

LA DIMENSIONE RELAZIONALE DEL CAMBIAMENTO COGNITIVO

***UNA RICERCA EMPIRICA SULLA VALUTAZIONE
DELLA VALIDITA' INTERNA IN PSICOANALISI***

Riccardo Capozzi*

*Ai miei cari pazienti e compagni di viaggio
sentiti ringraziamenti per avermi dato la
possibilità di realizzare questa ricerca.*

*A voi, inoltre, esprimo la mia
personale e profonda riconoscenza per
l'esperienza umana e professionale
che mi avete consentito di fare.*

Premessa

Questa ricerca si basa sull'esperienza e sulla casistica di un singolo psicoterapeuta, maturata in venti anni di attività clinica e svolta in un ambito privato con pazienti "laici", in quanto non appartenenti al mondo degli addetti ai lavori della psicologia.

Al di là dei risultati conseguiti è doveroso sottolineare come questa ricerca sia una delle poche nate in un contesto privato dove, si ritiene, possano emergere dati clinici più affidabili in quanto frutto di una costante e duratura esperienza psicoterapeutica.

Infine questo lavoro è sicuramente uno dei pochi effettuati in Italia in ambito analitico essendo questo tradizionalmente resistente ad ogni prospettiva di quantificazione e di valutazione della psicoanalisi.

* *Psicologo, Psicoterapeuta e Metodologo delle scienze sociali.*

INDICE

Premessa.....	1
1 Un modello tridimensionale di ricerca.....	3
2 I concetti di validità interna ed esterna.....	8
3 Ipotesi.....	11
4 Metodo: un approccio relazionale.....	12
5 Soggetti.....	15
6 Materiale.....	17
7 Analisi dei dati.....	21
8 Risultati.....	26
9 Indici per la valutazione della validità interna.....	42
10 Discussione dei risultati.....	50
11 Conclusioni.....	62
Bibliografia.....	63

1. Un modello tridimensionale di ricerca: qualitativo-quantitativo, individuale-relazionale e longitudinale-verticale

Affrontare il tema di una valutazione empirica dei risultati della psicoterapia psicoanalitica è un compito molto difficile innanzitutto per i tempi che le terapie richiedono per il loro completamento e poi anche per la complessità dei processi che vengono posti in essere nel rapporto fra terapeuta e paziente. Non può essere questa la sede per ripercorrere la vasta letteratura internazionale riguardo la verifica empirica dei risultati delle psicoterapie. Una certa documentazione delle ricerche considerate è disponibile nella bibliografia allegata alla presente lavoro. Quello che qui ci preme sottolineare sono i principali punti problematici che si incontrano nell'affrontare la difficile impresa di valutazione dei risultati di una terapia, cercando di correlarli con il tipo di processo di cambiamento che l'esperienza psicoterapeutica ha messo in movimento sia nel rapporto terapeuta-paziente che nella personalità e nella vita relazionale del paziente stesso. Partiamo realisticamente dall'assunto che non sia possibile riprodurre in modo obiettivo quanto accade fra due persone nella relazione terapeutica nel corso di vari anni e nello svilupparsi di complesse dinamiche psicologiche sia emotive che cognitive. Questo limite di tipo realistico non deve però farci abbandonare l'intento legittimo di poter mostrare in modo empirico e verificabile da altri soggetti, che non hanno preso parte all'esperienza analitica, la portata del possibile cambiamento ed i correlati progressi anche sul piano dei sintomatologici.

Per le ragioni esposte studiare il processo psicoterapeutico non può essere fatto utilizzando gli strumenti classici della psicologia sperimentale e, tantomeno, l'ambiente asettico e neutro che la contraddistingue. Nella terapia siamo di fronte a fenomeni molto complessi che non siamo in grado di isolare nelle singole dimensioni, facendole poi variare una per volta, come nel modello classico di esperimento controllato. Diversamente siamo in presenza di fenomeni molarli con un elevato numero di interazioni fra variabili individuali e relazionali. È necessaria quindi una visione di tipo ecologico¹ che rispetti la particolarità del setting e non ne condizioni artificialmente il suo svolgimento. Per questo è necessario rinunciare all'idea che il terapeuta possa essere un osservatore neutro di quanto accade altrimenti, se così fosse, non accadrebbe proprio nulla di

¹ Anderson T., Strupp H. H. (1996), The ecology of psychotherapy research, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 64, pp. 776-82.

terapeutico in quanto non verrebbero ad attivarsi le dinamiche interpersonali essenziali allo stabilirsi di ogni relazione umana significativa. Perciò il processo terapeutico non deve essere frammentato in singole parti, da studiare poi isolatamente da tutto il percorso effettuato. Questo è un punto fondamentale da sottolineare poiché la gran parte delle ricerche sulla verifica della psicoterapia hanno preso spunto da un numero limitato di sedute o, addirittura, da singoli colloqui. Diversamente nella presente ricerca sono state considerate solo e sempre terapie intere valutate seduta per seduta, dall'inizio alla fine della terapia stessa. Il setting costituisce il luogo dove i dati quantitativi e qualitativi si costruiscono in funzione del rapporto terapeuta-ricercatore e paziente, soprattutto quando questo setting non è neutro ma partecipa ed umanamente “realistico”.

Per quanto riguarda gli strumenti di rilevazione e misurazione dei dati clinici non possono consistere solo in test psicometrici o in auto-questionari poiché nel primo caso possono essere applicati solo in un'ottica pre-post che non consente una esplorazione accurata del processo terapeutico nel suo svolgersi nel tempo. Inoltre i questionari autosomministrati o i report del terapeuta sono soggetti a problemi di attendibilità e validità – autoinganno, bias sistematici nelle risposte ecc. – come la letteratura al riguardo ha evidenziato.²

La strada scelta per ovviare in parte ai suddetti problemi è stata quella di analizzare gli appunti clinici del terapeuta solo a terapia conclusa, per essere poi standardizzati ai fini della presente ricerca. In questo modo si è potuto limitare l'effetto dell'errore sistematico di rilevazione in quanto gli appunti sono stati presi solo a fini clinici e per un periodo di vari anni prima di mettere in atto la ricerca e quindi senza poter immaginarne un utilizzo empirico valutativo.

Un secondo obiettivo metodologico che si è conseguito è stato quello di integrare i dati clinici qualitativi con una valutazione quantitativa. Classico esempio dell'approccio qualitativo sono le grounded theories, da vario tempo diffuse anche nella ricerca sociale;³ ad queste si sono aggiunte l'analisi del discorso, l'analisi narrativa, gli orientamenti fenomenologici⁴. L'assunto fondamentale della ricerca qualitativa, considera che il “senso” del fenomeno studiato non va ipotizzato a priori dal ricercatore clinico, per poi

² Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di) (1998), *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.

³ Rennie D. L. (1992), *The client's experience of psychotherapy*, in S. Toukmanian S., Rennie D., (a cura di) *Psychotherapy process research: Paradigmatic and Narrative Approaches*, Sage, Newbury Park.

⁴ Ricolfi L. (1997) (a cura di), *La ricerca qualitativa*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

essere trasposto in strumenti, come nella costruzione di un di un questionario, e quindi per essere verificato in termini statistici, seguendo una logica confermatrice, inevitabilmente asimmetrica poichè il senso è costruito solo dal ricercatore; quando, invece, esso va scoperto nel rapporto con il paziente, utilizzando metodologie che ne permettano il riconoscimento e l'analisi duale.

In questo processo di ricerca terapeuta-ricercatore e soggetti sono insieme attivi costruttori di questa emersione dei significati. Si ritiene, perciò, che solo una logica esplorativa, fenomenologica, co-costruttiva, possa evitare la precostituzione dei risultati auspicabilmente attesi dal ricercatore ed, anzi, consentire il manifestarsi di significati a lui estranei ed appartenenti alla fantasia ed all'ambito esperienziale proprio del paziente. Questa è la dimensione individuale-relazionale del processo terapeutico che deve essere tenuta in primaria considerazione per ottenere una valutazione realistica degli effetti di una psicoterapia analitica che sono il frutto del complesso percorso di co-costruzione degli atti interpretativi nati all'interno del rapporto analista-paziente.

La soggettività del paziente, la sua capacità di "narrazione" non viene così limitata o addirittura inibita di fronte a rigidi schemi precostituiti (gli items dei test, dei questionari). Ripercorrendo i resoconti clinici del terapeuta raccolti negli anni è vero, da un lato che si fa prevalentemente riferimento al racconto di una sola parte della coppia terapeutica; tuttavia, isolando tutti quei frammenti duali del colloquio come le interpretazioni dell'analista e le risposte del paziente si riesce, dopo un faticoso processo di classificazione, ad evidenziare anche le idee, le emozioni e le teorie ingenuie del paziente rispetto agli obiettivi del trattamento che in questo modo trovano spazio e statuto al fine di ricostruire il reale processo di cambiamento terapeutico. Questa è la dimensione longitudinale-verticale in quanto da un lato si ricostruisce storicamente tutto il percorso psicoterapeutico; mentre dall'altro questa ricostruzione avviene considerando in modo puntuale tutte le sedute, attraverso tutti gli hic et nunc che nell'insieme costituiscono la storia clinica della coppia terapeuta-paziente. In questo modo la dimensione longitudinale del racconto si integra con quella verticale dei singoli vissuti e pensieri di ogni seduta.

Così i pazienti passano da "utenti" passivi diventano co-costruttori di quanto accade nel percorso terapeutico tenendo nella dovuta considerazione quanto le persone in terapia immaginano, comprendono e desiderano. La

loro percezione diventa un prezioso dato di ricerca come evidenziato anche in alcune ricerche recenti in Italia.⁵

In numerose ricerche sull'efficacia delle terapie seguendo un approccio di tipo qualitativo sono state prevalentemente utilizzate tecniche anche quantitative, ma con maggiore libertà espressiva per il paziente attraverso interviste aperte e non strutturate, oppure utilizzando il disegno, o il gioco e il role-playing per bambini e adolescenti, o anche storie di vita e diari. Nella maggioranza dei casi, tuttavia, a prescindere dalla tecnica quantitativa o qualitativa utilizzata si sono analizzate prevalentemente solo parti più o meno significative della terapia, raramente tutte le sedute fatte per periodi di tempo medio-lunghi, come invece si è potuto fare nel presente lavoro.

Possiamo ad esempio ricordare la ricerca di Kuhnlein⁶ dove si è verificato come le percezioni dei pazienti rispetto alla terapia e ai suoi effetti siano basate su teorie implicite della personalità delle quali è molto importante rendersi conto in terapia. I pazienti riescono a “narrare” quanto accade durante la terapia, dando un significato di alla psicoterapia ed alla sua influenza sulla loro vita.⁷

Una disamina puntuale della vasta letteratura sulla valutazione delle psicoterapie esula il limite del presente lavoro, si ricordano solo gli importanti contributi di Fonagy, Luborsky, Crits-Christoph, Wallerstein e molti altri a cui si fa riferimento in bibliografia per chi fosse interessato ad un approfondimento del tema. In questo ambito vengono considerati solo alcuni contributi più vicini all'approccio metodologico seguito.

In particolare McLeod e altri autori,⁸ hanno ribadito l'utilità di una integrazione di metodi quantitativi e qualitativi ritenendola la scommessa più significativa della attuale ricerca in psicoterapia. Per citare uno strumento per la valutazione qualitativa della psicoterapia ricordiamo il “Client Change Interview Protocol” di Elliott impiegato per raccogliere dati che utilizzano aspetti descrittivi della soggettività che emerge durante la terapia e si offrono ad interpretazioni di ricostruzione di senso individuale. Un approccio esploratorio ed “ermeneutico” è stato messo a punto da Robert Elliott dell'Università di Toledo (Ohio) integrando dati raccolti con strumenti

⁵ Fava E., Pazzi E., Arduini L., Masserini C., Lammoglia M., Landra S., Pazzaglia P., Carta I. (1998), Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti, in «Ricerca in Psicoterapia», 1, pp. 324-43.

⁶ Kuhnlein I. (1999), Psychotherapy as a process of transformation: the analysis of post therapeutic autobiographical narrations, in «Psychotherapy Research», 9, pp. 274-88.

⁷ McLeod J. (2000), Qualitative research in counselling and psychotherapy, Sage, London.

⁸ Denzin N. K., Lincoln Y. S. (a cura di) (2000), Handbook of qualitative research, 2nd ed., Sage, Thousand Oaks.

standardizzati con dati ricavati da colloqui ed interviste non strutturate o anche da analisi di testi. Elliot cerca di dare al paziente l'opportunità di narrare la storia della sua terapia, riflettendo sui significati e sui risultati attraverso domande, per lo più aperte, tese a favorire una comprensione empatica della propria esperienza terapeutica.

Ritenendo largamente insufficienti i risultati dei “Trials clinici randomizzati”, e di altri metodi esclusivamente quantitativi, al fine di comprendere il cambiamento che avviene in una psicoterapia, Elliott⁹ (1984, 2000) ha proposto un modello di ricerca di tipo esploratorio piuttosto che confermativo, chiamato “Hermeneutic Single Case Efficacy Design”. Il suo fine è rivolto allo studio di singole terapie in setting “naturale”, e all'analisi delle relazioni causali fra terapia e cambiamenti riscontrati nel comportamento del paziente e da lui stesso osservati.

Il modello di ricerca empirica di Elliott prevede misure quantitative sugli esiti, indici di cambiamento individualizzati e con possibilità di essere impiegati più volte nel tempo, un questionario sulla utilità della terapia, ed una intervista qualitativa post-terapia. Il Client Change Interview Protocol può essere usato quindi sia a metà terapia, che al termine di essa, o anche al follow-up (dopo 6 mesi o 18 mesi). In questa intervista si cerca di arrivare ad una interpretazione in qualche modo condivisa della terapia.

L'intervista informale usata nella presente ricerca si ispira al metodo di Elliot ed è stata applicata in modo assai sintetico al termine delle terapie, consentendo di ottenere dati di rilievo clinico sull'efficacia dell'intervento, ed incrementando la possibilità di individuare – analista e paziente insieme – il senso del lavoro terapeutico effettuato.

⁹ Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.

2. I concetti di validità interna ed esterna

Nella ricerca sperimentale vi sono due concetti fondamentali che definiscono l'ambito applicativo di uno studio: la **validità interna** e la **validità esterna**.

- **La validità interna** misura quanto i risultati di una ricerca sono corretti rispetto al campione di individui oggetto di studio. Si dice appunto "interna" poichè si applica alle caratteristiche del particolare gruppo di soggetti studiati, e non può essere estesa direttamente ad altri individui. Negli studi clinici, la validità interna dipende dalla correttezza della metodologia di ricerca adottata, dalla scelta di setting controllati, da una buona elaborazione dei dati, ecc. La validità interna viene indebolita sia dalle variazioni casuali sia da ogni altro elemento di disturbo (*bias*). Si rende perciò necessario adottare un certo controllo della variabili senza il quale i risultati dell'esperimento non sono affidabili. La validità interna ha come fine quello di verificare se esiste un nesso tra la variabile indipendente (VI) e quella dipendente (VD). Si può dire che esiste una validità interna quando la relazione tra queste due variabili è di tipo causale; cioè quando si può mostrare come le variazioni della VI causino quelle della VD avendo controllato le variabili che possono influenzare questo risultato.
- **La validità esterna**: rappresenta il grado di generalizzabilità delle conclusioni raggiunte in uno studio. In altri termini la validità esterna è si occupa di quanto i risultati di uno studio possano applicarsi ad altre persone in condizioni diverse da quelle considerate nella ricerca. Il modo più semplice per valutare la validità esterna consiste nel ripetere la ricerca stessa, modificando sistematicamente una o più variabili dei soggetti e/o dell'esperimento. In questo modo si misura l'attendibilità (reliability) di una ricerca. Questo metodo è, tuttavia, molto costoso ed in genere si cerca di ottenere un buon grado di generalizzabilità selezionando in modo causale un campione di ampiezza tale da poter essere rappresentativo della popolazione a cui si riferisce.

Partendo da questa fondamentale distinzione dei concetti di validità possiamo dire, per analogia, che la **validità interna della psicoanalisi** consiste nella sua capacità di raggiungere gli obiettivi terapeutici previsti ed auspicati dalla propria teoria, tenendo conto di un setting definito e di un determinato campione di persone. In questo senso gli studi empirici si occuperanno di verificare, al di là della riduzione dei

sintomi, se ad esempio esistono differenze tra periodi di terapia di diversa durata o tra vari terapeuti, oppure tra specifici elementi della relazione terapeutica. In sostanza vengono verificate tutte quelle condizioni che sono fondamentali all'interno del modello psicoanalitico ponendole a confronto con situazioni simili ma differenti per tempi o per setting, ma sempre all'interno dell'approccio analitico.

Diversamente la validità esterna di una psicoterapia consiste nel confrontarne gli effetti su una popolazione più estesa di persone o con terapie alternative e sostanzialmente diverse sia sul piano teorico che clinico. Un esempio di ricerche sulla validità esterna sono i “Trials Randomizzati Controllati” (RCTs) dove viene effettuato il confronto fra il gruppo di pazienti in cui l'efficacia del trattamento è valutata (gruppo sperimentale) in rapporto ad un gruppo di pazienti che non ricevono una vera e propria psicoterapia (placebo o gruppo di controllo). Tuttavia negli studi sugli effetti della psicoterapia non esiste un equivalente del placebo utilizzato negli studi farmacologici. I trattamenti psicologici non specifici (presumibilmente simili al placebo) dati ai pazienti nei gruppi di controllo, non sono “neutrali” allo stesso modo di un placebo farmacologico in quanto essi producono imprevedibili effetti psicologici al di là del loro significato clinico.

Inoltre vi è il problema della diagnosi in psicoterapia, dove, generalmente, non siamo in presenza di una valutazione standardizzata ed omogenea per tutti i pazienti come per i soggetti di studi farmacologici. Questo indebolisce la possibilità di confronti corretti fra il gruppo sperimentale e quello di controllo non essendo costituiti da soggetti a parità di condizioni psicopatologiche.

Un'altra difficoltà è costituita dalla randomizzazione dei pazienti nel gruppo sperimentale e di controllo. La randomizzazione dei pazienti negli studi sulla psicoterapia crea notevoli problemi in quanto sono proprio i pazienti a scegliere il tipo di psicoterapia ed il terapeuta. In questo senso un disegno di ricerca doppio-cieco non è propriamente applicabile nella ricerca in psicoterapia dove, da un lato i pazienti non possono essere “ciechi” al tipo di psicoterapia che stanno effettuando in quanto vi partecipano attivamente; dall'altro anche i terapeuti non possono essere “ciechi” poiché devono conoscere molto bene la psicoterapia che propongono al paziente.

Un ulteriore elemento problematico delle procedure RCTs è costituito dall'uso della “standardizzazione delle procedure di trattamento”

in modo tale che tutti i pazienti possano teoricamente ricevere lo stesso tipo di psicoterapia. Ora è di tutta evidenza che oltre ad essere molto difficile una seria standardizzazione della metodologia clinica l'incontro fra un paziente ed un teapeuta riconosce alcune caratteristiche uniche dovute sia alla personalità degli attori, sia alla imprevedibile storia terapeutica che saranno in grado di co-costruire.

Per queste fondamentali ragioni è molto difficile effettuare una ricerca sperimentale tradizionale in ambito psicoterapeutico,¹⁰ in particolare per valutare la validità esterna di un metodo a confronto con altri diversi per presupposti teorici e clinici.

Invece, e solo entro certi limiti, pone meno difficoltà uno studio sulla validità interna poiché in questo caso si tratta di verificare gli effetti di diverse condizioni della stessa metodologia psicoterapeutica. Questo è l'ambito metodologico entro il quale si è effettuata la presente ricerca al fine di offrire un contributo empirico teso ad approfondire alcuni aspetti dello specifico terapeutico della psicoanalisi relazionale.

¹⁰ Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australian Psychiatry*, 11(3), 278-281.

3. Ipotesi

Lo studio prende avvio dalla considerazione che le trasformazioni sperimentate dagli individui nella psicoterapia, agendo su livelli profondi della personalità, necessitano di tempo per potersi manifestare nell'ambito di un rapporto terapeutico, e che solo allora se ne possa cogliere pienamente il loro significato in termini di cambiamento. La presente ricerca intende esplorare il significato del cambiamento nella psicoanalisi ed in particolare si cercherà di valutare quanto gli aspetti relazionali influenzino il cambiamento cognitivo del paziente. Nello specifico si cercherà di verificare le seguenti ipotesi:

1. *La prima ipotesi è che con l'aumentare della durata del rapporto terapeutico possano meglio evidenziarsi il cambiamento cognitivo e relazionale, intesi come capacità appresa dell'individuo di interpretare e di dare significati a se stesso ed alla relazione con l'altro.*

2. *La seconda ipotesi è che il cambiamento cognitivo determini una significativa riduzione dei sintomi a fine terapia.*

3. *La terza ipotesi è che una particolare capacità cognitiva, quella "ri-costruttiva" sia una componente importante del cambiamento e della riduzione dei sintomi a fine terapia.*

4. *La quarta ipotesi è che possa essere individuato un modello teorico esplicativo del rapporto fra il cambiamento cognitivo-relazionale ed i sintomi, in base al quale poter poi costruire indici per la valutazione della validità interna.*

4. Metodo: un approccio relazionale

L'idea di fondo di una metodologia della ricerca relazionale, è quella di un approccio che cerchi il più possibile di porre in rapporto fra loro concetti e metodi che, come abbiamo visto nel capitolo precedente, sono spesso considerati come antitetici. Si è così cercato di superare le contrapposizioni quantitativo-qualitativo, teorico-clinico e processi-esiti, proponendo una metodologia che sul piano empirico consentisse una certa integrazione fra queste dicotomie.

Possiamo quindi spiegare sul piano metodologico quanto verrà poi effettuato ed esposto nel dettaglio della ricerca empirica, per ora interessiamoci alla logica della ricerca che si è delineata attraverso cinque fasi (Tab. 1.):

1. Nella prima fase si è cercato di raggiungere l'obiettivo di studiare i processi di cambiamento che si esprimono in psicoanalisi individuando tre modalità cognitivo-relazionali a partire dalle risposte fornite dai pazienti alle interpretazioni dell'analista;
2. Nella seconda fase si è proceduto a studiare gli esiti in termini di valutazione qualitativa e congiunta paziente-analista dei sintomi presenti all'inizio ed alla fine della terapia;
3. Nella terza fase si è esaminato il rapporto fra processi ed esiti effettuando distinte valutazioni qualitative dei sintomi inizio-fine terapia per ciascuno dei tre tipi di processo di cambiamento cognitivo-relazionale;
4. Nella quarta fase si è delineato un modello teorico bottom-up, dal basso verso l'alto, cioè a partire dai dati empirici per valutare le complesse interazioni fra le variabili dei processi di cambiamento ed i sintomi;
5. Nella quinta ed ultima fase si sono proposti due indici per la valutazione della Validità interna: il primo è un indice quantitativo del Cambiamento Cognitivo-relazionale (ICC), il secondo è un indice della Percezione dei Sintomi (IPS) costruiti a partire dagli indicatori di processo e di esito. Questi indici consentono, all'interno di un percorso terapeutico sia individuale che di coppia o di gruppo, sia breve che lungo, di misurare il cambiamento ottenuto, sia riguardo le modalità cognitivo-relazionali che il livello effettivo e percepito dei sintomi.

Tab. 1. Metodologia di ricerca relazionale.

Fasi	Obiettivi Teorico-Clinici	Metodi Qualitativi-Quantitativi
1 ^a	Studio dei processi di cambiamento	Individuazione di tre modalità Cognitivo-relazionali nelle risposte date dal paziente alle interpretazioni dell'analista
2 ^a	Studio degli esiti	Valutazione qualitativa congiunta analista-paziente dei sintomi di inizio e fine terapia
3 ^a	Studio del rapporto fra processi ed esiti	Valutazione quantitativa dei sintomi a fine terapia in rapporto ai differenti processi
4 ^a	Studio di un modello teorico Bottom-up	Costruzione di un modello di equazioni strutturali con le variabili di processo e di esito
5 ^a	Costruzione di indici per la valutazione della Validità interna	Costruzione dell'Indice di Cambiamento Cognitivo-relazionale (ICC) e dell'Indice di Percezione dei Sintomi (IPS) con indicatori di processo e di esito

Sul piano operativo il metodo di questa ricerca si è articolato all'interno della metodologia relazionale descritta, proponendo un procedimento attento a cogliere il fenomeno del cambiamento nell'ambito di un contesto bi-personale. Si è tentato prima di tutto di individuare un criterio di analisi dei dati clinici che ne consentisse una lettura in senso relazionale. **Si è così pensato di valutare empiricamente il cambiamento cognitivo e relazionale del soggetto in relazione agli interventi del terapeuta.** In particolare si è cercato di definire quegli indicatori che consentissero di mostrare come una persona cambia la modalità di relazione e di pensiero e non le sue convinzioni o valori di riferimento. Quello a cui si è interessati è il cambiamento della modalità cognitiva e relazionale, non quello delle idee, dei contenuti, che sono scelti in modo pienamente autonomo dalla persona.

Fatto questo si è poi proceduto alla identificazione dei soggetti scelti fra quelli che hanno effettuato con me una terapia personale nel

corso dei venti anni della mia attività psicoterapeutica e che oggi non sono più in terapia.

Il controllo utilizzato è un controllo che possiamo definire “interno” dovendo essere valutata appunto la validità interna, e non un controllo “esterno” che si usa nel caso di verifica della validità esterna. In altri termini qui non vi è un gruppo sperimentale, che riceve un trattamento, e un gruppo di controllo a cui viene somministrato un placebo o un trattamento alternativo. Infatti per valutare la validità terapeutica della psicoanalisi, rispetto ai suoi assunti teorici e clinici, non avrebbe senso confrontare chi ha fatto per anni un’analisi con chi, nello stesso lungo periodo, avrebbe svolto una non bene identificabile e controllabile attività “neutra” o terapeuticamente alternativa. Si è quindi proceduto a suddividere i soggetti in tre gruppi in base alla durata della terapia effettuata, questo al fine di porre in evidenza i diversi effetti dell’analisi in funzione del tempo su persone che hanno avuto tutte una simile esperienza terapeutica.

Da ultimo si sono esaminati attentamente tutti i resoconti scritti relativi alle psicoterapie trasformando gli appunti in dati quantitativi standardizzati, statisticamente elaborabili. I sono stati proposti due indici per la valutazione della validità interna.

5. Soggetti

- Il campione

Il campione è costituito da **48 soggetti** di cui 24 maschi e 24 femmine. L'età media è di **40** anni, la residenza prevalente è nella Regione Lazio, la scolarità è in gran parte quella media superiore. Tutti i soggetti sono persone che non hanno mai effettuato precedenti esperienze psicoterapeutiche e, soprattutto, che non afferiscono all'ambito della psicologia, né come studenti, né come psicologi in corso di specializzazione. In questo senso potremmo definire il campione un insieme di soggetti "**laici**" costituito cioè da non addetti ai lavori e per questo motivo più adatto ad offrire dei risultati indipendenti da fattori culturali o da attese professionali.

- Il quadro diagnostico

Possiamo definire questo gruppo di pazienti aventi una problematica prevalentemente di tipo depressivo nel senso psicoanalitico indicato dalla McWilliams¹¹: "Le personalità depressive hanno tratto dalle loro esperienze di perdite non elaborate la convinzione che sia stato qualcosa in loro ad allontanare l'oggetto. Hanno trasformato il sentimento di essere rifiutate nella convinzione inconscia di meritare quel rifiuto, di averlo provocato con le proprie mancanze, e che in futuro saranno inevitabili altri rifiuti se qualcuno arriverà a conoscerle intimamente"(Trad. it., 1999, p. 261). In modo sintetico **la psicopatologia prevalente è riferibile all'ambito dei disturbi dell'umore di tipo depressivo-distimico, con livelli d'ansia di media entità** ed in tutti i soggetti questi disturbi si sono manifestati già da vari anni prima dell'inizio della terapia. Questa è solo una diagnosi di tipo generale dovendosi evidenziare gli elementi che caratterizzano maggiormente il gruppo, in ogni caso sono stati esclusi quei soggetti che avevano un profilo psicopatologico troppo dissimile da quello sopra descritto.

¹¹ McWilliams N., Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process. (1994) The Guilford Press – New York, London. Trad it., 1999, La Diagnosi Psicoanalitica, Struttura della personalità e processo clinico, Astrolabio, Roma

- **Il setting con “riduzione intensiva” del numero/durata delle sedute**

Il setting terapeutico con “riduzione intensiva” del numero/durata delle sedute viene realizzato da un lato con la graduale diminuzione del numero di sedute, e dall’altro con un progressivo aumento della loro durata temporale. Si è così passati da due sedute settimanali da 50’ minuti dei primi 2-3 anni di psicoterapia, ad una seduta settimanale da 50’ dal 4° al 6° anno, per arrivare ad una seduta quindicinale da 75’ dopo il 6° anno, fino ad una mensile da 100’ verso l’ottavo anno. Si è adottato questo setting a “riduzione intensiva” rispetto ad un setting costante per numero e durata delle sedute ritenendo di favorire nei pazienti sia una maggiore autonomia dalla relazione che una più profonda capacità di partecipazione al rapporto terapeutico.

- **Criteri di selezione dei soggetti**

Il primo criterio di selezione dei soggetti è stato di scegliere quelle persone che hanno effettuato apprezzabili periodi di psicoterapia, ovvero, considerando gli estremi, da un minimo di sei mesi fino ad un massimo di nove anni. Questo ha portato a scartare tutte quelle persone che hanno effettuato periodi più brevi o più lunghi di psicoterapia.

Il secondo criterio di selezione è costituito dal fatto che la psicoterapia sia stata effettuata in modo continuo e senza periodi di interruzione superiori ad un mese. Questo ha condotto a scartare quei soggetti che per varie ragioni, pur avendo effettuato periodi medio-lunghi di terapia hanno effettuato consistenti interruzioni del percorso terapeutico.

Il terzo criterio di selezione è rappresentato dalla presenza di appunti che abbiano un contenuto di interpretazioni del terapeuta e di risposte della persona tale da poter essere chiaramente classificabile oltre che numericamente rilevante. Questo ha comportato l’esclusione di tutti quei protocolli clinici che non avevano i necessari requisiti di classificazione.

Il quarto ed ultimo criterio di selezione è stabilito dalla necessità di avere gruppi equivalenti di soggetti per tutte le condizioni previste dal disegno della ricerca. Poiché vi erano solo 16 soggetti (8 maschi e 8 femmine) che hanno effettuato un periodo di terapia-lunga (6-8 anni), questo ha portato alla selezione casuale dello stesso numero di soggetti per il gruppo di terapia-breve (circa due anni), e per il gruppo di soggetti di terapia-media (3-4 anni).

6. Materiale

Il materiale è costituito dai resoconti clinici scritti delle psicoterapie. Da questi appunti sono stati selezionati tutti gli interventi interpretativi del terapeuta rispetto ai quali ne è stata classificata la risposta del paziente che poteva essere stata data subito o anche in successive sedute. Quindi **l'indicatore principale del cambiamento cognitivo e relazionale è costituito dalle risposte del paziente alle interpretazioni dell'analista** nel corso di tutta la terapia. Il principio da cui si parte è che per avere un indicatore quantificabile e che ci possa fornire un'attendibile rappresentazione della relazione sia sul piano affettivo che cognitivo è possibile considerare la combinazione interpretazione-risposta. Questa possibilità ci viene anche suggerita da quanto Stolorow sostiene riguardo le interpretazioni in senso relazionale, ovvero del loro duplice ruolo sia di insight cognitivo che emotivo, e capaci così anche di esprimere: "l'accordo dell'analista con gli stati affettivi e con i desideri evolutivi del paziente".¹² In altri termini osservando come il paziente risponde alle interpretazioni dell'analista possiamo inferire come egli si stia rapportando sul piano relazionale. Infatti se un paziente rifiuta una interpretazione, con indifferenza oppure contestandola e mettendone in dubbio la sua "veridicità" o aderenza rispetto a se stesso questo, oltre ad essere certamente un diritto di reciprocità espressiva, dimostra pure una distanza difensiva sul piano della relazione oltre che sul piano del pensiero. In questo caso siamo di fronte ad una modalità di rapporto analitico che potremmo definire di **relazione-oppositiva**.

Diversamente se un paziente mostra di accogliere una interpretazione in modo favorevole associandovi liberamente proprio materiale a conferma o ad integrazione di quanto detto dall'analista, mostra una vicinanza ed una apertura sul piano della relazione dove l'analista è vissuto come persona di fiducia a cui potersi avvicinare senza ansie e con cui poter stare e pensare insieme. E' questa la modalità della **relazione-collaborativa**.

Infine, per fare un quadro sintetico e tipologico delle possibili modalità relazionali dobbiamo considerare la situazione nella quale il paziente percepisce le interpretazioni dell'analista non solo come aiuti alla comprensione delle proprie dinamiche nel rapporto e nello stile cognitivo, ma le sperimenta come contributi stimolanti, e non anonimi per citare Bion,

¹² Stolorow, RD, Atwood, GE, Brandchaft, B., (1994) trad it., La prospettiva intersoggettiva. Borla, Roma 1996, p. 48-49.

rispetto ai quali potersi muovere liberamente sia nel condividerle, sia nel potersi consentire di proporre integrazioni, modifiche o addirittura interpretazioni personali alternative, aggiuntive, in ogni caso originali, espressive e non conflittuali. Questo comportamento ci segnala in modo evidente come la persona sperimenti la possibilità di essere vicino all'analista sul piano relazionale e del pensiero potendo anche allontanarsi da lui per sperimentare strade nuove, percorsi individuali, senza provare la paura della separazione o dell'abbandono e senza sentire che la propria ricerca "auto-interpretativa" sia un comportamento vietato, punibile con la distanza affettiva o con il dissenso critico dell'analista. In altri termini qui ci troviamo di fronte alla situazione di una modalità relazionale che potremmo definire di **relazione-creativa** dove entrambi i protagonisti della terapia, analista e paziente, costruiscono insieme ed autonomamente nuovi significati e nuove strade interpretative ed esplorative sia della dimensione relazionale della coppia analitica sia delle esperienze affettive ed esistenziali della persona. E' questa la condizione più evoluta di modalità relazionale dove i partecipanti co-costruiscono creativamente il proprio percorso come due musicisti jazz che improvvisano e reciprocamente inventano nuova musica aprendosi senza angosce di avvicinamento od allontanamento ad una esperienza esistenziale affettivamente forte, strutturante e capace di aprire nuove realtà esistenziali oltre che un profondo senso di appartenenza e di riconoscenza.

Le tre modalità relazionali: oppositiva, collaborativa e creativa possiamo immaginarle sia come tre fasi diverse attraverso le quali può evolvere l'analisi nel corso degli anni, sia come momenti diversi che è possibile sperimentare anche all'interno di una singola seduta. Naturalmente quello che ci interessa soprattutto valutare sono i cambiamenti non contingenti del pensiero e della relazione, vale a dire il percorso evolutivo della relazione analitica per poter parlare in termini propri e fondati di cambiamento sia sul piano relazionale che cognitivo.

*Questo cambiamento descritto in tre fasi intende rappresentare sul piano empirico il particolare **processo analitico di cambiamento.***

Vediamo ora quali caratteristiche cognitive siano correlate alle tre modalità relazionali descritte. Le risposte¹³ date dal paziente alle

¹³ Le risposte del paziente vanno intese in senso prevalentemente verbale, anche se in alcuni casi, di cui si è fatta rigorosa annotazione, possono essere anche rappresentate da espressioni non verbali di palese ed inequivocabile dissenso o consenso con le interpretazioni dell'analista. Queste risposte possono avvenire nell'immediato di un'interpretazione od anche in sedute successive.

interpretazioni dell'analista individuano tre modalità di risposte cognitivo-relazionali:

1. De-costruttive: si intendono quelle risposte del soggetto che non condividono l'interpretazione dell'analista, contestandola, mettendone in risalto supposti errori, oppure cercando di relativizzarne il valore e di svalutarne il significato. La modalità de-costruttiva risulterà, sul piano logico, caratterizzata dalla **operazione di disgiunzione**¹⁴ in quanto la persona per rifiutare od opporsi ad un'interpretazione attuerà spesso un'operazione di separazione logica, quindi di disgiunzione, fra le sue idee, opinioni e credenze e quelle nuove proposte dall'analista.

- *Modalità Cognitivo-relazionale: **Oppositiva**;*

2. Co-costruttive: si intendono quelle risposte della persona che condividono l'interpretazione mostrando un autentico apprezzamento per il significato, arricchendola con esempi o idee personali, trovandone nessi con la propria vita o con precedenti interpretazioni. La modalità di pensiero distintiva seguirà in questo caso la logica tipica dell'**operazione di congiunzione** in quanto una persona per condividere e fare propria un'interpretazione metterà in atto un'operazione di unione logica, quindi di congiunzione, fra le sue idee, e quelle dell'analista.

- *Modalità Cognitivo-relazionale: **Collaborativa**;*

3. Ri-costruttive: si intendono quelle interpretazioni proposte dalla persona dove si avanza una nuova lettura di episodi personali passati o presenti, previsioni sulla vita futura, quando vengono suggerite osservazioni originali sul rapporto con il terapeuta, con se stessi o con altri, in termini di analisi del significato della relazione. Le risposte ri-costruttive non sono necessariamente espresse in risposta alle interpretazioni dell'analista, ma possono nascere anche per libera associazione o per costruzione autonoma del paziente. La modalità ri-costruttiva è caratterizzata dalla **operazione di implicazione**¹⁵ in quanto per poter partecipare ad un pensiero in modo libero

¹⁴ Per una trattazione specifica si rinvia ad un altro lavoro che affronterà in modo compiuto il tema delle operazioni logiche utilizzate in chiave difensiva. Per un approfondimento delle operazioni logiche nel senso della logica simbolica si suggerisce la consultazione del testo classico di Copi I., *Introduction to Logic*, New York, The Mcmillan Company, 1960. Trad. it. *Introduzione alla logica*, Il Mulino, Bologna, 1964, pp. 271-315

¹⁵ Per una trattazione specifica si rinvia ad un altro lavoro che affronterà in modo compiuto il tema delle operazioni logiche utilizzate in chiave difensiva. Per un approfondimento delle operazioni logiche nel senso della logica simbolica si suggerisce la consultazione del testo classico di Copi I., *Introduction to Logic*, New York, The Mcmillan Company, 1960. Trad. it. *Introduzione alla*

e creativo è necessario poter disporre di un tipo di pensiero più elastico in grado sia di disgiungere che di congiungere, ovvero capace di essere aperto a nuove ipotesi ed implicazioni al fine di condividere con l'analista la costruzione di nuovi concetti e visioni.

- *Modalità Cognitivo-relazionale: Creativa.*

Tutte quelle risposte alle interpretazioni che non si è potuto classificare in modo certo sono state escluse dall'analisi statistica.

Un secondo indicatore è rappresentato dai **sintomi iniziali** al principio della terapia. Questa valutazione qualitativa è stata effettuata in modo collaborativo sia dal paziente che dal terapeuta al fine di pervenire ad una stima il più possibile condivisa.

Un terzo indicatore è rappresentato dalla presenza o meno di **sintomi residuali** alla fine della terapia. Anche questa valutazione è stata effettuata in modo condiviso sia dal paziente che dal terapeuta.

7. Analisi dei dati

Verifica della prima ipotesi

Per l'analisi dei dati volta a verificare la prima ipotesi quella relativa all'influenza della Durata della terapia sul cambiamento cognitivo si è scelto un *disegno fattoriale 3x2 di analisi della covarianza* (Tab. 2) dove il campione di 48 soggetti è stato suddiviso in sei gruppi da 8 soggetti in base alle combinazioni delle due *Variabili Indipendenti*:

1. **Sesso**;
2. **Durata della psicoterapia** (la durata media della terapia è stata classificata in tre gruppi: breve due anni, media quattro anni, o lunga otto anni).

Nel disegno della ricerca abbiamo anche altre due *Variabili Indipendenti*:

1. Una prima variabile usata sempre come covariata è *l'età* dei soggetti, questo ha consentito di tenere costante questa importante variabile senza per questo dover aumentare il disegno di ricerca di un ulteriore livello di analisi, cosa che avrebbe comportato un considerevole aumento del numero dei soggetti rendendo impossibile la ricerca stessa;
2. Una seconda variabile usata sempre come covariata è il livello d'*istruzione* dei soggetti che, come per l'età, potrebbe influire in particolare sui fattori cognitivi che si intendono studiare in modo il più possibile controllato.

Tab. 2. Piano fattoriale di analisi della covarianza 3x2 per la valutazione del rapporto fra Durata della terapia Cambiamento cognitivo: condizioni sperimentali e numero di soggetti.

Variabili Indipendenti	Durata della terapia		
	Breve 2 anni	Media 4 anni	Lunga 8 anni
Sesso			
Maschi	8	8	8
Femmine	8	8	8
Totali	16	16	16

Verifica della seconda, terza e quarta ipotesi

Per l'analisi dei dati volta a verificare la seconda, terza e quarta ipotesi relative all'effetto del cambiamento cognitivo, alla specifica capacità ricostruttiva e al ruolo degli indici ICC e IPS sulla riduzione dei sintomi a fine terapia si è scelto un primo *disegno fattoriale 3x2x2 di analisi della covarianza per prove ripetute* (Tab. 3) dove il campione di 48 soggetti è stato suddiviso in sei gruppi da 8 soggetti in base alle combinazioni delle due Variabili Indipendenti Sesso e Durata terapia e della Variabile Dipendente Sintomi prima-dopo terapia. Sono sempre presenti come variabili covariate l'età e l'istruzione.

Tab. 3. Piano fattoriale di analisi della covarianza 3x2x2 per il confronto per Sesso, Risposte di ri-costruzione e Sintomi prima e dopo la terapia: condizioni sperimentali e numero di soggetti.

Variabili Indipendenti		Variabile Dipendente	
Sesso	Durata terapia	Sintomi Prima-Dopo terapia	
Maschi	Breve 2 anni	8	15%
	Media 4anni	8	15%
	Lunga 8 anni	8	15%
Femmine	Breve 2 anni	8	15%
	Media 3 anni	8	15%
	Lunga 6 anni	8	15%
Totali		48Ss	100%

Si è poi pianificato anche un secondo *disegno fattoriale 2x2x2x2 di analisi della covarianza per prove ripetute* (Tab. 4) dove il campione di 48 soggetti è stato suddiviso in 8 gruppi di diversa numerosità in base alle combinazioni delle tre Variabili Indipendenti Sesso e Durata terapia, della variabile interveniente risposte di Ri-costruzione e della Variabile Dipendente Sintomi prima-dopo terapia. Vengono sempre utilizzate come covariate l'età e l'istruzione.

Variabili indipendenti:

1. Sesso;

2. **Durata della terapia:** il campione di soggetti è stato suddiviso in due gruppi equivalenti, quello che ha effettuato una terapia media, 3 anni, e quello che ha seguito una terapia lunga, di 6 anni.

Variabile interveniente:

3. **Ri-costruzione:** il campione dei soggetti è stato suddiviso in due gruppi equivalenti, quello avente una percentuale di risposte di ri-costruzione sopra la mediana (alta) e quello sotto la mediana (bassa). Come variabili intervenienti sono stati considerati anche gli indici ICC e IPS, per i quali si rimanda al capitolo 9.

Variabile dipendente:

4. **Sintomi:** variabile dipendente a due livelli (prima-dopo).

Tab. 4. Piano fattoriale di analisi della covarianza 2x2x2x2 per il confronto per Sesso, Durata Terapia, Risposte di ri-costruzione e Sintomi prima e dopo la terapia: condizioni sperimentali e numero di soggetti.

Variabili Indipendenti			Variabile Dipendente	
Sesso	Durata terapia	Ri-costruzione	Sintomi Prima-Dopo terapia	
Maschi	Media 3 anni	Bassa	10	21%
		Alta	2	4%
	Lunga 6 anni	Bassa	4	8%
		Alta	8	17%
Femmine	Media 3 anni	Bassa	6	12.5%
		Alta	6	12.5%
	Lunga 6 anni	Bassa	4	8%
		Alta	8	17%
Totali			48Ss	100%

Vediamo ora in modo più dettagliato come sono state costruite la Variabile Dipendente e quella Interveniente:

1. Un primo livello della variabile dipendente è rappresentata dai *sintomi prima* presenti al principio della terapia e valutati in modo collaborativo e qualitativo sia dal paziente che dal terapeuta. Queste valutazioni sono

state poi quantificate usando una scala da 0 a 10, e quando la valutazione del terapeuta era molto diversa da quella del paziente la stima finale veniva effettuata facendo una media delle due valutazioni. Un secondo livello della variabile dipendente è rappresentata dai *sintomi dopo* a fine terapia valutati in modo collaborativo e qualitativo sia dal paziente che dal terapeuta. Anche queste valutazioni sono state poi quantificate usando una scala da 0 a 10 e quando la valutazione del terapeuta era molto diversa da quella del paziente la stima finale veniva effettuata facendo una media delle due valutazioni.

2. Abbiamo poi una **Variabile Interveniente** rappresentata dal cambiamento cognitivo e relazionale espressa come la *modalità di elaborazione delle interpretazioni*. Questa variabile va considerata come interveniente in quanto, da un lato, è dipendente rispetto alle variabili come l'età il sesso e la durata terapia, dall'altro, è ipotizzata come determinante effetti significativi sui sintomi a fine terapia.

La variabile interveniente è stata costruita classificando le risposte dei soggetti in base a tre categorie: de-costruttiva, co-costruttiva o ri-costruttiva. Si è poi proceduto a calcolarne la percentuale in base al numero delle interpretazioni effettuate in terapia sia dal terapeuta che dal paziente. Questo per standardizzare i dati in modo da non sovrastimare il numero delle risposte di quei soggetti che sono stati per un lungo periodo in psicoterapia ed avrebbero naturalmente conseguito sempre punteggi più alti avendo avuto occasione di ricevere e di fare più interpretazioni. Inoltre la percentuale consente anche di controllare la diversità di stile interpretativo dell'analista in relazione ad un dato paziente, evitando le differenze dovute ad una maggiore prolificità o esiguità di interpretazioni. La variabile così costruita è una variabile continua essendo espressa in forma di percentuali e consente l'utilizzo di statistiche parametriche come l'analisi della covarianza.

E' stata infine condotta un'analisi dei dati volta a mettere in evidenza le relazioni esistenti fra tutte variabili considerate tramite una analisi fattoriale, cercando poi di evidenziarne un possibile nesso fra il modello teorico di rapporti causali fra le variabili indipendenti e dipendenti e un modello di equazioni strutturali.

A livello statistico generale sono state adottate le seguenti scelte:

- Il livello di significatività prescelto è stato quello di $\alpha < 0.05$ per respingere l'ipotesi nulla e quello di $\alpha \geq 0.10$ per accettarla.
- I risultati che verranno discussi sono solo quelli significativi, ossia quelli inferiori al livello di significatività $\alpha < 0.01$, e saranno raggruppati per ognuna delle tre tipologie sopra descritte.
- Per l'analisi dei dati si sono utilizzati tre pacchetti software: "Spss per Windows" Ver. 11 per la Factor analysis, "Statistica per Windows" versione 5.1 di StatSoft per la Mancova analysis, e Lisrel 8.7 per la Structural Equation Modeling.

E' possibile quindi illustrare le analisi statistiche eseguite seguendo l'ordine su esposto e raggruppandole in funzione della tipologia dei confronti effettuati.

➤ Verifica della **prima ipotesi** tramite l'*Analisi della covarianza fattoriale* 3x2 (Mancova: multiple analysis of covariance).

➤ Verifica della **seconda, terza e quarta ipotesi** tramite l'*Analisi della covarianza fattoriale* 3x2x2 e 2x2x2x2 per prove ripetute.

➤ Verifica del **modello teorico** di nessi causali fra le VI e VD prima tramite l'*Analisi fattoriale* (Factor analysis) per trovare le componenti principali fra tutte le varibili considerate e poi attraverso la costruzione di un *Modello di equazioni strutturali* (Lisrel - Structural Equation Modeling) al fine di considerare le relazioni fra tutte le variabili esaminate.

8. Risultati

- **Verifica della prima ipotesi: con l'aumentare della durata del rapporto terapeutico si possono meglio evidenziare il cambiamento cognitivo e relazionale.**

Viene effettuata una prima analisi della Covarianza, usando come covariate l'età ed il livello d'istruzione, per valutare quanto la durata della terapia ed il sesso possano influenzare il numero di risposte di de-costruzione. I risultati ci mostrano come entrambe le variabili siano significative ($p=0.000$ e $p=0.016$ cfr. Tab. 5), in particolare sia i maschi ma soprattutto le femmine mostrano una netta diminuzione delle risposte de-costruzione con l'aumentare della durata della terapia da breve a media ed a lunga (cfr. Tab. 5a e Fig. 5). Si passa per i maschi da una $\bar{X} = 90.87\%$ della terapia breve, cioè con durata media di due anni, a una $\bar{X} = 30.75\%$ nella terapia lunga, di durata media di otto anni. Per le femmine, invece, si passa da una media di 90.12% per la terapia breve al 29.62% nella terapia lunga, mostrando una differenza significativa con i maschi sulla terapia media, di durata media di quattro anni, dove le femmine mostrano una maggiore diminuzione $\bar{X} = 50.00\%$ delle risposte di de-costruzione rispetto ai maschi $\bar{X} = 56.25\%$.

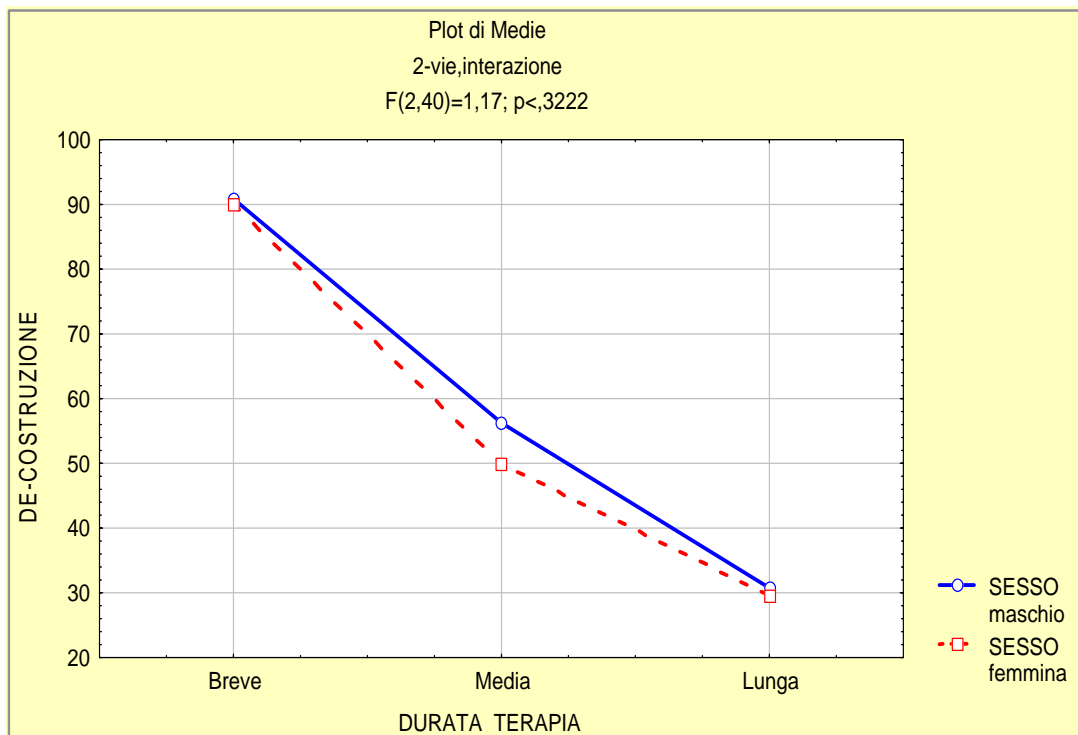
Tab. 5. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente "Risposte di de-costruzione"- Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
Durata terapia	23733.74	2	11866.87	867.00	0.000
Sesso	87.30	1	87.30	6.38	0.016
Interazione	31.90	2	15.95	1.16	0.322
Residua	547.49	40	13.69		

Tab. 5a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente "Risposte di de-costruzione"- Medie.

Variabili Indipendenti	Durata della Psicoterapia					
	Breve 2 anni		Media 4 anni		Lunga 8 anni	
Sesso						
Maschi	8	90.87%	8	56.25%	8	30.75%
Femmine	8	90.12%	8	50.00%	8	29.62%
Totali	16 Ss	90.49%	16 Ss	53.12%	16 Ss	30.18%

Fig. 5. Analisi della Covarianza: Andamento delle “Risposte di de-costruzione” in funzione della Durata terapia e del Sesso.



Viene effettuata una seconda analisi della Covarianza, usando come covariate l'età ed il livello d'istruzione, per valutare quanto la durata della terapia ed il sesso possano influenzare il numero di risposte di co-costruzione. I risultati ci mostrano come entrambe le variabili siano significative ($p= 0.000$ e $p= 0.001$ cfr. Tab. 6), in particolare sia i maschi ma soprattutto le femmine mostrano un netta crescita delle risposte co-costruzione con l'aumentare della durata della terapia da breve a media ed a lunga (cfr. Tab. 6a e Fig. 6). Si passa per i maschi da una media di 8.50% della terapia breve, cioè di durata di due anni, a una media di 54.25% nella terapia lunga, di durata di otto anni. Per le femmine si passa, invece, da una media di 9.25% per la terapia breve ad una media di 62.62% nella terapia lunga dove le femmine mostrano un aumento delle risposte di co-costruzione significativamente superiore a quello dei maschi.

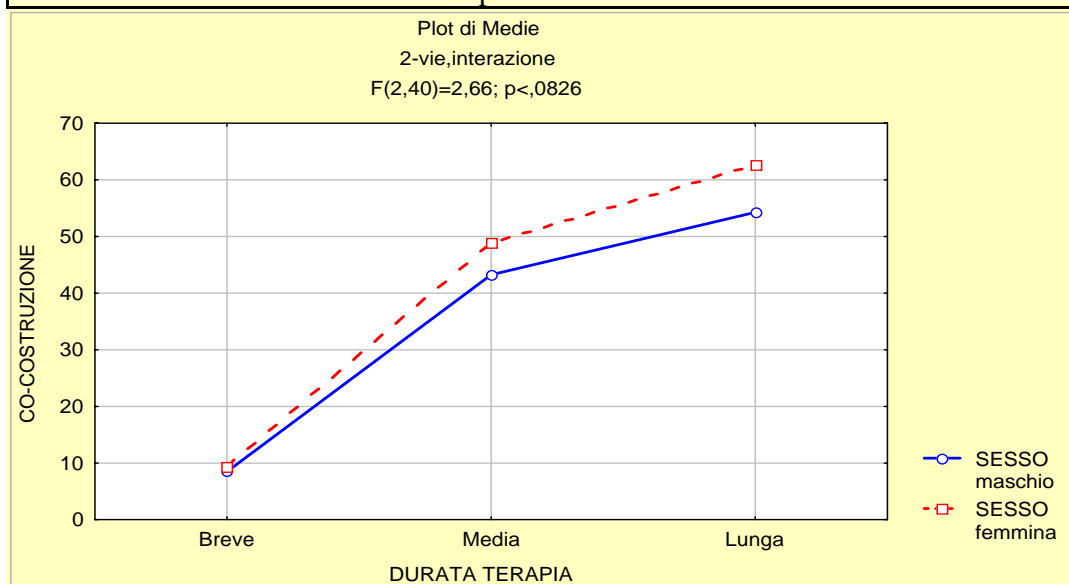
Tab. 6. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente “Risposte di co-costruzione”- Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
Durata terapia	18296.04	2	9148.02	375.05	0.000
Sesso	300.14	1	300.14	12.30	0.001
Interazione	129.56	2	64.78	2.65	0.083
Residua	975.65	40	24.39		

Tab. 6a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente “Risposte di co-costruzione”- Medie.

Variabili Indipendenti	Durata della Psicoterapia					
	Breve 2 anni		Media 4 anni		Lunga 8 anni	
Sesso						
Maschi	8	8.50%	8	43.25%	8	54.25%
Femmine	8	9.25%	8	49.00%	8	62.62%
Totali	16 Ss	8.87%	16 Ss	46.12%	16 Ss	58.43%

Fig. 6. Analisi della Covarianza: Andamento delle “Risposte di co-costruzione” in funzione della Durata terapia e del Sesso.



Viene effettuata una terza analisi della Covarianza, usando come covariate l'età ed il livello d'istruzione, per valutare quanto la durata della terapia ed il sesso possano influenzare il numero di risposte di ri-costruzione. I risultati ci mostrano come siano significative sia la durata della terapia che l'interazione fra durata e sesso ($p= 0.000$ e $p= 0.035$ cfr. Tab. 7), in particolare sia i maschi che le femmine mostrano una crescita delle risposte di ri-costruzione con l'aumentare della durata della terapia da breve a media ed a lunga (cfr. Tab. 7a e Fig. 7). Si passa per i maschi da una media di 0.50% della terapia breve, cioè di due anni di durata, a una media di 11.12% nella terapia lunga, di durata di otto anni. Per le femmine, tuttavia, si ha un diverso andamento passando da una media di 0.62% per la terapia breve ad una media di 8.62% per la terapia lunga dove si osserva un numero significativamente minore di risposte di ri-costruzione rispetto ai maschi.

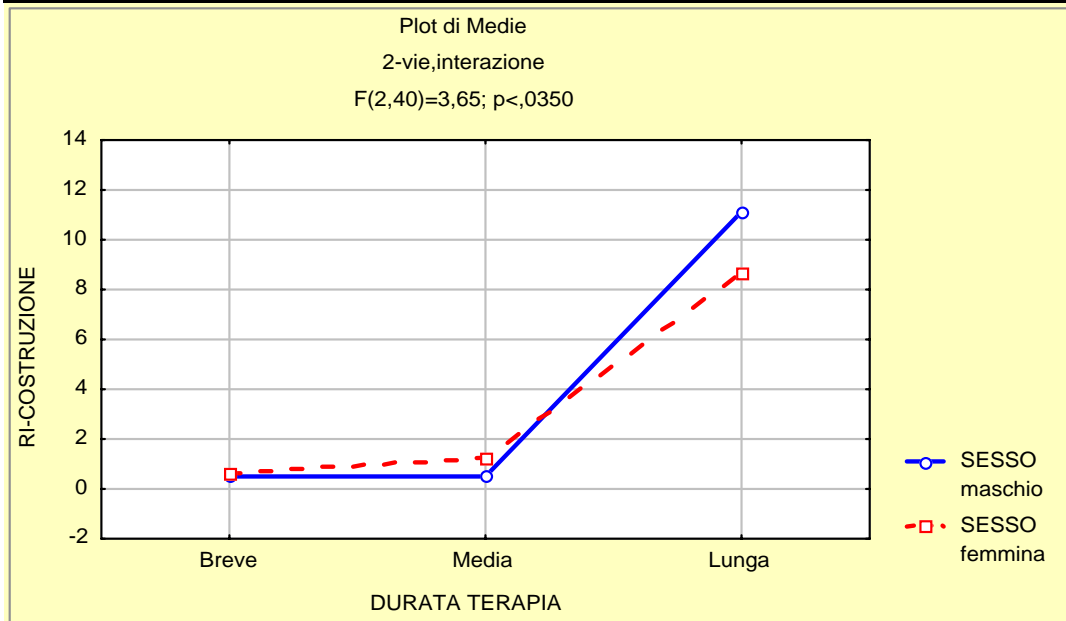
Tab. 7. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente "Risposte di ri-costruzione"- Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
Durata terapia	641.96	2	320.98	185.39	0.000
Sesso	3.23	1	3.23	1.87	0.179
Interazione	12.64	2	6.32	3.65	0.035
Residua	69.25	40	1.73		

Tab. 7a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente "Risposte di ri-costruzione"- Medie

Variabili Indipendenti	Durata della Psicoterapia					
	Breve 2 anni		Media 4 anni		Lunga 8 anni	
Sesso						
Maschi	8	0.50%	8	0.50%	8	11.12%
Femmine	8	0.62%	8	1.25%	8	8.62%
Totali	16 Ss	0.56%	16 Ss	0.87%	16 Ss	9.87%

Fig. 7. Analisi della Covarianza: Andamento delle “Risposte di ri-costruzione” in funzione della Durata terapia e del Sesso.



- **Verifica della seconda e terza ipotesi: innanzitutto che il cambiamento cognitivo determini una significativa riduzione dei sintomi a fine terapia; ed in particolare, che la capacità “ri-costruttiva” ne sia un componente importante.**

Viene effettuata una quarta analisi della Covarianza, usando sempre come covariate l’età ed il livello d’istruzione, per valutare quanto il sesso e la durata della terapia possano incidere sulla diminuzione dei sintomi-dopo (a fine terapia) confrontati con i sintomi-prima (ad inizio terapia). I risultati ci **mostrano come sia significativa la differenza in diminuzione fra i sintomi prima e dopo terapia ($p= 0.000$) tuttavia né la variabile sesso e, soprattutto, nemmeno la durata terapia ($p= 0.325$) risultano avere un ruolo in questa diminuzione (cfr. Tab. 8 e Fig. 8).** A titolo puramente descrittivo sono i maschi che effettuano una terapia lunga (8 anni) (cfr. Tab. 8a) quelli che mostrano la minore quantità di sintomi a fine terapia ($\bar{X} = 2.62$) ottenendone una riduzione di ben il 50%; mentre sono le femmine a conseguire il risultato migliore nella terapia media ($\bar{X} = 3.50$). Inoltre possiamo osservare come la differenza fra i sintomi prima e dopo terapia si manifesti con una riduzione dei sintomi per la terapia breve del 24%, per la terapia media del 35%, mentre per la terapia lunga del 46%.

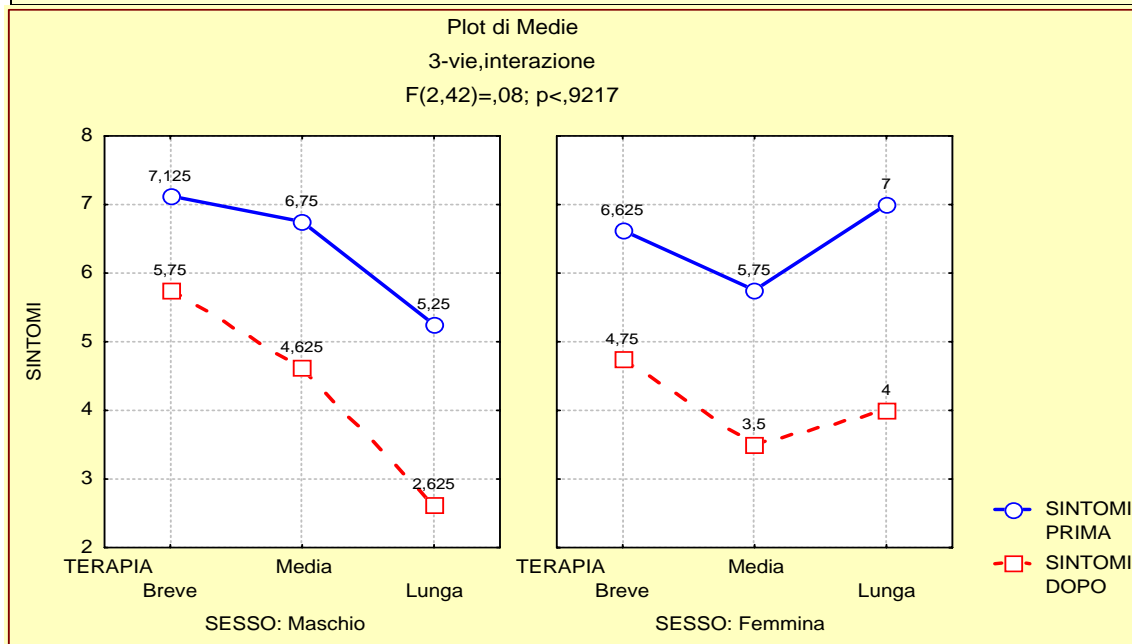
Tab. 8. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente “Sintomi Prima-Dopo terapia”- Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
1. Durata terapia	16.88	2	8.44	1.16	0.325
2. Sesso	0.30	1	0.30	0.04	0.839
3. Sintomi Prima-Dopo	117.04	1	117.04	131.09	0.000
Interazione 12	14.22	2	7.11	0.97	0.386
Interazione 13	5.64	2	2.82	3.16	0.052
Interazione 23	0.67	1	0.67	0.75	0.392
Interazione 123	0.14	2	0.07	0.08	0.922
Residua 1 2 12	292.00	40	7.30		
Residua 3 13 23 123	37.38	42	0.89		

Tab. 8a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente “Sintomi Prima-Dopo terapia”- Medie per Sesso e Durata terapia.

Variabili Indipendenti			Sintomi Prima Dopo terapia		Percentuale effettiva di riduzione	
Sesso	Durata terapia		Prima	Dopo	%	%
Maschi	Breve 2 anni	8	7.12	5.75	19	Terapia Breve 24%
	Media 4 anni	8	6.75	4.62	32	
	Lunga 8 anni	8	5.25	2.62	50	
Femmine	Breve 2 anni	8	6.62	4.75	28	Terapia Media 35%
	Media 4 anni	8	5.75	3.50	39	
	Lunga 8 anni	8	7.00	4.00	43	
Totali		48Ss	6.42	4.21	35	

Fig. 8. Analisi della Covarianza: Andamento dei Sintomi in funzione della Durata e del Sesso.



Tuttavia va sottolineato come in questa quarta analisi della Covarianza risultando significativo solo il confronto fra i sintomi prima e dopo terapia (cfr. Tab. 8), sembra che la durata della terapia non abbia apparentemente alcun peso nella riduzione dei sintomi, dato questo di per sé molto deludente oltre che preoccupante.

Ed inoltre guardando la differenza della percentuale di riduzione dei sintomi (cfr. Tab. 8a) fra la terapia breve con solo il 24% dopo due anni; la terapia media con una riduzione di solo il 35% dopo quattro anni; e, soprattutto, l'effetto di contenuta riduzione dei sintomi nella **terapia lunga con una diminuzione di circa il 46 % dopo ben otto anni di terapia**, tutto ciò evidenzia un risultato totalmente inadeguato per la psicoanalisi, considerati sia i costi che gli anni impiegati. Specialmente poi se paragonato con quanto possono mostrare altri approcci psicoterapeutici che si ritengono ben più rapidi ed efficaci, fra l'altro citando spesso dati evidence based.

Per superare questo apparente "fallimento" terapeutico è allora di fondamentale importanza valutare la diminuzione dei sintomi a fine terapia tenendo conto dell'effetto di un'altra classe di variabili rappresentata proprio dal cambiamento cognitivo e relazionale ovvero dalla ***modalità di elaborazione delle interpretazioni***.

Viene a questo scopo effettuata una quinta analisi della Covarianza, usando sempre come covariate l'età ed il livello d'istruzione, per valutare quanto il sesso, la durata terapia e le risposte di ri-costruzione possano incidere sulla diminuzione dei sintomi-dopo (a fine terapia) confrontati con i sintomi-prima (ad inizio terapia)¹⁶. I risultati ci mostrano come siano significative soprattutto le risposte di ri-costruzione ($p= 0.005$), poi il confronto fra i sintomi prima-dopo ($p= 0.000$) e quindi l'interazione fra queste due variabili ($p= 0.005$ cfr. Tab. 9), l'interazione fra la durata terapia e le risposte di ri-costruzione ($p= 0.000$ cfr. Tab. 9), l'interazione fra la durata terapia e le risposte di ri-costruzione ed i sintomi prima-dopo ($p= 0.014$ cfr. Tab. 9 e Fig. 9a) e da ultimo l'interazione fra il sesso, le risposte di ri-costruzione ed i sintomi prima-dopo ($p= 0.021$ cfr. Tab. 9 e Fig. 9b).

Si evidenzia una generale diminuzione dei sintomi a fine terapia, questa diminuzione viene esaltata nel gruppo di soggetti che presenta la più alta percentuale di risposte di ri-costruzione (cfr. Tab. 9a), infatti mentre per i soggetti a bassa percentuale di risposte di ri-costruzione si consegue una percentuale media di diminuzione di sintomi intorno al 20% (con il minimo raggiunto dalle femmine in terapia lunga con solo il 10%), per i soggetti ad alta percentuale di risposte di ri-costruzione (metà del campione) si arriva ad una diminuzione dei sintomi di oltre il 50%. Nello specifico i maschi arrivano alla riduzione del 50% dei sintomi sia che effettuino una terapia media o lunga; mentre le femmine in terapia media ottengono la massima riduzione dei sintomi con il 65% e nella terapia lunga scendono al 43%.

Da notare poi come il gruppo di soggetti (maschi+femmine) con alta percentuale di risposte di ri-costruzione riesca ad avere in una terapia media (tre-quattro anni) una riduzione di oltre la metà delle manifestazioni psicopatologiche, ma solamente nel 33% dei casi (Tab. 9b), e per raggiungere una riduzione della metà dei sintomi nel 67% dei casi bisogna effettuare una terapia lunga (sei-otto anni). Diversamente i soggetti con bassa percentuale di risposte di ri-costruzione possono fare sia una terapia di media che di lunga durata senza ottenere una riduzione dei sintomi che vada oltre il 24% (Tab. 9b).

¹⁶ Per questa analisi della covarianza, rivolta in particolare alla verifica della diminuzione dei sintomi, i 48 soggetti del campione sono stati raggruppati in due sole categorie rispetto alla variabile Durata terapia perchè con la tripartizione precedente (breve 2 anni, media 4 anni e lunga 8 anni) non si poteva raggiungere un numero minimo di soggetti per cella necessari alla completezza del disegno fattoriale. Si è così proceduto a ripartire equamente i soggetti del gruppo terapia media di 4 anni, metà insieme con quelli di terapia breve, costituendo così un nuovo gruppo di terapia media avente una durata di 3-4 anni; e l'altra metà insieme a quelli della terapia lunga di 8 anni costituendo così un nuovo gruppo di terapia lunga avente una durata media di 6-8 anni.

Invece se si confrontano i dati tutti insieme senza separare i soggetti maschi e femmina, gli alto/ri-costruttivi da quelli basso/ri-costruttivi la percentuale complessiva di riduzione dei sintomi è intorno al 35% e questo comporterebbe una scarsa valutazione in termini di efficacia e di efficienza per la psicoanalisi. Un risultato questo molto deludente che spiega come mai in molte ricerche non si è osservata alcuna differenza significativa fra la psicoanalisi e un semplice supporto sociale. L'errore sta nel **non** considerare sperimentalmente lo specifico apporto della psicoanalisi costituito proprio dal cambiamento cognitivo e relazionale.

Tab. 9. Analisi della Covarianza fattoriale 2x2x2x2: Effetti della Durata terapia, del Sesso e delle Risposte di ri-costruzione sulla Variabile Dipendente "Sintomi Prima-Dopo terapia" - Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
1. Durata terapia	1.45	1	1.45	0.34	0.56
2. Sesso	10.08	1	10.08	2.35	0.13
3. Risposte di ri-costruzione	37.71	1	37.71	8.78	0.005
4. Sintomi Prima-Dopo	71.28	1	71.28	108.33	0.000
Interazione 12	0.93	1	0.93	0.22	0.644
Interazione 13	92.41	1	92.41	21.52	0.000
Interazione 23	11.09	1	11.09	2.58	0.116
Interazione 14	0.46	1	0.46	0.70	0.409
Interazione 24	1.01	1	1.01	1.53	0.223
Interazione 34	5.82	1	5.82	8.84	0.005
Interazione 123	3.09	1	3.09	0.72	0.401
Interazione 124	1.30	1	1.30	1.97	0.168
Interazione 134	4.35	1	4.35	6.60	0.014
Interazione 234	3.80	1	3.80	5.77	0.021
Interazione 1234	0.99	1	0.99	1.50	0.227
Residua 1 2 3 12 13 23 123	163.02	38	4.29		
Residua 4 14 24 34 124 134 234 1234	26.40	40	0.66		

Tab. 9a. Analisi della Covarianza: Variabile Dipendente “Sintomi Prima-Dopo terapia” - Medie per Sesso, Durata terapia e Risposte di Ri-costruzione.

Variabili Indipendenti				Sintomi Prima e Dopo terapia	
Sesso	Durata terapia	Ri-costruzione		Prima	Dopo
Maschi	Media 3-4 anni	Bassa	10	8.70	6.50
		Alta	2	2.00	1.00
	Lunga 6-8 anni	Bassa	4	5.00	4.00
		Alta	8	5.25	2.62
Femmine	Media 3-4 anni	Bassa	6	7.83	6.00
		Alta	6	5.17	1.83
	Lunga 6-8 anni	Bassa	4	5.25	4.75
		Alta	8	7.00	4.00
Totali			48 Ss	6.41	4.21

Tab. 9b. Analisi della Covarianza: Soggetti che ottengono differenti percentuali di riduzione dei sintomi in funzione della Durata terapia e delle Risposte di ri-costruzione.

Variabili Indipendenti	Ri-costruzione			
	Bassa		Alta	
	Soggetti	Riduzione Sintomi	Soggetti	Riduzione Sintomi
Media 3 anni	16	24%	8	57%
Lunga 6 anni	8	15%	16	47%
Totali	24Ss		24Ss	

Fig. 9a. Analisi della Covarianza: Andamento dei “Sintomi Prima e Dopo terapia” in funzione della Durata Terapia e delle “Risposte di ri-costruzione”.

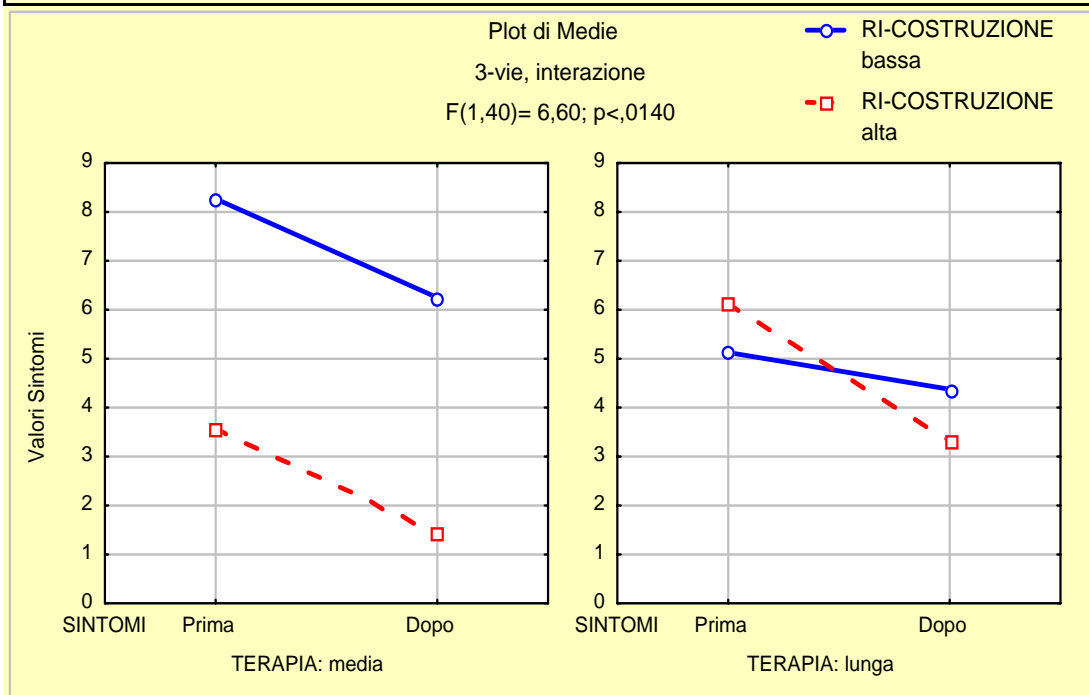
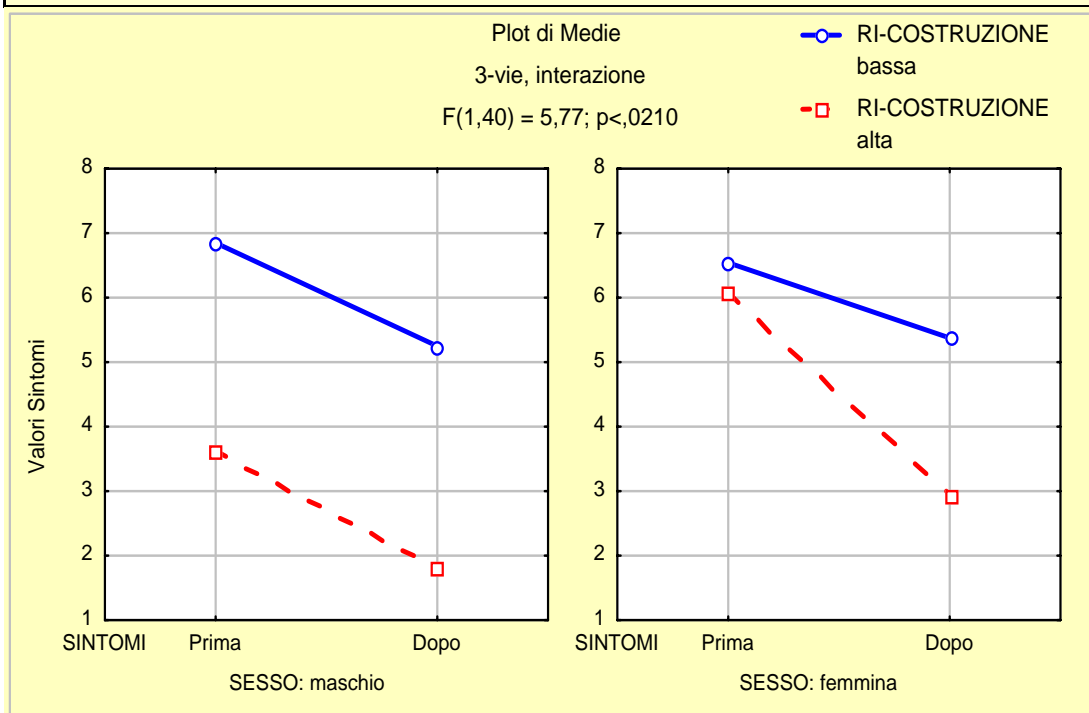


Fig. 9b. Analisi della Covarianza: Andamento dei “Sintomi Prima e Dopo terapia” in funzione del Sesso e delle “Risposte di ri-costruzione”.



In questa quinta analisi la diminuzione dei sintomi prima-dopo ha un livello di significatività $p < 0.000$, cioè sotto un caso su diecimila. Ciò vuol dire che essendo un risultato molto raro è veramente difficile che sia dovuto al caso e quindi molto probabile che sia stato causato dalle variabili considerate, ovvero quelle del cambiamento cognitivo della relazione analista-paziente creativa/ri-costruttiva.

Infatti per completezza d'informazione le due analisi della Covarianza, condotte analogamente alla quinta della Tab. 9, ma aventi come variabili intervenienti le risposte di de-costruzione e quelle di co-costruzione non sono state in alcun modo significative. Questo significa che non basta essere solo poco de-costruttivi e nemmeno molto co-costruttivi per ottenere un significativo effetto di riduzione dei sintomi a fine terapia, ma bisogna andare oltre e sperimentare una modalità creativa la quale consente un adeguato potenziamento delle capacità di ri-costruzione riuscendo a ridurre significativamente i sintomi sia nelle terapie di media che di lunga durata, e sia per i maschi che per le femmine.

A questo proposito è opportuno approfondire come le femmine, tenendo conto della capacità ri-costruttiva mostrino (Tab. 9b) un livello sintomatologico quasi sempre più alto dei maschi, differenza questa che non si sarebbe potuta evidenziare se non si fosse tenuto conto dell'effetto della ricostruzione. Infatti un esame generalizzato dei sintomi (Tab. 8a) mostra invece come apparentemente siano i maschi ad avere il più alto livello di sintomi sia prima che dopo terapia. Quindi considerare il fattore del cambiamento cognitivo non solo ha consentito di mostrare effetti terapeutici sui sintomi, ma ne ha anche permesso una loro lettura più attendibile.

- Verifica della quarta ipotesi: costruzione di un modello teorico esplicativo del rapporto fra il cambiamento cognitivo ed i sintomi.

In questa ultima parte dell'analisi dei dati si proverà a vedere quali siano le relazioni fra tutte le variabili considerate nella presente ricerca e non, come prima fatto, ad evidenziarne, volta per volta, il rapporto solo fra alcune di esse. Lo scopo è quello di pervenire ad un modello teorico che possa darci una descrizione delle complesse relazioni che vi possono essere sia fra variabili indipendenti e dipendenti, ma anche fra le variabili indipendenti stesse. Si tratta in sostanza di semplificare la complessità di un

sistema di variabili riuscendo ad individuare dei fattori che ne possano sintetizzare il significato spiegandone ampiamente la variabilità

A questo scopo è stata condotta un'analisi fattoriale, con metodo d'estrazione delle componenti principali e stima dei pesi fattoriali tramite rotazione tipo Varimax normalizzato. Per quanto riguarda la questa tipologia di analisi, i risultati emersi mostrano quanto segue: L'analisi fattoriale è stata condotta su 9 variabili : Sesso, Età, Istruzione, Durata terapia, Risposte di De-costruzione, Co-costruzione, Ri-costruzione, Sintomi prima e Sintomi dopo terapia.

Dall'Analisi Fattoriale sono emersi due Fattori principali che, insieme, spiegano il 70% della varianza totale (cfr. Tab. 10 e Fig. 10):

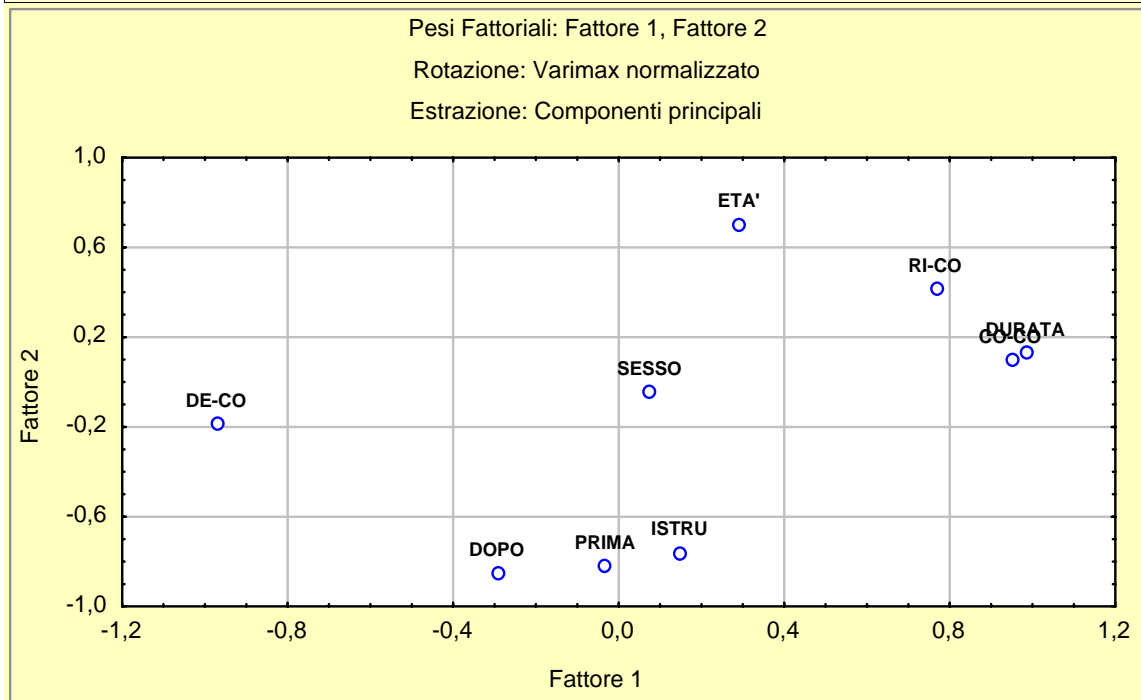
- Al **Primo fattore** (40% della varianza totale) sono risultate correlate significativamente 4 variabili: di cui tre in modo positivo **Durata terapia, Co-costruzione, Ri-costruzione** ed una in modo negativo **De-costruzione**; in questo caso si considera che le risposte di De-costruzione diminuiscono con l'aumento della Durata terapia e con il crescere delle risposte di Co-costruzione e di Ri-costruzione;
- Al **Secondo fattore** (30% della varianza totale) sono risultate correlate in modo significativo 4 variabili: di cui tre in modo negativo **Istruzione, Sintomi prima e Sintomi dopo terapia** ed una in modo positivo **Età**; possiamo quindi dire che l'Istruzione, i Sintomi prima e dopo terapia diminuiscono con l'aumentare dell'Età delle persone.

La variabile Sesso non si è correlata significativamente con nessuno dei due fattori.

Tab. 10. Analisi Fattoriale: Metodo d'estrazione componenti principali e stima dei pesi fattoriali tramite rotazione con Varimax normalizzato.

Fattore 1 “Cognitivo-relazionale”		Fattore 2 “Epidemiologico”	
Durata terapia	,98	Sintomi dopo terapia	-,85
De-costruzione	-,97	Sintomi prima terapia	-,81
Co-costruzione	,95	Istruzione	-,75
Ri-costruzione	,77	Eta'	,71
Varianza spiegata	3.59	Varianza spiegata	2.69
Proporzione Totale	40%	Proporzione Totale	30%

Fig. 10. Grafico dell'Analisi Fattoriale per le nove variabili considerate.



Questi due fattori possono essere così caratterizzati:

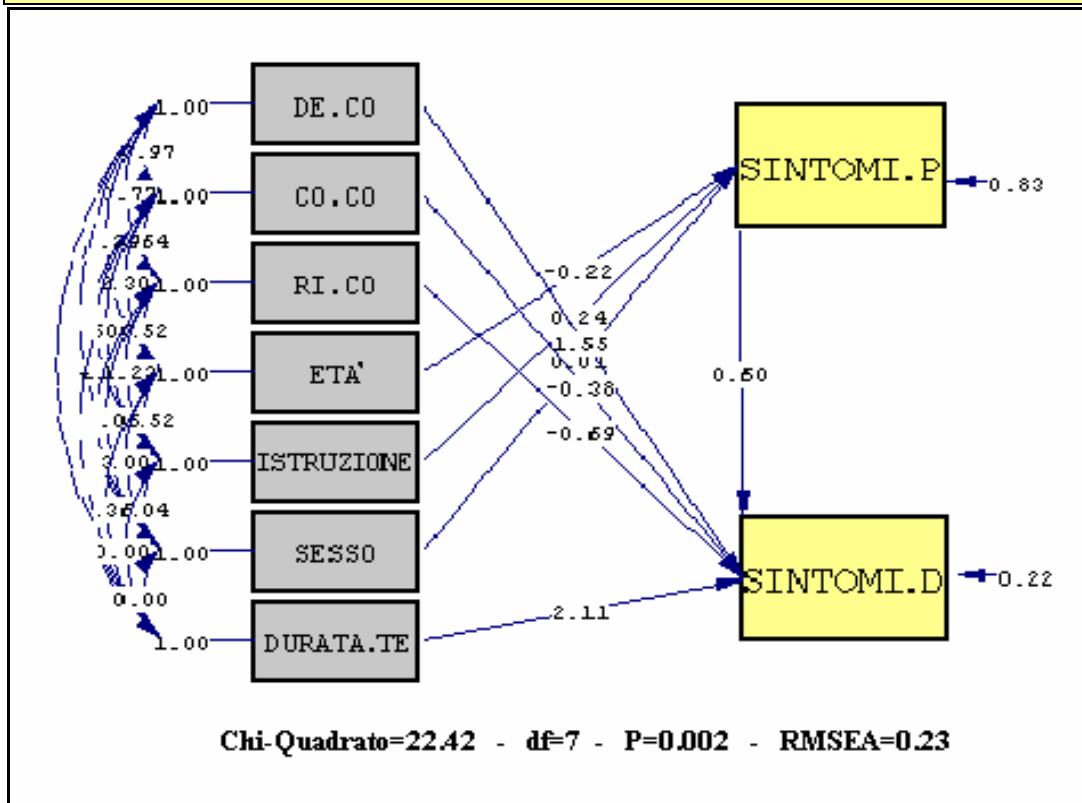
- **Il primo fattore** è un insieme di variabili costituito dalla Durata della terapia e dalle tre variabili cognitivo-relazionali, in questo modo possiamo considerarlo espressivo del **cambiamento cognitivo e relazionale**;
- **Il secondo fattore** è invece un insieme costituito dalle due variabili anagrafiche e da quelle dei sintomi e perciò possiamo considerarlo espressivo di un ambito **epidemiologico** in quanto individua sia i sintomi che le determinanti biografiche che li sottendono.

E' interessante a questo punto capire le relazioni esistenti fra questi due fattori. Così per approfondire il tipo di relazioni fra i fattori, ed in particolare il loro rapporto con i sintomi è stato costruito un modello di equazioni strutturali secondo l'approccio del Lisrel¹⁷ (Fig. 11) dove vengono evidenziate, da un lato, le correlazioni fra le variabili Indipendenti e quelle Intervenienti (in grigio); dall'altro quelle Dipendenti (in giallo) con indicazione della forza e della direzione della relazioni. Come si può osservare nella Fig. 11 i due fattori, già emersi nell'analisi fattoriale, vengono di nuovo in evidenza ma, in più, si approfondisce quale sia il loro ruolo in termini di ipotesi causali sui sintomi (l'aderenza del modello di equazione strutturali ai dati è fornita dal chi-quadrato = 2.42 che con 7 gradi libertà ha una probabilità $p = 0.002$ e un indice Rmsea = 0.29). Il fatto più importante da notare è come i due fattori, quello cognitivo-relazionale e quello epidemiologico, si dividano nettamente i ruoli: il primo mostra una diretta incidenza (direzione delle frecce) sui **sintomi-dopo** (fine terapia) e proponendosi in questo modo come il principale elemento causale del cambiamento e della riduzione dei sintomi; il secondo, invece, pur essendo correlato con i sintomi in generale, incide soprattutto sui **sintomi-prima** (inizio terapia) proponendosi come il fattore che spiega la nascita dei sintomi, ed il loro manifestarsi in termini psicopatologici.

Possiamo perciò dire che il fattore epidemiologico ci spiega l'originarsi dei sintomi in relazione a variabili biografiche come l'età, l'istruzione ed il sesso, mentre il fattore cognitivo-relazionale mette in luce come la durata della terapia insieme alle risposte de-costruttive, co-costruttive e ri-costruttive svolga un ruolo terapeutico essenziale ai fini della riduzione dei sintomi. Infine vi sono numerose e complesse relazioni sia fra le variabili dei due fattori, la cui analisi particolareggiata tuttavia esula dai limiti del presente lavoro, ed anche un rapporto di influenza fra i sintomi prima e dopo a dimostrazione di una connessione logico-clinica di quanto avviene in un percorso terapeutico. Nel senso che i sintomi presenti a fine terapia sono gli stessi depotenziati, o parte degli stessi sintomi presenti all'inizio dell'analisi.

¹⁷ Per ulteriori informazioni sul metodo delle equazioni strutturali e del Lisrel si veda: Corbetta P., Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali, pp. 43-255, Il Mulino, Bologna, 1992.

Fig. 11. Modello di equazioni strutturali: Correlazioni fra le variabili Indipendenti e Intervenienti (in grigio) e quelle Dipendenti (in giallo) con indicazione della direzione delle relazioni.



9. Indici per la valutazione della validità interna

Per completare l'analisi statistica possiamo ora tentare la realizzazione di strumenti per la valutazione della validità interna, volendo tenere in debito conto sia gli indicatori del cambiamento cognitivo-relazionale sia la percentuale di sintomi residui a fine terapia.

Il primo passo è quello di costruire un **Indice di Cambiamento Cognitivo-relazionale (ICC)**¹⁸ partendo dalle modalità di risposta dei pazienti alle interpretazioni dell'analista. Questo indice (Fig. 12) è realizzato ponendo al numeratore la somma della percentuale delle risposte di ricostruzione e di co-costruzione, considerando questa somma come indicatore complessivo delle capacità costruttive della persona; mentre al denominatore si trova la percentuale delle risposte di de-costruzione. **L'indice esprime, quindi, il rapporto fra le modalità costruttive (co-costruttive+ri-costruttive) e quelle de-costruttive**, tanto più aumentano queste ultime, tanto meno sono presenti quelle costruttive¹⁹. Il risultato del rapporto va poi moltiplicato per 10 onde eliminare dal calcolo valori decimali inferiori allo zero.

Questo indice ha come media 10 (quando le risposte di costruzione equivalgono quelle di de-costruzione), i punteggi²⁰ superiori evidenziano che le capacità costruttive prevalgono su quelle de-costruttive, il contrario se il punteggio ottenuto è inferiore a 10.

¹⁸ In questo contesto si è preferito definire l'Indice di Cambiamento come ICC per mettere in evidenza la stretta relazione fra il cambiamento cognitivo e quello relazionale. Tuttavia per un uso più ampio questo indice è stato denominato semplicemente come ICT, cioè come Indice di Cambiamento Terapeutico, cfr. Capozzi R., Strumenti di valutazione in psicoterapia: l'indice di cambiamento terapeutico e l'indice di percezione dei sintomi, in *InterConoscenza – Rivista di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*, Volume 3 – Numero 2 – Maggio-Agosto 2005. pp. 10-18.

¹⁹ Questa relazione inversa fra costruzione e de-costruzione è stata posta in evidenza anche nell'analisi fattoriale (Tab. 10) dove le risposte di de-costruzione sono correlate negativamente al fattore, mentre quelle costruttive hanno una correlazione positiva. Per una costruzione più precisa dell'ICC si potrebbero misurare le risposte di costruzione e de-costruzione con i relativi pesi fattoriali, ma questo complicherebbe inutilmente il calcolo in quanto i valori dei pesi sono comunque molto elevati, tranne per la ri-costruzione, che così verrebbe un po' sottostimata. Per questo si è scelto di considerare i valori grezzi delle percentuali senza alcun aggiustamento fattoriale.

²⁰ I valori dell'ICC e dell'IPS sono espressi in percentuale in quanto le modalità cognitivo-relazionali e i sintomi sono sempre stati calcolati in percentuale. Inoltre i valori dell'ICC variano da un minimo di 10 ad un massimo di 90 in quanto si valutano significative ai fini clinici tutte le condizioni incluse fra questi due limiti, pertanto si assume che nel corso di una terapia un soggetto abbia fornito un minimo di 10 risposte de-costruttive e di 10 risposte costruttive.

Fig. 12. Indice di Cambiamento Cognitivo-relazionale (ICC).

$$\text{ICC} = \frac{\text{Ri-costruzione} + \text{Co-costruzione}}{\text{De-Costruzione}} \times 10$$

Il secondo passo ora è quello di realizzare un **Indice di Percezione dei Sintomi (IPS)** inserendo al denominatore il valore del ICC ed al numeratore la percentuale dei sintomi a fine terapia. Questo indice (Fig. 12a) così attuato riduce la percentuale dei sintomi residui in funzione del cambiamento cognitivo-relazionale, ciò significa che tanto maggiore sarà il valore del cambiamento, tanto minore sarà la percezione disturbante dei sintomi. In sostanza possiamo considerare questo indice espressione di quanto i sintomi siano interpretabili ed integrati all'interno di una diversa visione della realtà e di se stessi. Ovvero di quanto la persona sia capace di ri-significare i sintomi e di ridurne la loro portata disturbante.

L'IPS è quindi un indice dei **sintomi percepiti**, ovvero di quanto i sintomi siano individualmente sentiti disturbanti e pericolosi. Proviamo ad immaginare una persona con livelli molto alti di de-costruzione, in questo caso i sintomi saranno probabilmente sentiti ed interpretati in modo più distruttivo e catastrofico rispetto ad una persona con maggiori capacità costruttive che, pur presentando la stessa quantità oggettiva di sintomi, li può soggettivamente ritenere meno invalidanti potendo così convivere più serenamente. L'IPS esprime in questo senso una misura del cambiamento terapeutico inteso quale risultato del cambiamento cognitivo-relazionale e sintomatico.

Questo indice ha come media 50% (quando i sintomi residui sono il 50% e vi è equivalenza di risposte di costruzione e de-costruzione), valori inferiori a 50% indicano una buona riduzione dei sintomi percepiti, punteggi uguali o superiori evidenziano una presenza ancora elevata di sintomi percepiti, mentre valori che vanno oltre il 100% indicano una percezione amplificata dei sintomi reali.

Fig. 12a. Indice di Percezione dei Sintomi (IPS).

$$\text{IPS} = \frac{\text{Percentuale sintomi residui}}{\text{ICC}} \times 10$$

L'IPS si può ritenere uno strumento sufficientemente completo di valutazione della validità interna in psicoanalisi in quanto consente di quantificare nello stesso tempo sia il cambiamento in termini di processo, ovvero le modalità Cognitivo-relazionali, sia il cambiamento in termini di esiti, considerando i sintomi a fine terapia. Inoltre l'IPS non è uno strumento esterno all'analisi come lo possono essere i test psicologici, i questionari o le interviste, ma è uno **strumento interno all'esperienza analitica**, in quanto si ricava dagli stessi protocolli clinici rappresentandone, seduta dopo seduta, longitudinalmente il contenuto, ed evitando così le tipiche valutazioni estemporanee dei test.

L'IPS si può applicare in qualunque momento della terapia e per più volte, potendo mettere in luce anche cambiamenti intermedi ed offrendo all'analista la possibilità di orientare in modo più preciso ed obiettivo il suo agire terapeutico.

Applicando ora il calcolo dell'ICC e dell'IPS ai risultati della ricerca possiamo meglio quantificare il cambiamento terapeutico ed avere una stima della percezione dei sintomi e confrontarla con la riduzione dei sintomi.

Viene a questo scopo effettuata una sesta analisi della Covarianza, usando sempre come covariate l'età ed il livello d'istruzione, per valutare quanto il sesso e la durata terapia possano influenzare il valore dell'ICC. I risultati ci mostrano come sia significativa la durata della terapia ($p= 0.000$) ed anche la variabile sesso ($p= 0.005$, cfr. Tab. 11).

Si assiste un notevole incremento dell'ICC passando dalla terapia breve a quella lunga e questa tendenza è ancor più evidente nelle femmine (cfr. Tab. 11a e Fig. 11b) che raggiungono i valori più alti nella terapia media >10 e soprattutto in quella lunga > 24 . In linea generale i valori medi dell'ICC, a prescindere dal sesso, sono di **1 nella terapia breve**, di **9 in quella media** e di **23 nella terapia lunga**.

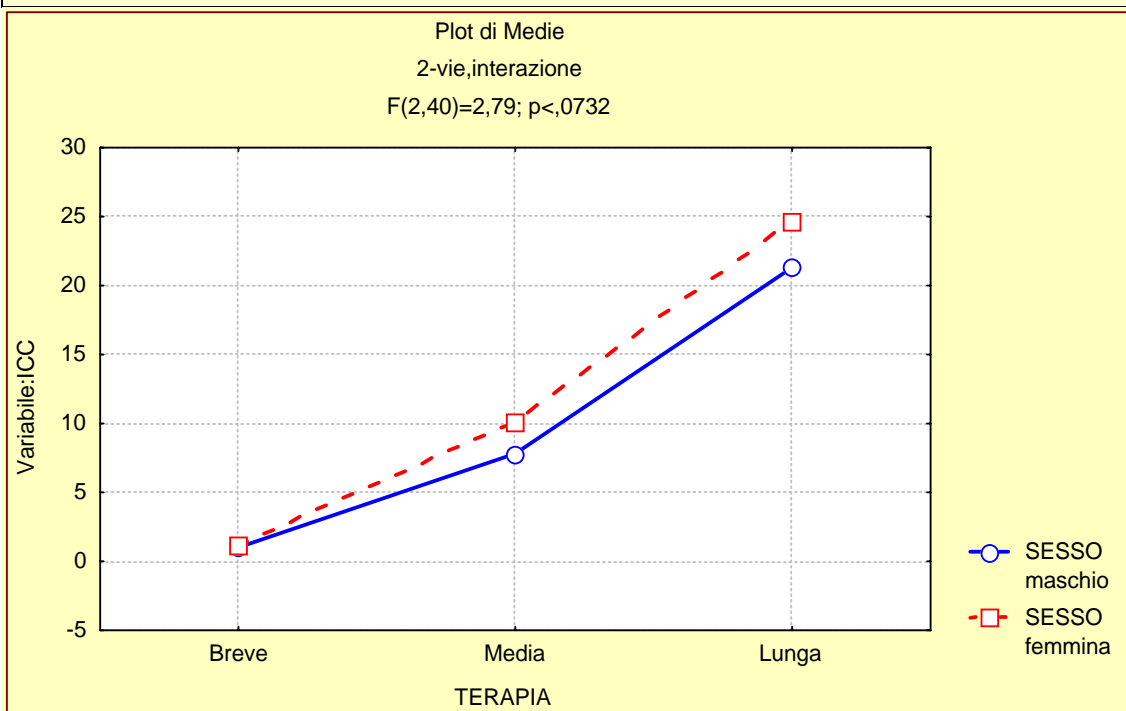
Tab. 11. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente "ICC" - Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
Durata terapia	3108.39	2	1554.19	281.47	0.000
Sesso	48.06	1	48.06	8.70	0.005
Interazione	30.86	2	15.43	2.79	0.073
Residua	220.80	40	5.52		

Tab. 11a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente "ICC"- Medie per Sesso e Durata terapia.

Variabili Indipendenti			ICC	
Maschi	Breve 2 anni	8	1.01	Terapia Breve 1
	Media 4 anni	8	7.81	
	Lunga 8 anni	8	21.31	Terapia Media 9
Femmine	Breve 2 anni	8	1.12	Terapia Lunga 23
	Media 4 anni	8	10.16	
	Lunga 8 anni	8	24.67	
Totali		48Ss	11.01	

Fig. 11b. Analisi della Covarianza: Andamento dell'ICC in funzione della Durata terapia e del Sesso.



Per quanto riguarda l'IPS viene eseguita una settima analisi della Covarianza, con sempre le covariate età e livello d'istruzione, per valutare quanto il sesso e la durata terapia possano influenzare il valore dell'IPS. I risultati indicano come sia significativa solo la durata della terapia ($p= 0.000$, cfr. Tab. 12). Nello specifico si vede una notevole diminuzione dell'IPS passando dalla **terapia breve con valori superiori al 100% a quella media che ha valori intorno all'82% ed a quella lunga che mostra valori vicini al 24%** (cfr. Tab. 12b). A livello descrittivo le femmine conseguono percentuali migliori nella terapia media ed i maschi in quella lunga. In linea generale i valori dell'IPS esprimono una differenza importante nella percezione dei sintomi che nella terapia breve vengono sentiti molto superiori alla loro reale incidenza, per poter poi essere percepiti in modo gradualmente ridotto passando dalla terapia media a quella lunga (cfr. Fig. 12b).

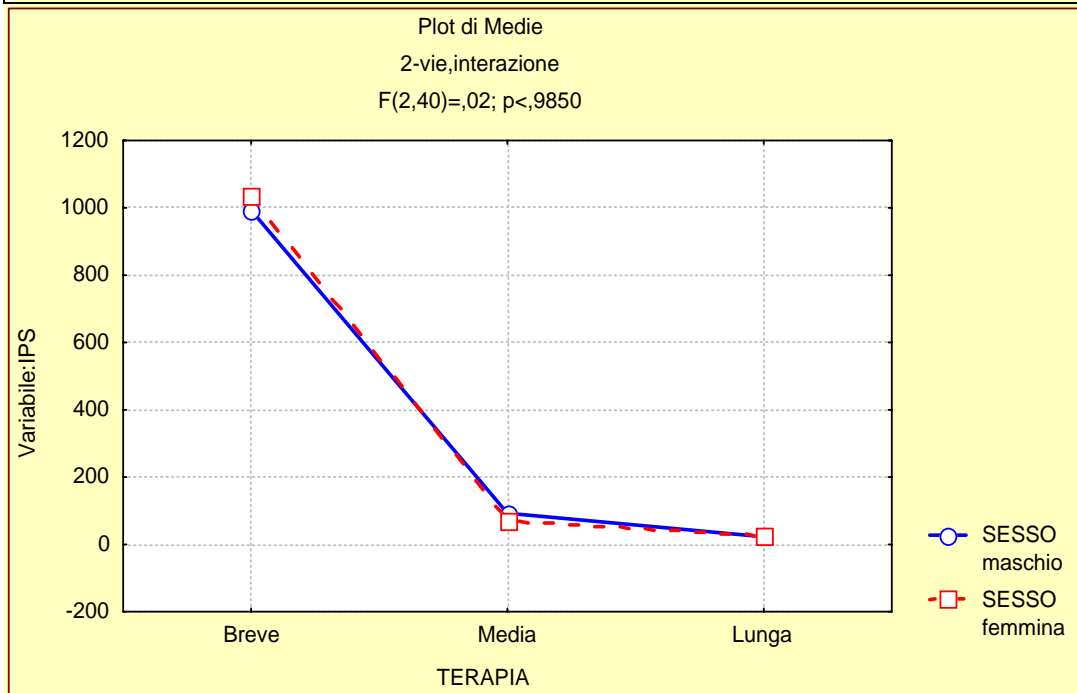
Tab. 12. Analisi della Covarianza fattoriale 3x2: Effetti della Durata terapia e del Sesso sulla Variabile Dipendente "IPS" - Variabili covariate: Età ed Istruzione.

Fonti di Variazione	Devianze	Gradi di libertà	Varianze	F	Livello di significatività
Durata terapia	7740618.0	2	3870309.0	11.96	0.000
Sesso	48.06	1	3216.0	0.01	0.921
Interazione	30.86	2	4890.0	0.01	0.985
Residua	12944924.0	40	323623.1		

Tab. 12a. Analisi della Covarianza: Var. Dipendente "IPS"- Medie per Sesso e Durata terapia.

Variabili Indipendenti			IPS		Percentuale percepita di riduzione	
Maschi	Breve 2 anni	8	> 100%	Terapia Breve > 100%	0	Terapia Breve 0
	Media 4 anni	8	92.92%		8.08%	
Femmine	Lunga 8 anni	8	23.00%	Terapia Media 82%	77%	Terapia Media 18%
	Breve 2 anni	8	> 100%		0	
	Media 4 anni	8	71.00%	Terapia Lunga 24%	29%	Terapia Lunga 76%
	Lunga 8 anni	8	25.52%		74.48%	
Totali		48Ss	70%			

Fig. 12b. Analisi della Covarianza: Andamento dell'IPS in funzione della Durata terapia e del Sesso.



Questo calcolo degli indici è stato effettuato proprio per dare pieno risalto al valore delle variabili cognitive ed in particolare a quelle costruttive (co-costruzione+ri-costruzione). L'idea di fondo che è opportuno ribadire è quella che per avere un quadro realistico della dimensione cognitiva-relazionale è importante considerare le componenti costruttive in rapporto con quelle de-costruttive, solo in questo modo possiamo porre in luce la reale portata del cambiamento senza correre il rischio di enfatizzare un aspetto su altro. E' l'insieme delle variabili cognitivo-relazionali che determina poi il comportamento e la possibilità poi di stabilire un diverso rapporto anche con i propri sintomi.

Da quanto si evince nella Tab. 11 si nota come l'ICC sia condizionato in modo significativo dalla durata della terapia passando dal valore di 1 della terapia breve a 9 della terapia media fino a 23 di quella lunga e come questa tendenza sia ancora più evidente nelle femmine (cfr. Tab. 11a). Perciò si può dire che il cambiamento cognitivo-relazionale ottenibile nella terapia lunga sia di due volte e mezzo maggiore rispetto a quello della terapia media ed addirittura di 23 volte superiore rispetto alla terapia breve.

Valutando poi l'IPS e la percezione dei sintomi a fine terapia si osserva come il contributo delle variabili cognitivo-relazionali, nel modificare il vissuto soggettivo dei sintomi, sia di fondamentale importanza. Infatti nella terapia breve il vissuto teorico soggettivo fa ritenere i sintomi molto più presenti e disturbanti di quanto non sia rispetto alla loro reale frequenza - sempre per come è stata riferita direttamente dai pazienti - (cfr. Tab. 13 e Tab. 13a). Stessa tendenza, anche se meno marcata, si osserva nella terapia media dove la riduzione percepita dei sintomi è del 18% ben inferiore alla loro effettiva riduzione in termini di frequenza che è del 36%. **E' solo nella terapia lunga che la riduzione percepita dei sintomi del 76% è sensibilmente migliore della riduzione effettiva dei sintomi che si attesta al 46%.**

Tab. 13. Calcolo dell'ICC e dell'IPS per tutti i soggetti e confronto con i sintomi residui a fine terapia.					
Terapia	Tutti i Soggetti				
	Sintomi effettivi Dopo Terapia	Riduzione effettiva	ICC	IPS Sintomi percepiti Dopo Terapia	Riduzione Percepita
Breve 2 anni	76%	24%	1	>100%	-
Media 4 anni	65%	35%	9	82%	18%
Lunga 8 anni	54%	46%	23	24%	76%
Totali 48Ss					

Tab. 13a. Calcolo dell'ICC e dell'IPS per tutti i soggetti e confronto con i sintomi residui a fine terapia.					
Terapia	Soggetti Alto ICC				
	Sintomi effettivi Dopo Terapia	Riduzione effettiva	ICC	IPS Sintomi percepiti Dopo Terapia	Riduzione Percepita
Breve 2 anni	76%	24%	1	>100%	-
Media 4 anni	63	37%	11	77%	23%
Lunga 8 anni	53%	47%	24	23%	77%
Totali 48Ss					

La ragione di questa discrepanza nelle percentuali di riduzione percepita dei sintomi fra la terapia breve e media con la terapia lunga sta proprio nel diverso valore dell'ICC: mentre nella terapia breve e media il rapporto fra capacità costruttive e de-costruttive, ovvero l'ICC, è di 1 e di 9, al di sotto della media 10, quindi vi è una certa prevalenza delle risposte de-costruttive; nella terapia lunga le capacità costruttive sono sensibilmente superiori a quelle de-costruttive come confermato da un ICC = 23, oltre il doppio della media, e questo consente una diversa percezione e ri-significazione dei sintomi nella personalità.

In altri termini possiamo dire che solamente quando l'ICC presenta valori superiori alla media 10 si verifica l'effetto di una riduzione percepita dei sintomi superiore alla loro reale riduzione dovuta semplicemente all'effetto della durata della terapia. La dimensione cognitivo-relazionale consente una diversa percezione e relazione con il sintomo quando la persona è in grado di far prevalere gli aspetti costruttivi ed in particolare quelli ri-costruttivi/creativi che rappresentano la vera ragione del cambiamento in termini di nuovi processi e relazioni.

10. Discussione dei risultati

Molti autori hanno già studiato empiricamente la relazione ed il cambiamento terapeutico, tuttavia sono stati considerati dei periodi quasi sempre al di sotto dell'anno di terapia. Basti pensare a Luborsky²¹ che esaminava anche poche sedute col metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) al fine di cogliere le narrative relazionali, chiamate "episodi relazionali" (Luborsky e Crits-Christoph²²) ovvero quei momenti della terapia quando, da parte del paziente, vi è una narrazione esplicita di una relazione con altre persone o con il Sé. Questa ricerca sui temi interpersonali presenti nelle narrative dei pazienti ha portato ad esaminare come gli interventi interpretativi del terapeuta siano in grado di produrre un cambiamento nei pazienti sia cognitivo che emotivo. Anche Fonagy et al.,²³ (1998, p. 36) hanno considerato soprattutto periodi brevi per lo studio della Funzione riflessiva che comprende sia una componente autoriflessiva-cognitiva, sia una componente interpersonale, le quali forniscono all'individuo una capacità di differenziare sia la realtà interna da quella esterna, sia i processi intrapsichici da quelli intersichici.

Nel presente lavoro si è tenuto conto di questa letteratura e di altri importanti contributi apportati allo studio empirico della relazione, tuttavia questa ricerca se ne discosta sostanzialmente per il fatto che qui **sono state esaminate solo psicoterapie concluse**, cioè dove la persona ha “terminato” un dato percorso terapeutico, e per averle **valutate integralmente**, dalla prima all'ultima seduta, e non solamente alcuni spezzoni di terapia più o meno rappresentativi. Inoltre sono state confrontate sia terapie brevi (due anni), sia medie (quattro anni) che lunghe (otto anni), e per fare questo si sono dovute analizzare in dettaglio varie migliaia di pagine di appunti riuscendo solo in questo modo a ricostruire tutto il processo di cambiamento, dal suo inizio alla sua conclusione, e potendo così mettere in luce le specifiche modalità cognitivo-relazionali che caratterizzano terapie di differenti durata e di diversa efficacia.

²¹ Luborsky L. (1977), Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme, in Freedman & S. Grand (Eds.), Communicative structures and psychic structures, Plenum Press, New York.

²² Luborsky L., Crits-Christoph P. (a cura di) (1990), Understanding Transference. Basic Books, New York; trad. it. (1992) Capire il transfert, Raffaello Cortina Editore, Milano.

²³ Fonagy P, Steele M., Steele H., Target M. (1998), Reflective-Functioning Manual. Version 5, University College London, London.

Questa ricostruzione ha inteso rappresentare in modo quantitativo/qualitativo il processo analitico di cambiamento per poi poterne effettuare una valutazione sul piano empirico.

A questo scopo si è effettuato un dettagliato esame del ruolo di uno dei principali strumenti terapeutici della psicoanalisi rappresentato dall'interpretazione vista nella sua duplice dimensione relazionale e cognitiva. Ovvero ci si è chiesto non tanto cosa un analista interpreti ma come la coppia terapeuta-paziente utilizza le interpretazioni ai fini di produrre un cambiamento. Così, partendo dal modo come il paziente elabora le interpretazioni del terapeuta, sono state definite **tre modalità relazionali: oppositiva, collaborativa e creativa alle quali corrispondono tre modalità cognitive: de-costruttiva, co-costruttiva e ri-costruttiva**. Nella modalità oppositiva/de-costruttiva la persona rifiuta, svaluta o ignora le interpretazioni ponendo in questo modo una notevole distanza relazionale dal terapeuta; invece nella modalità collaborativa/co-costruttiva il paziente accetta le interpretazioni apportando un suo contributo e potendo sentire, senza eccessive ansie, una vicinanza relazionale con l'analista; infine nella modalità creativa/ri-costruttiva la persona non solo collabora ma gli vengono in mente ipotesi personali e nuove idee da proporre e condividere con l'analista il quale viene vissuto in una dimensione relazionale piena, muta e creativa. **Queste tre modalità cognitivo-relazionali rappresentano le fasi attraverso le quali possiamo caratterizzare l'evoluzione del processo analitico di cambiamento.**

Vediamo ora di riassumere quanto è emerso dall'analisi dei dati per ciascuna ipotesi di ricerca considerata:

- a) **La prima ipotesi viene confermata in quanto risulta evidente come il cambiamento cognitivo e relazionale migliori notevolmente con l'aumentare della durata della terapia.** Infatti si è visto come, con l'aumentare della durata della terapia, per le risposte conflittuali/de-costruttive la tendenza è verso una netta diminuzione del loro numero (nelle femmine la diminuzione è più forte che nei maschi); mentre per le risposte collaborative/co-costruttive si osserva una sensibile crescita (nelle femmine è più forte che nei maschi); e poi per quelle creative/ri-costruttive si assiste ad un loro notevole aumento nella terapia lunga, soprattutto da parte dei maschi. **In sostanza le femmine risultano sempre meno oppostive e più collaborative dei maschi, mentre questi ultimi ottengono migliori risultati delle femmine solo nella terapia lunga dove risultano più creativi/ri-costruttivi.**

- b) **La seconda e terza ipotesi sono confermate poiché il cambiamento cognitivo e, soprattutto, la capacità ri-costruttiva sono correlati ad una rilevante diminuzione dei sintomi a fine terapia.** Va innanzitutto osservato come utilizzando le sole variabili indipendenti principali quali il sesso e la durata della terapia queste non siano determinanti nella riduzione dei sintomi. Inoltre anche i soggetti con un basso numero di risposte di de-costruzione e quelli con un'alta percentuale di risposte di co-costruzione non hanno conseguito alcuna apprezzabile riduzione dei sintomi. Tuttavia nel confronto fra il prima e dopo terapia si evidenzia una apprezzabile riduzione dei sintomi e ciò si verifica nel 24% dei casi nella terapia breve, nel 35% in quella media e nel 46% in quella di lunga durata. In particolare i maschi conseguono il miglior risultato in termini di riduzione dei sintomi nella terapia lunga, mentre le femmine lo ottengono in quella media.

La spiegazione di questa riduzione dei sintomi è attribuibile all'effetto delle risposte di ri-costruzione che, da sole, mostrano una generale diminuzione dei sintomi a fine terapia, soprattutto per i maschi. In particolare i soggetti con alta capacità di ri-costruzione se effettuano una terapia media ottengono una diminuzione dei sintomi oltre il 50%, questo però accade solamente per un terzo dei pazienti; mentre **per osservare una riduzione effettiva di circa il 50% sui due terzi dei pazienti bisogna aver fatto una terapia lunga avendo un'alta capacità di ri-costruzione.** Diversamente i soggetti con bassa capacità di ri-costruzione hanno una riduzione dei sintomi non superiore al 24%, a prescindere dalla durata della terapia.

Per valutare in modo completo l'apporto delle variabili cognitivo-relazionali ai fini del cambiamento e della riduzione dei sintomi sarà necessario utilizzare degli indici sintetici che ne consentano di misurare l'effetto combinato ed a questo proposito sono stati realizzati due indici l'ICCe l'IPS che discutiamo più avanti. Tuttavia anticipiamo come **in base all'insieme delle variabili cognitive si ottenga per i soggetti in terapia lunga una riduzione percepita dei sintomi di circa l'80%.**

- c) **La quarta ipotesi viene anch'essa confermata con la definizione di un modello teorico esplicativo del rapporto fra il cambiamento cognitivo ed i sintomi.** Per raggiungere questo obiettivo si è prima di tutto effettuata un'analisi fattoriale su tutte le nove variabili dalla quale sono emersi due fattori: **il primo fattore** è costituito dalle variabili: "Durata della terapia, risposte de-costruttive, co-costruttive e ri-costruttive", per questo possiamo considerarlo un fattore espressivo del **cambiamento cognitivo e**

relazionale; il **secondo fattore** è invece un insieme rappresentato dalle variabili: "Età, istruzione e sintomi prima-dopo terapia", e perciò possiamo ritenerlo espressivo di un ambito **epidemiologico** in quanto individua i sintomi e le determinanti biografiche che li sottendono.

Nella successiva costruzione del modello teorico, tramite il Lisrel, si è visto come i due fattori, quello cognitivo-relazionale e quello epidemiologico, si dividano nettamente i ruoli. Il fattore epidemiologico sottende l'originarsi dei sintomi in funzione delle variabili biografiche incluso il sesso. Si è osservato in particolare come all'aumentare dell'età anagrafica diminuiscano i sintomi sia quelli presenti all'inizio che alla fine della terapia. In sostanza i soggetti più giovani sono i più istruiti ma hanno più problemi.

Per quanto riguarda il fattore cognitivo-relazionale questo risulta il vero motore del cambiamento svolgendo un ruolo terapeutico centrale, si è visto infatti come diminuiscano le risposte de-costruttive con l'aumentare della durata della terapia e, soprattutto, delle risposte costruttive (co-costruttive+ri-costruttive) condizione questa essenziale per la riduzione dei sintomi a fine terapia.

Così, come già detto, per dare maggiore risalto alle variabili cognitive ai fini della valutazione della validità interna in psicoanalisi, anche in termini di riduzione dei sintomi, si è poi proceduto alla costruzione di due indici. Il primo è l'ICC, **Indice del Cambiamento Cognitivo-relazionale**, e viene espresso dal rapporto fra le risposte costruttive e quelle de-costruttive, minore è la loro presenza e più forte è la capacità di costruzione, ovvero di trasformazione psicologica della persona e di ri-significazione esistenziale. Il secondo è l'IPS, **Indice della Percezione dei Sintomi**, ed è dato dal rapporto fra la percentuale dei sintomi presenti alla fine della terapia e l'Indice del Cambiamento Cognitivo-relazionale: più alto è il livello raggiunto da quest'ultimo e più attenuata sarà la percezione soggettiva dei sintomi. In sostanza quello che conta non è solo la riduzione quantitativa dei sintomi ma, soprattutto, la loro ri-significazione che consente una riduzione qualitativa del sintomo e della sua patogenicità e questo avviene solo in presenza di una buona capacità ri-costruttiva che consente di percepire i sintomi residuali come meno disturbanti sul piano della personalità. Viene così introdotta la distinzione fra **riduzione effettiva e percepita dei sintomi**, la prima si riferisce alla reale riduzione numerica dei sintomi, mentre la seconda attiene ad una diminuzione soggettiva del potere del sintomo. In

altri termini **la riduzione percepita dei sintomi rappresenta il livello di tollerabilità individuale del sintomo stesso.**

Applicando l'analisi statistica all'ICC si è potuto constatare come questo indice aumenti notevolmente con la durata della terapia e in modo più accentuato per le femmine. In particolare si passa dal valore di 1 nella terapia breve, a 9 nella media, a 23 nella lunga. Ciò significa che l'indice ICC ha una risposta molto sensibile al cambiamento cognitivo-relazionale e che questo necessita di tempo per potersi sviluppare adeguatamente.

Per l'IPS i risultati ottenuti partono da una esaltazione dei sintomi nella terapia breve, dove vengono percepiti più disturbanti di quanto non sia possibile immaginare in base alla frequenza effettiva come riferita dai pazienti. Nella terapia media secondo l'IPS la riduzione percepita è circa la metà (18%) di quella realmente ottenuta in termini di minore presenza dei sintomi (35%). **Solo nella terapia lunga la riduzione percepita (76%) è molto superiore a quella effettiva (46%)** proprio perchè nella terapia lunga vi è la maggiore presenza delle risposte ri-costruttive insieme alla minore presenza di quelle de-costruttive. Questi risultati spiegano il perché spesso si sente dire da parte dei pazienti che andando avanti nella terapia i sintomi sono aumentati rispetto a prima di iniziare la terapia, quando invece sono effettivamente diminuiti, la ragione è che ne è aumentata la loro percezione soggettiva. Infatti possiamo immaginare che con il diminuire delle difese aumenti la sensibilità ai sintomi e che per aver un cambiamento sostanziale anche in termini di riduzione percepita dei sintomi sia necessario promuovere un profondo cambiamento cognitivo-relazionale ottenibile solo con una terapia di lunga durata.

In genere si parla di riduzione dei sintomi e non di re-interpretazione dei sintomi tuttavia, penso, sia proprio questa la strada verso una più realistica “guarigione” che significhi piuttosto che l'annullamento delle manifestazioni del disagio, la sua re-interpretazione all'interno di una nuova visione di se stessi dove l'elaborazione della sofferenza sia la più autentica espressione del cambiamento. In altri termini chi, utilizzando sempre la stessa antica modalità cognitivo-relazionale, non riesce ad attribuire nuovi significati alla propria vita, nel tempo, probabilmente non sarà più in grado di trovare i giusti adattamenti e le necessarie trasformazioni per far fronte agli inevitabili cambiamenti esistenziali. Ecco che la scoperta di diverse modalità attraverso “nuove sintesi” può fornire la giusta strategia di flessibilità cognitiva ed affettiva per difendersi dal rischio del ripetere

sempre gli stessi copioni, e di confrontarci con “l’eterno ritorno dell’uguale” di nietzschiana memoria.

A questo punto, dopo aver evidenziato i risultati per ognuna delle ipotesi della ricerca è giunto il momento di tirare le somme finali proponendo una valutazione sia qualitativa che quantitativa della validità interna in psicoanalisi (cfr. Tab. 14). Per valutazione qualitativa intendiamo il cambiamento cognitivo-relazionale in quanto fa riferimento ad una diversa qualità di pensiero e modalità di essere; mentre per valutazione quantitativa ci riferiamo alla riduzione effettiva e percepita dei sintomi a fine terapia.

Vediamo le differenze fra le diverse durate della terapia caratterizzate dal setting a “riduzione intensiva”:

- Per la **terapia breve - Terapia di contenimento** (*setting di circa due anni con due sedute settimanali da 50’ minuti ciascuna*), la valutazione qualitativa mostra come il cambiamento cognitivo non sia ancora maturato poiché dominano la modalità relazionale oppositiva ed il pensiero de-costruttivo che ostacolano, sul piano della valutazione quantitativa, una apprezzabile e generale riduzione dei sintomi. Possiamo perciò definire questa terapia come una terapia di contenimento in quanto riesce ad ottenere proprio un iniziale, seppur modesto, contenimento effettivo dei sintomi, che, tuttavia vengono percepiti in modo amplificato. Operazione logica prevalente: Disgiunzione;
- Per la **terapia media - Terapia di adattamento** (*setting di circa quattro anni, dal terzo anno ad una seduta settimanale da 50’*), la valutazione qualitativa pone in evidenza un cambiamento importante grazie ad un aumento della capacità collaborativa e del pensiero co-costruttivo, con una parallela diminuzione delle risposte oppositive/de-costruttive, a fronte della quale si assiste, per un terzo dei soggetti, ad una apprezzabile riduzione dei sintomi, che, tuttavia, vengono percepiti ancora come abbastanza disturbanti. Questo avviene perché il pensiero ri-costruttivo non ha potuto nel medio termine di tre-quattro anni raggiungere un livello sufficiente per consentire una diversa percezione del sintomo. In questo caso è possibile definire questa terapia come una terapia di adattamento in quanto consegue un certo adattamento sia relazionale che ai fini della riduzione dei sintomi. Operazione logica prevalente: Congiunzione;

- Per la **terapia lunga - Terapia di mutamento** (*setting di circa otto anni, dal sesto anno si parte da due sedute mensili da 75' per poi ridurre all'ottavo anno ad una al mese da 100'*), la valutazione qualitativa pone in luce il più forte cambiamento cognitivo e relazionale con una ulteriore diminuzione delle risposte oppositive/de-costruttive ed una crescita sostanziale delle risorse collaborative/co-costruttive, ma soprattutto qui si pongono in luce **le capacità creative/ri-costruttive**. Sono proprio queste ultime, come abbiamo visto, a caratterizzare il contributo della terapia lunga in quanto, anche se in bassa percentuale intorno al 10%, sono notevolmente significative sul piano clinico. Del resto la proporzione di capacità creative all'interno della personalità è normalmente più bassa rispetto alle risorse generali, è perciò importante che siano in numero sufficiente per produrre il loro effetto di cambiamento. Questa terapia è quella che definiamo propriamente una terapia di mutamento in quanto consegue un cambiamento radicale sia delle modalità relazionali che dei sintomi psicopatologici. Operazione logica prevalente: Implicazione.

Tab. 14. Sintesi dei risultati della valutazione della Validità Interna a seconda della Durata terapia (con setting a “Riduzione intensiva), del Cambiamento cognitivo-relazionale (Valutazione qualitativa sul Processo) e della Riduzione effettiva e percepita dei sintomi (Valutazione quantitativa sugli Esiti).

VALUTAZIONE DELLA VALIDITÀ INTERNA		
Tipo e Durata della Terapia	Valutazione Qualitativa sul Processo	Valutazione Quantitativa sugli Esiti
Setting a Riduzione intensiva	Cambiamento Cognitivo-relazionale	Riduzione effettiva e percepita dei sintomi
<p>Terapia di Contenimento</p> <p>Breve 2 anni Per due anni 2 sedute settimanali Durata 50'</p>	<p>Relazione oppositiva ↓ Pensiero De-costruttivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De-costruzione > 90% (M = F) ■ Co-costruzione < 10% (M = F) ■ Ri-costruzione < 1% (M = F) ■ ICC = 1% ■ IPS > 100% ■ Operazione logica: Disgiunzione 	<p>Riduzione dei sintomi EFFETTIVA 24%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Non vi è una riduzione percepita dei sintomi che, anzi, vengono sentiti in modo ancora più disturbante rispetto alla loro reale presenza.
<p>Terapia di Adattamento</p> <p>Media 4 anni Dal 3° anno 1 seduta settimanale Durata 50'</p>	<p>Relazione collaborativa ↓ Pensiero Co-costruttivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De-costruzione > 50% (M > F) ■ Co-costruzione < 50% (F > M) ■ Ri-costruzione > 1% (F > M) ■ ICC = 9% (F > M) ■ IPS = 82% (F > M) ■ Operazione logica: Congiunzione 	<p>Riduzione dei sintomi EFFETTIVA 35% PERCEPITA 18%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Un terzo pazienti</u> alta Ri-costruzione: <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione effettiva = 57% (F > M) • Riduzione percepita = 23%
<p>Terapia di Mutamento</p> <p>Lunga 8 anni Dal 6° anno 1-2 sedute al mese Durata 75'/100'</p>	<p>Relazione creativa ↓ Pensiero Ri-costruttivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De-costruzione < 30% (M = F) ■ Co-costruzione > 60% (F > M) ■ Ri-costruzione > 10% (M > F) ■ ICC = 23% (F > M) ■ IPS = 24% (M > F) ■ Operazione logica: Implicazione 	<p>Riduzione dei sintomi EFFETTIVA 46% PERCEPITA 76%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Due terzi pazienti</u> alta Ri-costruzione: <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione effettiva = 47% (M > F) • Riduzione percepita = 77%

Quindi è proprio la presenza di un maturo processo di cambiamento creativo/ri-costruttivo che consente in terapia lunga la riduzione dei sintomi della metà, ed inoltre, essendo percepiti in modo meno disturbante, vengono ulteriormente attenuati fino quasi all'80%.

Nella terapia lunga viene così conseguito un doppio quanto prezioso obiettivo: una trasformazione della personalità capace ora di vivere un rapporto con l'altro senza angosce e di costruire una dimensione relazionale stabilmente collaborativa, partecipe, ma anche sufficientemente creativa e capace di pensiero innovativo. In questa ottica allora **la riduzione effettiva e percepita dei sintomi è solo una conseguenza secondaria, anche se importante, del processo analitico di cambiamento e di un diverso modo di essere nel mondo.** In altri termini una bassa oppositività, oppure un'alta collaborazione da sole non bastano a migliorare in modo evidente le manifestazioni psicopatologiche, quello che, invece, fa realmente la differenza è l'acquisizione di una buona autonomia cognitivo-relazionale costituita da una capacità autopoietica di ri-significazione della propria esperienza vissuta all'interno di un contesto relazionale aperto, stimolante, e realmente mutuo.

Da quanto detto si evince come le tre possibili durate della terapia (breve, media e lunga), danno luogo a tre distinti processi cognitivo-relazionali i quali, al loro volta, determinano differenti effetti terapeutici. Questo **percorso "causale" fra durata, cambiamento ed esiti** è stato ben evidenziato anche dalle analisi fattoriali (Tab. 10 e Fig. 11) dove la durata ed il processo di cambiamento sono fenomeni molto legati fra loro ed insieme influiscono sui sintomi a fine terapia.

Risulta quindi chiaro come l'obiettivo strategico di questa ricerca, quello di verificare la validità interna della psicoanalisi, sia stato conseguito proprio perché essendo gli esiti della terapia effetto del processo di cambiamento cognitivo e questo frutto tanto della durata, quanto della qualità della relazione fra analista e paziente; allora la validità interna della psicoanalisi è confermata poichè essa raggiunge i propri fini dimostrando come il suo nucleo relazionale sia il vero artefice del successo terapeutico.

Nella tentare una valutazione della psicoanalisi bisogna comprendere come certi fenomeni cognitivo-relazionali si instaurino solo dopo vari anni e perciò esaminare la psicoanalisi in base a varie durate della terapia significa confrontare processi diversi e quindi, potremmo dire, quasi tipi differenti di psicoterapia. Inoltre possiamo ritenere che i cambiamenti conseguenti alla

lunghezza temporale della terapia siano stati facilitati anche dall'aver utilizzato un setting a "riduzione intensiva" che ha probabilmente favorito nel paziente sia l'autonomia dall'analista che la possibilità di sperimentare un sempre maggior grado di coinvolgimento emotivo e cognitivo. Contribuendo in questo modo a sviluppare quella capacità creativa/ri-costruttiva alla base della quale vi sono necessariamente risorse quali l'indipendenza emotiva e cognitiva, unitamente alla possibilità di concentrazione e di elaborazione dei problemi.

In sostanza la terapia "lunga" ha consentito alle persone di sviluppare un pensiero capace di innovare ma anche di approfondire, potremmo dire di "volare" come di "atterrare", e questo proprio perchè negli ultimi anni il numero delle sedute è stato ridotto ad uno o due incontri mensili di maggiore durata. Probabilmente, una volta innescato il processo di cambiamento, e questo si manifesta visibilmente dal quarto anno in poi, la persona ha poi bisogno di essere aiutata a sviluppare questo processo in un modo diverso da prima: più libero ma anche più intenso. Infatti è solo ora che il paziente può sperimentarsi capace di costruire se stesso diventando un individuo pienamente autocosciente.

Quindi l'esperienza che si può fare della psicoanalisi in due anni è molto distante e non commensurabile con quella dei quattro e tanto meno con quella degli otto anni. Chiediamoci allora che senso possano avere le tante ricerche effettuate confrontando periodi brevi di terapia ed addirittura psicoterapie di diverso orientamento, valutandone poi l'efficacia rispetto sia agli esiti che ai processi, quando per avviare seriamente questi ultimi occorrono un numero minimo di anni e non di sedute.

Seppur con queste avvertenze la ricerca empirica in psicoanalisi è comunque possibile a patto però che la verifica sia eseguita facendo particolare attenzione alla modalità creativa/ri-costruttiva ed ai processi di cambiamento cognitivo-relazionale in generale, altrimenti il rischio è che si osservi una diminuzione non rilevante dei sintomi, anche in terapia di lunga durata, facendo così ritenere la psicoanalisi una terapia scarsamente efficace e piuttosto inefficiente, in un teorico rapporto costi-benefici e, soprattutto, se messa a confronto con psicoterapie di breve durata e focalizzate sul sintomo.

Sintomo, è opportuno sottolineare, valutato sempre in quanto dato oggettivo piuttosto che come elemento soggettivo, frutto di una personale interpretabilità che ne può notevolmente aumentare o diminuire il portato perturbante. A esempio nel DSM IV il sintomo rende uguali tutti gli individui, l'unica differenza riconosciuta sta solo nella quantità dei sintomi e

non nella loro qualità percepita, ovvero nel senso ad essi personalmente attribuito e nelle possibilità cognitivo-relazionali di trasformazione del contesto dei significati individuali dal quale i sintomi stessi assumono il loro reale valore psicopatologico.

In questo si esplicita la centralità della capacità ri-costruttiva in quanto non basta avere una bassa oppositività/de-costruttività e non è nemmeno sufficiente essere molto collaborativi/co-costruttivi per ottenere un'effettiva e percepita riduzione dei sintomi, ma bisogna spingersi oltre arrivando a maturare una dimensione relazionale creativa la quale è il requisito essenziale per favorire una piena autonomia cognitiva ed emotiva dell'individuo. Il passaggio attraverso queste tre fasi evolutive, verso una sempre maggiore capacità autoanalitica, avviene, in genere, molto gradualmente ma, una volta realizzato e percepito, il cambiamento risulta chiaro, una vera rivoluzione della propria visione di se stessi e del proprio essere nel mondo.

Il cambiamento su un piano più strettamente cognitivo attiene alla capacità di utilizzare diverse operazioni logiche: dalla congiunzione, alla disgiunzione sino all'implicazione, con un sufficiente grado di flessibilità e di plasticità di questi processi. Passando così da una fase difensiva della propria vita psichica - ad inizio terapia - dove dominano processi cognitivi rigidi e monodimensionali, come la congiunzione e la disgiunzione, per arrivare - a fine terapia - a disporre di operazioni più complesse ed articolate quali l'implicazione. Perciò l'utilizzare solo alcune essenziali operazioni logiche piuttosto che un pensiero dinamico ed esplorativo significa che **la patologia si esprime tramite la logica della necessità, mentre la vita psicologica si manifesta attraverso la logica della possibilità.**²⁴

In questo senso la “guarigione” è da intendersi come l'abbandono di una dimensione di necessità per conquistarne una di possibilità. Il cambiamento allora si compie nella piena realizzazione emotivo-cognitivo-relazionale che si sostituisce alla iniziale condizione difensiva dove la necessità di sopravvivenza psichica impediva largamente il manifestarsi delle proprie possibilità creative di vita psicologica.

Il passaggio da una logica della necessità ad una logica della possibilità è un radicale cambiamento di paradigma individuale molto simile a quanto Kuhn descrive per la scienza: *“Ogni rivoluzione scientifica ha*

²⁴ Per una trattazione della logica della possibilità e dei suoi nessi con la creatività scientifica cfr. R. Capozzi, La possibilità come metodo della ragione – La logica dell'analogia nelle scienze sociali, in *InterConoscenza – Rivista di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*, Volume 2 – Numero 1 – Gennaio-Aprile 2004, pp. 1-155.

trasformato l'immaginazione scientifica... Questa è la ragione per la quale una nuova teoria, per quanto specifica sia la sua sfera di applicazione, è raramente, o non è mai, soltanto un'aggiunta a ciò che è già noto. La sua assimilazione richiede la ricostruzione della teoria precedente e una nuova valutazione dei fatti precedentemente osservati".²⁵ Analogamente quando una persona evolve dalla logica della necessità in modalità oppositiva e poi collaborativa sino alla logica della possibilità in modalità creativa non solo avrà una nuova e diversa consapevolezza di sé e della realtà, ma questa nuova "teoria" individuale comporterà una radicale reinterpretazione della propria storia affettiva dove la stessa origine e natura della sofferenza vengono ad essere riesaminate alla luce della nuova dimensione relazionale e cognitiva. Tuttavia alcuni aspetti, in prevalenza adattivi e non disfunzionali, frutto delle vecchie "teorie" personali, non verranno interamente abbandonati, ma saranno ricollocati all'interno della nuova modalità emergente. Il cambiamento perciò non è mai una sostituzione totale della nostra precedente identità ma una trasformazione fatta di assimilazioni ed accomodamenti, un processo che si realizza attraverso continuità e discontinuità, come dice Piaget: *"Si tratta di un divenire con dei tagli e dei salti, degli squilibri e delle riequilibrazioni... Il carattere assimilatore di qualunque conoscenza impone quindi un'epistemologia costruttivista"*.²⁶ All'interno di questa cornice epistemica la modalità creativa/ri-costruttiva caratterizza quindi la fase finale del **processo analitico di cambiamento**, ed è determinante per sviluppare le risorse interne di auto-guarigione, ma, soprattutto, è quella forza che spinge una continua ri-significazione della propria condizione esistenziale frutto dell'*immaginazione e della dialettica della speranza*.²⁷

²⁵ Kuhn Th. S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1978, pagg. 25-26

²⁶ Piaget J., Garcia R., trad it. 1985, *Psicogenesi e storia delle scienze*, Garzanti Editore, Milano, p. 299-304.

²⁷ Mitchell S., *Hope and Dread in Psychoanalysis*, 1993, Basic Books, New York, trad it. 1995, *Speranza e timore in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, p. 234.

11. Conclusioni

La presente ricerca ha voluto porre in luce come anche per la psicoanalisi sia possibile effettuare uno studio empirico teso alla valutazione degli effetti terapeutici, come del resto avviene per le psicoterapie più ampiamente testate sul piano sperimentale. I risultati ottenuti sono molto incoraggianti e segnalano l'importanza di proseguire in questa direzione per una validazione non solo interna ma anche esterna della psicoanalisi, potendone confrontare, su un campione più esteso, i suoi risultati con quelli di altri approcci psicoterapeutici, ma, sapendo quali elementi peculiari del cambiamento relazionale e cognitivo sia opportuno considerare.

Questo lavoro ha un valore di carattere esplorativo ed ammette tutti i limiti di essere stato condotto su un numero limitato di soggetti e da un singolo psicoterapeuta, in ogni caso esprime il coraggio di aver sottoposto a verifica sperimentale venti anni di esperienza clinica.

Infine sarebbe molto interessante se la comunità psicoanalitica si rendesse autorevole interprete di uno studio di più ampia portata consentendo così di sviluppare le potenzialità euristiche del presente lavoro, al fine di superare i dubbi e le resistenze rispetto alla ricerca empirica in psicoanalisi ed all'idea di una valutazione dei suoi risultati.

“Il metodo (clinico) è una delle tre strade attraverso cui passa la “scientificità” dell'intervento psicoanalitico. Le altre due sono il quadro teorico e i presupposti epistemici”.²⁸ Sono tuttavia convinto che oggi sia necessaria anche una quarta strada per completare il progetto di una psicoanalisi “scientifica” e questa non può che essere la metodologia della ricerca. Infatti, e spero di averlo comunicato adeguatamente, la psicoanalisi non ha nulla da temere da un approccio evidence based e credo che, anzi, possa dare un contributo originale tanto nei contenuti quanto nei metodi.

²⁸ Minolli M., Lo specifico del metodo psicoanalitico, in *Ricerca Psicoanalitica - Rivista di Psicoterapia Psicoanalitica*, Anno I – n. 1 – 1990, p. 23.

Bibliografia

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.

Albarella C., Petrelli D. (a cura di) (1997), *Controtransfert e relazione analitica*, Liguori, Napoli.

Alexander F., French T.M. *et al.* (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: Alexander F., La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101.

Amadei G., Tronconi A., Giustino G. (1998), La misurazione della Funzione Riflessiva: Il Manuale di Peter Fonagy, Miriam Steele, Howard Steele e Mary Target, in *Ricerca in Psicoterapia*, 1(1).

American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual, American Psychiatric Press, Washington, DC (4th edition); trad. it.(1995) DSMIV - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

Anderson T., Strupp H. H. (1996), The ecology of psychotherapy research, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 776-82.

Arlow J.A., Brenner C. (1990), The psychoanalytic process, in *Psychoanalytic Quarterly*, 59, pp. 678-92.

Aron L., *A meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*, 1996, The Analytic Press, Inc., Hillsdale, New Jersey, USA, trad. it. *Menti che si incontrano*, 2004, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Baranger M, Baranger W. (1966), Insight and the analytic situation, In *Psychoanalysis in the Americas*, R. Litman, International Universities Press, New York, pp. 56-72; trad. it. (1990), *L'insight nella situazione analitica*, in *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Cortina, Milano.

Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H. & Cohen D.J. (1993), *Understanding other minds: Perspective from autism*, University Press, Oxford.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery G. (1979), Cognitive therapy of depression, Guilford Press, New York, trad. it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Torino: Boringhieri, 1987.

Benedek L.V. (1992), The mental activity of the psychoanalyst, in *Psychotherapy Research*, 2, pp. 63-72.

Benjamin L. S. (1974), Structural analysis of social behavior, in *Psychological Bulletin*, 81, pp. 392-425

Bion W.R. (1962), *Learning from Experience*, William Heinemann Medical Books, London; trad. it. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.

Bridgman P.W., trad. it., *La critica operativa della scienza*. Ed. Boringhieri, Torino (1969).

Brown H.I., *Perception, Theory and Commitment. The New Philosophy of science*, Precedent Publishing, 1977; trad. it. *La nuova filosofia della scienza*, Bari, Laterza, 1984.

Brunswick E., *Systematic and Representative Design of Psychological Experiments*, Berkeley, University of California Press, 1947, p. 185.

Brusa L. (1994). La ricerca sull'efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche: metodologia e risultati. *Lettera XVIII, Percorsi bibliografici in psichiatria*, Ottobre 1994: 125-170, Milano: Istituto "Mario Negri".

Buzzoni M., *Operazionismo ed ermeneutica. Saggio sullo statuto epistemologico della psicoanalisi*, Milano, Franco Angeli, 1989.

Capozzi R., La possibilità come metodo della ragione – La logica dell'analogia nelle scienze sociali, in *InterConoscenza – Rivista di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*, Volume 2 – Numero 1 – Gennaio-Aprile 2004, pp. 1-155.

Capozzi R., Strumenti di valutazione in psicoterapia: l'indice di cambiamento terapeutico e l'indice di percezione dei sintomi, in *InterConoscenza – Rivista di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*, Volume 3 – Numero 2 – Maggio-Agosto 2005, pp. 10-18.

Cecchini A., *L'interpretazione psicoanalitica; aspetti epistemologici e metodologici*, Il Segnalibro, Torino, 1990.

Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. (Eds.), Major theories of personality disorder; Guilford Press, New York, (1996); trad. it.(1997) *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*, Cortina Editore, Milano.

Coates, S. W. (1998), Having a mind of one's own and holding the other in Mind: Commentary on paper by Peter Fonagy and Mary Target. *Psychoanalytic Dialogues*, 8:115-148.

Conte M. & Dazzi N., a cura di (1988). *La verifica empirica in psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino.

Copi I., Introduction to Logic, New York, The Mcmillan Company, 1960. Trad. it. *Introduzione alla logica*, Il Mulino, Bologna, 1964, pp. 271-315

Corbetta P., *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*, pp. 43-255, Il Mulino, Bologna, 1992.

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

Crits-Christoph P., Demorest A. & Connolly M.B. (1990), Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy, in *Psychotherapy*, 27, pp. 513-21.

Crits-Christoph P., Barber J.P. e Kurcias J.S. (1993), The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance, in "*Psychotherapy Research*, 3, pp. 25-35.

Crits-Christoph P., Demorest A., Muenz L.R. & Baranackie K. (1994), Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy, in *Journal of Personality*, 62, pp. 499-526.

Crits-Christoph P. (1998), Il nucleo interpersonale della psicoterapia, in *Ricerca in Psicoterapia*, 1,(1), pp. 7-28.

Denzin N. K., Lincoln Y. S. (a cura di) (2000), *Handbook of qualitative research*, 2nd ed., Sage, Thousand Oaks.

Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di) (1998), *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.

Edelson M., *Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis*, Chicago, The University of Chicago Press, 1984; trad. it. *Ipotesi e prova nella psicoanalisi*, Roma, Astrolabio, 1986.

Elliot J. (1991), Five dimensions of therapy process, in *Psychotherapy Research*, 1, pp. 92-103.

Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.

Etchegoyen R.O. (1986), *Los fundamentos de la tecnica psicoanalitica*. Amorrortu Editores, Buenos Aires; trad. it. (1990), *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.

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

Farrell B.A., *The Standing of Psychoanalysis*, London, Oxford University Press, 1981; trad. it. *I fondamenti della psicoanalisi*, Bari, Laterza, 1983.

Fava E., Pazzi E., Arduini L., Masserini C., Lammoglia M., Landra S., Pazzaglia P., Carta I. (1998), Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti, in «*Ricerca in Psicoterapia*», 1, pp. 324-43.

Focchi M., *Il cambiamento in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

Fonagy P., Steele H., Moran G., Higgitt A. (1991), The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, in *Infant Mental Health Journal*, 13, pp. 200-17.

Fonagy, P. & Target, M. (1996), Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Internat. J. Psycho-Anal.* 77:217-233.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0*, for Application to Adult Attachment Interviews . London: University College London.

Friedman L. (1988) *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988, trad. it. in: *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993, cap. 4.

Freud S., (1937), *Costruzioni nell'analisi*, in Opere di Sigmund Freud, vol. XI, pp. 541-556, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1976.

Gill M., Hoffman I.Z. (1982), A method for studying aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy, in *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 30, pp. 137-216.

Gottschalk L., Winget C., Gleser G. (1969), *Manual of instructions for using the Gottschalk-Gleser content analysis scales*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles.

Grünbaum A., *Epistemological liabilities of the clinical appraisal of psychoanalytic theory*; trad. it. *Le difficoltà epistemologiche della valutazione clinica della teoria psicoanalitica*, in Conte M. - Dazzi N. (a cura di), *La verifica empirica in psicoanalisi*, Bologna, Il Mulino, 1988, pagg. 65-141.

Henry W.P., Strupp H.H., Schacht T.E. & Gaston L. (1994), *Psychodynamic approaches*, in Bergin A.E. & Garfield S.L. (Eds.), *Hand-book of psychotherapy and behavior change*, pp. 467-508, John Wiley, New York.

Hill C. E., Thompson B. J., Nutt-Williams E. (1997), *A guide to conducting consensual qualitative research*, in *Counseling Psychologist*, 25, pp. 517-72.

Hoglund P. (1993), *Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length*, in *American Journal of Psychotherapy*, 47, pp. 494-507.

Horowitz L., Gabbard G., Allen J., Frieswyk S., Colson D., Newsom G., Coyne L. (1996), *Psicoterapia su misura*; trad. it. (1988) Raffaello Cortina Editore, Milano.

Horvath A.O., Symonds B.D. (1991), *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*, in *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-49.

Klerman G.L., Weissman IM.M., Rounsaville B.J. & Chevron E.S. (1984), *Interpersonal psychotherapy of depression*, Basic Books, New York.

Kuhn Th. S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1978.

Kuhnlein I. (1999), *Psychotherapy as a process of transformation: the analysis of post therapeutic autobiographical narrations*, in *Psychotherapy Research*, 9, pp. 274-88.

Langs R. (1976), *The bipersonal field*, Jason Aronson, New York.

Lieberz K., Porsch U. (1997), *Countertransference in schizoid disorders*, in *Psychother-Psychosom-Med- Psychol.*, 47 (2), pp. 46-51.

Liotti, G., *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma, NIS, 1994.

Little M. (1951), *Countertransference and the Patient's Response to it*, in "International Journal of Psychoanalysis", 32, pp. 32-40; trad. it. (1994), Il controtransfert e la risposta del paziente a esso, in Verso l'unità fondamentale, Astrolabio, Roma.

Luborsky L. (1977), *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme*, in Freedman N. & Grand S. (Eds.), Communicative structures and psychic structures, pp. 367-95, Plenum Press, New York.

Luborsky L., Mc Lellan A.T., Woody G.E., O'Brien C.P., Auerbach A. (1985), Therapist success and its determinants, in *Archives General of Psychiatry* 42, pp. 602-11.

Luborsky L., Crits-Cristoph P., Mintz J., Auerbach A. (1988), *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*, Basic Books, New York.

Luborsky L. (1984), *Principles of psychoanalytic psychotherapy A manual for supportive-expression treatment*, Basic Books, New York.

Luborsky L., Crits-Cristoph P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference: The CCRT Method*. Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Luborsky L. (1990a), trad. it. (1992) *Convergenza tra le osservazioni di Freud sul transfert e la dimostrazione con il CCRT*, in L. Luborsky, P. Crits-Cristoph (a cura di), *Capire il transfert*, Raffaello Cortina editore, Milano, pp. 303-21.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Target M. (1994), The theory and practice of resilience, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, pp. 231-57.

Fonagy P. et al. (1995), *Attachment, the Reflective Self and borderline states*, in Goldberg S. et al., *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspective*, The Analytic Press, Hillsdale, N.J.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Target M. (1997), *Reflective-Functioning Manual Version 4.1*, University College London, London.

Levenson, E. (1983), *The Ambiguity of Change* Northvale: Jason Aronson. Trad. it., *L'ambiguità del cambiamento* Roma: Astrolabio, 1985.

Main M., (1991), *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs (incoherent) multiple models of attachment: findings and directions for future research*, in Marris E, Stevenson-Hinde J. & Parkes

C.(Editors), Attachment across the life cycle, (pp. 127-159). London: Routledge.

Mazzucchelli A., Ritorto F. (1996), La ricerca in psicoterapia: alleanza terapeutica e suoi strumenti di misura, in *Psicoterapia*, 2, (4), pp. 109-13.

McLeod J. (2000), *Qualitative research in counselling and psychotherapy*, Sage, London.

McMullen L.M., Pr Conway J.B. (1997), Dominance and nurturance in the narratives told by clients in psychotherapy, in *Psychotherapy Research*, 7, pp. 83-99.

McWilliams N., *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process.* (1994) The Guilford Press – New York, London. Trad. it., 1999, *La Diagnosi Psicoanalitica, Struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma

Meltzer D. (1967), *The psychoanalytic process.* Heinemann, London; trad. it. (1971) *Il processo psicoanalitico*, Editore Armando Armando, Roma.

Mergenthaler E. (1998), I patterns di Emozione- Astrazione nei trascritti delle verbalizzazioni: un nuovo approccio per la descrizione dei processi in psicoterapia. in *Psicoterapia* 4. (12), pp. 26-38.

Minolli M., *Lo specifico del metodo psicoanalitico*, in *Ricerca Psicoanalitica - Rivista di Psicoterapia Psicoanalitica*, Anno I – n. 1 – 1990.

Mitchell S., *Relational Concepts in Psychoanalysis.* 1988, An Integration. Harvard University Press, Cambridge, (Mass.) – London, trad. it., *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

Mitchell S., *Hope and Dread in Psychoanalysis*, 1993, Basic Books, New York, trad. it. 1995, *Speranza e timore in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Morton, J., Frith U., (1995), *Casual modelling: a structural approach to developmental psychopathology*, in Cicchetti D., Cohen D., *Developmental Psychopathology: theory and methods*, Wiley, New York.

Normandine L., Bouchard M.A. (1993), The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference, in *Psychotherapy Research*, 3, (2), pp. 77-94.

Notturmo M.A. - McHugh P.R., *La teoria psicoanalitica è realmente falsificabile?* in *Psicoanalisi: obiezioni e risposte*, Roma, Armando, 1988.

Perrez M., *La psicoanalisi: una scienza?* Città Nuova Editrice, 1972.

Piaget J., Garcia R., trad it. 1985, *Psicogenesi e storia delle scienze*, Garzanti Editore, Milano.

Perry J.C., Cooper S.H. (1989), An empirical study of defense mechanisms: 1. Clinical interview and life vignette ratings, in *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 444-52.

Piper W., Debbane G.E., DE Carufel A. (1987), A Sistem For Differentiating Therapist Interpretations From Other Interventions, in *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, (6), pp. 532-50.

Piper W.E., Joyce A.S., McCallum M. & Azim H.F.A. (1993), Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 586-95.

Polanyi M., *La conoscenza personale*, Milano, Rusconi, 1990.

Popper K.R., *The Logic of Scientific Discovery*, London, Hutchinson, 1959; trad. it. *Logica della scoperta scientifica*, Torino, Einaudi, 1970.

Popper K.R., in *The Philosophy of Rudolf Carnap*, a cura di P.A. Schilpp, La Salle, Open Court e London, Cambridge University Press, 1963; trad. it. *La demarcazione fra scienza e metafisica*, in *Congetture e confutazioni*, Bologna, Il Mulino, 1972, pagg. 431-498.

Rapaport D., *Struttura della teoria psicoanalitica*, Torino, Bollati Boringhieri, 1969 (ed. orig. *The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematizing Attempt*, New York, International Universities Press, 1960).

Racher H.A. (1968), *Tranference and Countertransference*, International Universities Press, New York; trad. it. (1970) *Transfert e Controtransfert - Studi sulla tecnica psicoanalitica*, Armando, Roma.

Rennie D. L. (1992), *The client's experience of psychotherapy*, in S. Toukmanian S., Rennie D., (a cura di) *Psychotherapy process research: Paradigmatic and Narrative Approaches*, Sage, Newbury Park.

Repetti P., a cura di (1985). *L'anima e il compasso. Saggi su psicoanalisi e metodo scientifico*. Roma, Theoria

Ricolfi L. (1997) (a cura di), *La ricerca qualitativa*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Rinaldi L., (1990) – Verità storica e psicoanalisi -, *Rivista di psicoanalisi*, XXXVI, 3: 561-606.

Rosenbloom S. (1998), The complexities and pitfalls of working with the countertransference, in *Psychoanalytic Quarterly*, 67 (2), pp. 256-75.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Roth A, Fonagy P. *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press 1996. Traduzione italiana a cura di Michele Tansella. *Psicoterapia e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1997.

Schwartz D.P., Struttura intrapsichica e interazione, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, n. 4-1994, Franco Angeli, Milano.

Safran J.D., Segal Z.V. (1990), *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano.

Semerari A., Carcione A., Falcone M., Nicolò G., (2001) *È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia*, in Sistemi intelligenti Rivista quadrimestrale di scienze cognitive e di intelligenza artificiale, numero 1, aprile, pp. 189-208, Il Mulino, Bologna.

Sherwood Waldron Jr. ,1997, How can we study the efficacy of psychoanalysis? A point of view., *The Psychoanalytic Quarterly*, 66: 283-322

Silberschatz G., Fretter P. & Curtis J. (1986), How do interpretations influence the process of psychotherapy?, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 646-52.

Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

Spence D.P. (1993), *Traditional Case Studies and Prescriptions for Improving Them*, In Nancy E., Miller, Luborsky L., Barber J.P., Docherty J.P. (a cura di), *Psychodynamic Treatment Research*, Basic Books, New York, pp. 37-52; trad. it. (1997) Ferrario B., Basile R., Freni S. (a cura di) Studi tradizionali di casi clinici e indicazioni per migliorarli, in *Psicoterapia*, 8, pp. 29-42.

Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australian Psychiatry*, 11(3), 278-281.

Stiles W.B. & Shapiro D.A. (1994), Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 942-48.

Strachey, J., The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis, in “International Journal of Psychoanalysis” vol. 15, 127-159, 1934, trad. it. In La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 1974, 20: 92-126 e in “Quaderni Milanesi di Psicoanalisi”, NN. 6-7-8-9, 1995-96.

Wallerstein R. (1975), *Psychoanalysis and psychotherapy: Practice, theory and research*, International Universities, New York.

Wallerstein R.S. (1990), Foreword, in L. Luborsky, P. Crits-Cristoph (a cura di) *Understanding transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Prefazione*, in *Capire il transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Weinryb R.M., Rössel R.J. (1991), Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, Supplementum n. 363; trad. it. (1993) Karolinska Psychodynamic Profile, in *Psichiatria e Psicoterapia Psicoanalitica*, 12, pp. 85-114.

Weiss J., Sampson H., *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*, the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), Guilford, New York.