico nel suo complesso in termini clinicamente rilevanti (Jones, 1985). Il PQS ha il suo antecedente nella tecnica Q-sort, proposta da Stephenson (1953) e sviluppata e verificata in modo più sistematico da Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971). Si tratta di una tecnica di misurazione con ampia potenzialità di applicazione, particolarmente adatta per descrivere dati di tipo qualitativo. Consiste in una serie di item, ciascuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione. Il Q-sort è una tecnica ipsativa, cioè gli item sono ordinati all'interno di un unico caso, da quelli più caratteristici della persona o della situazione da descrivere a quelli meno caratteristici.

2) *La metodologia Q nella ricerca in psicoterapia: lo Psychotherapy Process Q-sort*

La tecnica Q-sort, proposta da Stephenson (1953), fu sviluppata e verificata in modo più sistematico da Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971). Si tratta di una tecnica di misurazione con ampie potenzialità di applicazione, particolarmente adatta per descrivere dati di tipo qualitativo, che consiste in una serie di item, ciascuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione.

Un Q-set consiste in una serie di item, il cui numero varia a seconda dei casi, ognuno dei quali descrive un aspetto psicologico o comportamentale dell'individuo o della situazione che si vuole esaminare. Come hanno sostenuto da Jones, Cumming e Pulos (1993), il contenuto degli item di un Q-set può rinnovarsi in base agli obiettivi della ricerca, rendendone inesistente un'unica forma standard. Il Q-sort è una tecnica di misurazione ipsativa, pertanto gli item vengono ordinati all'interno di un unico caso – da quelli più caratteristici della persona o della situazione da descrivere a quelli meno caratteristici – allo scopo di catturarne la specificità e scoprirne i cambiamenti.

Nella ricerca in psicoterapia la tecnica del Q-sort fu inizialmente impiegata per valutare gli esiti del trattamento, sebbene la sua utilizzazione per studiare il processo psicoterapeutico abbia una lunga storia (Jones, Cumming & Pulos, 1993). Nonostante i risultati delle prime applicazioni fossero promettenti, tale tecnica non ha riscosso molta popolarità a causa della difficoltà nella costruzione di un adeguato set di item.

Partendo da questi problemi, Block propose un metodo di costruzione del Q-set basato sull'operazionalizzazione dei concetti sottostanti le variabili di interesse e sulla costruzione degli item attraverso un'analisi della varianza per evidenziare le caratteristiche osservate (Block, 1961; Block e Haan, 1971). Lo scopo di tale approccio metodologico è quello di offrire un set di item in grado di catturare nel modo più comprensibile possibile le dimensioni critiche di variazione attraverso i casi oggetto di studio.

Un esempio di tale metodologia è rappresentato dallo *Psychotherapy Process Q-sort* (PQS) di Jones (1985), utilizzato per descrivere i processi terapeutici, per valutare la relazione tra processi e risultati, per analizzare la natura dei cambiamenti dei processi nel tempo. Sebbene costruito in base all'assunzione generale che la

psicoterapia costituisca un processo interpersonale, mira ad essere neutrale riguardo ad ogni particolare teoria terapeutica e permette di rappresentare un ampio spettro di interazioni terapeutiche. Lo scopo generale dello strumento è di fornire un quadro significativo del processo psicoterapeutico, che possa essere utilizzato in analisi comparative o studiato in occasioni di valutazione di situazioni precedenti o successivi alla terapia (Jones, 1985). Il PQS risulta applicabile a registrazioni video, audio, o alla trascrizione di un'intera seduta psicoterapeutica e uno dei suoi punti di forza risiede nel fatto che si tratta di uno strumento panteorico.

Il Q-set è Composto da 100 item, ognuno dei quali rappresenta una variabile clinicamente rilevante per la descrizione dell'interazione tra paziente e terapeuta, il PQS coglie tre fondamentali aspetti del processo psicoterapeutico:

- atteggiamenti, comportamenti ed esperienze esplicitati del paziente;
- azioni e atteggiamenti del terapeuta;
- la natura dell'interazione diadica, il clima, l'atmosfera della seduta.

Per una corretta applicazione dello strumento, è necessario che gli osservatori mantengano distacco rispetto alla terapia, si basino su fatti concreti, siano il più obiettivi possibile e non si lascino influenzare da preconcetti teorici o da reazioni personali nei confronti del paziente o del terapeuta. Gli item devono essere ripartiti in 9 categorie – distribuite in un continuum dalla meno caratteristica (numero 1) alla più caratteristica (numero 9). Nella categoria centrale (numero 5) vengono collocate le definizioni ritenute irrilevanti nella valutazione della seduta. In ciascuna categoria verrà inserito un definito numero di item, così da rispettare la distribuzione normale. Nella finestra che segue viene presentato il significato di ciascuna categoria.

3) *Distribuzione della collocazione dei 100 item secondo le nove categorie previste*

<b>Categoria</b>	<b>N° di item</b>	<b>Significato</b>
9	5	Estremamente caratteristico
8	8	Completamente caratteristico
7	12	Abbastanza caratteristico

6	16	Piuttosto caratteristico
5	18	Relativamente neutrale o non importante
4	16	Piuttosto non caratteristico
3	12	Abbastanza non caratteristico
2	8	Completamente non caratteristico
1	5	Estremamente non caratteristico

Seguono esempi di item relativi ai tre aspetti del processo.

### **Esempio di item riferito al paziente**

#### ***Item 1***

Il paziente verbalizza sentimenti negativi verso il terapeuta  
(vs fa commenti di approvazione o di ammirazione)

- **Collocare verso *caratteristico* se il paziente verbalizza sentimenti di critica, antipatia, invidia, disprezzo, rabbia o antagonismo verso il terapeuta (ad es.: il paziente rimprovera il terapeuta per non aver fornito una guida sufficiente durante la terapia).**
- **Collocare verso *non caratteristico* se il paziente esprime sentimenti positivi o amichevoli sul terapeuta, come complimenti.**

### **Esempio di item riferito al terapeuta**

#### ***Item 9***

Il terapeuta è freddo, distaccato  
(vs sollecito ed emotivamente coinvolto)

- **Collocare verso *caratteristico* se l'atteggiamento del terapeuta verso il paziente è freddo, formale e distaccato, o caratterizzato da ritiro emotivo.**

- **Collocare verso *non caratteristico* se il terapeuta è realmente responsivo ed emotivamente coinvolto.**

### **Esempio di item riferito all'interazione**

#### ***Item 4***

**Vengono discussi gli scopi terapeutici del paziente**

- **Collocare verso *caratteristico* se si parla di ciò che il paziente desidera ottenere come risultato della terapia. Questi desideri possono riferirsi a cambiamenti personali o "interni" (ad es.: "ho iniziato la terapia per superare la mia depressione") o a cambiamenti delle circostanze della vita (es. "mi domando se la terapia riuscirà a far sì che io mi sposi").**
- **Collocare verso *non caratteristico* se non vi sono riferimenti o allusioni da parte del terapeuta o del paziente alle possibili conseguenze della terapia.**

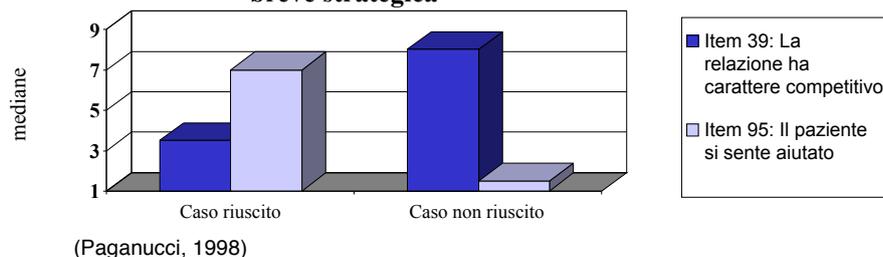
Il PQS sembra aver fronteggiato con discreto successo le limitazioni attribuite alla tecnica Q-sort. L'attendibilità tra valutatori in una varietà di studi e di trattamenti ha raggiunto correlazioni che variano da .83 a .89 per due osservatori e da .89 a .92 quando gli osservatori siano da tre a dieci (Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones & Windholz, 1990; Pulos & Jones, 1987). L'attendibilità media tra diversi tipi di trattamento ha raggiunto .82 (Jones, Parke & Pulos, 1992).

Per quanto attiene alla validità, i risultati hanno dimostrato che il PQS coglie differenze tra gli approcci Razionale-Emotivo e Gestaltico, Razionale-Emotivo e Centrato sul Cliente, Centrato sul Cliente e Gestaltico (Jones, Cumming & Pulos, 1993), Psicodinamico e Cognitivo-comportamentale (Jones & Pulos, 1993). In molti studi il PQS ha dimostrato di essere in grado di cogliere gli aspetti di processo riconducibili all'alleanza terapeutica, ma anche elementi più

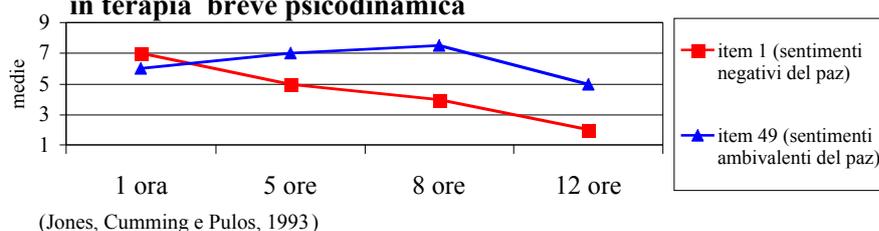
ampiamente descrittivi del processo terapeutico, quali comportamenti, pensieri e sentimenti dei pazienti, come pure aspetti più interattivi del processo terapeutico (Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002; Price & Jones, 1998).

In letteratura i dati raccolti mediante il PQS sono stati trattati sia su scala ordinale sia considerandoli su scala ad intervalli. Nel primo caso le elaborazioni possibili si riferiscono unicamente a mediane e coefficienti di correlazione tra le stesse (Giani, 1998; Paganucci, 1998). Lavorando invece su scala a intervalli, ovvero sulle medie delle categorie a cui un item viene attribuito, si ha la possibilità di evidenziare, ad esempio, l'andamento dello stesso item all'interno della terapia (esaminando le sue modificazioni nel tempo) o confrontare i suoi andamenti in terapie diverse (Miller, Luborsky, Barber, Docherty, 1993).

**Esempio 1: Items con potere discriminante in terapia breve strategica**



**Esempio 2: Modificazione degli item in terapia breve psicodinamica**



#### 4) Ricerche in corso sulla valutazione dei processi in psicoterapia

In Italia la ricerca empirica in psicoterapia, nonostante la sua importanza, è stata piuttosto trascurata, con limitate indagini

sull'efficacia della psicoterapia e alcuni studi meta-analitici (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi & Giannone, 1998; Migone, 1996, 1998; Sirigatti, 1985, 1988, 1994), anche se negli ultimi tempi si notano sempre più spesso interessanti studi sull'argomento (Costantini, et al., 2002; Dimaggio, Salvatore, Azzara, & Catania, 2003; Di Nuovo, & Zingales, 2000; Fava, 2001; Finicelli, Colombo, & Verga, 2001; Freni, Azzone, Bartocetti, Verga, & Vigano, 2000; Piasentin, Azzone, Vigano, & Freni, 2000; Ortu, et al., 2001). Appare comunque necessario condurre indagini sistematiche in questo campo, particolarmente secondo la prospettiva del processo.

Per rispondere all'esigenza di una sistematizzazione di ciò che avviene all'interno della psicoterapia e cercare di comprendere i meccanismi che portano o meno alla risoluzione del problema presentato dal paziente, è stata avviata una ricerca che vede la collaborazione tra il gruppo guidato da Valeria Ugazio dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e l'Università degli Studi di Firenze. Lo studio – in corso di svolgimento – mira a mettere in relazione i dati sugli esiti e quelli sui processi, così da integrare in modo costruttivo entrambi gli aspetti della psicoterapia.

In particolare, il progetto di ricerca mira alla identificazione di:

- differenze nei processi della terapia sistemico-relazionale, e non solo, in rapporto al trattamento di quattro differenti psicopatologie;
- processi quali predittori degli esiti delle psicoterapie considerate, anche in rapporto a quattro differenti psicopatologie.

Per analizzare i processi in sedici psicoterapie vengono utilizzate registrazioni audio e audiovisive d'archivio e le loro fedeli trascrizioni. È prevista l'inclusione di quattro diverse psicopatologie:

- 4 casi affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (2 trattamenti con esito positivo e 2 con esito negativo)
- 4 casi affetti da disturbi fobici (2 trattamenti con esito positivo e 2 con esito negativo)
- 4 casi affetti da disturbo alimentare (2 trattamenti con esito positivo e 2 con esito negativo)
- 4 casi affetti da depressione maggiore (2 trattamenti con esito positivo e 2 con esito negativo).

La diagnosi, per tutti i casi accettati per il trattamento, viene effettuata in base ai criteri del DSM-IV Axis I.

Per la valutazione del processo psicoterapeutico viene impiegato il PQS di Jones, allo scopo di disporre di un linguaggio di base per la descrizione e la classificazione. Come si è

precedentemente notato, l'uso di un linguaggio e di un procedimento di valutazione standardizzati può consentire di caratterizzare in maniera sistematica l'interazione paziente-terapeuta. Anziché considerare piccoli segmenti delle comunicazioni del paziente o del terapeuta, sarà possibile valutare intere sessioni terapeutiche, classificando le impressioni ricevute dallo svolgersi del processo stesso.

Le valutazioni sono condotte da un pool di cinque osservatori – composto da ricercatori e dottorandi di ricerca in psicologia che partecipano ad un programma di psicologia clinica – addestrati con un training specifico all'applicazione del PQS. Per ogni paziente vengono esaminate sei registrazioni audiovisive delle sedute e le loro trascrizioni fedeli (due relative alla prima parte del trattamento, due alla parte intermedia e due alla parte finale). Al fine dell'obiettività della valutazione, le registrazioni e le loro trascrizioni vengono randomizzate e vengono espressi giudizi indipendenti da almeno tre osservatori, che ignorano sia il tipo di disturbo sia la collocazione temporale della seduta. Periodicamente vengono svolti incontri di verifica della coerenza di giudizio, allo scopo di controllare la soggettività delle valutazioni.

Per quanto attiene all'analisi delle osservazioni compiute, il confronto tra i dati relativi ai processi, riguardanti ognuna delle quattro psicopatologie considerate, verrà svolto in due fasi. Per ogni trattamento verranno identificati gli item che caratterizzano, a livello massimo o minimo, il processo terapeutico. Saranno, quindi, analizzate le differenze nel processo terapeutico in rapporto alle quattro psicopatologie. Saranno calcolate le medie di tutti i 100 item del Q-set allo scopo di determinare i descrittori del processo che meglio caratterizzano ciascun trattamento. Infine, allo scopo di individuare se e in quale misura specifici fattori di processo, rappresentati dagli item del PQS, possano predire l'esito del trattamento, verrà condotta un'analisi di regressione multipla gerarchica impiegando tutti gli item.

#### 4) *Note conclusive*

Dall'analisi della letteratura pertinente lo Psychotherapy Process Q-sort si è rivelato un importante strumento panteorico, in grado di fornire validi elementi per l'analisi dei processi terapeutici. E' proprio attraverso l'applicazione dello Psychotherapy Process Q-sort nella ricerca sopra citata che ci auguriamo, in un futuro prossimo, di poter fornire i risultati derivati dai nostri studi, in modo da offrire al

panorama scientifico un ulteriore contributo per lo studio e l'analisi dei processi in psicoterapia. In particolare, in linea con quanto emerso dal dibattito sullo studio dei processi e dei risultati in psicoterapia e come espresso negli obiettivi della ricerca in corso, il nostro tentativo è quello di pervenire ad una sistematizzazione di ciò che avviene all'interno della psicoterapia per capire quali sono i meccanismi che portano o meno alla risoluzione del problema del paziente: in altri termini, l'intento è quello di superare la dicotomia tra processi ed esiti attraverso una loro integrazione che permetta di offrire una nuova chiave di lettura di entrambi gli aspetti e della psicoterapia nel suo insieme. L'augurio è quindi quello di poter presto pervenire a risultati sia sul piano metodologico sia sugli aspetti maggiormente legati ai processi di specifici approcci psicoterapeutici.

## Riferimenti bibliografici

- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavior Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. [On-line] *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
- Block, J. (1961). *The Q- Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Charles C. Thomas Publisher: Springfield.
- Block, J., & Haan, N. (1971). *Lives true time*. Bancroft: Berkeley, CA.
- Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G., & Balbi, A. (2002). Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. *Rivista di Psichiatria*, 37(1), 14-19.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., & Catania, D. (2003). Rewriting self narratives: The therapeutic process. *Journal of Constructivist Psychology*, 16(2), 155-181.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998). *Valutare le psicoterapie*. Franco Angeli: Milano.
- Di Nuovo, S., & Zingales, I. (2000). La valutazione dell'esito e del processo in terapia cognitivo - comportamentale: presentazione di due casi clinici. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 6(3), 287-302.
- Fava, G.A. (2001). Physicians, medical associations and death penalty. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70(3), 168.
- Finicelli, C., Colombo, A., & Verga, E. (2001). La psicoterapia nel servizio sanitario pubblico. Orientamenti degli psicologi e caratteristiche del processo terapeutico in un'Azienda Sanitaria Locale Lombarda. *Minerva Psichiatrica*, 42(4), 285-297.
- Freni, S., Azzone, P., Bartocetti, L., Verga, M.C., & Vigano, D. (2000). L'esigenza di protocolli clinici adeguati a documentare i processi e gli esiti dei trattamenti psicoterapeutici in un servizio di psicoterapia istituzionale. Risultati preliminari di un'esperienza. *Ricerca in Psicoterapia*, 3(1), 90-116.

- Giani, P. (1998). *L'approccio terapeutico familiare con adolescenti: analisi del processo*. Tesi di laurea non pubblicata, Università degli Studi di Firenze.
- Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*. Analytic Press: Hillsdale, NJ.
- Hollon, S.D, Evans, M.D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., K. Riss, M., Grive, W., Tuason, V.B., & Piasecki, J. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: differentiating cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished manuscript.
- Jones, E.E.(1985). *Manual for the psychotherapy process Q-sort*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Pulos, S.M. (1993). Tracing clinical themes across phases of treatment by a Q-Set. In N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, & J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. (14-36). Basic Books: New York.
- Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2, 16-30.
- Jones, E.E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E.E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 38, 985-1009.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 120 (2), 182-238.
- Migone, P. (1998). I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, & F. Giannone. (1998). *Valutare le psicoterapie*. Franco Angeli: Milano.
- Miller, N.E., Luborsky, L., Barber, J.P., & Docherty, J.P. (Eds.) (1993). *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. Basic Books: New York.
- 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. *Ricerca in Psicoterapia*, 4(1), 29-48.
- Paganucci, C. (1998). *La molla della psicoterapia breve strategica: un'applicazione del Q-Sort per scoprire cosa avviene nel processo*

- terapeutico*. Tesi di laurea non pubblicata, Università degli Studi di Firenze.
- Piasentin, V., Azzone, P., Vigano, D., & Freni, S. (2000). La siglatura dei meccanismi di difesa nel contesto della ricerca empirica sul processo psicoterapeutico. *Ricerca in Psicoterapia*, 3(1), 38-65.
- Price, P. & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404..
- Pulos, S.M., & Jones, E.E. (1987). *A study of differential validity of the Psychotherapy Process Q-Sort*. Paper presented at the Annual Meeting Of The Western Psychological Association, San Diego, CA.
- Sirigatti, S. (1985). Ricerca valutativa in psicoterapia e terapia del comportamento. *Terapia del Comportamento*, 8, 110-117.
- Sirigatti, S. (1988). La ricerca valutativa in psicoterapia: problemi e prospettive. In G. Nardone (Ed.), *Modelli di psicoterapia a confronto*. Il Ventaglio: Roma.
- Sirigatti, S. (1994). La ricerca sui processi e risultati della psicoterapia. *Scienze dell'Interazione*, 1(1), 117-130.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press: Chicago.

## Cap. V

### IL TERMINE MEDIO NELLA SOPRAVVENIENZA DEI RISULTATI.

#### UN CRITERIO LOGICO-SINTATTICO PER PROVARE LA VALIDITÀ DEI RISULTATI.

di Giampaolo Lai  
Accademia delle Tecniche Conversazionali di Milano

#### 1. CORNICE.

1.A. TESI. Ci sono, nel testo trascritto delle conversazioni registrate, precisi indicatori testuali, oggetti del testo, sui quali è possibile eseguire calcoli, secondo algoritmi approntati dal Conversazionalismo, che misurano le differenze tra un insieme di oggetti testuali, preso come punto di partenza, **S1**, e un insieme di oggetti testuali, preso come punto di arrivo, **S2**, successivo, *and next*, al tempo **T**. Le differenze tra **S1** e **S2** sono i risultati. Più semplicemente: **S2** è il risultato. Al tempo **T**, che separa **S1** da **S2**, possono essere attribuiti valori differenti: all'interno di una settimana, di un anno, di una conversazione, di un frammento di conversazione. Il tempo standard utilizzato nelle ricerche del Conversazionalismo copre i pochi minuti di un frammento di conversazione composti di pochi turni verbali tra paziente e terapeuta.

1.B. IL MATERIALE sul quale eseguiremo i calcoli dei fenomeni testuali è, secondo la tradizione del Conversazionalismo, un micro-frammento di conversazione registrata e trascritta. Il micro-frammento che propongo oggi è il testo di una conversazione tra me e Marcella. Si tratta della nostra seconda conversazione, avvenuta a distanza di una settimana dalla prima, ouverture di una terapia conversazionale attualmente in corso da poco più di un mese.

1.C. IL METODO che utilizzeremo nell'indagine è quello del Conversazionalismo, che ha approntato un algoritmo teoretico, cioè una ricetta che indica numericamente i passi successivi necessari per giungere, prima, alla individuazione dei fenomeni testuali, e per procedere, successivamente, ai calcoli sui fenomeni in questione. Dai calcoli emergono sia profili conversazionali, sia predizioni del testo.

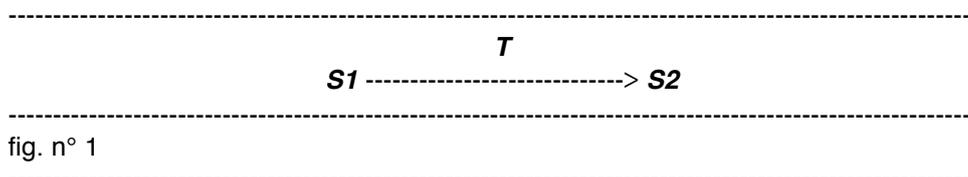
1.D. CONNESSIONI CAUSALI, O DI SOPRAVVENIENZA, TRA **S1** E **S2**. Le differenze, messe in evidenza dai calcoli, tra il segmento testuale di partenza, **S1**, e il segmento testuale di arrivo, **S2**, dopo un tempo **T**, *and next*, sono trattate come risultati, cioè come effetti, **E**, connessi a cause specifiche, **C**. Più semplicemente, diremo che **S2** è

l'effetto,  $E$ , ( $S2 = E$ ), connesso a cause specifiche  $C$ , situate tra  $S1$  e  $S2$  prima del tempo  $T$ . Va da sé che, in una conversazione, abbiamo a che fare per lo più con cause necessarie, non sufficienti, nel senso preciso che un medesimo effetto può, a volte, essere facilitato da più cause, o che una medesima causa può contribuire alla produzione di più di un effetto. Useremo indifferentemente il termine di causa, per riferirci al fatto che  $C$  causa  $E$ , dove  $E = S2$ , e di sopravvenienza, per dire che  $E$  sopravviene a  $C$ .

1.E. RISULTATI DELL'INDAGINE SUL TESTO. I calcoli eseguiti sul testo di Marcella evidenziano, come mostreremo, nette differenze tra  $S1$  e  $S2$ , come dire risultati, effetti di cause, sia quanto alla forma fonica, FF, cioè alle forme grammaticali lessicali, con un netto aumento in particolare delle frasi ben formate, ossia felici, sia quanto alle forme logiche, FL, con un nettissimo salto dalle figure logico-modali assiologiche, orientate dall'operatore del Male,  $\sim Gp$ , alle figure logico-modali epistemiche, orientate dall'operatore del non-Conosciuto,  $\sim Kp$ . L'imputazione causale di questo effetto viene rivolta alla modalità del turno verbale del terapeuta,  $T6$ , che ha qui la forma del condizionale controfattuale, orientato dall'operatore del Possibile,  $Mp$ .

1.1. Nota. Per seguire la lettura del testo non sono necessarie conoscenze specifiche del *Conversazionalismo*. Quanto agli altri concetti utilizzati, ci basterà una elementare introduzione ai titoli: *termine medio*, *condizionali controfattuali*, *figure logico modali*, *soprapvenienza*, i quali comunque si preciseranno nel corso della presentazione, e che potranno venire eventualmente approfonditi con l'opportuna bibliografia essenziale riportata in fondo al lavoro.

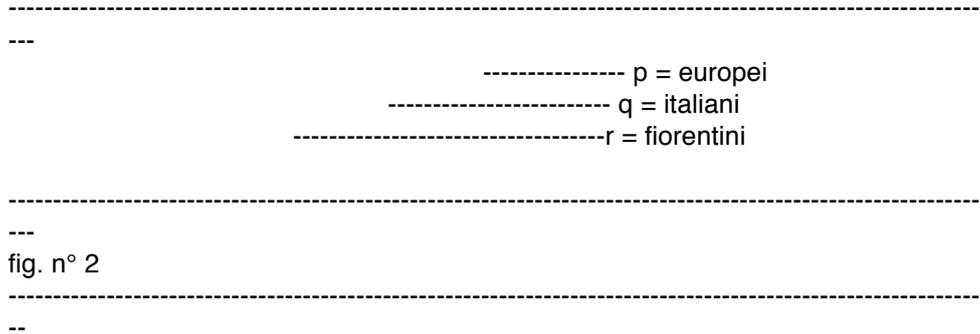
1.1.α. LA DIFFERENZA TRA S2 E S1 COME RISULTATI DI UNA CAUSA. Per ancorare visivamente le argomentazioni, via via che procederemo nel nostro discorso, disponiamo  $S1$  e  $S2$  agli estremi di una retta che rappresenta lo svolgersi lineare del tempo, e in una posizione intermedia il simbolo del tempo di passaggio,  $T$ , and next.



Nel testo della conversazione che ci apprestiamo a leggere, l'insieme  $S1$  contiene il primo segmento che va dal turno 1 al turno 5 di Marcella; e l'insieme  $S2$  il segmento che va dal turno 7 al turno 13. Al tempo  $T$  c'è l'insieme che contiene i turni 6 di Marcella e del terapeuta.

1.1.□. IL TERMINE MEDIO. Per svolgere la tesi che tra  $S1$  e  $S2$  c'è una causa  $C$ , alla quale  $S2$  sopravviene in quanto effetto  $E$ , dove  $E = S2$ , utilizziamo la

teoria del termine medio, svolta da Aristotele nelle sue ricerche sulla causa e sul sillogismo: <<in qualsiasi indagine si ricerca se sussiste un medio, oppure che cos'è il medio. In effetti, il medio è la causa, ed è proprio questa che viene ricercata in ogni indagine>> (*Secondi analitici*, 2.2.90a7). Se, a esempio, alla domanda: "perché i fiorentini sono europei", si risponde: "perché sono italiani", 'perché sono italiani' è il termine medio, e anche la causa, la ragione per la quale un fiorentino è europeo. In simboli: 'perché  $p$  è un  $q$ ? perché  $r$ ', dove la risposta è fornita dalla forma del sillogismo proposizionale: 'se  $p$  e  $q$ , allora  $r$ '. Meno astratte, le immagini visive dei circoli di Venn ci permettono di cogliere, intuitivamente, la posizione del termine medio,  $q$ , che è in mezzo tra  $p$  e  $r$ , è compreso da  $p$  e comprende a sua volta  $r$ .



‘Se europei è la classe alla quale appartengono tutti gli italiani, e se italiani è la classe alla quale appartengono tutti i fiorentini, allora europei è la classe alla quale appartengono tutti i fiorentini’. La dottrina del termine medio introdurrà del tutto naturalmente il fatto che, nel testo che andiamo a leggere, la causa **C** dell’effetto **S2**, dove **E = S2**, è il termine medio **T6**, che contiene il condizionale controfattuale del terapeuta.

1.1. Γ . I CONDIZIONALI CONTROFATTUALI E I MONDI POSSIBILI. I condizionali controfattuali sono proposizioni del tipo: “se Cesare non avesse attraversato il Rubicone non avrebbe occupato Roma”, “se il Colosseo fosse al Polo Sud sarebbe pieno di pinguini”, nelle quali la proposizione condizionale al congiuntivo esprime una condizione contraria ai fatti, ai fatti, nei due esempi, che Cesare ha attraversato il Rubicone e che il Colosseo è pieno di gatti. Secondo un’interpretazione di questo tipo di asserzioni, i condizionali controfattuali si inseriscono nella concezione dei mondi possibili, ipotizzando l’esistenza di mondi possibili, alternativi al mondo attuale, nei quali le cose avrebbero potuto essere come il congiuntivo della premessa pone. Da questa prospettiva, alla quale aderiamo, quando, come vedremo al turno **T6**, il terapeuta utilizza un condizionale controfattuale, di fatto apre, per sé e per la paziente, un mondo possibile al quale entrambi possono accedere. Diamo anche, per chi ne fosse interessato, un trattamento più tecnico dei controfattuali. La logica dei condizionali controfattuali è stata sviluppata a cavallo degli anni 1960 e 1970, con i contributi fondamentali di David Lewis e Robert Stalnaker. La logica controfattuale si basa su un operatore diadico  $\Box \dashv\rightarrow$ , per il quale  $\alpha \Box \dashv\rightarrow \Box$  sta a significare che se si desse il caso che  $\alpha$  allora si darebbe il caso che  $\Box$ . L’idea di Lewis era che, dato un mondo possibile  $w$ , alcuni mondi sono più vicini a  $w$  che altri. Se scriviamo  $w' <_w w''$  per significare che  $w'$  è più vicino a  $w$  che  $w''$ , allora la semantica per  $\Box \dashv\rightarrow$  sarà che  $\alpha \Box \dashv\rightarrow \Box$  deve essere vero in  $w$  se e solo se  $\alpha$  non è vera in nessun mondo o c’è un mondo  $w'$  nel quale  $\alpha$  e  $\Box$  sono entrambe vere che è più vicino a  $w$  che qualche altro mondo  $w''$  nel quale  $\alpha$  è vera ma non  $\Box$ . (Hughes G.E., Cresswell M.J. 1996; Lewis D., 1973; Stalnaker R., 1968).

1.1. π . SOPRAVVENIENZA. Abbiamo sopravvenienza quando non ci può essere una differenza di un qualche tipo in un mondo,  $w$ , senza che ci sia una differenza di un altro tipo in un altro mondo,  $w'$ . Per esempio, ci si può chiedere se a una modificazione delle particelle fisiche del cervello che interagiscono secondo leggi fisiche, non sopravvengano differenze nella vita mentale. L’idea centrale della sopravvenienza, quale relazione tra due famiglie di proprietà, è che le proprietà sopravvenienti sono in qualche modo determinate o dipendenti dalle proprietà sulle quali sopravvengono. Più formalmente, la sopravvenienza di una famiglia A di

proprietà su un'altra famiglia B può essere spiegata così: necessariamente, per qualsiasi proprietà F in A, se un oggetto x ha F, allora esiste una proprietà G in B tale che x ha G, e necessariamente qualsiasi cosa avente G ha F. (Kim J. 1982, 1993)

1.1.  $\epsilon$ . MONDI POSSIBILI. La descrizione di come le cose stanno è la descrizione di un mondo attuale. Ma le cose avrebbero potuto stare diversamente: avrei potuto comprare una Lancia invece di un'AlfaRomeo, avrei potuto abitare Roma invece che Milano. La descrizione di come le cose avrebbero potuto essere è la descrizione di un mondo possibile. Nella teoria dei mondi possibili, anche il mondo attuale è un mondo possibile tra gli altri. L'interesse centrale della teoria dei mondi possibili sta nella possibilità di stabilire delle relazioni, oppure non, tra il mondo attuale e i mondi possibili, tra più mondi possibili tra di loro. In termini più tecnici, prendiamo  $[W, R]$ .  $[W, R]$  è una coppia ordinata, o cornice, o *frame*. Nella cornice,  $W$  è l'insieme di tutti i mondi possibili  $w, w', w'' \dots, w_n$ , che quindi sono membri di  $W$ .  $R$  è una relazione diadica definita sui membri di  $W$ , nel senso che è specificato, per ogni coppia di oggetti,  $w$  e  $w'$ , se sì o se non  $wRw'$ . A volte  $R$  si definisce come *relazione di accessibilità*, e quando vale  $wRw'$ ,  $w'$  si dice *accessibile da w*, oppure che è *possibile relativamente a w*. Intuitivamente,  $R$  è una relazione di relativa possibilità, così che  $wRw'$  significa che, relativamente a  $w$ , la situazione  $w'$  è possibile. (Hughes G. and Cresswell M.J., 1996; Lewis D., 1986).

2. IL TESTO IMMATERIALE DELLA 2° CONVERSAZIONE CON MARCELLA DEL 15.4.2003. I segni // che si trovano nel testo, scandiscono i blocchi di cento parole, chiamati centurie. I segni □ ... □ racchiudono i tre segmenti testuali, in sequenza, indicati rispettivamente con **S1**, **T6**, **S2**, sui quali ragioneremo.

□1 MARCELLA: Ieri, è stata, l'ultima volta che ci siamo visti, ogni tanto mi sono venuti in mente durante la settimana della, dei piccoli flash su delle piccole

1 CONVERSANTE: sì

2 MARCELLA: su delle cose che sono state dette. Nel senso che poi sono, era anche quello che volevo, forse, nel senso che rispetto al, a dove andavo prima a Monza dove mi sentivo un pochettino spinta, cioè un pochettino indirizzata a prendere delle decisioni, a fare determinate cose, aaaa in realtà questa settimana ci siamo, ho parlato quasi solo io l'altra volta, però, durante la settimana mi sono venute fuori, ho fatto delle // riflessioni.

2 CONVERSANTE: Sì.

3 MARCELLA: E tra sabato e domenica io ho avuto dei momenti diiii, di forte ansia, in cui mi sento come un pochettino immobo, immobilizzata, cioè come se non riuscissi in quel momento aaa vivere, a vivere bene, quella, aaa, la situazione che sto vivendo, perché penso che, per esempio, questo fine settimana Valerio era a casa e stava con suo figlio, io ero con il mio, eee, sabato mattina mi sono svegliata con questo senso (*ispirazione appoggiata*), come se avessi già bevuto il caffè, ho iniziato a fare questi respiri eee proprio cioè agitata

3 CONVERSANTE: umh, uhm.

4 MARCELLA: e sono rimasta insomma agitata fino al pomeriggio. // Dopo, cercando di calmarmi, di contenermi, poi nel pomeriggio mi è passato, e basta, sono stata benissimo. E dopo il pomeriggio e la sera sono stata bene.

4 CONVERSANTE: Ecco.

5 MARCELLA: Proprio bene. E domenica, ho avuto anche domenica un momento in cui mi è ripresa questaaa, quest'ansia, e quando mi viene questaaaa, cioè quando sento questo nodo alla gola, questa, no, non riesco a vivere bene la, il mio momento. Ho pensato, dico, quando ho lasciato Valerio, perché questa è una sensazione che avevo anche prima e che sono cose che non volevo più vivere (*ride*), no che non volevo più vivere, lo avevo // lasciato perché queste cose erano diventate troppo, troppo pesanti. Quando l'ho lasciato, eeee, non c'erano, cioè questi momenti non non c'erano, cioè c'era tristezza, mi mancava, "voglio vederlo", però non c'erano questi momenti di di ansia, per cui vivevo tranquillamente, sì, co, col suo pensiero, però vivevo tranquillamente, in modo tutto sommato più sereno, aaa, la mia, la mia normalità, cioè con mio figlio andavo, facevo, ho fatto anche sabato e domenica, però mi sono un pochettino forzata per uscire da, da questo stato di di agitazione che non mi, che non mi fa vivere bene

5 CONVERSANTE: Sì. □

□6 MARCELLA: e questa è una di quelle sensazioni che, che non volevo più vivere. Fondamentalmente poi mi viene paura, (*3'07. pausa di 15". Brano 2:*) Perché mi vengono questi salti di?

6 CONVERSANTE: Eh, credo che è importante, queste riflessioni che stava facendo su su questo, su questi collegamenti. Lei ha collegato l'ansia alla alla presenza dell'incertezza, del dilemma in cui si trova rispetto a Valerio, mi pare, no. Quindi è come se dicesse: "con Valerio mi viene quest'ansia", poi, se rovescia: "se non ci fosse Valerio, vivrei bene, sarei tranquilla e pacifica". □

□7 MARCELLA: Sì, sì, sì. Sì, con tanti pensieri, però, più tranquilla. Ieri sera ci siamo visti, aaa, è venuto a cena da me, io ho faticato proprio a rilassarmi un pochettino, perché ormai ero talmente tesa, avevo iniziato dal, cioè tra sabato e domenica per cercare di difendermi avevo in qualche modo insomma cercato di reagire, per cui poi proprio ho faticato a rilassarmi, nel senso che ieri sera, cioè, per un po' mi venivano in mente, insomma, le solite cose, i soliti, i soliti (*espirazione appoggiata*) discorsi.

7 CONVERSANTE: Quindi questa presenza che da una parte le fa piacere, dall'altra accende questa sua ansia

8 MARCELLA (*sovrapponendosi*): quando non c'è mi accende, sì, sì sì, però cioè dico anche, se cioè alla // fine siamo stati lontani un mese, e se dopo un mese alla fine ho voluto, insomma, sono venuta da lei quel giorno, ho detto, se lo ricorda che l'ho detto qua, non è che l'ho detto a un'altra persona, per cui faccio fatica a capire cioè che cosa (*ride*) che cosa devo fare, non capisco quanto questo mio stato insomma di ansia, cioè alla fine dipende da me, non dipende da nessuno (*1'52" del 2° brano, dall'inizio quindi 4'59"*)

8 CONVERSANTE: E' d'accordo, eh?

9 MARCELLA: Sì, sì, perché io, quando non c'era Valerio, il sabato e la domenica ero, erano uguali il sabato e la domenica. Anzi. Però è // questa situazione di incertezza. (*silenzio di 20"*)

9 CONVERSANTE: Che cosa vuole la Marcella, in qualche modo.

10 MARCELLA: Sì, sì, sì, ma infatti ieri quando arrivava lì, gli ho detto, boh, io non so che cosa voglio alla fine, perché se questo mi crea tutta quest'ansia, però quando non c'è voglio vederlo, dico forse alla fine forse è meglio che mi chiarisca, che capisca che cosa voglio, che cosa voglio io, [*3'01" del 2° brano, dall'inizio quindi 6'8". Silenzio di 25"*]. Cioè, la sua presenza mi fa bene, ci sto bene, dall'altra però dico: "caspita, se quando non c'è, tutto sommato stavo meglio" [*uno dei suoi silenzi, di 15"*] Così però era anche con Marino, nel senso che quando non, quando

non c'era mi, insomma, // avevo questi momenti in cui volevo, cioè volevo che fosse lì, e dico, non lo so se sono io che sono incapace io a stare da sola. Non si capisce.

10 CONVERSANTE: [*brano 3:*] Ma se possiamo un po' sorriderci anche per alleggerire

11 MARCELLA: Sì, sì, sì

11 CONVERSANTE: non è tanto che non è capace di star da sola, non è capace di stare con un uomo, in qualche modo. Provi a pensarci, perché è questo che sta dicendo. Perché se non c'è un uomo all'orizzonte, lei è tranquilla. Se appare all'orizzonte un uomo, diventa ansiosa.

12 MARCELLA: Sì, forse è questo, cioè, non è vero che non sono capace di stare da sola. E' vero.

12 CONVERSANTE: Non è del tutto vero, ecco.

13 MARCELLA: Sì, sì, sì, anzi. (*IV blocco di 102 parole. Brano 3, 41". Dall'inizio 7'50"*). □

3. L'ALGORITMO TEORETICO PER I CALCOLI SULLE FORME LOGICHE E SULLE FORME FONICHE DEL TESTO. Che cosa ne fa, il conversante, del testo trascritto di Marcella a disposizione? La prima operazione è l'individuazione e la quadrettatura del campo di indagine. I segni □ ... □ delimitano e comprendono i tre segmenti in cui abbiamo suddiviso, arbitrariamente ma non troppo, il microframmento di Marcella. Il primo segmento, dal turno 1 al turno 5, lo indichiamo con **S1**, per significare che sarà trattato come uno stato di cose di partenza. Il secondo segmento, che comprende il turno 6 del terapeuta, lo indichiamo con **T6**. Il terzo segmento, dal turno 7 al turno 13, lo indichiamo con **S2**, e sarà trattato come uno stato di cose di arrivo, da paragonare a **S1**. La formula adatta, presa dalla logica del tempo, è la seguente, che si legge, **S1**, *and next*, e al tempo seguente **T**, **S2**:

### **S1 T S2**

Tra **S1** e **S2** c'è una differenza, se c'è. La differenza, sia quando c'è, sia quando non c'è, è il risultato. La differenza è l'effetto, **E**, dove **E** = **S2**, connesso in qualche modo a una qualche causa, **C**, dal modo più forte e specifico della causa efficiente, al modo più debole e generico della sopravvenienza.

3.1. IL CALCOLO SULLE FORME FONICHE, FF. Una volta quadrettato il campo di indagine, la ricerca si biforca a calcolare, da una parte, le forme foniche, FF, e, dall'altra, le forme logiche, FL. Il calcolo delle forme foniche si esercita sulle figure grammaticali e sintattiche. Praticamente, si contano tutte le parole di un segmento;

si contano poi i nomi e se ne calcola la percentuale; si contano i verbi e dalla divisione con i nomi si ha il l'indice nomi/verbi. Si calcola poi la distribuzione dei predicati tra gli *io* delle frasi, i verbi al modo infinito, la concentrazione nei tempi. Si calcolano infine il numero e la percentuale delle frasi ben formate, ovvero felici. Cruciale è lo studio dei distacchi, in più o in meno, di ciascun fenomeno, rispetto alla medietà standard dei rispettivi parametri. I distacchi dalla medietà standard sono distacchi dalla felicità delle parole e frasi della conversazione. Ci limitiamo qui, saltando, per semplificare, i calcoli intermedi eseguiti, a fornire, nella tavola n° 1, un quadro riassuntivo d'insieme delle differenze dei singoli fenomeni in **S1** e in **S2**.

-----  
**S1** = turni da 1 a 5

**S2** = turni da 7 a 13  
 -----

FF1

lievitazione dell'*io*, al 49%, ++  
 definitezza formale, al 19%, -  
 passato di iterazione, 61%, ++

FF2

onomafilia, al 13%  
 espansione dell'indice, allo 0.75

FF3

61% di frasi ben formate (35)  
 38% di frasi non b.f. (20)  
 autocorrezioni al 21% (12)  
 interruzioni di frasi al 15% (9)  
 iterazioni al 15% (9)

FF1

lievitazione dell'*io*, al 55%, +++  
 definitezza formale, al 15%, -  
 presente di iterazione, 55%, ++

FF2

onomafilia, al 10%  
 espansione dell'indice allo 0.52

FF3

80% di frasi b.f. (48)  
 20% di frasi non b.f. (12)  
 autocorrezioni al 3% (2)  
 interruzioni di frasi al 5% (3)  
 citazioni al 3% (2)

-----  
 -

*Tavola n° 3.* Già a un primo colpo d'occhio si possono cogliere alcune nette differenze tra **S1** e **S2**, differenze che nella nostra logica costituiscono il risultato. Senza scendere in dettagli, basti notare la differenza delle percentuali di frasi ben formate, che passano dal 61% in **S1** all'80% in **S2**, o delle frasi non ben formate, che cioè si distaccano dalla medietà standard, e che scendono dal 38% al 20%, di quasi la metà.

-----  
 -

3.2. IL CALCOLO SULLE FORME LOGICHE, FL. Ci soffermeremo più a fondo sui calcoli della conformità del testo alle figure logico-modali. Il calcolo delle figure logico-modali si fa un po' come quando si cerca di rinvenire in un cielo stellato, e il cielo stellato sono le parole e frasi del testo, la conformità di un agglomerato di stelle alla figura geometrica, mettiamo, del triangolo piuttosto che a quella del trapezio. Diamo, nella tavola n°2, le quattro (o cinque) figure geometriche logico-modali, con gli operatori corrispondenti, utilizzate

dal Conversazionalismo. Per definizione, tutti gli agglomerati possibili di stelle apparterranno all'una o all'altra delle quattro modalità logiche, e a nessun'altra; e, inoltre, di nessuna stella potrà dirsi che non appartiene all'una o all'altra delle modalità logiche in questione. Da questa definizione salta immediatamente agli occhi la semplificazione portentosa delle operazioni sui profili conversazionali rispetto a qualsiasi manuale diagnostico in circolazione.

---

Tavola della figure logico-modali con gli operatori corrispondenti

---

Le figure logico-modali aletiche (da *aletheia* 'il vero')

il Possibile,  $Mp$  'è possibile che  $p$ '  
 l'Impossibile,  $\sim Mp$  'non è possibile che  $p$ '  
 il Necessario,  $\sim M\sim p$  'non è possibile che non  $p$ '

Le figure logico-modali deontiche (da *déon* 'il dovere')

il Permesso,  $Pp$ , 'è permesso  $p$ '  
 il Proibito,  $\sim Pp$ , 'non è permesso, è proibito  $p$ '  
 l'Obbligatorio,  $\sim P\sim p$  'non è permesso non  $p$ '

Le figure logico-modali assiologiche (da *axios* 'il valore')

il Bene,  $Gp$ , 'è bene  $p$ '  
 il Male,  $\sim Gp$ , 'non è Bene, è Male  $p$ '  
 l'Indifferente,  $\sim G\sim p$ . 'non è né Bene né Male  $p$ '

Le figure logico-modali epistemiche (da *episteme* 'la conoscenza')

il Sapere,  $Kp$ , 'sa che  $p$ '  
 il Non-Sapere,  $\sim Kp$ , 'non sa che  $p$ '  
 la Credenza,  $\sim K\sim p$ . 'crede che  $p$ ', 'né sa né non sa che  $p$ '

Le figure logico-modali temporali:

$Pp$  'è stato vero che  $p$ '; 'è accaduto che  $p$ ' (passato debole)  
 $Hp$  'E' stato sempre vero che  $p$ '; 'sempre in passato  $p$ '

(passato forte)

$Fp$  'Sarà vero che  $p$ '; 'accadrà  $p$ ' (futuro debole)  
 $Gp$  'Sarà sempre vero che  $p$ '; 'sempre in futuro  $p$ ' (futuro forte)

---

tavola n° 4

---

4. ESERCIZI DI RICERCA DELLA CONFORMITÀ DEL SEGMENTO **S1** DI MARCELLA ALLE FIGURE LOGICO-MODALI ASSIOLOGICHE. Proviamo ora a chiederci: il segmento **S1** dei primi cinque turni di Marcella si conferma, non necessariamente in maniera netta e univoca, e ciò ben si comprende, a una, piuttosto che all'altra, delle quattro figure logico-modali della tavola n° 2? E se sì, a quale? Se procediamo per esclusione, si potrebbero trascurare le figure aletiche, niente in **S1** sembrando richiamare o il Possibile o l'Impossibile o il Necessario; analogamente potremmo trascurare le modalità deontiche, non

essendoci traccia, almento evidente, in **S1**, del Permesso, o del Proibito o dell'Obbligatorio; e pure le figure epistemiche parrebbero da escludersi, mancando in **S1** accenni al Sapere, o al Non-Sapere, o al Credere. Non restano, quindi, che le figure assiologiche, alle quali, del resto, saremmo potuti giungere direttamente. Infatti, gli operatori del Bene e del Male, anzi, del Male,  $\sim Gp$ , spaziano per tutto il segmento **S1**. Fin dal turno 3 di Marcella, troviamo: "io ho avuto dei momenti diiii, di forte ansia", e: "come se non riuscissi in quel momento aaa vivere, a vivere bene", e: "mi sono svegliata con questo senso ... agitata"; e, al turno 4: "sono rimasta agitata fino al pomeriggio"; e ancora, al turno 5: "mi è ripresa quest'ansia ... questo nodo alla gola ... non riesco a vivere bene ... cose che non volevo più vivere ... agitazione che non mi, che non mi fa vivere bene". Al di là di ogni ragionevole dubbio, abbiamo qui a che fare con indicatori testuali, oggetti fenomenici evidenti, orientati dall'operatore assiologico del male,  $\sim Gp$ , da cui viene così a caratterizzarsi il segmento **S1**.

5. ESERCIZI DI RICERCA DELLA CONFORMITÀ DEL SEGMENTO **S2** DI MARCELLA ALLE FIGURE LOGICO-MODALI EPISTEMICHE. Se passiamo ora a filtrare gli ammassi di stelle del segmento **S2**, dal turno 7 al 13, attraverso le nostre figure logico-modali, ci appare con tutta evidenza che il segmento **S2** non si conforma più alle figure assiologiche, del Bene e del Male, bensì alle figure logico-modali epistemiche, secondo l'operatore del non-Conoscere,  $\sim Kp$ . Ci confortano, nell'argomentazione di questa tesi, i numerosi indicatori testuali che raccogliamo, sul modello introdotto da Marcella con la questione del turno 6: "perché mi vengono questi salti di?"; al turno 8: "faccio fatica a capire", "che cosa devo fare", "non capisco"; e ancora al turno 10: "io non so che cosa voglio", "che mi chiarisca", "che capisca che cosa voglio", "che cosa voglio io", "non lo so se sono io", "non si capisce". Il non sapere, ribadito da Marcella, denuncia tutta l'infelicità testuale della asimmetria epistemica prodotta dall'operatore del non-Conosciuto,  $\sim Kp$ . Abbiamo così un'altra differenza evidente, in chiave della forma logica, FL, nel salto da **S1**, *and next* **S2**, che, aggiunta alle differenze calcolate per la forma fonica, FF, completano la tavola n° 1 delle differenze tra **S1** e **S2**, in un risultato netto e inequivocabile.

-----  
**S1** = fenomeni dei turni da 1 a 5  
 7 a 12

**S2** = fenomeni dei turni da

-----  
 FF1

FF1

lievitazione dell'io, al 49%, ++  
 definitezza formale, al 19%, -  
 passato di iterazione, 61%, ++  
 FF2  
 onomafilia, al 13%  
 espansione dell'indice, allo 0.75  
 FF3  
 61% di frasi ben formate (35)  
 38% di frasi non b.f. (20)  
 autocorrezioni al 21% (12)  
 interruzioni di frasi al 15% (9)  
 iterazioni al 15% (9)  
 FL  
 figura logico-modale assiologica:  
 epistemica:  
 con l'operatore modale  
 del Male,  $\sim Gp$

lievitazione dell'io, al 55%, +++  
 definitezza formale, al 15%, -  
 presente di iterazione, 55%, ++  
 FF2  
 onomafilia, al 10%  
 espansione dell'indice allo 0.52  
 FF3  
 80% di frasi b.f. (48)  
 20% di frasi non b.f. (12)  
 autocorrezioni al 3% (2)  
 interruzioni di frasi al 5% (3)  
 citazioni al 3% (2)  
 FL  
 figura logico-modale  
 con l'operatore modale  
 del Non Sapere,  $\sim Kp$

-----  
 --

tavola n° 5, che riassume e giustappone i fenomeni dei turni dal 1 al 5, in posizione di **S1**, e dei turni dal 7 al 12, in posizione di **S2**, la cui differenza costituisce il risultato

-----  
 -

6. LE RAGIONI DI UNA DIFFERENZA. LA CAUSA, **C**, DI UN EFFETTO, **E**. LA SOPRAVVENIENZA DI **S2** A UNA QUALCHE **C**. La lettura della tavola n° 3 mostra bene la differenza dei fenomeni di **S1** e di **S2**, cioè il risultato, l'effetto, **E**, dove **E** = **S2**, di una qualche causa, **C**; ovvero la sopravvenienza di **S2** a una qualche **C**, dove **C** spiega **S2**, fornisce la ragione logica di **S2**, risponde alla domanda: 'perché, dopo **S1**, **S2**?, perché **S2** consegue a **S1**, sopravviene a **S1**?' Per rispondere alla domanda, si tratta ora di andare alla ricerca della causa **C** che ha prodotto l'effetto **E** = **S2**, o della **C** alla quale **S2** è sopravvenuta.

7. IL TURNO VERBALE **T6** IN QUANTO CONDIZIONALE CONTROFATTUALE.

Non foss'altro che per l'evidenza della sua contiguità e successione, il primo indiziato, nella ricerca delle cause della differenza tra **S1** e **S2**, è il turno verbale 6 del terapeuta, **T6**, situato proprio a ridosso di **S1** e di **S2**: "se non ci fosse Valerio, vivrei bene". In questo turno, il terapeuta utilizza una tecnica specifica e speciale, consistente nella 'sommministrazione del condizionale controfattuale'. Abbiamo già anticipato che cos'è il condizionale controfattuale. Si chiamano 'controfattuali' costruzioni linguistiche del tipo: 'se i pipistrelli fossero sordi andrebbero a caccia di giorno', 'se Cesare non avesse

attraversato il Rubicone non avrebbe conquistato Roma', per la ragione che i componenti della proposizione sono contrari ai fatti: negli esempi, contrari ai fatti che i pipistrelli ci sentono benissimo e dormono di giorno, e che Cesare ha attraversato il Rubicone e conquistato Roma, e che Valerio c'è e Marcella non vive bene. Occorre aggiungere che la modalità del condizionale controfattuale di **T6**, è una modalità né assiologica (quale è invece quella del segmento **S1** =  $\sim Gp$ , da cui il turno del conversante prende le mosse) né epistemica (quale è invece quella del segmento **S2** =  $\sim Kp$ , su cui lo stesso turno 6, **T6**, sfocia), bensì una modalità aletica, del possibile: '**Mp**' = 'In un mondo possibile dove Valerio non c'è, Marcella è felice'.

8. LA TESI CHE **T6** È LA CAUSA DELL'EFFETTO **S2**, O CHE L'EFFETTO **S2** SOPRAVVUENE A **T6**. Trasformiamo ora la *tesi generale* del § 1, che, dato un insieme di oggetti di partenza, **S1**, e un insieme di oggetti di arrivo, **S2**, la differenza tra **S1** e **S2** è un effetto, **E**, di una qualche causa, **C**, che sta tra **S1** e **S2**, dove **S2** = **E**, nella *tesi speciale* che **S2** è un effetto, **E**, sempre con **S2** = **E**, di **T6** (e anche di **S1**). La tesi che ci apprestiamo a dimostrare è dunque che i turni dal 7 al 13 di Marcella sono causati dal turno verbale 6 del terapeuta, e, anche dai turni dall'1 al 6 di Marcella. Seguiremo due strade: la prima, empirico-probabilistica, la seconda logico-modale.

8.1. LA STRADA EMPIRICO-PROBABILISTICA DELLA TESI SPECIALE CHE **S2** SOPRAVVUENE A **T6**, O CHE **T6** È LA CAUSA DI **S2**. Cominciamo, ora, in chiave empirico-probabilistica, a svolgere la tesi che il turno verbale **T6** del terapeuta (in quanto condizionale controfattuale, cioè figura logico-modale aletica del possibile) è la causa dell'effetto del segmento **S2** (**S2** = **E**) di Marcella (in quanto figura logico-modale epistemica). Mettiamoci nel collo della clessidra, al tempo limite **T**, nel quale sopravvengono gli effetti di **S1** e dal quale si diramano le cause di **S2**. Ebbene, in questo momento limite **T**, uno sguardo dall'alto, *a view from nowhere*, una prospettiva assoluta, non relativa a alcun osservatore psicologicamente determinato, permette di sapere che, al momento successivo, *and next*, dopo che il terapeuta avrà fornito il proprio **T6**, Marcella produrrà un suo turno verbale che sarà necessariamente in conformità con l'una o con l'altra delle quattro forme logico-modali, secondo una probabilità dell'8%. Il calcolo è presto fatto: le forme logico-modali sono 4 (escludiamo, per non complicare troppo le cose, le figure modali della logica del tempo); ciascuna si suddivide in 3 figure;  $4 \times 3 = 12$ ; 1 diviso 12 fa

0,08, che, moltiplicato per 100, dà 8, cioè 8%, ossia la probabilità che, a parità di ogni altra condizione, uno dei 12 eventi possibili si verifichi. Ma la clausola *caeteris paribus* non vale qui assolutamente. Infatti, si sa, e se non si sapesse, o se si fosse dimenticato, le cose non cambierebbero, che quando la psicologa di Monza ha spinto Marcella a abbandonare Valerio che la faceva soffrire, restituendo un turno verbale deontico dell'Obbligatorio, ( $\sim P \sim p$  = 'Devi lasciare Valerio', 'non è permesso non abbandonare Valerio': *vedi al turno verbale 2 di Marcella*.) Marcella ha risposto ribadendo la modalità assiologica del Male,  $\sim Gp$ , anzi, trasformandola nell'iperbole dell'infelicità conversazionale, che è il silenzio della fuga. Quindi, la probabilità che, alla somministrazione di un **T6**, in quanto figura logico-modale aletica, del possibile, ( $Mp$  = condizionale controfattuale,  $\alpha \square \dashrightarrow \square$ ), logicamente agli antipodi rispetto alle figure deontiche, sopravvenga un'altra risposta assiologica, si avvicina a 0. Ma anche la probabilità materiale che alla somministrazione di una figura aletica del possibile, **Mp**, sopravvenga una risposta deontica in Marcella, è empiricamente vicina a 0. Per convincersene, basta fare un qualche esperimento mentale, nei quali sarebbe difficile trovare una Marcella che propone a sé stessa la risposta che non ha accolto quando le è stata offerta dalla psicologa di Monza. Resta quindi l'alternativa tra una risposta di Marcella o aletica o epistemica.  $1/2 = 0.50 \times 100 = 50$ . Dalle argomentazioni svolte fin qui, sulla strada empirico-probabilistica, abbiamo che la probabilità di ottenere una risposta epistemica in Marcella al tempo successivo al condizionale controfattuale del possibile del terapeuta, è del 50%. Il conversante può scommettere alla pari su una simile predizione. Come dire che, sopravvenendo, se non sempre, almeno per lo più, a un condizionale controfattuale, **S2** è probabilmente causata da **T6**. Q.E.D.

8.2. LA STRADA LOGICO-MODALE DELLA TESI SPECIALE CHE **S2** SOPRAVVUENE A **T6**, O CHE **T6** È LA CAUSA DI **S2**. Ma la tesi che **S2** sopravviene a **T6**, o che **T6** è la causa di **S2**, desideriamo validarla non solo su una base materiale probabilistica, come abbiamo fatto, convincentemente, ci sembra, al § 8.1, ma anche logico-formale. Per questa dimostrazione, richiamiamo la dottrina del termine medio, già abbozzata al § 1□, riprendendone, per comodità del lettore, la definizione: "In effetti, il medio è la causa, ed è proprio questa che viene ricercata in ogni indagine". Nella prospettiva del termine medio, chiedersi: 'perché **S1** può diventare **S2**', o: 'perché **S1 T S2**' (perché **S1** e al tempo seguente, **T**, and next, **S2**), vuol dire cercare un

legame logico che congiunga **S1** a **S2**, e questo legame è il termine medio. Se poniamo, come termine medio, **T6**, allora la domanda precisa: ‘perché **S2** di Marcella è, e è quello che è?’, ottiene la risposta: ‘perché **T6**’, ossia: ‘la causa di **S2** è **T6**’.

-----  
 ----- **S1** = ~**Gp** = il Male  
 ----- **T6** = **Mp** = il Possibile  
 ----- **S2** = ~**Kp** = ciò che non si conosce  
 -----

fig. n°6  
 -----

Bisogna però riconoscere che, se, a tratti, il legame così stabilito sembra fornire una spiegazione soddisfacente, a altri momenti ci sfugge nelle sue articolazioni. Cerchiamo un soccorso nella dottrina delle quattro cause: materiale, formale, efficiente, finale, definite da Aristotele in *Fisica*, 2.3.194b23-195a3. “Perché, in un senso si dice causa ciò da cui proviene l’oggetto e che è ad esso immanente, come il bronzo alla statua o l’argento alla coppa, o anche i vari generi del bronzo e dell’argento”. Nel senso ora definito di *causa materiale*, la causa (materiale) di **S2**, è la materia delle parole, sono i fenomeni FF1, FF2 e FF3 della tavola n° 3 del § 3.1, che, come il bronzo della statua permane sempre uguale al di là dei mutamenti che portano dal bronzo raccolto e fuso alla apparizione della statua, così rimangono sempre costituiti dai medesimi materiali da **S1** a **T6** a **S2**. La causa di **S2**, ciò da cui proviene **S2**, è, quindi **T6**, e, prima, **S1**, in quanto tutti costituiti da una materia comune da cui qualcosa viene all’essere, che fa venire all’essere, cioè causa, **S1**, **T6**, **S2**. “In un altro senso sono causa la forma e il modello, vale a dire la definizione del concetto e i generi di essa (come del diapason il rapporto di due a uno e, insomma, il numero) e le parti inerenti alla definizione”. La *causa formale*, così definita, forse in maniera un po’ criptica, come rende la statua differente a ogni successiva azione dell’artista fino alla configurazione conclusiva perfetta, così causa i successivi aspetti delle forme logico-modali del testo, dalla figura assiologica del male, ~ **Gp**, di **S2**, alla figura aletica del possibile, **Mp** =  $\alpha$   $\square$   $\rightarrow$   $\square$ , di **T6**, alla figura epistemica del non sapere, ~ **Kp**, di **S2**. “Inoltre, è causa ciò donde è il primo inizio del cambiamento o della quiete, come è causa chi dà un precetto o come il padre è causa del figlio o come in generale chi fa è causa del fatto, chi muta del mutato”. E questa è la *causa efficiente*, più facile da cogliere,

quale ragione causale, **C**, che rende conto dell'effetto successivo, **E**, come la figura modale controfattuale del terapeuta, che apre ai sentieri inediti di un mondo possibile, rende conto della successiva figura epistemica di Marcella che si interroga sull'ignoto. "Inoltre, la causa è come fine ed è questa la causa finale, come del passeggiare la salute". La *causa finale* è dunque l'azione compiuta al fine di realizzare qualcosa, sia intenzionalmente, nell'esempio dell'artista, sia naturalmente, nell'esempio della rondine che costruisce il nido, come spiega Aristotele in *Fisica*, 2.8.199a16-33: "E se, dunque, le cose artificiali hanno una causa finale, è chiaro che è così anche per le cose naturali: infatti, il prima e il poi si trovano in rapporto reciproco alla stessa guisa tanto nelle cose artificiali quanto in quelle naturali. Ma in particolar modo ciò è manifesto negli altri animali che non agiscono né per arte né per ricerca né per volontà: tanto che alcuni si chiedono se alcuni di essi, come i ragni e le formiche e altri di tal genere, lavorino con la mente o con qualche altro organo. E per chi procede così gradatamente, anche nelle piante appare che le cose utili sono prodotte per il fine, come le foglie per proteggere il frutto. Se, dunque, secondo natura e in vista di un fine la rondine crea il suo nido, e il ragno la tela, e le piante mettono le foglie per i frutti, e le radici non su ma giù per il nutrimento, è evidente che tale causa è appunto nelle cose che sono generate ed esistono per natura. E poiché la natura è duplice, cioè come materia e come forma, e poiché quest'ultima è il fine e tutto il resto è in virtù del fine, questa sarà anche la causa, anzi la causa finale". Lo straordinario passaggio di Aristotele ci aiuta a cogliere intuitivamente come i fenomeni di un testo si producano ciascuno in quanto effetto di più di una causa, e che, tra queste cause, una, la causa finale, non è tanto nelle intenzioni dei parlanti, quanto nella funzione propria naturale della combinatoria delle parole in frasi e in turni verbali, orientata dall'entelechia della conversazione, volta, cioè, detta funzione, a realizzare una conversazione felice. In questo senso, del tutto naturale appare la posizione del condizionale controfattuale quale termine medio (cfr fig. n° 6): infatti, il condizionale controfattuale è contenuto nella figura assiologica del male, e contiene a sua volta la figura epistemica dell'ignoto. E ciò consente di tradurre la figura di Venn nel sillogismo sul modello del termine medio: italiani contenuto in europei e contente i fiorentini, del § 1□:

'se **S1** (in quanto ~ **Gp**) contiene tutti gli **Mp**,  
 e se **Mp** contiene tutti i ~ **Kp**,  
 allora ~ **Gp** contiene tutti i ~ **Kp**'.

(E' appena necessario avvertire che all'avverbio 'tutti' va aggiunta la clausola 'per lo più'.) Ci sembra quindi di aver dimostrato, anche percorrendo la strada logico-modale, che la causa di **S2** è il termine medio, ossia **T6**. COROLLARIO: Dalle argomentazioni qui svolte, per la teoria della tecnica conversazionale, l'arte che si richiede ai conversanti, la tecnica terapeutica, sarebbe un po' quella di produrre parole che non ostacolino i passaggi verso l'entelechia conversazionale, ma che si armonizzino con le figure logico-modali che il prima (causa materiale, causa formale) e il poi (causa formale, causa finale) della conversazione esigono naturalmente, come, a esempio, una figura logico-modale assiologica del Male, ~ **Gp**, esige una figura aletica del possibile, **Mp**, per aprire naturalmente alle figure logico modali espistemiche dell'interrogarsi, ~ **Kp**. Q.E.D.

9. UN CRITERIO LOGICO-SINTATTICO PER PROVARE LA VALIDITÀ DEI RISULTATI. L'algoritmo teoretico e pratico del Conversazionalismo è un algoritmo sintattico, nel senso che i suoi calcoli possono essere chiaramente formulati, e inequivocabilmente compresi nella loro validità, senza riferimento al significato extralinguistico, psicologico o comportamentale, dei fenomeni testuali presi in considerazione. Applicando questi calcoli al testo trascritto di una conversazione registrata, abbiamo misurato i risultati di un microframmento di terapia, in termini di differenze tra un insieme di oggetti linguistici di partenza, **S1**, e un insieme di oggetti linguistici omologhi di arrivo, **S2**, dopo un tempo **T**, *and next*. Abbiamo anche schizzato i calcoli che consentono di predire quali figure logico-modali del paziente si connettono a quali figure logico-modali del terapeuta, sia nel verso della causa, sia nel verso dell'effetto. In conclusione, l'indagine logico-modale sintattica sulle microsequenze si è rivelata essere uno strumento maneggevole e affidabile per misurare le differenze, in quanto risultati; e per studiare la tautologia che a una figura logico-modale di partenza sopravvivono, per lo più, figure logico-modali specifiche, differenti rispetto alle figure che sarebbero sopravvenute se la figura di partenza non ci fosse stata o fosse stata differente.

## 10. BIBLIOGRAFIA.

*Per una rivista d'insieme sulla verifica dei risultati in psicoterapia, cfr*

Cesario S. (1996), *La verifica dei risultati in psicoterapia*, Borla, Roma.

- Cesario S., Filastò L. (2002), *Stelle fisse e costellazioni mobili*, Guerini scientifica, Milano.
- Fava E., Masserini C. (2002), *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*, FrancoAngeli, Milano.
- Migone P. (1996), *La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo*, Rivista Sperimentale di freniatria, 2: 182-238.
- Sito internet: *disfinzione.it* oppure *disfinzione.com*

*Per le ricerche logico-sintattiche sui testi registrati di terapie conversazionali, cfr*

- Lai G. (1995), *La conversazione immateriale*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- <<Tecniche conversazionali>>: i volumi della Rivista, Organo ufficiale dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali, in particolare dal n° 11 di giugno 1994 al n° 29 del 2003, per i contributi specifici di Giuliana Andò, Chiara Barni, Silvia Bolis, Carla Canestrari, Elena Capovilla, Salvatore Cesario, Giorgio Cesati Cassin, Gian Luca Doderò, Anna Ginella, Attilio Giuliani, Gianfranco Dalle Grave, Pierrette Lavanchy, Emanuela Lo Re, Giorgio Maffi, Rita Marcello, Gabriele Rocca, Rodolfo Sabbadini, Roberto Sala, Serenella Salomoni, Barbara Santarelli, Lucia Sedda, Caterina Silvestri, Azalen Tomaselli, Patrizia Vetuli, Pietro Vigorelli, Flora Vitagliano, Maria Zirilli, Andrzej Zuczkowski, e Antonino Minervino, che ha curato i Volumi degli Atti dei quattro Convegni dell'Accademia, *Caos* (1999), *L'anima e le parole* (2000), *Le parole ferite* (2002), *Le parole sospese* (2002), tutti editi, come il numero della Rivista, da *La Vita Felice*, Milano.

*Per i calcoli dei fenomeni linguistici implicati nella sopravvenienza dei risultati e nelle predizioni del testo cfr*

- Aristotele, *Dell'espressione*, vol 1 (in particolare il libro IX); *Primi analitici*, vol 1; *Secondi analitici*, vol 1; *Fisica*, vol. 3; in *Opere*, Ed. it. a cura di Gabriele Giannantoni, Laterza, Bari.
- Bonomi A., Zucchi A. (2001), *Tempo e linguaggio. Introduzione alla semantica del tempo e dell'aspetto verbale*, Bruno Mondadori, Milano.
- Carnielli W.A., Pizzi C. (2001), *Modalità e Multimodalità*, FrancoAngeli, Milano.
- Dolezel L. (1998), *Heterocosmica. Fiction e mondi possibili*, trad.it. 1999, Bompiani, Milano.
- Galvan S. (1991), *Logiche Intensionali. Sistemi proposizionali dilogica modale, deontica, epistemica*, FrancoAngeli, Milano.

- Hintikka J. (1962), *Knowledge and Belief. An Introduction to the Logic of the Two Notions*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y.
- Hughes G.E., Cresswell M.J. (1968), *Introduzione alla logica modale*, trad.it. a cura di Claudio Pizzi, 1973, il Saggiatore, Milano, (in particolare pp. 24-28 e 41).
- Hughes G.E., Cresswell M.J. (1996), *A New Introduction to Modal Logic*, Routledge, London and New York.
- Kim J. (1982), *Psychophysical Supervenience*, *Philosophical Studies*, 41, pp 51-70.
- Kim J. (1993), *Supervenience and Mind. Selected Philosophical Essays*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Lewis D. (1973), *Counterfactuals*, Blackwell, Oxford.
- Lewis D. (1986), *On the Plurality of Worlds*, Blackwell, Oxford.
- Pizzi C. (1974), *La logica del tempo*, Boringhieri, Torino.
- Pizzi C. (1997), *Eventi e cause*, Giuffrè, Milano.
- Priest G. (2001), *An Introduction to Non-Classical Logic*, Cambridge University Press, Cambridge (in particolare p. 1 e p. 188).
- Stalnaker R. (1968), *A Theory of Conditionals*, in *Studies in Logical Theory*, ed. by Nicholas Rescher, Blackwell, Oxford.
- von Wright G. (1968), *An Essay in Deontic Logic and the General Theory of Action*, North-Holland, Amsterdam.

## Cap. VI

### Al di là delle differenze tra modelli. Linee di un programma di ricerca sulla psicoterapia di coppia

Di Vittorio Cigol, Marialuisa Gennari\*\*,  
Caterina Gozzoli\*\*\*, Davide Margola\*\*, Sara Molgora\*\*\*\*

#### 1) *Epistemologie e metodologie di ricerca a confronto*

I sistemi di cura psichica confliggono tra loro in quanto a preconcezioni filosofiche, metodologie di intervento e scopi della cura. Possiamo dire la stessa cosa per quanto riguarda i programmi e le ricerche relative alla valutazione delle terapie e alla verifica del processo terapeutico.

Basterà in proposito mettere a confronto in campo psicoterapeutico gli “Empirically Supported Treatments” (EST) con approcci clinici di varia natura (psicodinamico, sistemico, umanistico, ma anche cognitivo) che, aldilà delle differenze, hanno in comune la tensione verso la *ricerca di senso* della relazione terapeutica fin a partire dalla domanda di cura.

Gli EST, com'è noto, provengono culturalmente dalla “Evidence-Based Medicine” il cui scopo è quello di far sì che i medici tengano il passo con i risultati della ricerca scientifica (le “evidenze”). In tale approccio, viene data per acquisita la superiorità del metodo sperimentale classico (campioni randomizzati, uso del gruppo di controllo e della validità esterna) e viene dato come altrettanto acquisito che per incrementare l'efficacia vi devono essere trattamenti specifici per specifici problemi. In verità non si tratta affatto di “problemi”, quanto, secondo antica tradizione kraepeliana il cui più recente esito è il DSM-IV, di disturbi organizzati in quadri descrittivi quali ansia, stress, fobia, depressione, disturbo di panico, disturbo sessuale e così via.<sup>27</sup> Inoltre, per ogni disturbo (e occorre

---

· Professore ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università Cattolica di Milano e Direttore dell'Alta Scuola di Psicologia “A. Gemelli” presso la stessa Università.

\*\* Ricercatori di Psicologia Clinica presso l'Università Cattolica di Milano.

\*\*\* Ricercatore di Psicologia Applicata presso l'Università Cattolica di Milano.

\*\*\*\* Dottoranda in Psicologia Clinica presso l'Università di Milano-Bicocca.

<sup>27</sup> Cfr. Chambless, Ollendick (2001). Gli autori affermano che quelli che sono definiti come “sintomi” dall'approccio psicodinamico, sono *problemi legittimi in se stessi* (disturbi) per l'approccio cognitivo-comportamentale.

che i pazienti “si ritrovino” nei parametri previsti dal disturbo altrimenti non può essere misurata l'efficacia dell'intervento), è previsto un manuale di trattamento a cui il terapeuta si deve attenere. Di qui la necessità di una formazione specifica dei terapeuti che permetta poi di generalizzare i risultati e le evidenze.

Fa parte della ricerca sulle evidenze empiriche anche la messa a confronto di tecniche terapeutiche tra loro diverse. È il caso ad esempio di interventi comportamentisti tradizionali che vengono confrontati con procedure e tecniche più articolate com'è per la “Well-being therapy” e com'è per il modello ERA (Emotion, Rationality, Action).

Di recente sulla base di un insieme di ricerche Cesario (2002a, 2002b) ha evidenziato come gli EST prevedano più che costellazioni fisse di tecniche un uso *mobile* delle medesime e una combinazione di approcci<sup>28</sup> che danno luogo a “pacchetti di tecniche”. In realtà ad un attento sguardo non sfugge come gran parte della “mobilità” negli EST avvenga sostanzialmente all'interno del paradigma cognitivo-comportamentale (CBT) e come essa si realizzi proprio tramite una serie di “aggiunte tecniche” miranti a garantire una più alta efficacia dell'intervento.

In sintesi; negli EST è evidente la presenza di un'epistemologia sperimentale-positivistica cara al behaviorismo e che è stata fatta propria anche da alcune correnti cognitive. Ne risulta che, coerentemente con tali premesse e metodi, siano proprio le terapie cognitivo-comportamentali a riportare un trionfo su tutta la linea. Solo di rado vengono riconosciute come valide o almeno “promettenti” altre linee di intervento terapeutico sulla base del modello sperimentale adottato.

Per quanto riguarda specificatamente la *terapia di coppia* il contributo di Chambless e Ollendick fa riferimento al disturbo “dissidio coniugale”. Risultano trattamenti ben consolidati e efficaci quelli che si basano sulle terapie comportamentali, mentre risultano come probabilmente efficaci la terapia cognitiva-comportamentale, la terapia focalizzata sulle emozioni (cognitivo-emotiva), quella

---

<sup>28</sup> Parlando di approcci ci si riferisce generalmente ai *paradigmi* psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, umanistico-esperienziale e alle loro tecniche *specifiche* (l'interpretazione, la prescrizione e la revisione cognitiva, l'esperienza “dal vivo” di nuove modalità di rapporto). Cesario ha condotto una serie di ricerche provocatorie allo scopo di evidenziare come in realtà i terapeuti nella loro pratica vadano aldilà degli “approcci” utilizzando più tecniche.

orientata all'insight (gestaltico-cognitivo) e quella sistemica (AA.VV, 1998).<sup>29</sup>

In realtà, com'è noto, vi sono *molti modi* (cioè presupposizioni teorico-epistemologiche, metodologie e tecniche di incontro) di incontrare la coppia e non necessariamente a partire dal "dissidio coniugale". I membri della coppia possono benissimo non essere in dissidio tra loro (cioè in stato di grave conflitto e lacerazione) ed avere, ad esempio, una comune percezione della sofferenza o della presenza di un problema che va affrontato. A ciò va aggiunto, com'è risaputo nella pratica clinica, che ciò che si manifesta fenomenologicamente come dissidio di coppia può avere ragioni e moventi psichici che accomunano la coppia. In breve, riduzionismo e nominalismo non funzionano nella cura psichica.

Di recente Dattilio e Bevilacqua (2000) hanno passato in rassegna molti modelli di terapia di coppia (sedici) e li hanno messi a confronto tra loro a partire da un caso clinico. Su che cosa ciascun modello terapeutico focalizza l'attenzione? Quali "dati" ritiene fondamentali? A cosa mira? Come procede l'incontro terapeutico e su quali tecniche si fa affidamento? Come i terapeuti verificano l'andamento del percorso e la sua risultanza?

Emerge come ciascun modello *faccia fede* sulla propria efficacia e ne porti frequentemente validi resoconti empirici. È allora evidente che vi devono essere *principi comuni* che sottendono sia l'organizzazione del processo di cura, sia la tensione verso il cambiamento relazionale (Cigoli, 2001).

La comunità dei terapeuti ha un'appartenenza che travalica quella formativa e quella associativa, rilevante o meno che sia sul piano accademico e della presenza sociale. Essa è costituita dall'aver una *comune responsabilità* nell'incontro con l'altro (nel nostro caso la relazione di coppia) e dall'incontrare una *comune problematica* relativamente al processo terapeutico. Ci riferiamo in particolare alla fasi cruciali dell'incontro clinico con la coppia: la focalizzazione del problema e la formulazione degli obiettivi,<sup>30</sup> la costruzione dell'alleanza di lavoro, il superamento delle situazioni di

---

<sup>29</sup> Com'è noto i trattamenti vengono suddivisi, sulla base di criteri sperimentali, in ben consolidati ed efficaci, in probabilmente efficaci e in promettenti. Per rientrare nella prima categoria occorre che i trattamenti siano validati da almeno due studi randomizzati controllati che mostrino la loro superiorità rispetto al gruppo di controllo con "placebo" o un altro trattamento "bona fide". È possibile accettare anche la lista d'attesa come gruppo di controllo. Come diremo poi i ricercatori non si pongono problemi etici, ma problemi di efficacia terapeutica.

<sup>30</sup> Focalizzare il problema e formulare obiettivi è frutto di un lavoro dialogico e di *ricerca di senso* che non è equiparabile al definire il disturbo o all'elencare sintomi.

“impasse” (o crisi) che sempre caratterizzano il processo, le modalità di chiusura dell’incontro.

Non si tratta affatto di pervenire ad un linguaggio comune tra modelli, né di procedere a integrazioni forzate basate, in particolare, sull’allargamento delle tecniche a disposizione dei terapeuti, quanto di operare *confronti* tra i modelli proprio a partire dai problemi comuni che essi incontrano.

Come suggerisce Beutler (2000) non c’è bisogno che i terapeuti rinuncino alle loro premesse teorico-epistemologiche, né, aggiungiamo noi, che abbandonino i propri metodi. C’è invece bisogno di riflettere costantemente sul processo e la risultanza portando prove empiriche. Il che vuol dire comprendere il cambiamento e i suoi principi (individuando ciò che lo “media” e che lo caratterizza); un cambiamento che opera *all’interno e attraverso la relazione* e che quindi non può che riguardare l’azione e il coinvolgimento del terapeuta.

Ne deriva anche che il modello di ricerca non può essere quello sperimentale classico e che tra gli Empirically Supported Treatments e gli interventi terapeutici che a partire da modelli tra loro diversi cercano di rispondere alla comune domanda: “Come funziona una terapia efficace e quali sono i fattori chiave?”, vi è una cruciale differenza sia *epistemologica*, sia *etica*.

## 2) *Etica ed epistemologia: alla ricerca dei pilastri su cui costruire la ricerca*

Approfondiamo la differenza. Chambless e Ollendick (2001) affermano che “i problemi etici esulano dall’area scientifica”. La loro epistemologia di riferimento è infatti quella positivisticco-sperimentale che fa dell’oggettività il suo mito e del rigore sperimentale il suo cardine indiscutibile. La ricerca quantitativa è ritenuta il paradigma appropriato per la ricerca in psicoterapia e ciò che conta è la validità esterna (progetti di ricerca pre-test, post-test).

In realtà anche gli EST propongono un’etica: è quella dell’*efficacia-utilità* della cura e della difesa dell’utente, sia esso singolo, coppia, famiglia, gruppo, rispetto all’uso selvaggio, quasi-magico e di plagio della psicoterapia. I suoi sostenitori non esitano a parlare di “pressioni sociali e economiche” perché i terapeuti diano conto dell’efficacia dei loro interventi<sup>31</sup> ed è a tale scopo che essi

<sup>31</sup> Come affermano Chambless e Ollendick: “ci aspettiamo che le *pressioni economiche e sociali* sui professionisti per la questione dell’“accountability” (cioè il

sollecitano i terapeuti a servirsi della manualizzazione. Il ragionamento è semplice: se certi tipi di intervento a fronte di specifici disturbi si sono dimostrati validi (efficaci) allora non resterà che diffonderli nella comunità dei terapeuti che ne dovranno apprendere i “segreti” attraverso un training che comprende tanto i principi-guida del trattamento, quanto l’esemplificazione di casi.

Per quanto Anderson e Strupp (1996) abbiano evidenziato come il clinico più efficace sia quello che *occasionalmente* viola le linee-guida dei trattamenti standardizzati, resta pur sempre vero che è il protocollo di intervento standardizzato a fare da guida e da cornice.

Le critiche rivolte agli EST sono state e sono numerose e cruciali (Westen, Morrison, 2001; Beutler, Clarkin, Bongar, 2000). La prima è ovviamente riferita alla mancanza di validità interna (vale a dire connessa al processo terapeutico); la seconda che il tempo standardizzato della cura (15-20 sedute) non corrisponde affatto ai tempi del cambiamento, ma è piuttosto studiato a misura degli interessi delle assicurazioni sulla malattia; la terza che “disturbi” e “problemi” sono di ordine logico differente e che il problema assai di frequente emerge a trattamento avanzato; la quarta che i sintomi non possono essere trattati a prescindere dalla personalità (asse II del DSM-IV) e che i pazienti ben di rado portano un solo sintomo; la quinta è che si vuol costringere i clinici a rinunciare alle proprie convinzioni teorico-metodologiche non rispettandone così la specificità e la sensibilità clinica (di fatto i modelli sostenuti e manualizzati sono quelli comportamentisti-cognitivisti).

L’attenzione critica viene però da noi rivolta proprio ai *problemi etico-epistemologici*. Ora, un’etica e un’epistemologia relazionalmente orientate contrastano duramente il metodo sperimentale e la supposta superiorità del metodo quantitativo. Prende invece rilievo l’*approccio ermeneutico* e il *metodo qualitativo*.

Come ha ben evidenziato Di Nuovo (1998) la logica confermatrice tipica del metodo sperimentale è di carattere fondamentalmente asimmetrico. In breve; è il ricercatore che pensa, avanza ipotesi, individua strumenti (test self-report, questionari ecc.) e *poi* ne cerca la conferma. L’altro (cioè il cliente) non ha voce e presenza alcuna essendo l’oggetto dell’esperimento. Inoltre l’intervento terapeutico ha una *complessità* non riducibile (il riduzionismo è alla base del metodo sperimentale e quasi-sperimentale), vale a dire che ci troviamo di fronte a fenomeni

---

rendere conto dell’efficacia del proprio lavoro) incoraggerà un’attenzione continua per questi trattamenti” (op. cit., pag.39).

molari<sup>32</sup> e non molecolari e che l'intervento è in sé *dinamico-processuale*.

In sintesi: nel caso della cura psichica non si tratta di un *esperimento* (anche se alcuni modelli di intervento clinico hanno sostenuto e sostengono questa posizione),<sup>33</sup> ma di una *relazione*, cioè di un legame che viene a costituirsi, che ha una sua vicenda storica e che è destinato a sciogliersi lasciando segni positivi, ma anche negativi. Siamo insomma di fronte ad un "tassello di vita" in cui ciò che si vive e si esperisce è ritenuto cruciale, così come cruciale è la ricerca di senso relativamente alla relazione vissuta. Ciò a dire che contesto, esperienza e storia fanno da matrice-fondamento dell'intervento clinico.

Ne deriva che la *reciprocità*, la *responsabilità*, la *qualità* diventano i pilastri su cui va costruita la ricerca. Non è la ricerca ad essere dominante e indiscutibile nel suo procedere; non è lei a imporre il metodo, piuttosto essa si piega di fronte alla *necessità relazionale*.

L'elemento complementare della necessità, come ricorda von Foerster (1990), non è il caso, ma la *scelta* di cui ciascuno è responsabile. Lo è il terapeuta nelle sue scelte (il modello clinico a cui fa riferimento; il metodo o i metodi che ritiene cruciali perché il cambiamento si realizzi; le tecniche che utilizza), così come lo è anche nel correre il rischio dell'avventura dell'incontro con l'altro.<sup>34</sup> Responsabilità e scelta, azione e rischio vanno a braccetto.

L'altro pilastro è la *reciprocità*, vale a dire il riconoscimento pieno della presenza dell'altro (nel nostro caso la coppia) e del suo

---

<sup>32</sup> Ad esempio nella terapia di coppia, oggetto del nostro interesse, ciò che conta considerare e verificare è la presenza/assenza del *patto di coppia* e le sue caratteristiche. Non solo, ciò che interessa considerare e verificare è *se* nella relazione terapeutica (che coinvolge direttamente sia il terapeuta, sia i clienti) avvengono cambiamenti e, in tal caso, a carico di *chi* e di *che cosa*.

<sup>33</sup> Si pensi ad esempio ai modelli strategici di intervento e all'uso della prescrizione paradossale per "vedere gli effetti che fa" sul sistema familiare e considerare poi le differenze tra i sistemi.

<sup>34</sup> Non è detto che il terapeuta risponda positivamente alla domanda di cura. Non si tratta solo di indicazioni e di controindicazioni alla psicoterapia, ma anche del suo personale stato-condizione (bisogni economici, curiosità, fase di vita, presenza di problemi relazionali e fisici). Qualora egli risponda positivamente alla domanda si assume una *responsabilità totale* e non solo tecnica. L'immagine di un terapeuta stabile (fisso, immutabile) e per ciò stesso indifferente alla variabilità della vita (malattia e morte compresa) e del caso (fortunato o sfortunato) ben si addice alla preconcezione socialmente diffusa di un *automa sperimentalista e curatore*...proprio "da manuale". Tale preconcezione è di frequente latente anche nella mente dei terapeuti e nelle scuole di formazione.

potere di influenzare la relazione terapeutica. La “variabile cliente” conta ancor più delle tecniche (Lambert, 2003). Se è il terapeuta a stabilire la cornice e a proporre la regola che come tale vale per tutti, è la relazione terapeutica ad esprimere il destino della reciprocità. Ci spostiamo così dal piano dell’efficacia a quello dell’*efficienza*, nel senso dell’interesse rivolto a ciò che accade alla relazione terapeutica medesima fin a partire dall’ingaggio o contratto. Saranno allora significative la costruzione dell’alleanza, la crisi (impasse) della medesima, i modi di affrontarla e risolverla (ripararla e rilanciarla).

Il cambiamento, così, compreso anche quello in negativo, può essere documentato su molteplici dimensioni, attraverso molteplici misure e a diversi livelli di analisi. Esso riguarda anche il terapeuta nel senso che egli può scoprire nuovi e inattesi aspetti di sé in relazione la coppia.<sup>35</sup> Se infatti la psicoterapia è una vera e concreta esperienza relazionale essa lascerà sue tracce su tutti coloro che la vivono. Possiamo pensare ai terapeuti come a persone fortunate o che hanno cercato fortuna perché possono ricevere dalla relazione (il legame con l’altro) sia attraverso l’analisi personale, sia attraverso l’uso della supervisione diretta o indiretta, sia attraverso il fare terapeutico e l’“esserci” in psicoterapia.

Il terzo pilastro della ricerca è la focalizzazione sull’*aspetto qualitativo*. L’attenzione alla misura di tipo qualitativo ha una lunga storia all’interno della psicologia sia essa sociale o applicata. Si pensi ad esempio all’uso della ricerca qualitativa per focalizzare dati categoriali da sottoporre poi ad analisi di tipo quantitativo.

Qui, però, come rilevano Elliott (1998, 2002) e Di Nuovo (1998, in corso di stampa) è *proprio l’epistemologia che cambia*. Il modo di conoscere si concentra cioè su modalità di fare ricerca, di raccogliere dati e di analizzarli che viene definito *ecologico* (nel senso di contesto terapeutico reale e concreto e non di simulazione sperimentale), *fenomenologico* ed *esploratorio* (nel senso di attenzione a ciò che accade nella relazione e aperto alla ricerca di senso).<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Muran (2002) ha focalizzato la sua ricerca sul *terapeuta*, sia relativamente alla sua esperienza soggettiva nella relazione terapeutica, sia per quanto riguarda le modalità di affrontare gli impasse dell’alleanza terapeutica. Le misure utilizzate dall’autore sono di carattere *idiografico* e gli strumenti di carattere qualitativo. I soggetti della ricerca sono terapeuti cognitivi così come terapeuti relazionali (cfr. Mitchell e Aron, 1999).

<sup>36</sup> Il campionamento si fa sia seguendo il caso nella sua *processualità* (un longitudinale che di fatto è attenzione alla dinamica della relazione), sia scegliendo *momenti* ritenuti *cruciali* (ad esempio le prime sedute, o i momenti di crisi della relazione terapeutica), o casi estremi che per la loro *difficoltà* (patologia grave)

Anche le tecniche quantitative di raccolta dei dati si allineano con l'epistemologia sopra menzionata. I clienti non sono solo in grado di riflettere e narrare in merito a ciò che è avvenuto o sta avvenendo nella terapia (McLeod, 2000), ma anche di collocare su scale i cambiamenti avvenuti (quale grado o intensità essi hanno? sono ritenuti importanti o no?) e di riferirli o meno al "fattore psicoterapia". Non bisogna infatti dimenticare che per l'epistemologia qui sostenuta il *cambiamento* (la svolta, la trasformazione) è sempre connesso al vivere la relazione, cioè all'esperirla e al significarla. Così la nascita di un figlio, un nuovo amore, un lutto elaborato, una malattia inattesa e affrontata, un nuovo lavoro, una conversione religiosa possono avere più rilievo per le persone della psicoterapia medesima.

In quanto a noi scegliamo, e decisamente, il termine *relazionale*, più che "ecologico e fenomenologico", poiché esso contempla e riunisce in sé gli aspetti di *valore* del legame, della soggettività (la persona come essere in relazione) e della ricerca di senso accogliendo anche l'incertezza propria del vivere la vita.

In sintesi; specie a partire dagli anni Novanta del secolo scorso si confrontano due diverse epistemologie relativamente al fare ricerca in psicoterapia. Esse hanno anche in sé *principi etici* differenti. Si tratta dunque di operare una scelta motivandola.

L'etica relazionale (che può essere fatta propria da cognitivisti, psicoanalisti o umanisti) non riguarda solo la coscienza della complessità del reale (nel nostro caso del fare e del procedere terapeutico) che, come tale, non tollera il principio riduzionista, ma si apre anche alla riflessione sul legame e sulla responsabilità che esso comporta.<sup>37</sup> Essa dunque si oppone alla chiusura autoreferenziale sull'individuo, alla neutralità e alla oggettività sperimentalista. Fa invece del generazionale, dell'interpersonale, della ricerca condivisa della verità affettiva e dell'incremento della capacità decisionale i suoi punti forti.

---

mettono alla prova i modelli e i metodi. È infatti risaputo che sono le gravi patologie a dare frequente scacco ai vari modelli terapeutici.

<sup>37</sup> Responsabilità viene da "responsum" che rimanda ad assunzione di impegno, riconoscimento del limite, apertura all'avventura, assunzione di ciò che è stato compiuto, anche da altri.

von Foerster (1990) ricorda che "l'oggettività" è uno strumento socialmente diffuso per evitare l'assunzione di responsabilità, la cui qualità intrinseca è quella di *agire* sempre in modo da *aumentare le scelte possibili* (cioè la libertà e il rischio). Cfr. sul tema anche i bei contributi di Onnis (1994) e Bianciardi, Bertrando (2002).

Muta così, e radicalmente, il senso e il modo di fare ricerca in psicoterapia allontanando anche i sentimenti di “fatica di Sisifo”<sup>38</sup> e di sostanziale lontananza dalla realtà terapeutica che caratterizza la ricerca improntata in senso sperimentale.

### 3) *Sensibilità clinica e dati empirici*

I modelli di cura psicoterapica presentano un insieme di presupposizioni cliniche, hanno implicazioni antropologiche peculiari, si fondano su metodi e tecniche, ma, in quanto tali, *devono* portare evidenze empirico-cliniche sia del loro procedere (efficienza), sia della loro risultanza (efficacia). È questo un aspetto etico della relazione con l'altro. I modelli, inoltre, hanno il compito di incoraggiare il pensiero intuitivo-creativo dei terapeuti e di sostenere la riflessione su se stessi e il proprio operato essendo essi “il primo strumento” del lavoro di cura.<sup>39</sup>

Critica rimane invece la spinta dei modelli al confronto reciproco. Per quanto non manchino casi di incontro tra clinici orientati in senso cognitivista, psicoanalitico e sistemico tali incontri restano episodici e poco supportati da interesse reciproco e concreti progetti di ricerca. Accade così che i terapeuti pensino ai loro modelli e a se stessi come “origine e fine” del fare terapeutico e dei suoi cambiamenti.

---

<sup>38</sup> Il nostro gruppo di ricerca è partito da un'attenta disamina delle ricerche sulla *psicoterapia familiare* cogliendone per l'appunto il carattere (e la condanna) della “fatica di Sisifo” (Cigoli, Galimberti, Tamanza, 1991; Cigoli, Tamanza, 1998) per orientarsi decisamente verso la ricerca qualitativa. Così, ad esempio, è stata analizzata la *produzione metaforica* nei primi tre incontri tra terapeuta e familiari. Ciò allo scopo di considerare se si stava creando *alleanza terapeutica* oppure no (Cigoli, Zatti, 1996).

Di recente il gruppo ha rivolto particolare attenzione alla *clinica di coppia* (sia psicoterapia, sia altri interventi clinici) e all'analisi di processo e risultanza del lavoro clinico. Tutto ciò all'interno del progetto nazionale “Val.Ter” promosso da Santo Di Nuovo e Girolamo Lo Verso (1998).

<sup>39</sup> Secondo Sharff il terapeuta orientato dal modello delle relazioni oggettuali deve possedere doti personali di coraggio, onestà, introspezione, impegno verso la riflessione e di messa in discussione del processo di cura, nonché capacità di autoanalisi. Ci pare che queste non siano “doti esclusive” di tali terapeuti, quanto piuttosto comuni a chi voglia gestire e rendersi responsabile di un processo di cura psichica. In quanto alla capacità di *autoanalisi* è da dire che essa può avvenire in modi differenti: attraverso l'analisi personale, la supervisione di gruppo, la presenza del supervisore dietro lo specchio, la revisione dei videoregistrati delle sedute. È riconosciuto come un abbinamento tra i modi dell'autoanalisi incrementi la sensibilità terapeutica.

È allo scopo di sostenere il *confronto* che nel corso di questi ultimi anni abbiamo passato in rassegna le procedure di valutazione della psicoterapia, siano esse di risultanza e di processo, che i diversi modelli di terapia di coppia propongono.

Il quadro che ne è uscito è il seguente:

- chiaro privilegio delle tecniche di analisi pre-post trattamento;
- chiaro privilegio degli strumenti tipo self-report e questionario;
- difficoltà a includere direttamente i clienti nel processo di valutazione;

rilevante difficoltà a pensare in termini di *relazione di coppia*.

Anche se il costrutto di relazione è ampiamente utilizzato dai vari modelli, seppur con riferimenti semantici differenti, esso trova difficile applicazione alla coppia in quanto tale.

I punti 1 e 2 vanno a braccetto. Gli strumenti di tipo self-report, checklist e questionario ben si prestano ad un'analisi pre-post trattamento. A loro volta vanno a braccetto i punti 3 e 4. Si tratta infatti di dare corpo alla rivoluzione etico-epistemologica di cui si è già parlato. La *consensualità* nella ricerca, paradigma altro rispetto a quello dell'oggettività, reclama non solo l'intersoggettività tra ricercatori, ma anche quella tra clinici e loro clienti.<sup>40</sup> Per la coppia, infatti, si tratta della *sua* terapia.

Inoltre è evidente che se si assume il *costrutto di relazione* come cruciale nella clinica di coppia<sup>41</sup> esso non può essere limitato agli aspetti *interpersonali*, considerando il cambiamento dei singoli membri della coppia nei confronti dell'altro, né a quelli *intrapsichici*, considerando il rimodellamento dello scenario relazionale interiore. Occorre invece rischiare di dare forma e contenuto alla *relazione in sé*. Ciò a dire che se la relazione di coppia non può che far riferimento a coloro che la costituiscono, altrettanto essa ha una sua specificità, un suo "corpo" in grado a sua volta di influenzare i membri che la costituiscono.

---

<sup>40</sup> La preparazione di *griglie* per l'analisi del processo clinico è proprio tesa a creare intersoggettività tra i ricercatori che va dalla validazione della griglia medesima fino al suo uso critico-costruttivo.

<sup>41</sup> Pensiamo alla clinica come una *classe* degli interventi di cura della relazione fondata sulla presenza dell'altro (la persona, la coppia, la famiglia, il gruppo, l'organizzazione). In breve; la psicoterapia è solo una delle modalità con cui si attua l'intervento clinico. Ciò vale in particolar modo per gli interventi nei confronti della coppia che spesso richiede supporto per affrontare specifici problemi e non una psicoterapia.

La clinica di coppia, che comprende tanto l'intervento psicoterapeutico quanto un insieme di interventi di sostegno di fronte alla crisi, è da considerarsi come vero e proprio *genere di cura* (Cigoli, 1993, 2001). In quanto tale, pur essendo in connessione con gli altri generi (la clinica individuale, quella di famiglia e quella di gruppo) essa ha sue specificità.<sup>42</sup>

Così, ad esempio, può essere considerata come specifica l'attenzione verso il "quid pro quo" di coppia" (Jackson, 1965), il contratto di coppia (Malagoli Togliatti et al., 2000; Weitzman, 1981), il sentimento del "noi di coppia" (Norsa e Zavattini, 1997), il confine congiunto e l'incontro segreto (Dicks, 1967; Pincus e Dare, 1983) e il patto di coppia (Cigoli, 1999, 2003; Scabini e Cigoli, 2000). Inoltre sempre più diffusamente si cercano le connessioni tra il legame di coppia e quello con le famiglie di origine (Andolfi, 1999; Loredano, 1999; Framo, 1992).

Il cliente, afferma Nichols (2000), è la *relazione tra i partner*. Tale relazione come detto può essere considerata dal punto di vista interpersonale e dal punto di vista intrapsichico; va però anche considerata *in sé*. Allo stesso tempo la clinica esige che si tenga conto del "punto di vista" (la metafora del vedere è comunque povera se privata del sentimento e della riflessione sull'azione) del terapeuta, dei clienti e dei ricercatori.

Anche i terapeuti e i clienti possono, e devono, *farsi ricercatori*. Si tratterà allora di congegnare strumenti di ricerca sia sull'outcome, sia sul processo in *sintonia con il lavoro clinico* e non da esso distante se non addirittura inaccessibile, creando così uno iato profondo tra ricerca e intervento clinico. Di particolare rilievo per congegnare strumenti è tener conto dei risultati della ricerca che, specie attraverso la metanalisi, hanno focalizzato l'attenzione su ciò che rende l'intervento terapeutico efficace.

Dobbiamo in particolare a Lambert (2003) e a Lambert e Bergin (1994) importanti contributi sul tema. Secondo le loro ricerche i *fattori terapeutici comuni* inciderebbero per il 30% della varianza. Tra di essi figurano la presenza di un rapporto positivo ed empatico con il cliente, l'accettazione dei sintomi e dei problemi (potremmo dire delle forme con cui si manifesta il dolore), il sostegno all'"insight" e l'attivazione di esperienze emotive correttive.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> La coppia non è mera addizione di individui, né semplice sottosistema familiare, né "gruppo di lavoro psichico". Essa comprende le diverse dimensioni e ne ha di sue proprie.

<sup>43</sup> Secondo Bachelor e Horwath (1999) la valutazione dell'alleanza terapeutica da parte del cliente costituisce il *più importante predittore* del successo della terapia.

Cosa significa questo per l'intervento clinico in generale e per la clinica di coppia in specifico? Che i vari modelli di intervento sono tutt'affatto che ingenui e riconoscono la presenza di una *comune procedura*, così come condividono una *comune sensibilità* clinica al di là della differenza di metodi e tecniche. In sintesi; i cosiddetti "fattori non specifici", così etichettati da una epistemologia della ricerca in psicoterapia volta a individuare la superiorità di una teoria clinica sulle altre, costituiscono veri e propri aspetti strategici del fare clinico in quanto tale (Di Nuovo, in corso di stampa; Cesario, 2002a; Migone, 1998) di cui la formazione dei terapeuti deve tenere gran conto.

Il 50% della varianza sarebbe invece da attribuire alle variabili del cliente e del contesto. Ciò a dire, se volessimo estendere i risultati alla clinica di coppia, che la tipologia della relazione di coppia (il patto o il contratto), insieme alle caratteristiche di personalità dei suoi membri (il modo di relazionarsi con l'altro e con se stessi) e al contesto familiare e comunitario (presenza o assenza di sostegno e relazioni positive) rispondono per la metà della riuscita o meno della psicoterapia.

Le tecniche in quanto tali insieme alle caratteristiche del terapeuta (variabili di personalità e esperienza di lavoro) si suddividerebbero salomonicamente il restante 20%.<sup>44</sup> Com'è risaputo, i terapeuti tendono ad attribuire grande rilievo ai loro metodi (qui definiti come tecniche). E la ragione c'è; esse infatti sono considerate come facenti parte di un *corpo comune* che connette tra loro i costrutti teorici, le credenze sul cambiamento e i fattori terapeutici comuni.<sup>45</sup> Questi ultimi infatti sono a carico del terapeuta.

Verrebbe così a evidenziarsi come la relazione terapeutica e la sua risultanza sia un compito e un obiettivo comune del sistema

---

L'alleanza terapeutica è anche al centro del lavoro di Lingiardi (2002) e di Muran (2002).

<sup>44</sup> Lambert e Bergin (1994) hanno fatto precedentemente una suddivisione leggermente diversa: fattori legati al cliente 40%, relazione terapeutica positiva 30%, tecniche terapeutiche, aspettativa di ricevere un trattamento adeguato e speranza nel risultato del lavoro clinico 30%.

<sup>45</sup> Come si sarà notato la ricerca introduce tra i fattori terapeutici comuni anche ciò che nel presente contributo è stato definito "metodo" (insight piuttosto che apprendimento o esperienza emozionale correttiva). C'è frequente confusione tra metodi e tecniche. Di recente si assiste ad una particolare attenzione rivolta alle tecniche specie da parte del filone di ricerca *conversazionalista*. Tale filone di ricerca, già attivo nell'ambito della psicologia sociale, ha fondamento linguistico-etnografico più che psicologico. Cfr. Lai (1995) e Cesario (2002a, b).

cliente e del sistema terapeutico; essi infatti si suddividono equamente la varianza.

Resta comunque da affrontare il tema dell'”efficienza”, cioè della qualità del processo terapeutico. Ciò consente infatti di considerare cos'è terapeutico e per chi, come evitare abbandoni precoci e come prevenire, se possibile, le ricadute e, soprattutto, consente di *centrarsi sul terapeuta* e la sua azione. Nell'ambito della clinica di coppia è di particolare rilievo centrarsi sul processo raccogliendo dati clinici da trattare intersoggettivamente perché le “insidie” sono sempre dietro l'angolo.

A tale scopo focalizzeremo l'attenzione su un insieme di strumenti pensati in termini clinici, cioè *integrabili nel lavoro terapeutico* (e non esterni allo stesso sulla base di supposte esigenze del ricercatore) da mettere a disposizione dei clinici che si occupano di coppia *aldilà* del modello che essi frequentano e sostengono. Ciò a ragione del fatto che, come detto, c'è una comune epistemologia e una comune tensione etica, oltre al fatto che vi sono fattori terapeutici che accomunano i vari modelli e propongono problemi simili.

Tali strumenti riguardano tanto il lavoro di ricerca sulla risultanza, quanto il lavoro di ricerca sul processo e la sua qualità. Comprendono varie *dimensioni* (individuale-interpersonale e relazione di coppia in quanto tale) e si avvalgono di *tecniche* di rilevazione differenti tra loro (self-report, checklist, produzioni di immagini, compiti congiunti di carattere grafico). Ci aspettiamo in tal modo di sostenere la ricerca sulla clinica di coppia, così come di favorire l'incontro e il confronto tra terapeuti *aldilà* dei loro riferimenti teorico-metodologici. Non è forse la *tensione al dialogo* un aspetto etico della relazione di cura?

4) *L'incontro clinico con la coppia: all'inizio e alla fine o durante il processo?*

La clinica di coppia, come già detto, è da intendersi come *genere* specifico (Cigoli 1993, 2003). Per quanto vi siano influenze provenienti dalla clinica individuale e dalla clinica familiare e persino dalla clinica di gruppo, essa costituisce un sottoinsieme clinico con sue proprie caratteristiche.

Bisogna in proposito tener conto della presenza di *due persone*, con la loro specificità di genere, di mondi di appartenenza, di vicenda familiare e personale, di caratteristiche mentali, di bisogni e attese,

che hanno operato una *scelta-decisione* di legame. Come sappiamo in tale scelta-decisione<sup>46</sup> hanno un peso rilevante motivazioni che vanno aldilà della consapevolezza, che sono cioè latenti e nello stesso tempo agenti. Se del resto così non fosse, la vita non sarebbe altro che un monotono procedere sotto le leggi della biologia e di una razionalità meccanica e mancherebbe quel filo passionale e sfuggente che tesse gran parte della storia personale e gruppale.

Il fatto è che la decisione di vivere insieme (nella gioia e nel dolore, nella salute e nella malattia? finché le persone sentono e provano sentimenti reciproci? finché qualcuno non tradisce? finché i figli non saranno cresciuti?) *dà corpo al legame*, vale a dire apre ad una vicenda specifica solo in parte riferibile a legami familiari pregressi, se non altro perché questi non potevano di certo essere scelti. Veniamo infatti al mondo più o meno chiamati (attesi) e non decidiamo affatto il tempo, il luogo, la cultura e la famiglia.

Occorre poi considerare la complessità emotiva del legame; così, ad esempio, mentre le persone si legano e vincolano tra loro possono avere grande paura del legame e addirittura odiarlo e disprezzarlo. Possono avere anche attese salvifiche smisurate nei suoi confronti ed esprimere cieca fiducia nella relazione, piuttosto che un'attesa di fiducia che va supportata dai fatti, cioè dalle esperienze vissute.

Tutto questo (la decisione e la complessità emotiva, la vicenda specifica) entra a far parte del dramma della relazione di coppia. Ciò a dire che l'intrapsichico (lo scenario interiore con i modelli appresi e interiorizzati di scambio),<sup>47</sup> l'interpersonale (lo scenario dello scambio con l'altro nel suo farsi e con i suoi effetti) e il transgenerazionale (lo scenario dello scambio tra le generazioni che comprende tanto i riferimenti alla matrice culturale quanto alla specificità di storia e vicenda familiare) costituiscono la *rete* entro cui si dipana il destino di coppia.

Occupiamoci dunque dell'oggetto specifico, vale a dire l'incontro clinico con la coppia e la valutazione di tale incontro. Ci serviranno strumenti sensibili a focalizzare determinate caratteristiche dei partner e del loro legame e a misurare la differenza tra ciò che si pone all'inizio dell'incontro, relativamente agli

---

<sup>46</sup> Il valore della scelta-decisione nello scambio tra gli uomini è già ben presente in Aristotele. L'azione umana si caratterizza proprio per la motivazione a scegliere e a rischiare.

<sup>47</sup> Rispettando la differenza tra approcci teorici l'attenzione può essere portata più sui modelli di apprendimento e la strutturazione cognitiva (approcci cognitivo-comportamentali), oppure più sull'intenzionalità inconscia (approcci psicodinamici).

ambiti di cui abbiamo parlato e ciò che si pone alla sua fine. Va anche considerato che, entro un approccio centrato sulla relazione, il mutamento-trasformazione è dato come *insito* nello scambio medesimo che viene a realizzarsi.<sup>48</sup> La relazione infatti è in se stessa *influenza*, sia essa in modo benefico o malefico. Non c'è "neutralità" del relazionale. I segni e le tracce dell'influenza sono presenti anche quando la relazione terapeutica è rifiutata e non è dato procedere oltre. Si tratterà allora di considerare *dove e come* tale trasformazione opera.

Se ad esempio focalizziamo l'attenzione sui *singoli soggetti* dello scambio (i partner e il terapeuta, o i terapeuti) avremo gli ambiti seguenti di rilevazione:

- ciascun partner con le modalità affettivo-cognitivo-etiche che caratterizzano il *rapporto con se stesso e con l'altro* (l'altro partner e il terapeuta);
- il terapeuta (o i terapeuti) con le modalità affettivo-cognitivo-etiche che caratterizzano il *rapporto con se stesso e con l'altro* (i membri della coppia, ma anche la coppia in quanto tale).

Possiamo però rivolgere l'attenzione alla *coppia in quanto tale* e al *contesto di cura*. In tal caso ci rivolgiamo ad un altro "insieme" rispetto a quello costituito dalle singole persone. Ecco allora gli ambiti di rilevazione:

- la *relazione di coppia in quanto tale* che definiamo in vari modi, ad esempio "noi di coppia", "contratto di coppia", "patto di coppia", "corpo di coppia" e così via. In ogni caso serve qualche strumento che getti luce su di esso, sul suo *stato attuale* e sul suo rapporto con il passato e il futuro. Potremo così, giungendo alla fine della relazione terapeutica, considerare se e cosa si è mutato relativamente alla relazione in quanto tale;
- il *contesto di cura*. Esso rientra nella classe dell'*altro* verso cui si prende posizione. Tale posizione-atteggiamento può rimanere stabile, oppure modificarsi nel tempo. Può essere inoltre articolato (cioè con sentimenti diversi anche in conflitto tra loro), oppure essere uniforme (cioè con un pensiero-sentimento dominante). Ciò riguarda tanto la coppia e i partner quanto il terapeuta o i terapeuti.<sup>49</sup> Occorrerà allora pensare a

---

<sup>48</sup> Si pensi ad esempio al terapeuta che riceve il rifiuto di procedere dopo avergli fatto credere che poteva esserci una domanda di cura. Come vi fa fronte? Che peso ha tale rifiuto per i futuri incontri con le coppie? Ecco un buon tema di ricerca.

<sup>49</sup> È facile far coincidere il terapeuta con il contesto di cura. In realtà anche il terapeuta è *implicato* nella relazione con il contesto, pur toccando a lui proporre le regole che lo governano, vale a dire come si procede e cosa si fa. Il terapeuta può,

qualche strumento atto a rilevare la relazione tra contesto di cura, la coppia e il terapeuta.

Detto delle quattro aree di rilevazione (i partner; il terapeuta; la relazione di coppia; il contesto di cura), possiamo riconoscere come alcune *dimensioni* e variabili sono più avvicinabili tramite strumenti applicabili all'inizio e alla fine del rapporto clinico, mentre altre sono più avvicinabili durante il processo, vale a dire durante lo scambio terapeutico in "vivo". Tutto, in realtà, avviene entro il contesto clinico, ma alcune dimensioni ci appaiono meglio rilevabili attraverso un confronto tra *stati* (per così dire tra "fotografie"), mentre altre ci appaiono meglio rilevabili attraverso l'attenzione interattivo-dialogica (per così dire "in corso d'opera").

Risulta infine evidente come la ricerca sulla valutazione-verifica si apra ad ambiti e domini diversi lasciando ai clinici, e non solo ai ricercatori, di decidere a favore di qualche tema che convogli il loro interesse. Risulta altrettanto evidente come sullo stesso materiale clinico (uno o più casi concreti di intervento clinico di coppia) possono essere condotti studi e analisi differenti, nel senso che è possibile focalizzare problemi e temi peculiari della relazione terapeutica e della sua risultanza.

In sintesi; occuparsi di inizio e di fine (di apertura e chiusura) dell'incontro clinico, o occuparsi di ciò che accade nello spazio-tempo della cura costituisce una valida scelta a disposizione di clinici e ricercatori. È però anche possibile connettere l'inizio e la fine *con* il processo e così gettare luce sull'incontro terapeutico nei suoi aspetti storico-processuali.

##### 5) *In apertura e in chiusura: tecnica e strumenti*

Per i terapeuti l'inizio della cura non è quasi mai rappresentato dall'incontro immediato con i clienti. Sia che essi focalizzino tematiche e disturbi di coppia, sia che conducano un'analisi della domanda tesa a passare dalle "evidenze" ai problemi relazionali, c'è un *tempo preliminare* della cura della relazione di coppia che può andare da uno fino a tre-quattro incontri.

---

ad esempio, avere una cieca e così automatica fiducia, oppure una fiducia critica nel contesto di cura, tale cioè da permettere riflessioni su di esso e addirittura rimetterlo in discussione. È l'approccio psicodinamico che focalizza l'attenzione sul rapporto cliente-contesto trattato come una sorta di variabile indipendente. È però piuttosto rara l'attenzione riservata al rapporto terapeuta-contesto.

È proprio in questo tempo che possono essere utilizzati, all'interno dell'incontro diretto ed emotivamente partecipato, determinati strumenti. Abbiamo pensato che essi debbano aver rilievo clinico e non solo di ricerca, nel senso che possono essere utilizzati dai terapeuti a *scopo riflessivo*, sia che riguardino gli aspetti interpersonali dei singoli partner, sia la relazione di coppia in quanto tale.<sup>50</sup>

Nel progetto di ricerca predisposto circa un anno fa, che coinvolge vari gruppi di terapeuti<sup>51</sup> e che prevede una lunga durata proponiamo l'uso, in seduta, dei seguenti strumenti:

- spazio di vita di coppia (nelle due versioni “ora” e “tra cinque anni”);
- test delle immagini dei bisogni di coppia (prima individuale e poi confrontato tra le parti);
- Checklist dei problemi di coppia (prima individuale e poi confrontato tra le parti).

Il primo strumento è *di coppia*, nel senso che i partner operano congiuntamente entro uno spazio grafico seguendo alcune semplici consegne. L'apertura è dunque immediatamente focalizzata sull'azione congiunta dei partner, sulla presenza di un confine comune, sulla vicissitudine del legame di coppia. Inoltre la doppia realizzazione (“ora”, “tra cinque anni”) permette di operare un confronto tra i *tempi affettivi* di coppia. La proiezione nel futuro avviene ovviamente nel presente della relazione, ma proprio per il suo carattere intenzionale essa permette di focalizzare l'attenzione sulla “linea prospettica” della coppia. Entrano poi a far parte dello spazio di vita di coppia altre *presenze significative* (parentela, figli, amicizie...) ed *eventi cruciali* della relazione. È così possibile avere a disposizione in tempi brevi una notevole messe di informazioni cliniche di carattere interpersonale e generazionale.

---

<sup>50</sup> Si tratta ovviamente di una decisione clinica affidata ai terapeuti. Usiamo di frequente entrambi i termini, anche se *clinica* è intesa come contesto e attività di cura, mentre *psicoterapia* è intesa come richiesta diretta con relativo intervento di cura psichica. Com'è noto molti interventi clinici non presentano il carattere diretto e condiviso della psicoterapia anche se hanno scopi terapeutici. È in questo senso che parliamo di *clinica della relazione di coppia* di cui la psicoterapia è un importante sottoinsieme.

<sup>51</sup> Partecipano attualmente al progetto di ricerca l'Istituto Veneto di Terapia Familiare di Treviso, l'Istituto di Terapia Familiare di Bari, il Servizio di clinica di coppia e famiglia del Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano e l'Università Statale di Palermo. Rientra negli obiettivi della ricerca quello di allargare il numero dei Centri e degli Istituti che si occupano di relazione di coppia e che hanno interesse alla verifica clinica.

Il secondo strumento si affida alle *immagini*. Ai membri della coppia è richiesto di rappresentare attraverso immagini (di qualsiasi tipo) i bisogni fondamentali che ciascuno si aspetta vengano soddisfatti dal rapporto con il partner. Alla fine del disegno i partner possono fare un breve commento scritto. A seguire viene operato un *confronto* tra i partner. È così possibile riflettere (e raccogliere dati) su come ciascun partner presenta se stesso all'altro e come "ascolta" l'altro.

Il terzo strumento fa riferimento alle modalità di *presa di decisione* di coppia. A partire dall'individuazione personale di problemi che motivano la richiesta di consulenza e aiuto (e di cui occorre anche valutare la rilevanza, la soluzione possibile, l'impegno personale richiesto e quello del partner),<sup>52</sup> viene chiesto ai partner non solo di confrontare i problemi emersi, ma anche di dividerne alcuni operando così una scelta. È infatti tramite la ricerca della *condivisione* che è possibile analizzare e riflettere circa le modalità di presa di decisione congiunta agita dalla coppia.

In sintesi; i tre strumenti proposti focalizzano l'attenzione sul *legame* tra i partner in quanto tale e la sua vicissitudine, sul *confronto* emotivo-affettivo di coppia e sulle modalità di *condivisione-decisione* attivate dalla coppia.<sup>53</sup>

Viene infine assegnato ai partner un *compito a casa individuale*. Si tratta di realizzare un "dossier" che comprende:

- test di Aron - IOS Scale (rappresentazione grafica di vicinanza-distanza con il partner);
- scala Q.A.I (Questionario di adattamento interpersonale);
- questionario del Sé Segreto (caratteristiche dell'altro, sentimenti verso l'altro, valore/delusione dell'altro per me, capacità interpersonali sia proprie, sia dell'altro).<sup>54</sup>

La realizzazione del dossier permette di considerare l'*impegno personale* di ciascun partner nei confronti del terapeuta e della terapia, oltre a raccogliere importanti informazioni di carattere interpersonale a partire dai singoli soggetti. Tutti gli strumenti

---

<sup>52</sup> È questo un esempio di uso di scale quantitative entro un approccio qualitativo della ricerca.

<sup>53</sup> L'uso degli strumenti richiede uno/due incontri. I terapeuti possono anche scegliere tra lo strumento delle immagini e quello di presa di decisione. Entrambi infatti si richiamano allo stesso *principio*: quello della focalizzazione personale su bisogni e problemi a cui segue il confronto di coppia. Il primo strumento è invece indispensabile proprio perché si occupa della relazione tra i partner in quanto tale.

<sup>54</sup> Tale questionario è stato appositamente costruito sulla base della letteratura inerente i processi attributivi, la valorizzazione/devalorizzazione di sé e dell'altro e l'"efficacy" interpersonale.

presentati si richiamano infatti allo stesso principio: *definire se stessi in rapporto con l'altro*.

Va infine evidenziato il "carattere segreto" del compito. Ciò introduce il tema della presenza e della qualità del *confine personale* nella relazione con il partner. La relazione di coppia implica infatti una distanza (differenza) tra i partner senza la quale il legame medesimo verrebbe annullato. È ben noto ai clinici come il diniego della differenza operi sia attraverso la con-fusione con l'altro, sia attraverso il distacco dall'altro. Potremmo dire di due stati della relazione che esprimono il terrore dell'opposto.

È così possibile trattare il tema del confine (sua qualità o addirittura inesistenza), così come aspetti rappresentazionali del Sé in relazione con l'altro di ciascun partner.<sup>55</sup>

Come si può constatare non ci si limita mai alla mera somministrazione di strumenti, ma si mira a condividere con le persone (i partner) alcune riflessioni. La *consensualità* nella ricerca clinica è infatti un principio etico che reclama tanto l'intersoggettività tra i ricercatori, quanto la condivisione tra terapeuti e loro clienti.

Gli strumenti qui presentati si prestano al *confronto* tra l'apertura e la chiusura della relazione terapeutica.<sup>56</sup> Essendo poi gli stessi intimamente connessi al lavoro clinico e non artificialmente separati dalla necessità della sua verifica, costituiscono *parte integrante del processo*.

#### 6) *La verifica di processo: le modalità fondamentali di relazione di coppia e le variabili categoriali*

Veniamo ora a presentare sia la *concettualizzazione* inerente il funzionamento di coppia (costrutti ipotetici che peraltro provengono

---

<sup>55</sup> Il setting di coppia non esclude necessariamente la possibilità di incontro con i singoli partner. Ovviamente ne va definito il senso e dichiarati gli scopi e ne va concordato l'uso relativamente al setting medesimo. Ciò fa emergere, ad esempio, la tolleranza o meno dei partner rispetto al confine personale che implica la presenza di aree segrete e il rispetto della decisione altrui circa il se e che cosa riportare nelle sedute congiunte. Ovviamente ciò richiede anche una notevole competenza clinica dato l'emergere di paure di coalizione da parte dei partner insieme a fantasie che il terapeuta possa entrare in possesso di segreti indicibili. Ciò effettivamente può avvenire, ma il rimando del terapeuta è sempre alla decisionalità personale e, più precisamente, all'aumento dei gradi di libertà personale nel prendere decisioni.

<sup>56</sup> Fa infatti parte del contratto terapeutico impegnare preventivamente la coppia per un incontro in chiusura destinato a riproporre gli strumenti qui presentati.

da riflessioni sulla letteratura clinico-empirica), sia le *griglie di osservazione*.

Vengono individuate tre modalità fondamentali di relazione di coppia, cioè di “essere con l’altro” e fare legame con lui. La prima è caratterizzata dalla *reciprocità*, la seconda dalla *similarità* e la terza dalla *divisione di parti*. Consideriamole separatamente.

La *reciprocità* si manifesta attraverso azioni e sentimenti interpersonali quali il dialogare e confrontarsi con l’altro, l’offrirsi all’altro (fare dono di sé in quanto persona con idee, sentimenti, valori-guida), il poter condividere con l’altro gioie e dolori, avere e manifestare il sentimento del “noi”, vale a dire sentire e valorizzare l’appartenenza al legame con l’altro. L’appartenenza al legame fonda il confine di coppia ed è motivata dal sentimento del valore dell’altro per me, dall’impegno nel rapporto che è sentito come un valore in quanto tale, dal saper provare il sentimento di colpa per gli inevitabili errori e i limiti personali accompagnato però dalla capacità di riparazione e dalla tolleranza verso i limiti e gli errori altrui.

È evidente la *tensione ideale* relativamente al funzionamento del legame di coppia che attraversa e caratterizza la reciprocità. D’altronde questo “andare avanti e indietro contemporaneamente”, che è proprio della reciprocità, è empiricamente e clinicamente rilevabile. Ci aspetteremmo anche che il lavoro terapeutico non solo solleciti la reciprocità, ma anche la promuova.

La *similarità* si manifesta attraverso l’essere medesimi, cioè fare, sentire, pensare allo stesso modo. La similarità rimanda all’“unico” e così nega la differenza senza la quale non può esserci relazione. Essa non è la somiglianza che, insieme alla differenza (maschio e femmina, ma simili nell’umanità, cioè appartenenti allo stesso destino) costituisce una polarità fondamentale, è piuttosto una modalità di essere con l’altro che si fonda sul registro della violenza, dell’uso-abuso e del diniego. Così l’altro viene *ridotto a sé*, nel senso che non può che pensare, sentire, agire come me. Si è così “similari” nell’attaccare, squalificare, proiettare il male, nell’esprimere rabbia e rancore, nel sedurre (ciò vale in particolare per la sessualità e le manifestazioni perverse della medesima), nel circuire e nel manipolare (ciò vale in particolare per il pensiero con le percezioni, le credenze, le idee e i valori che lo contraddistinguono), nel rivendicare il proprio diritto, nell’esprimere sfiducia e rassegnazione, ma anche nell’idealizzare denegando la realtà e nel cercare di coalizzarsi contro l’altro. La similarità è una forma dell’*anti-legame* nel senso che vi si oppone e che lo ha in odio.

Tutte le relazioni profonde comprendono aspetti di similarità, e ancor più, fasi e momenti di similarità, ma è ben altra cosa se tale modalità relazionale è compresa entro un legame che conosce la reciprocità, oppure no. Nel secondo caso infatti manca la cornice di contenimento, il “quadro” entro cui prenderne atto e considerarne gli effetti per il legame.

La *divisione di parti* si manifesta attraverso l’occupare posizioni polari, nel sentirsi e viverci agli antipodi, nell’essere “sostanzialmente diversi”. La divisione è il punto di origine di tale modalità relazionale. Lo schema sintattico è il seguente: uno fa, pensa, crede, sente così, *mentre l’altro* fa, pensa, crede, sente in quest’altro modo. La divisione delle parti introduce da un lato le differenze di personalità dei membri della coppia, dall’altro dice del possibile crearsi di un vallo, di una frattura, che impedisce la “communio” (buono/cattivo, sano/malato, capace/incapace, ...).

Dal punto di vista clinico non è la stessa cosa incontrare coppie che esprimono chiara similarità rispetto a coppie che esprimono la divisione delle parti. In tal caso infatti possiamo avere sia una divisione tra valori positivi e negativi, sia una divisione tra due valori negativi.<sup>57</sup> Mentre nella prima forma di divisione sono comunque reperibili risorse che possono essere di beneficio per la relazione, nella seconda abbiamo invece un incontro particolarmente infausto tra modalità che, pur situandosi su poli opposti, rimandano a forme diverse del negativo. Sarebbe come dire che i membri della coppia mentre si dividono le parti sono sostanzialmente simili.

Com’è noto la pragmatica della comunicazione (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967) si è occupata di scambi interattivi simmetrici e complementari. In tal caso il costrutto di riferimento è quello del *potere* dello scambio. Nel primo, la simmetria, c’è l’uguaglianza di potere (e la lotta per acquisirla) e nel secondo, la complementarità, la differenza di potere (posizioni sopra-sotto e la lotta per rovesciarla). La salute comunicativa consisterebbe nella presenza di scambi tanto simmetrici quanto complementari e dunque nel saper vivere sia nell’uguaglianza, sia nella differenza di potere.

Nel nostro caso il costrutto di riferimento è *ontologico*, nel senso della ricerca relativa alla natura medesima della relazione. Essa è individuata nell’ “essere ed esistere con l’altro”; così il potere è solo

---

<sup>57</sup> Si confronti a tale proposito la griglia di analisi. Un esempio di differenza di divisione sulla variabile categoriale “ascolto” è: un membro cerca di ascoltare mentre l’altro si isola o rifiuta l’ascolto (+ -); un membro tratta con indifferenza ciò che l’altro comunica, mentre l’altro usa la squalifica e l’attacco (- -).

una delle variabili chiamate in causa nel contesto relazionale di coppia come evidenzieremo poi.

A questo punto è possibile incrociare le tre modalità fondamentali di *essere con l'altro* (ben più che mera interazione perché il contesto è quello del legame) con un insieme di *variabili categoriali*. Si tratta di “forme” attraverso le quali è possibile *vedere in azione* le modalità sopradette e, ovviamente, trattandosi di un lavoro di cura, operare con la coppia affinché vi sia qualche trasformazione o mutamento.

L'individuazione delle categorie proviene, com'è d'uso, tanto da una riflessione sulla letteratura, quanto da quella di un lungo lavoro clinico a cui peraltro si accompagna il desiderio di pensare, sentire e valutare in gruppo. Crediamo che ciò che offriamo abbia originalità (nel senso che alla sua sorgente vi è l'incontro con la coppia *entro* il contesto clinico e non solo nel senso di novità) e possibilità concreta di applicabilità, cioè d'uso, da parte dei clinici che si occupano di coppia.

Le variabili categoriali individuate sono *tredici*, di cui due riguardanti direttamente la relazione con il contesto terapeutico e undici la relazione di coppia ovviamente entro il contesto clinico. Le presentiamo brevemente:

1. *Ascolto*: prestare attenzione all'altro, ai suoi sentimenti, pensieri, credenze
2. *Tensione*: esprimere speranza e fiducia nelle relazioni senza negare difficoltà, problemi, delusioni
3. *Spazio mentale*: disponibilità a lasciarsi sorprendere sia dalla vita, sia dalla mente, a dare cioè spazio mentale all'imprevisto e all'inatteso
4. *Sostegno*: cercare e offrire sostegno e comprensione nei turbamenti d'anima e nelle difficoltà che le relazioni presentano
5. *Sessualità*: trattare dell'intimità dei corpi con discrezione rispettando la presenza di “aree segrete” e facendo emergere la presenza della complicità di coppia
6. *Spazio magico*: indicare e riconoscere la presenza di momenti magici nella vita di coppia e vivificarli nel presente
7. *Differenza*: riconoscere il partner come altro da sé con una sua storia, suoi vissuti, suo mondo di credenze e atteggiamenti considerandoli come significativi per la relazione
8. *Conflitto*: vivere la conflittualità come intrinseca alla differenza personale cercando soluzioni possibili alle aree conflittuali a partire da quelle della vita quotidiana

9. *Potere*: riconoscere di avere potere, cioè influenzamento relazionale e, in tal senso, assumersi compiti e responsabilità decisionali
10. *Dolore*: rispettare i dolori e le sofferenze di ciascuno, cioè farne oggetto di valore nel senso di ciò che è degno di essere ascoltato e a cui attribuire un senso plausibile
11. *Perdono*: esprimere la capacità di perdonare, sia per quanto riguarda se stessi, sia l'altro ridando così linfa al legame aprendosi alle possibilità della riconciliazione
12. *Cornice terapeutica*: evidenziare il rispetto per lo spazio-tempo terapeutico e valorizzare ciò che si fa e si prova entro tale spazio-tempo sentendosi parte in causa
13. *Impegno terapeutico*: impegnarsi nel lavoro clinico sia attuando compiti, sia vivendo nuove esperienze, sia attivando risorse, sia ricercando il senso delle relazioni.

Ciascuna di esse è in grado di dire qualcosa circa la *natura della relazione di coppia* così come si manifesta in terapia. I terapeuti infatti non si trovano affatto confrontati con le stesse situazioni; alcune di esse sono più favorevoli al lavoro terapeutico, mentre altre propongono gravi ostacoli che se non colti "trascinano" il processo.

Fino a questo punto abbiamo focalizzato l'attenzione sui membri della coppia e sul loro *stile interpersonale*. Tale stile è influenzato tanto dai legami precedenti, quanto dal legame attuale, vale a dire la relazione di coppia e la sua vicissitudine.

Possiamo anche raccogliere le diverse variabili categoriali entro tre dimensioni: *l'intimità*, *la progettualità*, *l'integrazione*. L'intimità comprende: l'ascolto, il sostegno, la sessualità, lo spazio magico, il dolore (5). La progettualità comprende: la tensione, lo spazio mentale, il perdono, l'impegno terapeutico (4). L'integrazione comprende: la differenza, il conflitto, il potere, la cornice terapeutica (4). Una lettura clinica delle dimensioni sopra delineate ci permette di considerare come il legame di coppia si disponga e operi lungo tre cardini e abbia così carattere *tridimensionale*. La ricerca clinica tende in genere a sovrastimare la dimensione dell'intimità e dell'integrazione e a sottostimare la dimensione della progettualità.

Per l'analisi di processo, però, occorre rifarsi alle variabili categoriali sopra considerate.

L'altro polo di attenzione e di rilevazione è costituito dal *terapeuta* o dai terapeuti se lavorano in coppia. Nell'insieme rappresentato dall'incontro clinico è come se noi proiettassimo luce su sottoinsiemi specifici. Ovviamente a partire dal momento dell'incontro coppia-terapeuta viene a formarsi un'*unità specifica* e il

risultato dell'incontro può essere ragionevolmente attribuito a tale nuova unità. Così possiamo pensare ad un'unità di analisi del tipo: "il terapeuta fa così e la coppia risponde così", oppure "la coppia fa così e il terapeuta risponde così". Abbiamo insomma una sequenza "se...allora" in cui peraltro occorre includere un altro passaggio: "se la coppia fa così e il terapeuta risponde così la coppia cosa fa?".<sup>58</sup>

Soffermiamoci allora sul fare terapeutico. Possiamo prendere in considerazione tre variabili categoriali: il *tempo*, il *contesto*, le *tecniche*.

La variabile *tempo* riguarda sia il suo governo all'interno di ciascun incontro, sia nel suo insieme, cioè come processo che ha un inizio e una fine.

All'*interno* dell'incontro:

- il terapeuta garantisce a ciascun partner un *tempo personale* per l'espressione di sentimenti e vissuti, per il racconto di episodi ed eventi, per la riflessione sul rapporto con l'altro e sul rapporto con la terapia;
- il terapeuta garantisce un *tempo di coppia* per il confronto reciproco, per fare nuove esperienze di coppia, per associare in comune sulla base di esperienze e sogni, per prendere decisioni.

Come *processo* nel suo insieme:

- il terapeuta tratta esplicitamente di scopi e durata probabile della terapia e li discute con la coppia;<sup>59</sup>
- il terapeuta nei momenti di crisi rimanda agli scopi-obiettivi del lavoro e li tratta nuovamente con la coppia;
- il terapeuta prepara la conclusione dell'incontro terapeutico e ne discute scopi e modi con la coppia.

Ecco alcune sintetiche riflessioni. L'abitudine a incontrare singole persone fa sì che inconsapevolmente i terapeuti costruiscano una sorta di triangolo al cui vertice essi pongono se stessi. In breve; essi si relazionano con ciascun partner e a soffrirne è proprio la relazione di coppia che, non dimentichiamolo, costituisce il fuoco specifico dell'intervento.

---

<sup>58</sup> L'*unità di rilevazione* è l'intera seduta, mentre l'*unità di analisi* va scelta e decisa in base agli obiettivi della ricerca clinica. In ogni caso non si operano scelte "neutre", basate sul caso, del tipo i primi dieci minuti, i dieci centrali e i dieci finali. Si operano piuttosto scelte mirate e responsabili. Si può, ad esempio, focalizzare l'attenzione sul "sistema cliente" (cioè la relazione di coppia) oppure sul "sistema terapeutico" (cioè il terapeuta e la cornice che organizza).

<sup>59</sup> La presentazione degli strumenti per la valutazione pre-post e il loro uso clinico fanno parte degli scopi-obiettivi della terapia, nel senso che intendono verificarne il raggiungimento o meno coinvolgendo i partner.

Come dunque *articolare* tempi personali con tempi di coppia diventa un'abilità e una competenza specifica degna di essere rilevata.

In quanto al processo il rischio è quello o di “vedere volta per volta” o di negare la fine, cioè la chiusura dell'incontro clinico. Così determinare obiettivi, esplicitandoli, riconsiderarli con la coppia nei momenti di crisi della relazione terapeutica e sottoporli, sempre con la coppia, a verifica diventa un chiaro compito terapeutico.

La variabile *contesto* riguarda la gestione della cornice terapeutica:

- il terapeuta presenta le *regole* che governano la terapia e le discute con la coppia;
- il terapeuta chiarifica qual è la sua *funzione* e quali sono i suoi compiti;
- il terapeuta presenta la *variabilità* possibile del contesto e ne dice il perché.

Ecco alcune sintetiche riflessioni. Regole e funzione svolta possono essere date facilmente per scontate. In realtà sono *dialogiche*, nel senso che incontrano le coppie nelle loro specificità di storia e funzionamento. Svolgere, ad esempio, una funzione chiarificatrice e di sostegno alla ricerca della complessità dei significati non è *in sé* meglio o peggio che sostenere la coppia nell'imparare ad ascoltare e ad esprimere meglio i propri sentimenti, oppure a fare nuove esperienze emotive.

La coppia non è un soggetto da esperimento per la verifica della bontà del proprio metodo e del proprio credo. In breve; si tratta sempre di considerare se le regole si adattano alla coppia e se la funzione svolta entra in sintonia con i bisogni di coppia e con l'assetto mentale dei partner. Ciò vorrebbe anche dire che i terapeuti efficaci, senza dover rinunciare ai propri metodi, sono quelli che più tengono conto della realtà della relazione di coppia e sanno ricorrere a più metodi, ad esempio far fare alla coppia esperienze inattese e riflettere poi su vissuti e significati possibili.<sup>60</sup>

La variabilità del contesto riguarda la possibilità di incontri con i singoli partner, così come con membri delle loro famiglie di origine e così via. Essa, nel caso, va programmata e non agita a causa delle difficoltà incontrate. Ciò che infatti verrebbe diffuso nella relazione

---

<sup>60</sup> È facile insomma che durante l'iter formativo e l'esperienza clinica si formi una sorta di “standard interiorizzato d'intervento” relativamente all'incontro con la coppia. La psicologia sociale, del resto, ha ben focalizzato come la mente sia attratta dalla semplificazione della realtà e dalla ripetizione dell'esperienza (riduzione dello sforzo).

terapeutica è il sentimento della confusione e della situazione disperata. Il mutamento di contesto costituisce comunque un problema da affrontare, e da subito, con la coppia. Possono emergere infatti resistenze di varia natura, ma il vero problema è il *ritorno alla coppia*. In breve; che uso si fa del mutamento di contesto (lo scopo) e, soprattutto, qual è il suo senso relativamente alla relazione di coppia? Tutto, insomma, deve tornare alla relazione di coppia, nel senso di sostenerla e favorirla.<sup>61</sup>

L'ultima variabile riguarda le *tecniche*. Potremmo farne un lungo elenco poiché ne contiamo qualche decina. In realtà i terapeuti ne usano alcune piuttosto che altre e ciò in consonanza con i metodi in cui credono o su cui fanno affidamento. È possibile anche disporle alle polarità lungo un continuum utilizzando il "versus".<sup>62</sup>

Lo scopo del presente contributo però è quello dichiarato di andare aldilà delle differenze di metodo e tecniche per centrarsi su problemi comuni di verifica del terapeutico, sia esso di risultanza oppure di processo.

---

<sup>61</sup> Si sostiene la relazione anche nel caso della separazione di coppia. Ciò nel senso che si cerca di far fronte ai pericoli ricorrenti di attribuzione all'altro o a se stessi del male con le conseguenti azioni dell'isolamento e dell'esclusione.

<sup>62</sup> Di questo ci occuperemo in un prossimo contributo. Anche la gestione e il governo delle variabili *tempo* e *contesto* potrebbero rientrare sotto la voce "tecniche". Qui però riserviamo il termine alle operazioni di influenzamento relazionale attivate in seduta.

## Bibliografia

- AA.VV., "Journal of Consulting and Clinical Psychology", Special Issue: Empirically supported psychological therapies. 66, 3-209, 1998.
- Anderson T., Strupp H.H., *The ecology of psychotherapy research*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy", 64, 776-782, 1996.
- Andolfi M., *La terapia di coppia come processo trasformativo*, in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, R. Cortina, Milano, 283-310, 1999.
- Bachelor A., Horwath A., *The therapeutic relationship*, in Hubble M., Duncan B., Miller S. (eds), *The heart and soul of change*, APA Books, Washington DC, 133-178, 1999.
- Beutler L.E., *David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet*, in "American Psychologist", 55, 997-1007, 2000.
- Beutler L.E., Clarkin J.F., Bongar B., *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*, Oxford University Press, New York, 2000.
- Bianciardi M., Bertrando P., *Terapia etica: una proposta per l'epoca post-moderna*, in "Terapia Familiare" 69, 5-25, 2002.
- Cesario S., Filastò L., *Costellazioni fisse e stelle mobili*, Guerini, Firenze 2002a.
- Cesario S., Fredianelli C., Remorini A., *Un pacchetto evidence-based di tecniche cognitivo-comportamentali sui generis*, University Press, Firenze, 2002b.
- Chambless D.L., Ollendick T., *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 3, 2001.
- Cigoli V., *L'alleanza e il suo vincolo. Coniugalità e psicoterapia*, in "Psicobiiettivo", 1, 45-56, 1993.
- Cigoli V., *Il patto infranto. Tipologie di divorzio e ritualità del passaggio*, in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, R. Cortina, Milano, 397-429, 1999.
- Cigoli V., *Incontro alla coppia. Lo sguardo tenero e la partecipazione drammatica*, introduzione a Dattilio F., Bevilacqua L.J. (a cura di), op. cit., 23-39, 2001.
- Cigoli V., *La coppia tra scenari d'origine e nuova nascita*, in Andolfi M., Cigoli V. (a cura di), *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*, F. Angeli, Milano, 2003.
- Cigoli V., Zatti A., *La svolta e lo scarto. La funzione comunicativa della metafora in consultazione familiare*, in "Terapia Familiare", 50, 25-39, 1996.
- Cigoli V., Tamanza G., *Come valutare la terapia familiare? Una proposta teorico-metodologica*, in Di Nuovo S. et al., op. cit., 111-125, 1998.
- Cigoli V., Galimberti C., Tamanza G., *La valutazione della terapia familiare: un lavoro di Sisifo?* in "Terapia Familiare", 35, 21-34, 1991.

- Dattilio F. M., Bevilacqua L.J. (a cura di), *Psicoterapia di coppia. Modelli a confronto*, Mc Graw-Hill, Milano, 2001 (ed. or. 2000).
- Di Nuovo S., *La valutazione in psicoterapia: ripensare i metodi*, in Di Nuovo S. et al., op cit., 93-105, 1998.
- Di Nuovo S., *Curare la mente. Come funziona la psicoterapia?*, in "Rivista di ricerca in Psicoterapia", in corso di stampa.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, F. Angeli, Milano, 1998.
- Dicks H.V., *Tensioni coniugali*, Borla, Roma, 1992 (ed. or. 1967).
- Elliot R., *A guide to the empirically supported treatments controversy*, in "Psychotherapy Research" 8, 115-123, 1998.
- Elliot R., *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*, in "Psychotherapy Research" 12, 1, 1-22, 2002.
- Framo J.L., *Terapia intergenerazionale*, R. Cortina, Milano, 1996 (ed. or. 1992).
- Jackson D.D., *Family rules, the marital quid pro quo*, in "Archives of General Psychiatry", 12, 589-594, 1965.
- Lai G., *La conversazione immateriale*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- Lambert M.E., Bergin A.E., *The effectiveness of psychotherapy*, in Bergin A.E., Garfield S.L. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, J. Wiley and Sons, NewYork, 143-188, 1994.
- Lambert M.J. (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, J. Wiley and sons, NewYork, 2003 (5<sup>th</sup> edition).
- Lingiardi S., *L'alleanza terapeutica*, R. Cortina, Milano 2002.
- Loriedo C., Strom P., *I processi di trasmissione transgenerazionale nelle coppie e il trattamento delle problematiche connesse alle famiglie d'origine*, in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, R. Cortina, Milano, 311-328, 1999.
- Malagoli Togliatti M., Angrisani P., Barone M., *La psicoterapia con la coppia. Il modello integrato dei contratti*, F. Angeli, Milano, 2000.
- McLeod J., *Qualitative research in counselling and psychotherapy*, Sage, London, 2000.
- Migone P., *Quale modello di scienza per la ricerca in psicoterapia?*, in "Psichiatria e Psicoterapia Analitica", 2, 113-119, 1998.
- Mitchell S., Aron L. (eds), *Relational psychoanalysis*, Analytic Press, Hilldale, New York, 1999
- Muran, *A relational approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program*, in "Psychotherapy Research" 12, 113-138, 2002.
- Nichols W.C., *La terapia integrata di coppia*, in Dattilio F.M., Bevilacqua L.J., op. cit., 209-226, 2001 (ed. or. 2000).
- Norsa D., Zavattini G.C., *Intimità e collusione*, R. Cortina, Milano, 1997.
- Onnis L., *Verso un'etica della complessità*, in "Psicobiettivo", 3, 59-64, 1994.

- Pincus L., Dare C., *Il contratto segreto del matrimonio*, in Cigoli V. ( a cura di), *Terapia familiare. L'orientamento psicoanalitico*, F. Angeli, Milano, 1983.
- Scabini E., Cigoli V., *Il familiare. Legami, simboli, transizioni*, R. Cortina, Milano, 2000.
- von Foerster H., *Etica e cibernetica di secondo ordine*, in "Psicobiettivo", 3, 47-57, 1994.
- Weitzman L.J., *The marriage contract*, The Free Press, New York, 1981 (trad. it. 1990).
- Westen D., Morrison K., *A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 69, 875-899, 2001.

### **Sintesi del dibattito tra alcuni direttori di scuole di psicoterapia**

di Piernicola Marasco

Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Psicologia di Firenze

Riapro i lavori pomeridiani del Convegno, dando inizio alla tavola rotonda, di cui il comitato organizzatore mi ha affidato la responsabilità del coordinamento. Ad essa prendono parte i Direttori di alcune delle Scuole di Psicoterapia presenti in Toscana, tra quelle alle quali il MURST ha conferito un riconoscimento ufficiale: vi partecipano – nominandoli nell’ordine alfabetico secondo il quale darò loro parola - il Dott. Bogliolo, il Prof. Cionini, il Dott. De Bernart e il Dott. Suman, esponenti di scuole sia ad impianto sistemico-relazionale, il primo ed il terzo dei colleghi nominati, sia della prospettiva cognitivista, il secondo, mentre l’ultimo rappresenta le scuole ad impronta analitica.

Dovendo introdurre – e nell’introduzione in qualche modo definire i limiti di tempo degli interventi (che credo realistico contenere ognuno in dieci minuti) –, nonché circoscrivere il dibattito a temi condivisi, credo di attenermi al ruolo se indico ai partecipanti ed anticipo agli ascoltatori le tematiche di maggior rilievo che gli interventi della mattina ci hanno consegnato in eredità.

La prima è sicuramente quella avanzata da Cesario nella relazione introduttiva del Convegno ed espressa con chiarezza nella stessa sua intitolazione: *Una svolta nelle ricerche e nelle indagini circa la validazione*.

Tuttavia, i numerosi “lavori”, di cui le relazioni ascoltate hanno rappresentato un riassunto e un documentato commento, ci consegnano anche la problematicità sia dell’oggetto delle ricerche, sia dei metodi adoperati, sia delle finalità che i singoli filoni di ricerca si sono, più o meno dichiaratamente, “predisposti”. Pur riunite entro una comune cornice, le relazioni che abbiamo ascoltato hanno avuto il pregio di esibirci la grande varietà di impostazioni che sta dietro al generico movimento della *validazione* e che appaiono tra loro irriducibili e, pertanto, non facilmente confrontabili; ci hanno sollecitato, anche, a distinguere le attività di ricerca finalizzate alla verifica dell’efficacia da quelle sull’efficienza degli interventi terapeutici, che cercano di descrivere e di indagare quali siano i

processi che entrano in giuoco nel variopinto intreccio interpersonale che sta alla base di ogni intervento psicoterapico.

È da qui che credo che, in maniera pressoché obbligata, il dibattito debba prendere le mosse; dalla domanda che mi permetto di modificare – Cesario, spero me lo permetta – nella seguente: non più se sia dia o meno una svolta nei processi di validazione ma, se una svolta non c'è stata, quale sia auspicabile che avvenga, e, se una svolta si segnala, quali mete si profilino all'orizzonte e, tra quelle che si intravedono, quali siano da preferire e come ci si possa organizzare per conseguirle.

Quanto ascoltato dai partecipanti alla tavola rotonda m'aveva persuaso dell'opportunità di restituire loro la parola, in modo che ognuno trovasse occasione, in un secondo giro di interventi, di precisare il proprio pensiero; ma, fatti i debiti conti, devo prendere atto che, nel rispetto dei tempi prefissati, restano a disposizione poco più di quattro minuti scarsi.

Mi permetto, così, di tenere presso di me la parola: non nell'intento di tratteggiare una sorta di conclusione – che rimando al termine del Convegno –, ma allo scopo di arricchire i temi avanzati con alcune osservazioni “alla buona”, del tutto personali. Non parlo nella veste di direttore di una scuola di formazione, che non ho mai desiderato essere, né ho le carte in regola, non ricopro alcun ruolo che mi legittimi ad interpretare ufficialmente nemmeno la scuola presso la quale, a suo tempo, ebbe inizio la mia pluristratificata formazione psicoterapica. Parlo come chi ha avuto modo di farsi in tanti anni di pratica una lunga esperienza ed è a conoscenza dei travagli che gravano sui processi di formazione in psicoterapia e, nel ruolo di Presidente dell'Ordine Professionale, che sono stato, delle vicende e dei trascorsi in cui sono incorse le scuole di formazione.

Ho avuto netta un'impressione, che mi piacerebbe condividere con i presenti. In nessuno degli interventi abbiamo ascoltato una diretta ed esplicita presa di posizione contro le ricerche sulla validazione dei risultati; tuttavia, nessuno degli intervenuti ha speso una parola per difenderle; anzi, ognuno, a suo modo, ha messo in evidenza, da un lato, l'irrelevanza di queste ricerche sugli statuti delle formazione specialistica – almeno allo stato delle cose attuali – e, dall'altro, la loro “non pertinenza” rispetto allo “specifico” della concreta realtà professionale.

Solo per restituirne memoria ai presenti – compresi gli oratori che torneranno al tavolo per riproporre le loro conclusioni –, ricordo come la misura dell'efficacia della psicoterapia sulla scomparsa o meno dei sintomi, di cui il paziente soffre, non corrisponda ad

un'ottica sistemico-relazionale, che opera nell'ipotesi che in un contesto familiare un sintomo possa attenuarsi o scomparire in un membro – nel membro “designato” –, per ricomparire sotto altra forma in un diverso membro della famiglia in esame. Com'è possibile valutare l'efficacia di una terapia, come quella or ora descritta, fermandosi a controllare se il sintomo “iniziale” d'un paziente – definisco “iniziale” il sintomo che induce il paziente a “iniziare” la psicoterapia – è in lui scomparso o meno?

D'altronde, in tutte le terapie di marca analitica si dà per scontata l'illusorietà della scomparsa dei sintomi nei primi tempi della relazione terapeutica, successivi al sopraggiungere – all'instaurarsi – di un *transfert*: sintomi che scompaiono, a volte, solo perché sostituiti da una *nevrosi da transfert*, quasi che quanto era fonte di sofferenza individuale traesse sollievo dal contagiare di sé la stessa relazione terapeutica.

Ed abbiamo ascoltato la scuola cognitivo-costruttivista contestare i processi di validazione della terapia che sottopongono ad analisi e verifica solo processi o fenomeni puramente comportamentali, che non costituiscono “l'oggetto” di questo genere di interventi. Se di fronte ad affermazioni di questo tenore mi calo nel ruolo di psicoterapeuta, l'esperienza personale non può che confermarle e confermare quanto, quand'ero giovane e inesperto, mi fu a suo tempo insegnato. Si pensi che mi sono formato ad una scuola in cui il punto di riferimento della pratica si riportava ad una frase del suo fondatore, di Jung il quale, in risposta ad una delle domande che gli vennero rivolte da chi aveva seguito le lezioni che nel lontano 1933 aveva tenuto alla Tavistock Clinic... in particolare, alla domanda come facesse ad individuare il complesso di cui il paziente soffriva e che cosa proponesse per porvi rimedio, aveva dichiarato che “meno gli interessava la natura del complesso presentato e molto di più che cosa il paziente ne facesse”.

Tuttavia, del discorso che ho intrapreso – al fine di riassumere i temi attorno ai quali è “girata” la tavola – quel che mi pare interessante è che, pur con parole che appartengono allo specifico lessico di questa o quella scuola e con argomentazioni del tutto differenti, non c'è stata scuola tra quelle oggi presenti che non abbia concordato sulla mutabilità dei sintomi psichiatrici: carattere, questo, che non va confuso con la labilità dei sintomi che è stata denunciata come un falso presupposto delle ricerche EST. Tutti conoscono – riconoscono – la persistenza di questo genere di sintomi, ovvero la loro caratteristica ripetitività – che li ha associati all'idea del “ritorno del rimosso” –, la loro possibilità di trasformarsi e trasmigrare in

corso d'opera. Il che rimanda ad una questione di fondo, di natura epistemologica, cui ha fatto cenno Cigoli.

Il sintomo non è un epifenomeno, né è un “segno” che registra passivamente ed esclusivamente la presenza di una disfunzione o di un deficit di alcune strutture psichiche stabili. La formazione di un sintomo corrisponde piuttosto ad una *produzione psichica* che “tenta”, simula la risposta ad una domanda – o ad un complesso di domande – che sorgono nei contesti di vita del paziente; e la sua stabilità riflette la funzione che svolge di mantenere sia una relazione con il contesto, seppure una relazione qualunque, sia un equilibrio interno all'individuo medesimo. Il sintomo mostra un certo grado di stabilità perché si stringe con una certa, anche se a volte approssimativa, coerenza, “si avvolge” attorno ad alcuni “fili” che tessono la storia del paziente, a certe immagini che il soggetto si attribuisce ed alla progettualità in cui è inserita l'esistenza di chi “ne soffre”. La formazione dei sintomi e la logica delle loro trasformazioni è meno un esito di un processo di determinazione e più un'attività di produzione, secondo un postulato che costituisce un piano di convergenza tra le scuole e si offre loro come un comune terreno di riflessione e di confronto.

Su questa base vorrei spendere alcune parole in difesa del movimento che ha inaugurato la prassi della validazione. Non è forse una conseguenza ovvia e diretta di tale movimento – ma forse solo di un clima generale che, tuttavia, la validazione mantiene aperto –, ma un incontro come quello odierno, dove più scuole sono rappresentate da chi siede ad uno stesso tavolo e si confrontano, pochi anni fa sarebbe stato prima che improponibile, impensabile.

Oggi avviene, e dimostra che “qualcosa è cambiato” o è in corso di “cambiamento”.

Certo, ad una svolta del genere, che ha carattere epocale, giocano necessariamente fattori diversi, come la formazione di un ordine professionale, ad esempio, che, nel certificare nella partecipazione ai propri elenchi ruoli e funzioni psicoterapici, rende l'affiliazione alle scuole di formazione non più necessaria, certamente meno indispensabile e l'adesione alla scuola degli psicoterapeuti ed al suo impianto teorico “ortodosso” più libera e indipendente.

Allo stesso tempo gli interessi al tema della validazione pongono in evidenza il terreno comune da cui traggono alimento le varie scuole, per cui ogni scuola, se non si lascia assorbire dal “far quadrato” attorno alla teoria di riferimento, dal rivaleggiare con le altre e dal dimostrare su di esse la propria supremazia, si rende conto, per così dire, che “tutto il mondo è paese”.

Tuttavia, perché la verifica dell'efficacia degli interventi di psicoterapia risulti, a sua volta, efficace, ha da essere pertinente: deve misurarsi con gli obiettivi che in concreto ogni singola scuola ricerca e tener conto del linguaggio che adopera per definire i propri obiettivi e le procedure per conseguirli. Nell'avanzare la proposta trovo più di una corrispondenza con alcuni approdi cui si è fatto cenno nella mattinata: ovvero con la necessità di ancorare la ricerca ai processi che entrano in giuoco nel produrre un cambiamento, meno importando se essi siano tra quelli *specificati* con cura in sede di teoria della tecnica delle singole scuole – e per questo definiti “specifici” – o risultino, invece, rispetto ai primi, “aspecifici”, cioè, non specificati teoricamente; più importante è una chiarificazione delle tecniche adoperate e dei processi che si intende attivare: non a caso si è parlato di precisare ed individuare gli specifici “pacchetti di tecniche”.

Ma a questo proposito credo non si possa scordare come, nel valutare la specificità delle scuole sulla base delle tecniche adottate, va evitato con cura – e l'idea di “pacchetto di tecniche”, con quel che di meccanico e di strumentale evoca, è una terminologia che può mettere fuori strada – di considerare le tecniche in maniera erronea: le tecniche cui si fa riferimento sono tecniche espressivo-comunicative. Non sono tecniche manuali, cioè, che è facile descrivere, e di cui è facile osservare gli effetti che scaturiscono direttamente da una loro corretta esecuzione. Le tecniche espressivo-comunicative sono di un altro ordine, e la loro “messa in atto” presuppone una “scena” e un “coattore” o “coprotagonista”. Di queste tecniche non si dà un'esecuzione corretta ed una sola: così come per coloro che lavorassero il legno si può prescrivere, a seconda del lavoro da compiere e della manipolazione del materiale usato, quando e come si usa la sgorbia, quando e come la pialla.

L'efficacia delle tecniche espressivo-comunicative è funzione dell'uso personalizzato che se ne fa e che consente loro di esprimersi a pieno: ed a “pieno si esprimono”, confermando la loro natura espressivo comunicativa, se adeguate al soggetto che le adotta – e nel loro uso si esprime –, se adatte all'interlocutore, in modo da permettergli la migliore comprensione, se “conformi” all'uno e all'altro, consentendo loro la migliore comunicazione la quale, nel farsi “felice” – nell'adozione del termine caro a Lai –, certifica l'esistenza di una significativa modalità relazionale.

Per meglio esprimere l'idea che intende “raccolgere” la specificità delle tecniche, faccio un riferimento alla situazione presente: nel vasto, stupendo salone in cui ci troviamo – gettate

all'intorno uno sguardo – vedete addossate alle pareti numerose statue. Per il loro risalimento ad un periodo sufficientemente unitario si può dire che sono ricavate da comuni tecniche e secondo uno stile – secondo determinati modelli – che possono essere attribuiti, grosso modo, ad uno stesso orizzonte culturale. Potremmo parlare di loro come di prodotti di un medesimo “pacchetto di tecniche”: pure, a ben guardare, osserverete che almeno due delle statue si staccano prepotentemente da ogni altra – forse queste statue sono tre, non due –, ma basta riconoscerne una sola per comprendere le ragioni per cui le ho portate ad un esempio: non do altri suggerimenti, perché – sono sicuro – la maggioranza dei presenti si farà in proposito la propria ipotesi, nella quale troverà conferma della mia: che almeno un autore – ma in realtà gli autori interessati (questo ve lo confido) sono due –, adottando tecniche simili a quelle di altri, dà dimostrazione d'una capacità espressiva e comunicativa incomparabile a quelle “trattenute” nel prodotto altrui.

Da fenomeni del genere nessuna validazione, che voglia “centrare” la specificità psicoterapeutica, credo possa prescindere.

*A chiusura del Convegno.*

Mi viene affidato l'onere inatteso – ammetto, gratificante – di dire due parole a “chiusura” del Convegno. Non assumo il compito nella presunzione di “giungere” ad alcuna conclusione, ma nel solo intento di ripercorrere le tematiche più significative tra quelle emerse e di riflettervi un attimo su, a partire da alcuni personali quanto improvvisati commenti.

Un primo commento riguarda la programmazione e l'impianto del Convegno che ha avuto il merito d'aver messo a “fuoco lento” quanto “bolliva in pentola”, informando in precedenza i colleghi partecipanti di ciò che sarebbe stato al centro del dibattito ed invitandoli ad affrontare quattro temi problematici: (1) le controversie circa il valore della meta-analisi di Luborsky, (2) le riflessioni sul modello “basato sull'evidenza” ed il significato e l'uso della manualizzazione delle terapie, (3) le indagini sopra il peso dei cosiddetti fattori specifici o aspecifici di cambiamento e, infine, (4) le considerazioni alle quali sollecita la risultante equivalenza dei risultati dei vari trattamenti, ovvero il cosiddetto “verdetto di Dodo”.

Dal primo commento discende quasi logicamente un secondo che ha un duplice aspetto. Il primo è che i vari contributi sono stati contrassegnati da tali elementi di diversità da sopportare a fatica le comparazioni, differenti risultando sia i punti di partenza teorici – dai quali hanno tratto ispirazione coloro che sono intervenuti –, sia le tecniche di intervento, sia i criteri di verifica adottati. Pur riuniti sotto il

giustificato termine di *validazione*, i progetti di verifica dei risultati non sono assimilabili – per intenzioni e tagli epistemologici – ai sistemi di validazione dei processi, in comune avendo solo la condivisa finalità di offrire continue occasioni di riflessione circa il funzionamento, l'efficienza e l'efficacia delle psicoterapie. E, se consideriamo importante che su queste differenze si faccia chiarezza – né vedo come possa essere altrimenti –, stimo che il Convegno abbia conseguito un primo obiettivo: ogni autore – questo il secondo aspetto positivo del Convegno – ha avuto tempo e modo di esprimersi pienamente e di confrontarsi in maniera aperta e civile con ogni altro interprete dei temi o dei problemi sul tappeto, per cui le differenze sono state, nella maggioranza dei casi, esplicitate e “spiegate”: ognuna sia nelle “ragioni” d'essere, sia nella storia del suo “darsi” strada facendo.

Un altro commento mi si impone – il terzo –, che è il seguente: Il Convegno intendeva partire da due esperienze. Da un lato, dall'accorgimento con cui Luborsky ha schematizzato la relazione transferale – il noto CCRT (il *Core Conflictual Relationship Theme*) –, al quale gli interventi non hanno fatto alcun riferimento, se non per l'approdo al giudizio di equivalenza dei vari trattamenti sancito nel *verdetto di Dodo*; dall'altro, da quello che Cesario ha presentato nei termini – sono parole sue – d'una “propagazione del movimento Est”, di cui si è detto, se così posso dire, tutto il male possibile, dimostrando le idee pregiudiziali dalle quali il movimento ha preso avvio:

1) mossi da un “pragmatismo efficientista”, per cui ogni intervento è tanto più efficiente se efficace in tempi più brevi, si è consolidata l'idea che i risultati d'una psicoterapia potessero essere convalidati dopo interventi di breve durata. Simile convinzione denuncia l'adesione in maniera più o meno esplicita ad una teoria per la quale i processi psicologici sono realtà malleabili e maneggevoli – secondo una concezione che non trova conferma in alcuna “presa in carico” dei disagi psichici, che si caratterizzano per la loro stabilità e persistenza –, e si lasciano facilmente “manipolare” indipendentemente da chi ne porta la responsabilità;

2) il fatto che i pazienti, su cui si intende fare la verifica, siano scelti e distribuiti in base all'accertamento della presenza o meno di un sintomo/disturbo presume l'identità di questo ultimo con il quadro clinico, secondo una sovrapposizione che esclude sia la possibilità di situazioni di fatto che rientrano nella nozione di “comorbidità” – condizione che appare sempre più frequente (Migone e Cigoli) –, sia due ipotesi patogenetiche che trovano quotidiano riscontro nella

clinica: l'ipotesi che sintomi diversi abbiamo a loro fondamento una condizione comune e che ogni quadro clinico si innesta di regola sopra "disposizioni" subcliniche (Migone e Fava);

3) l'idea che i pazienti esibiscano sintomi facilmente identificabili dà per scontato, in via pregiudiziale, che i pazienti che entrano in psicoterapia siano tanto capaci di riferire fin dall'inizio quale sia il loro problema, quanto disponibili a comunicarlo; al contrario, il problema responsabile del disturbo lo si comprende spesso solo a trattamento iniziato (Migone) e dopo un esitante, faticoso dialogo speso ad una "ricerca di senso" (Cigoli);

4) ritenere possibile nei pazienti un loro cambiamento in tempi brevi implica che il movimento Est, da un lato, afferma l'ipotesi che si possa "lavorare" sui singoli problemi e "trattarli" prescindendo dalla personalità e dal "contesto di vita" di chi li presenta e, dall'altro, nega l'ipotesi contraria che i disturbi siano in connessione con la personalità dei pazienti;

5) la preparazione di elenchi di tecniche efficaci nella terapia di specifici disturbi, l'allestimento di appositi manuali e l'addestramento del terapeuta ad essi – tutta questa *manualizzazione*, com'è stata definita – predispone lo psicoterapeuta ad assumere un atteggiamento rigido e stereotipato.

Ma nell'approfondire le ragioni delle osservazioni critiche avanzate è stato fatto notare come le "disposizioni" EST non siano affatto "neutrali", dal momento che rispecchiano i soli assunti della terapia cognitivo-comportamentale (Migone), sposano un sottofondo ideologico (Fava) e condividono un determinato taglio epistemologico (Cigoli).

Questo ultimo ha criticato gli assunti di Chambless e di Ollendick i quali, dopo aver proposto la sostituzione del termine "problema" a quello di "sintomo" – il secondo sarebbe solo la versione in chiave psicodinamica del primo –, stabiliscono l'equipollenza tra "problema" e "disturbo", secondo l'accezione del DSM IV. Ha buona ragione il Cigoli a ricordare che, anche in funzione della nuova prospettiva concettuale di malattia, da cui l'Organizzazione Mondiale della Salute trae ispirazione, il DSM IV parla di disturbi presentandoli nella veste obbligata di "disturbi organizzati in quadri descrittivi", cioè, entro un insieme articolato e sufficientemente unitario di "dati" – il cui rilevamento ha significato anche di criterio diagnostico –, alcuni dei quali sembrano condividere lo statuto dei vecchi "sintomi", altri di condotte complesse che non sono pensabili senza un riferimento ad una struttura altrettanto complessa che pare riferirsi ai classici "tratti di personalità", ed altri

ancora la fisionomia di condotte ancora più generali, da considerarsi risposte dell'individuo allo stato di malessere e di disadattamento. Impossibile – profondamente erroneo – sarebbe, quindi, confondere “disturbo” con “problema”, termini che hanno ognuno uno statuto specifico ed irriducibile.

Questa osservazione mi richiede un quarto commento a caldo – dunque con ampi margini di errore e di fraintendimenti, anche del pensiero di Cigoli stesso –, da cui non posso esimermi, anche perché lo considero un'avvertenza preziosa per i numerosi presenti, sia nella veste di operatori della salute che di ricercatori della validazione. Quanto spesso, purtroppo, adoperiamo come sinonimi termini come “sintomi”, “problemi”, “disturbi”!

Il termine “sintomo” ha uno statuto secondo il quale a ciò che viene chiamato sintomo si riconosce il significato di “segno”: di qualcosa, cioè, che sta per qualcosa di altro, anche se ciò che porta con sé la funzione segnica ha la valenza concreta d'un “fatto, di un fenomeno biologico o psichico. La tosse è un fatto, che si descrive tanto nella fenomenologia quanto nei suoi processi genetici. Essa, tuttavia, è un sintomo, ci dice la semeiotica medica, suggerendo di distinguere la tosse secca e insistente, che si sostiene sopra un'irritazione delle prime vie respiratorie, da quella secca e stizzosa di certe malattie cardiache e, infine, dalla tosse, che, come si dice, si “fa grassa” e s'accompagna ad un espettorato che rimanda ad un processo infiammatorio delle principali strutture dell'apparato respiratorio, come nel caso di bronchiti o broncopolmoniti. Ognuna “tosse” descritta appartiene ad una quadro clinico differente, del quale è “specifico sintomo”– che non è facile al primo “ascolto” differenziare – e nessuna di queste “tossi” è confondibile con la tosse secca e bizzarra che Freud riconobbe nel famoso caso di Dora, che accade a chi ne soffre in assenza di alcun riscontro organico, ma in presenza di un processo di identificazione con figure significative del contesto socio familiare, “impastato” da un “legame di tipo edipico” che dell'identificazione costituisce, per così dire, il “collante” e nell'identificazione “si riflette”. Perché un fenomeno naturale assuma il significato di sintomo, si deve presupporre l'esistenza di un altro piano di realtà, diverso da quello “occupato” dal sintomo, rispetto al quale esso manifesta la qualità di “segno”. Considerare qualcosa come sintomo ammette il riconoscimento di più piani di realtà e chiama in causa un'attività di decodifica.

Un simile ragionamento non ha nulla a che fare con il termine “problema” che esprime, invece, un genere di intervento discorsivo che riesce a rappresentarsi un dato fenomeno nei termini di un

“quadro problematico”, che si compone di “dati” – di qualcosa individuato come “elemento” del problema –, organizzati in uno schema “impersonale”: è una determinata organizzazione di “dati entro uno schema” a fare “problema”, a rappresentare schematicamente una realtà “difficile” in modo da essere, per definizione, restituita in forma di “problema” che possa essere risolto. Postulare qualcosa come problema richiede un atteggiamento atto a problematizzare gli ostacoli che abbiamo di fronte ed un’attività di sintesi, di elaborazione e di soluzione delle difficoltà “problematizzate”.

Se si parla di “disturbi”, invece, è necessario chiamare in causa un soggetto, un “portatore” – come di dice dei “portatori di handicap” – che avverte la presenza di un insieme di elementi – quelli riuniti nei quadri descrittivi del DSM – come un carico che si porta dietro o come un “disturbo”, appunto, inteso sia soggettivamente, in termini d’un peso e d’una sofferenza, sia oggettivamente come “disabilità”: nel senso delle indicazioni dell’OMS, cioè, in quello di una riduzione della capacità a svolgere le normali ed abituali prestazioni che organizzano la vita quotidiana (per non parlare del termine “disagio” – che alcuni usano in avversione al significato medicalizzato dell’espressione “malattia mentale” –, con il quale si vuole indicare l’esistenza di un “male di vivere”, ovvero di un “disagio” che va ben oltre i singoli individui e che, in certe situazioni – per sovrapposizioni di contesti di vita complicati e contraddittori o per la partecipazione ad un contesto conflittuale –, finisce per esprimersi solo in una “forma personalizzata”).

In proposito, ritengo la clinica una buona maestra

Un paziente può andare dal medico perché lo guarisca di un fastidioso mal di testa, sopraggiunto negli ultimi due mesi, oppure, altro esempio, per un dolore all’anca: supponiamo che le due circostanze si presentino in pazienti diversi – uno con il mal di testa, l’altro con il dolore all’anca –, i quali chiedono entrambi la consulenza di uno stesso sanitario. Il medico che si dispone a guarire l’uno e l’altro, fatti gli accertamenti del caso e in base ai risultati, finisce per curare i due pazienti, il primo per un artrosi cerebrale (causa del mal di testa accusato) e il secondo, per sua sfortuna, per una metastasi ossea addensata nell’osso femorale (che gli fa dolore l’anca), successiva ad un tumore polmonare pregresso ed asintomatico. Sono due casi che mi preme sottoporre all’attenzione ed alle considerazioni degli operatori della salute: casi nei quali è evidente la distanza che passa non tanto tra i due sintomi “accusati” – che, nella comune sensazione di dolore, sono affini – quanto tra ognuno di essi

e il quadro clinico che li sostiene. L'affinità dei sintomi è vanificata dalla profonda radicale differenza dei quadri clinici. In nessuno dei due casi i pazienti, che pure avvertono chiaramente il dolore, hanno la minima coscienza di ciò di cui ognuno soffre, ed allo stesso medico la diagnosi si fa chiara solo dopo lunghi, a volte sofisticati, "accertamenti". In casi del genere – che sono la regola e non "eccezioni" che la confermano – che senso avrebbe valutare l'efficacia dell'intervento medico se lo identificassimo negli effetti di una terapia solo antidolorifica, circoscritta al "sintomo doloroso" accusato da entrambi i pazienti?

Un'eccessiva semplificazione dell'intervento psicoterapeutico centrato esclusivamente sul sintomo potrebbe porci nella condizione contraria a quella che ogni buon medico evita. Se in qualche aspetto la ricerca in psicologia deve fare uno scarto rispetto a quella di una medicina dell'evidenza – se qualcosa distingue l'intervento psicologico da quello medico – lo "scarto" ha da prendere forma e giustificarsi nella maggiore complessità dell'universo psichico il quale, per sua natura, per le finalità di adattamento della vita di relazione, gode della massima mobilità, flessibilità ed adattabilità. Se vogliamo rispettare la specificità dello "psichico" – l'avvertenza è diretta a chi fa ricerca nel campo della validazione dei processi e dei risultati –, dobbiamo prendere le distanze dalla ricerca di una medicina basata sulla evidenza, secondo due accorgimenti: il primo accorgimento sta nell'evitare che la ricerca si arresti alla soglia dei singoli "sintomi" e si basi sopra una loro possibile "remissione"; il secondo accorgimento sta nel non allinearsi al metodo con cui un primario medico intende verificare l'efficacia della somministrazione di un farmaco. Il primario somministra la "medicina" – giuoco sulla parola "medicina" e sul suo doppio significato di "disciplina medica" e di "farmaco" – nella convinzione o nel dubbio che questo farmaco, una volta dal medico prescritto e dal paziente assunto, agisca – come ad esempio un antalgico o un antibiotico –, volenti o nolenti, sia il paziente che il medico. Simile atteggiamento non può essere condiviso da chi ricerca gli effetti di un intervento psicologico, di qualunque natura o genere esso sia: di psicologia del lavoro, della salute e, a maggior ragione, d'ordine clinico. Non è consigliabile "bloccare" l'indagine sull'efficacia della terapia alle sole funzioni delle tecniche adottate, quasi la tecnica terapeutica corrispondesse alla somministrazione di qualcosa che ha in sé possibilità benefiche ed agisce in sé e di per sé. La teoria di riferimento e la tecnica adottata non sono "puri strumenti", "farmaci" che si somministrano al paziente. Se, come un tempo fu definita, la psicoterapia è "terapia della

parola”, gli effetti che può ottenere non possono che ritrovarsi nello scambio “conversazionale”: sia negli “effetti pragmatici” sull’interlocutore e sulla relazione con lui intrattenuta, sia nei suoi “aspetti locutori”, ovvero per i significati che le parole “scambiate” consegnano agli interlocutori sia di ciò che accade, sia di ciò che si racconta nella relazione.

A questo punto si impone una constatazione relativa al titolo inequivocabile del Convegno: *Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie* il quale, in maniera altrettanto inequivocabile, esprimeva le attese degli organizzatori che gli intervenuti si esprimessero circa l’esistenza o meno di una svolta. Dobbiamo constatare che nessuno tra coloro che hanno preso parola ha mai adottato la parola “svolta”.

Come si spiega che nessuno ne abbia parlato? Perché non si è d’accordo sul fatto che ci sia stata una svolta, oppure perché la svolta è già in atto, per cui sarebbe superfluo parlarne?

Vivendo a contatto di gomito con Cesario e conoscendo il suo lavoro di ricerca credo che la svolta in cui crede gli si imponga, per esser arrivato lungo due strade di analisi ad alcune conclusioni. Percorrendo la prima strada è stato dimostrato come lo stratagemma per monitorare il *transfert* – il noto CCRT–, messo a punto da Luborsky per la verifica della psicoanalisi, verifica anche le terapie sistemiche che non prevedono il *transfert*, né tra i loro processi specifici, né tra quelli aspecifici; lungo la seconda strada, il “movimento EST”, che si era mosso nella direzione di ritenere necessari pacchetti di tecniche fissi, identici a se medesimi sempre – e, sempre in correlazione a predeterminati disturbi –, finisce con l’utilizzare costellazioni “mobili” di tecniche. Al termine del duplice percorso ciò che è messo in discussione è la distinzione tra fattori “specifici” dell’intervento psicoterapeutico e fattori “aspecifici”. I processi specifici, come lo è il *transfert* per la psicoanalisi, infatti, quando se ne studi il *modus operandi*, “divengono aspecifici”, nel duplice senso che né appartengono ad una costellazione fissa di tecniche, né sono adoperati da psicoterapeuti di un solo indirizzo, ma anche da colleghi che hanno ricevuto formazioni psicoterapeutiche diverse. All’opposto, fattori “aspecifici” o “comuni”, studiati nel loro *modus operandi*, “diventano specifici”. In sintesi, gli uni e gli altri – specifici o aspecifici – in realtà partecipano ed intervengono solo all’interno di “costellazioni mobili”.

La risposta alla domanda, allora: “Come mai nessuno altro degli intervenuti nomina la “svolta”? non risulta facile, dal momento che in ognuno degli interventi si riscontrano, rispetto alle prime ricerche

sulla validazione, numerosi elementi di continuità e non meno numerosi elementi di discontinuità; e per una continuità depone il fatto che nessuno degli intervenuti ha dichiarato finita l'epoca delle validazioni in psicoterapia, mentre tutti hanno speso parole per sollecitare il proseguimento dell'esperienza, pur suggerendo questa innovazione o quella correzione di "rotta". D'altra parte, numerosi sono stati gli inviti alla discontinuità: sia rispetto alla divisione tra la ricerca sull'efficacia della psicoterapia e le indagini sopra i processi che qualificano una relazione come terapeutica, sia rispetto alla distinzione tra fattori specifici, cioè, specificati in sede di teoria della tecnica dai singoli indirizzi terapeutici, e fattori aspecifici, cosiddetti perché non prospettati in teoria o indicati in essa come fattori di secondo livello rispetto a ciò che è ritenuto interpretare la specificità dell'intervento psicoterapico.

Così della prima saldatura – di una ricerca che, senza perdere la finalità di una verifica di efficacia, non trascuri i processi intervenienti, compresi quelli che riguardano le personalità sia del paziente che del terapeuta – si è fatto interprete Sirigatti che intravede buone possibilità nel filone iniziato da Stevenson e proseguito nelle elaborazioni successive della metodologia Q set, messa a punto da Block, ed ha utilizzato lo "Psychoterapy Process Q-sort" di Jones.

Ma ancora più evidenti le correzioni indicate da Fava il quale, dopo aver invitato a proseguire per la strada intrapresa, ma con due avvertenze imprescindibili – l'attenzione rivolta sia al costituirsi dell'alleanza terapeutica, definito uno dei fattori di esito più importanti, sia alla disponibilità ed alla mobilità del fattore terapeutico rappresentato dallo stesso terapeuta –, ha proposto non solo la sostituzione dell'interrogazione che ha aperto il campo di ricerca – "Sono o non sono efficaci le psicoterapie?" – con altre domande del tipo "Che cosa rende efficaci le terapie o produce dei cambiamenti?" –, ma anche l'introduzione di un nuovo interrogativo, che sposta ulteriormente la problematica: "Quale è la competenza a curare?"

La nuova domanda dirige l'attenzione del ricercatore, infatti, meno sopra i "pacchetti di tecniche" – e la loro connessione con la teoria – e molto di più su una "competenza a curare", alla cui costituzione partecipa più di quanto non facciano le tecniche o le teorie, la loro compenetrazione "situata" ed "articolata" nel "corpo" dell'azione terapeutica esercitata dal singolo operatore, grazie ad una "pratica" che trova il proprio epicentro nella relazione tra paziente e psicoterapeuta.

Slitta sullo sfondo l'idea di esito della psicoterapia ed affiora al suo posto quella di obiettivi di processo (*process aims*), che, se vincolati alla specificità del trattamento in esame ed al profilo del paziente – quadro clinico o personalità di questo –, non possono, tuttavia, né prescindere dalle modalità di relazione che uniscono chi partecipa al processo, né essere non correlati alla qualità del terapeuta.

È una posizione che trova un'esaltazione nel contributo di Cigoli, quando questo autore invita a vedere l'oggetto di ogni verifica – sia di efficacia e di efficienza – non nel paziente e nelle sue modificazioni – ed ancora meno nella scomparsa o nella persistenza dei soli sintomi o “problemi” che esso porta con sé in terapia –, ma nella relazione terapeutica medesima.

L'oggetto del lavoro terapeutico è la relazione, descritta quale “legame specifico” – che non si dà prima dell'incontro e che si mette a punto nella relazione stessa –, il quale appartiene ad una vicenda storica specifica, destinato, così come casualmente è nato, prima o poi a terminare, a “sciogliersi”, lasciandosi alle spalle, per ogni sua fase, tracce tanto positive che negative.

Eppure anche in questa posizione radicale non tutto è nuovo: seguendo i lavori di Lai – ed il suo odierno intervento –, se non ci facciamo distrarre dai significativi contributi recenti circa i criteri di verifica dei cambiamenti in corso, individuati nella variazione sia di forme grammaticali e lessicali, sia di forme logiche e modali, non possiamo scordare che l'intero campo di ricerca della *Accademia delle Tecniche Conversazionali* che da anni segue, non abbandona mai il presupposto di indagare la conversazione: ovvero una realtà che non prescinde per definizione dalla presenza più e meno attiva di due interlocutori che parlano, conversano tra loro, in cui è evidente la figura connessa allo stesso etimo, di un'attività comune (“con”) in cui ognuno porta (“versa”) del suo.

Caso mai si può dire che nel contributo di Cigoli il carattere di “svolta” lo si può rintracciare nell'indirizzo che cerca di imprimere alla ricerca tramite queste due idee:

- a. che la relazione con il paziente, la quale costituisce l'oggetto privilegiato sia dell'intervento “curativo”, sia della ricerca sulla psicoterapia, si rappresenta come una condizione “situata”, per cui non si può trascurare né il rapporto cliente-contesto, né il rapporto curante e contesto; allo stesso tempo, quando si parla di cambiamento bisogna vederne il “luogo” – l'oggetto della trasformazione – non nel paziente, ma nella relazione che abbiamo con esso stabilito, registrando la stessa trasformazione,

anche se non insensibile a “fattori esterni”, quale possibilità insita nello scambio che è in corso di realizzazione.

- b. infine, se vogliamo porre in comparazione interventi terapeutici di scuole diverse, dovremmo ritenere parimenti significativi i contesti teorici, parificati nell’idea di orizzonti ermeneutici indispensabili o ad interpretare vicende e intrecci relazionali, o a narrare delle une e degli altri delle storie o a problematizzarne le difficoltà, e concentrarsi su ciò che è specifico di ogni intervento terapeutico e comune a tutti gli interventi. Salgono in primo piano proprio quelli che un tempo venivano definiti fattori aspecifici, in quanto “specifici della relazione terapeutica”: Dopo che si è assunto ad “oggetto” di indagine ogni singola “fase cruciale” dell’incontro clinico, ciò che acquista valenza di “specifico” sono l’inizio della relazione terapeutica, la costruzione dell’alleanza di lavoro, la focalizzazione dei problemi e la formulazione degli obiettivi, la definizione ed il superamento delle situazioni di “crisi” – che sempre attraversano ogni relazione interpersonale –, le modalità di chiusura dell’incontro.

Non nascondo le perplessità che in me nascono dal dubbio d’aver nei commenti equivocato o almeno “forzato” il pensiero di chi mi ha preceduto; è di consolazione l’idea che, se ho corso il rischio, i miei “errori” sarebbero imperdonabili solo se avessi voluto “dettare” al Convegno delle conclusioni definitive. Minore è il rischio, invece – e del tutto giustificabili gli eventuali errori –, se, come è stata dichiarato fin dall’inizio, l’intenzione è quella di portare ad estreme conseguenze alcune riflessioni con lo scopo di sollevare ulteriori dubbi e sottolineare i problemi che restano da dibattere e da indagare, nella convinzione che non si possa far di meglio nel chiudere questa giornata di lavori che creare le premesse per un rinnovato incontro: perché un Convegno come questo merita di essere ripetuto tra tre o quattro anni.