

Leigh McCullough¹

Ricerca Psicoanalitica, 2004, Anno XV, n. 1, pp. 75-90.

Il passato e il futuro della ricerca²

La traduzione dall'inglese è di Maria Pia Roggero. La revisione della traduzione è di F. Osimo.

SOMMARIO

Il presente contributo è centrato sugli apporti della ricerca empirica utili alla validazione della psicoterapia e, in particolar modo, sulla verifica del modello di psicoterapia breve integrato e regolatore dell'ansia (START). Ricordando che gli studi sull'esito hanno verificato l'efficacia delle psicoterapie in generale, l'A. si sofferma sugli studi sul processo, sui fattori terapeutici comuni, con particolare riferimento alle meta-analisi della ricerca empirica sui fattori di cambiamento presenti nello START.

SUMMARY

Research past and future

Outcome research has established that psychotherapy is, in general, effective. This issue is focused on research support for the model of Short-Term Dynamic Psychotherapy (START). The A. emphasizes research support of mechanisms of change, outcomes, common factors, defence restructuring, and affect restructuring. An outline on the future and future directions concludes the subject.

Riguardo agli studi sul risultato, il guadagno maggiore raggiunto negli ultimi 25 anni dalla prassi clinica e dalla ricerca è stato stabilire che la psicoterapia è efficace. Più oltre discuterò con maggior dettagli il panorama delle ricerche sui risultati.

Quando cominciai a fare ricerca in psicoterapia non esistevano misure standard ampiamente condivise. Ne erano state proposte alcune (Waskow e Parloff, 1975), come per es. la scala di valutazione del dolore di Target, la SCL-90, la scala di adattamento sociale di Weissman, ma esse sono cambiate col tempo e le proposte sugli strumenti di misurazione degli esiti non sono mai state accettate su larga scala.

Attualmente è vivo il dibattito su come integrare le varie misurazioni per ricavarne una misura del cambiamento complessivo.

Un altro contributo importante è costituito dai manuali per il training in psicoterapia per i differenti indirizzi psicoterapeutici, come il cognitivo o l'interpersonale. Abbiamo appena completato due manuali di psicoterapia dinamica breve: McCullough, Kuhn et al. (2003a) e McCullough, Kuhn et al. (2003b). Manuali di questo tipo, che precisano il modello terapeutico impiegato, permettono di controllare più efficacemente il disegno sperimentale.

Importanti passi avanti sono stati effettuati anche nella ricerca sul processo, argomento, che tratterò in seguito. Vorrei sin d'ora premettere però che in questo ambito sono stati già identificati i fattori comuni e

¹ Professore Associato di Psichiatria alla Harvard Medical School di Boston e all'Università della Scienza e della Tecnica di Trondheim (Norvegia), direttore del Programma di Ricerca in Psicoterapia presso la HMS.

² Questo articolo si basa su un'intervista di F. Osimo a L. McCullough, integrata da apporti tratti da contributi pubblicati dall'A. (McCullough Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003).

sono stati sviluppati alcuni metodi di misurazione: ad esempio ho sviluppato la scala ATOS (McCullough et al., 2000; 2003b; Osimo et al., 1998). Ma solo alcuni di questi metodi di misurazione del processo hanno avuto un'ampia attendibilità e una validità riconosciuta, cosicché la strada da percorrere è ancora lunga.

Dove dobbiamo dirigerci per il futuro

Ora che è stato stabilito che la psicoterapia è generalmente efficace, è ampiamente riconosciuto che rimangono tre punti fondamentali da chiarire:

- *perché* la psicoterapia è efficace: ciò mette in campo la ricerca sul processo, all'interno della quale poter individuare i meccanismi di cambiamento;
- *come* questi cambiamenti sono codificati a livello neuronale (usando tecniche che permettono la visualizzazione delle immagini anatomo-funzionali del cervello, per dimostrare che i cambiamenti comportamentali sono correlati a cambiamenti neuronali, cosa che contribuirà ad accreditare la ricerca in psicoterapia nel campo delle scienze naturali);
- *come* istruire i terapeuti a fare ciò che è più efficace (dal momento che i terapeuti tendono a evitare proprio quei processi che sembrano contribuire maggiormente al cambiamento, ad esempio l'esporsi alle emozioni).

Innanzitutto si deve premettere che la ricerca sul processo è ai suoi albori e che incontra diversi ostacoli che occorre superare. Per studiare i processi in psicoterapia è necessario un gran numero di sedute filmate e registrate. (Ciò implica studi clinici, della durata di circa 10 anni con gruppi di circa 25-30 pazienti per ciascun tipo di terapia presa in esame, mentre gli studi farmacologici durano 2-3 mesi, con campioni di migliaia di pazienti).

Abbiamo effettivamente cominciato a raccogliere materiale clinico di terapie videoregistrate (STDP, CBT e DBT) a Trondheim in Norvegia, anche se è un impegno notevole istruire ricercatori sulle misurazioni da effettuare (ancora non ben definite) per codificare migliaia di ore di videoregistrazioni. Queste procedure in corso, richiederanno ancora 5 o 10 anni prima di poter produrre risultati tali da permettere di pronunciarsi adeguatamente riguardo a quali siano i processi di cambiamento più efficaci. Per avere un'idea del nostro modo di procedere in tale direzione, si veda il sito www.jakobsladder.com.

In secondo luogo le tecniche che permettono la visualizzazione degli effetti della psicoterapia sul cervello sono di recente acquisizione. Studi recenti stanno cercando di identificare quali regioni del cervello sono coinvolte nei cambiamenti, dal momento che ci sono disturbi differenti che coinvolgono differenti regioni del cervello. Baxter (1992) ha trovato che si verificava un calo dell'attivazione nel nucleo caudato in casi di DOC che erano migliorati dopo aver fatto una terapia comportamentale e, pur essendo questo un caso particolare, è degno di notevole interesse.

Nella mia ricerca sulla visualizzazione delle immagini cerebrali a Harvard, sto cercando di stabilire quali regioni cerebrali potrebbero mostrare cambiamenti in risposta a un modello più complesso di psicoterapia breve centrata sull'affetto. Non mi aspetto che verrà identificata una singola struttura, ma piuttosto spostamenti di attivazione nella rete neurale, anche se ci vorranno anni prima che ciò possa essere stabilito.

Da ultimo, e questo è l'aspetto per me più interessante, esiste un progetto di ricerca su come insegnare ai terapeuti a utilizzare ciò che la ricerca dimostra essere maggiormente efficace nel tempo più breve possibile (naturalmente a seconda dei bisogni di ogni specifico paziente).

Quelli che seguono sono alcuni dei problemi che, in base alla osservazione delle sedute videoregistrate, ho incontrato più frequentemente:

- confusione rispetto all'obiettivo sul quale concentrare l'attività terapeutica;
- resistenza a coinvolgersi intensamente nell'esperienza emozionale;

- ambivalenza riguardo al grado di attività e coinvolgimento da assumere;
- mancanza di cognizioni su come curare i deficit nella struttura del sé;
- incompetenza riguardo alla costruzione di un profondo senso di connessione ed alleanza terapeutica.

Spero di vivere abbastanza a lungo da assistere al raggiungimento di tali obiettivi!

La ricerca e le prospettive future

Si è detto innumerevoli volte che la pratica clinica procede indipendentemente dalla ricerca.

Ritengo un fatto molto positivo che il modello di psicoterapia breve integrato e regolatore dell'ansia (START) rappresenti un'eccezione. Infatti questo modello di trattamento è stato sviluppato e ripetutamente revisionato proprio alla luce delle osservazioni cliniche e dei risultati della ricerca.

Lo START si basa sull'imponente lavoro di Malan e dei suoi colleghi, a testimonianza di 50 anni di studio della "scienza psicodinamica" applicata alla psicoterapia breve.

Questo modello, che fa ancora riferimento agli aspetti fondamentali del modello di Malan dei due triangoli e ad altri aspetti basilari, è cresciuto ulteriormente grazie agli studi clinici condotti dal 1982 al 1990 al Beth Israel Medical Center di New York, a uno studio clinico effettuato dal 1988 al 1999 presso l'università di Trondheim in Norvegia (che confrontava lo START con il modello cognitivo-esperienziale) e, infine, a una ricerca in corso alla Harvard Medical School su uno studio intensivo di casi singoli.

Lo START si basa sulla premessa che la condotta disfunzionale di una persona può essere compresa come un tentativo di proteggere il sé (*difesa*), per evitare l'esperienza e l'espressione di sentimenti (*emozioni adattive*) che però vengono evitati perché intollerabili a causa dell'ansia o di altre emozioni conflittuali che suscitano (*emozioni inibitorie* come ad esempio vergogna, colpa, paura, timore del rifiuto, ecc.).

Per modificare questi modelli di comportamento disfunzionali, la persona deve riconoscerli come difensivi, sentirsi motivata a modificarli, identificare le emozioni negate, provarle in seduta e imparare ad esprimerle a livello interpersonale secondo modalità nuove e più funzionali, il che comporta una modificazione del senso del sé in relazione agli altri.

Quindi, se noi siamo in grado di riformulare teoricamente queste modalità disfunzionali in termini di *fobia delle emozioni* (cioè timore della propria risposta emotiva a causa dei vissuti conflittuali ad essa associati), potremo utilizzare interventi la cui utilità terapeutica nel trattamento delle fobie è già stata sperimentalmente dimostrata: essi consistono soprattutto nell'impiego dell'esposizione alle emozioni conflittuali seguita dalla prevenzione della risposta (di evitamento difensivo). In questo modo, benché il trattamento abbia una struttura sostanzialmente psicodinamica (cioè basata sull'analisi delle difese che bloccano i sentimenti conflittuali) esso si avvale dell'impiego di tecniche comportamentali allo scopo di accelerare il processo terapeutico e di risposta, allo scopo di raggiungere una sistematica desensibilizzazione delle emozioni temute, ma adattive. Scopo della terapia è la riduzione rapida dei sintomi e l'evoluzione in senso adattivo dei casi di disturbo di personalità di lunga durata.

Risultati generali della ricerca in psicoterapia

Anni fa, Morris Parloff (1984) sostenne che l'efficacia della psicoterapia era stata dimostrata con "monotona regolarità". Oggi, dopo centinaia di ricerche e svariati studi meta-analitici, la dimostrazione dell'efficacia della psicoterapia resta un dato acquisito. Le psicoterapie in generale hanno effetti che sono sia statisticamente che clinicamente significativi. Lambert e Bergin sottolineano che "la psicoterapia favorisce la remissione dei sintomi... e spesso fornisce strategie e metodi ulteriori e più efficaci per far fronte a problemi futuri" (1994, p. 180).

Infatti la persona che ha effettuato un trattamento risulta superiore nelle prestazioni rispetto all'80% del campione non trattato (Ibid., p. 144). Tuttavia gli autori sono attenti nel notare che *non tutti* migliorano in modo soddisfacente. L'effetto medio della psicoterapia è di 1,0 Unità di Deviazione Standard, ed è quindi ampiamente significativo in base agli standard di Cohen (1977). Tale dimensione di cambiamento (*effect size*) supera la dimensione media degli effetti di 9 mesi di apprendimento della lettura nella scuola elementare (D.S. = 0,67) o di un trattamento con farmaci antidepressivi (D.S. = 0,41-0,80).

Perciò, asserisce Lambert, "la dimensione degli effetti delle psicoterapie risulta tipicamente altrettanto o maggiormente significativa di quella prodotta da altri metodi impiegati in ambito medico o educativo" (Lambert, Bergin, 1994, p. 147).

Tuttavia il confronto tra un'ampia varietà di modelli terapeutici rivela che le differenze di risultato tra le varie forme di terapia non sono così evidenti come ci si potrebbe aspettare.

Le ricerche che hanno attribuito risultati superiori alla terapia cognitiva o alla comportamentale sono limitati. Perciò nessuna forma di psicoterapia risulta *sostanzialmente* migliore di un'altra, anche se i pazienti trattati con la psicoterapia mostrano dei miglioramenti superiori a quelli prodotti da situazioni di simil-terapia o dal placebo. Anche quando gli effetti della psicoterapia vengono confrontati con il trattamento farmacologico, risultano essere paragonabili o migliori.

Si può dunque affermare che il risultato della psicoterapia in generale è un dato acquisito che si è consolidato nel tempo e che, in confronto agli studi clinici di 10 o 20 anni fa, gli effetti sono migliorati, in media, da 2/3 a 1,0 unità di deviazione standard .

Sostegno fornito dalla ricerca alla START (terapia breve a regolazione dell'ansia)

1) Studi di processo

La vasta rassegna fatta da Orlinsky e colleghi (1994) di più di 2300 dati forniti da ricerche empiriche, mette in primo piano alcune variabili di processo che si dimostrano significativamente correlate ai risultati: "Queste includono, tra le altre, la qualità della relazione terapeutica, l'abilità del terapeuta, la cooperazione del paziente al posto della resistenza, l'apertura affettiva del paziente anziché la messa in atto di strategie difensive e la durata del trattamento (Orlinsky, Grawe, Parks, 1994, p. 364). Gli studi di processo sulla psicoterapia breve (vedi più oltre) facevano parte di tale rassegna e i nostri dati circa gli effetti delle difese, degli affetti e della relazione paziente-terapeuta sugli esiti della psicoterapia erano in linea con quelli analoghi prodotti da altri gruppi di ricerca. Pertanto la rassegna di Orlinsky conforta l'efficacia dei processi terapeutici utilizzati dalla START.

2) Fattori comuni presenti nella START

È stato ipotizzato che terapie differenti abbiano al loro interno *fattori terapeutici comuni* (fattori aspecifici), anche quando tali fattori di cambiamento non sono riportati esplicitamente nella teoria del cambiamento propria di un certo modello: ciò è vero anche per vari modelli di terapia breve.

La ricerca dimostra in modo sostanziale che i fattori comuni ai vari trattamenti sono responsabili di una quota elevata del miglioramento finale.

Lambert e Bergin (1994) sollecitano i terapeuti a includere questi fattori comuni nei loro modelli terapeutici. Essi si possono raggruppare in tre categorie:

- fattori di supporto (es. rassicurazione, contenimento, abilità del terapeuta, riduzione dell'isolamento)
- fattori di apprendimento (es. consigli, esperienza emozionale, esperienza emozionale correttiva, feedback, insight, cambiamento delle aspettative)

- fattori di azione e comportamento (es. padronanza, capacità di affrontare le paure, di assumere il rischio, duttilità, realizzazione).

Ho intenzionalmente inserito tutti questi fattori comuni nel mio modello. Per esempio i fattori di supporto presenti nella START comprendono le tecniche di *validazione* dei comportamenti difensivi, la *regolazione* dell'ansia in tutto l'arco del trattamento e l'*atteggiamento aperto ed empatico* del terapeuta nella relazione reale.

I fattori di apprendimento comprendono l'insegnare ai pazienti ad identificare modelli difensivi, a dare nome agli affetti, a notare le conseguenze negative delle difese, a distinguere tra funzione difensiva e funzione adattiva dei sentimenti, ad esprimere le emozioni in modo adattivo e a vedere sé stessi e gli altri in modo diverso.

I fattori di azione comprendono l'esposizione ripetuta a situazioni ed esperienze conflittuali fonte di paura. Le estese ricerche di Barlow e colleghi (1988, 1993) sostengono l'importanza di tale esposizione. Essi ipotizzano che: "...il dato più rilevante che emerge dalla teoria delle emozioni è che la modificazione dei disturbi emozionali dipende strettamente dalla diretta modificazione della tendenza all'azione ad essi associata. Il sorriso, il motto di spirito le espressioni facciali associate che vengono indotte durante un'ingiunzione paradossale riuscita (Frankl, 1960), una tecnica usata proficuamente per contrastare la paura e l'ansia (cfr. Asher, 1980), potrebbero risultare efficaci non già, come spesso si sostiene, perché portano a una modificazione degli assunti di base sul sé, ma perché sono in grado di *prevenire* le risposte comportamentali (ivi comprese le espressioni facciali) associate alla paura e all'ansia e di *sostituirle* con tendenze all'azione associate ad emozioni diverse" (Barlow, 1988, p. 312).

Tale richiamo all'esperienza emozionale di chiara marca cognitiva, dimostra che ci stiamo muovendo verso un modello di psicoterapia più unificato. Perciò il modello START, come altri modelli di terapia breve, ha integrato molti di questi fattori comuni che si sono dimostrati validi.

3) *Primo trial clinico: il "Brief Psychotherapy Research Program" del Beth Israel di New York*

L'efficacia della psicoterapia dinamica breve per i disturbi di personalità in asse II, gruppo C, è stato dimostrato dal primo trial clinico controllato e randomizzato che sia stato portato a termine (Winston et al., 1991; 1993).

Sono stati esaminati due modelli di trattamento dinamico breve: uno di essi si basa sul confronto molto attivo delle difese dalle emozioni, mentre l'altro si basa di più sul chiarimento delle difese e meno sul confronto. I risultati mostrarono una variazione media di 1,0 unità di deviazione standard sulle scale di esito (D.S. = 0,97) dopo 40 sedute di psicoterapia breve intensiva. Non furono rilevate differenze significative tra i gruppi.

Tali esiti positivi rivestono notevole importanza, perché riguardano un gruppo di pazienti difficili, affetti da disturbi di personalità che generalmente non rispondono ai trattamenti. Al follow-up di un anno e mezzo, non soltanto tali esiti positivi persistevano, ma fu anche registrato un leggero miglioramento (Winston et al., 1993).

4) *Secondo trial clinico: università di Trondheim, Norvegia*

Un secondo *trial* clinico controllato e randomizzato è stato effettuato presso il dipartimento di psichiatria dell'università di Trondheim in Norvegia. Si tratta di uno studio sperimentale comparativo, basato su una serie di misurazioni ripetute processo-esito, che mette a confronto questo modello regolatore dell'ansia (START) con la terapia cognitiva (TC). 50 pazienti selezionati in base ai criteri del DSM-III-R per disturbi di personalità del gruppo C (cioè evitante, dipendente, ossessivo, aggressivo-passivo e auto-sabotante) sono stati casualmente attribuiti o alla START o alla TC, in entrambi i casi con un numero

fisso di 40 sedute. I risultati relativi al termine del trattamento e al *follow-up* di 2 anni (Svartberg, Stiles, Seltzer, 2003) furono simili a quelli del Beth Israel: furono riscontrati notevoli miglioramenti in ambedue i gruppi, ma non differenze significative tra loro.

Questa ricerca sta proseguendo con l'esame dei processi e dei meccanismi di cambiamento presenti in ciascuna forma di trattamento.

5) *Ricerca empirica a sostegno della ristrutturazione delle difese*

Negli anni '80 una serie di studi, supervisionati dall'autore, hanno esaminato l'ipotesi sostenuta da Davanloo (1980), in base alla quale il confronto, come tipo d'intervento adottato dal terapeuta con il paziente, dovrebbe condurre a un abbassamento delle difese e ad un incremento della risposta emozionale, migliorando gli esiti.

Tuttavia, i risultati non convalidano questa ipotesi. Infatti in numerosi studi si è dimostrato che le difese venivano modificate maggiormente da metodi *supportivi, empatici ed esplicativi*, piuttosto che da quelli confrontativi (Salerno et al., 1992; Makynen, 1992; Joseph, 1988).

Decidemmo allora di prendere in esame l'interazione paziente-terapeuta dalla prospettiva opposta. Joseph (1988), confrontò la probabilità che un determinato intervento del terapeuta (ad es. domanda, chiarimento, confronto, sostegno, interpretazione, parlare di sé, ecc.) precedesse una risposta di tipo emozionale, rispetto alla probabilità che precedesse una risposta di tipo difensivo. La nostra ipotesi era che il confronto avrebbe prodotto una proporzione significativamente più elevata di risposte di tipo emozionale. Ma Makynen (1992) e Salerno et al. (1992) dimostrarono che, fra tutti gli otto tipi di intervento considerati, era il confronto a produrre la proporzione più elevata di comportamenti difensivi, fornendo ulteriore sostegno a quanto già scoperto da Joseph (1988). Il chiarimento risultò invece l'unica variabile significativamente correlata alle emozioni. A quanto sembra l'ascolto attento da parte del terapeuta e il rispecchiamento delle sue parole preparava il paziente a rispondere in modo meno difensivo, più aperto ed emotivamente partecipe.

Questi risultati ci portarono a mettere radicalmente in discussione la posizione in base alla quale le tecniche che provocano ansia siano il metodo migliore o l'unico per modificare le difese. La nostra tendenza, in qualità di clinici, a tornare indietro e essere più empatici, è stata convalidata da questi studi. Salerno (1992) dimostrò che le frequenze totali più elevate di interventi transferali di confronto delle difese transferali, *non erano, come avevamo ipotizzato, predittive di esiti di miglioramento*.

In uno studio successivo Makynen (1992) prese ulteriormente in esame le confrontazioni che duravano parecchi minuti, nell'ipotesi che tale confronto prolungato riuscisse a "penetrare" le difese.

Tuttavia, contraddicendo ancora le aspettative, anche questa tecnica *non* si rivelò predittiva di miglioramento. Lo studio di Makynen fu un valido contributo alla nostra crescente consapevolezza del bisogno di una procedura graduale ed empatica per ottenere il riconoscimento e la rinuncia alle difese.

Nel corso dell'esplorazione sperimentale dei dati, si poté anche rilevare che, quando gli interventi di confronto venivano fatti dal terapeuta *in una tonalità supportiva ed empatica* (Foote, 1989), aumentava la probabilità sia di risposta emozionale da parte del paziente, sia di punteggi più elevati di alleanza terapeutica (soprattutto con i pazienti a basso funzionamento globale e più "difficili"), sia infine di un esito migliore. Infatti i pazienti sembravano più capaci di assumere le informazioni dolorose veicolate dalla confrontazione, quando quest'ultima si accompagnava a un atteggiamento di comprensione o di cura.

6) *Ricerca empirica a sostegno della ristrutturazione dell'affetto*

Vi sono due ricerche empiriche che confortano l'importanza di concentrarsi sull'esperienza affettiva.

Uno studio di McCullough, Winston, Farber e altri (1991) ha dimostrato che la risposta emozionale del paziente alle interpretazioni di transfert predice in modo significativo un miglioramento di esito ($DS=0,55$).

La validità di tale correlazione è rafforzata dal fatto che le interpretazioni transferali che suscitavano una risposta affettiva erano molto poche (su 64 sedute esaminate è stato registrato un totale di 61, cioè meno di una *a seduta*. Nessuna risposta di questo tipo fu invece registrata nei 4 casi con gli esiti peggiori. Questo risultato suggeriva che le emozioni che emergono dopo le interpretazioni della relazione paziente-analista producono un miglioramento.

Il secondo studio su un campione di 16 pazienti con disturbo di personalità (Tauke, McCullough, Winston, Pollack e Flegenheimer, 1990) dimostrò che il rapporto emozioni espresse/difese espresse era predittivo di miglioramento (più elevato era il valore di tale rapporto all'interno delle sedute, più elevato risultava il miglioramento nel risultato). I pazienti all'inizio mostravano una media di una risposta affettiva ogni 5 risposte difensive. Al termine, i 5 pazienti con esito migliore avevano una media di 1 risposta affettiva ogni 2 risposte difensive. Mentre i 5 pazienti con esito più modesto non mostrarono nessun cambiamento rispetto al rapporto di 1/5 tra risposte affettive e difensive mostrato all'inizio. Questo studio quindi fornisce un diretto sostegno allo schema concettuale di Malan e alla nostra ipotesi che la diminuzione delle risposte difensive rispetto a quelle affettive contribuisce a un miglioramento nel risultato.

7) *L'osservazione di sedute videoregistrate*

L'analisi di centinaia di ore di sedute videoregistrate ha messo in evidenza alcune modalità ricorrenti che risultavano di ostacolo al progresso della terapia.

Queste ripetute osservazioni cliniche insieme agli studi discussi più avanti, portarono a modificare l'approccio confrontativo di Davanloo (1980), sostituendo al confronto interventi di chiarimento e di supporto per assistere il paziente nella difficile assimilazione dell'analisi delle difese e dell'esperienza delle emozioni (McCullough, 1991; Laikin, Winston, McCullough, 1991; McCullough, Batchelder, Bullitt, 1988). Sia i comportamenti difensivi che quelli emotivi venivano resi più affrontabili regolando (cioè riportando entro limiti normali) l'ansia ad essi collegata, la colpa, la vergogna o il dolore che colpisce i pazienti con disturbi di personalità e che in modo ricorrente impedisce il progredire della terapia (McCullough et al., 1988).

Tecniche che derivano da diversi orientamenti sono state incluse nelle varie fasi del modello terapeutico (START), per intensificare *l'esposizione del paziente agli obiettivi specifici del trattamento, accrescendo in tal modo la capacità del paziente di padroneggiarli*.

Questo modello si sforza di arrivare a una sua standardizzazione basandola *sugli obiettivi piuttosto che sugli interventi*, perché:

- la definizione degli obiettivi rende esplicite le singole finalità del trattamento e fornisce al terapeuta riferimenti utili ad organizzare il vasto e complesso materiale clinico;
- concentrarsi sugli obiettivi permette al terapeuta una certa flessibilità su *come* raggiungere questi obiettivi con l'uso dell'abilità e dell'intuizione clinica, oltre ai metodi suggeriti. È stato dimostrato (Hoglund, Heyerdahl, 1994) che l'adesione troppo rigida a interventi dettati dai manuali si traduce in una modesta correlazione negativa all'esito ($DS = 0,10$);
- la definizione degli obiettivi permette il confronto con altri trattamenti che cercano di raggiungere obiettivi simili (cioè psicoterapie psicodinamiche a breve e a lungo termine), ma che possono usare interventi molto differenti (ad es. le libere associazioni al posto della forte attività del terapeuta o lo sviluppo di una nevrosi di transfert invece dell'esposizione all'esperienza emozionale);
- le esperienze cliniche e il sostegno della ricerca come descritto qui di seguito.

8) *La scala del raggiungimento degli obiettivi terapeutici (ATOS)*

È in corso una ricerca per esaminare la possibilità di valutare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici

tramite l'uso della scala ATOS (McCullough, Meyer, Cui, Andrews, Kuhn, 2000), che valuta lungo un range da 1 a 100 il livello di raggiungimento di ciascuno degli obiettivi.

Gli obiettivi includono il grado di riconoscimento delle difese da parte del paziente, l'intensità del proposito di volerle abbandonare, il grado di intensità della esperienza emozionale, la capacità di esprimere desideri e bisogni a livello interpersonale, come pure il grado di disfunzionalità delle rappresentazioni interne di sé o degli altri.

L'identificazione di obiettivi specifici e la misurazione di quanto un terapeuta riesca ad aiutare il paziente a raggiungerli, costituisce un metodo nuovo che permette di valutare l'aderenza del terapeuta al modello terapeutico adottato e la sua competenza nell'applicarlo.

Futuri sviluppi

La terapia breve a regolazione dell'ansia (START) è un modello *empiricamente verificabile* che si è dimostrato capace di modificare tratti del carattere disfunzionali e stabilizzati nel tempo.

La prossima fase della ricerca consisterà nell'esaminare sperimentalmente i processi specifici di cambiamento. In prospettiva ci aspettiamo che alcune parti di questo modello saranno riconfermate e altre cambieranno. Gli elementi secondo noi più probabilmente destinati a rimanere sono gli obiettivi terapeutici, cioè la ristrutturazione delle difese, degli affetti e delle relazioni, tramite la regolazione dell'ansia e delle emozioni conflittuali.

Questi obiettivi traggono origine dagli assunti originari di Freud. Malan (1976; 1979) ne ha identificato l'essenza, rendendo possibile tradurli in operazioni cliniche, che Mc Cullough Vaillant (1997) ha successivamente integrato con elementi derivati da altri orientamenti. La nostra previsione è che il "principio universale della psicoterapia psicodinamica" enunciato da Malan, vale a dire che le difese e l'ansia bloccano i sentimenti reali verso sé stessi e gli altri, continuerà a resistere nel tempo. Riteniamo invece che gli interventi che ci permettono il raggiungimento di questi obiettivi, evolveranno e cambieranno come risultato di un processo continuo di ricerca.

Uno sguardo al futuro, ci può far soffermare sui seguenti punti riguardanti la ricerca e il training.

- Disegni sperimentali tipo single-case

Numerose ricerche cliniche hanno dimostrato che la psicoterapia funziona, ma solo ora si sta cominciando a capire come funziona. Perciò esiste un reale bisogno di esaminare il trattamento specifico di ogni singolo paziente attraverso la verifica empirica applicata a singoli casi. Nei decenni a venire abbiamo bisogno non di centinaia, ma di migliaia di casi analizzati provenienti da tutti i paesi, studiati con questi metodi e in modo standardizzato, in modo da poter dettagliare i meccanismi di cambiamento.

- Adattamento del formato terapeutico al paziente

A questo proposito è, ad esempio, necessario poter iniziare a quantificare almeno approssimativamente qual è il numero minimo di sedute necessario a raggiungere una determinata finalità terapeutica. Un altro aspetto essenziale consiste nell'arrivare a determinare con quali pazienti è più rapida ed efficace una terapia solo ambulatoriale e con quali, invece, risulta più rapida ed efficace una breve ospedalizzazione, seguita da un trattamento di supporto e di riabilitazione. Ci sono valide ragioni per ritenere che il soggiorno in un idoneo ambiente comunitario possa costituire un supporto capace di assistere e sostenere il cambiamento del carattere.

- Videoregistrazione delle sedute

Tutta la nostra ricerca è basata sull'analisi di sedute videoregistrate che sono una grande risorsa anche per il lavoro clinico. Ci auguriamo che ottenere il consenso dei pazienti possa diventare una prassi invalsa (come avviene in chirurgia o negli allenamenti sportivi). La videoregistrazione permette al terapeuta (come all'allenatore sportivo) di capire quale sia la sequenzialità effettiva con cui si verificano gli eventi terapeutici

significativi. La visione delle sedute videoregistrate è un modo efficiente e poco costoso per rendere più pregnante l'esperienza terapeutica per il paziente e permette sia al terapeuta che al paziente di assimilare più pienamente il contenuto emozionale della terapia che inizialmente può risultare eccessivamente intenso. Questo tipo di documentazione permette inoltre una supervisione di qualità, perché mostra in presa diretta invece che raccontare. Infine la videoregistrazione assicura protezione al terapeuta (da azioni legali promosse dal paziente sulla base di una deformazione dei fatti) e anche al paziente (garantendo implicitamente che il terapeuta permette che il suo lavoro sia riesaminato).

- *Standard di addestramento per i piloti*

Prima che a un pilota venga affidato il compito di condurre effettivamente un aereo, vengono richieste centinaia di ore di pratica di volo simulato, mentre gli psicoterapeuti all'inizio del loro lavoro hanno purtroppo raramente la possibilità di fare questo tipo di esperienza prima di vedere il primo paziente. Speriamo che i criteri evolveranno nella direzione della partecipazione attiva a sedute videoregistrate, non assistendo passivamente, ma codificando gli eventi significativi e anticipando le risposte circa i successivi passi da effettuare.

- *Visualizzazione cerebrale degli esiti terapeutici*

Anche i recenti sviluppi della neurobiologia e della tecnologia neurologica sono una grande potenzialità per la ricerca in psicoterapia. Un'importante testimonianza è la dimostrazione di Baxter (1992) riguardante la velocità del metabolismo del glucosio nel nucleo caudato che si modifica sia dopo somministrazione di farmaci che con la terapia comportamentale nei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. Nel nostro programma di ricerca a Harvard stiamo sviluppando dei metodi per misurare le funzioni cerebrali prima e dopo la psicoterapia, per approfondire la comprensione di come le reti neurali possano modificarsi costantemente per effetto della terapia, in specie di un modello centrato sull'affetto. Anche se c'è ancora molto lavoro da fare, questi importanti sviluppi ci stanno portando in una nuova era nella quale la ricerca in psicoterapia potrebbe essere inserita in quella fase dello sviluppo scientifico che Kuhn ha definito "scienza normale" (Kuhn, 1970).

BIBLIOGRAFIA

- Anderson E. M., Lambert M. J. (1995) *Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis* Clinical Psychology Review, 15, 6: 503-514.
- Asher L. (1980) *Paradoxical intention* in A. Goldstein, E. B. Foa *Handbook of behavioral interventions: a clinical guide* Wiley, New York.
- Barlow D. H. (1988) *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* Guilford Press, New York.
- Baxter L. R. (1992) *Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder* Psychiatric Clinics of North America, 15: 871-884.
- Davanloo H. (a cura di) (1980) *Short-term dynamic psychotherapy* Jason Aronson, New York.
- Foote J. (1989) *Interpersonal context and patient change episodes* New York University, May, 1989. Dissertation Abstracts International, 51.
- Frankl V. E. (1960) *Paradoxical intention: a logotherapeutic technique* American Journal of Psychotherapy, 14: 520-535.
- Høglend P., Heyerdahl E. (1994) *The circumscribed focus in intensive brief dynamic psychotherapy* Psychotherapy and Psychosomatics, 61: 163-170.
- Joseph C. (1988) *Antecedents to transference interpretation in short-term psychodynamic psychotherapy* Doctoral dissertation, Rutgers University. Dissertation Abstracts International, 50-04B.
- Kuhn T. (1970) *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* trad. it., Einaudi, Torino, 1978.
- Laikin M., Winston A., McCullough L. (1991) *Short-term dynamic psychotherapy* in Crits-Cristoph J. Barber *Handbook of brief dynamic therapies* Basic Books, New York.
- Lambert M., Bergin A. E. (1994) *The effectiveness of psychotherapy* in A. E. Bergin, S. L. Garfield *Handbook of psychotherapy and behavior change* John Wiley, New York, 4th ed.

- Makynen A. (1992) *The effects of continued confrontation on patient affective and defensive response* Columbia University Teachers' College, May, 1992. Dissertation Abstracts International, 54.
- Malan D. M. (1976) *The frontier of brief psychotherapy* Plenum, New York.
- Malan D. M. (1979) *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics* Butterworth, London.
- Malan D. M., Osimo F. (1992) *Psychodynamics, training, and outcome in brief psychotherapy* Butterworth-Heinemann Ltd., London.
- McCullough L., Bachelder S., Bullitt C. (1988) *Intensive content and process analysis of transference interpretations and the effects on outcome* Relazione presentata a: The twenty-first annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.
- McCullough L. (1991) *Psychotherapy interaction coding system manual: The PIC System* Social & Behavioral Science Documents, 18, 2: 50.
- McCullough L., Winston A., Farber B., Porter F., Pollack J., Laikin M., Vingiano W., Trujillo, M. (1991) *The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy* Psychotherapy, 28, 4: 525-533.
- McCullough Vaillant, L. (1997) *Changing character* Basic Books, New York.
- McCullough Vaillant L., Meyer S., Cui X. J., Andrews S., Kuhn N. (2000) *The achievement of therapeutic objectives scale manual (ATOS)*. The Study for Adult Development Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis Street, Boston, MA 02115.
- McCullough L., Kuhn N., Andrews S., et al. (2003a) *Treating affect phobia: a manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* Guilford Press.
- McCullough L., Kuhn N., Andrews S., Valen J., Hatch D., Osimo F. (2003b) *The reliability of the Achievement of Therapeutic Objectives (ATOS) Scale: a research and teaching tool for psychotherapy* Journal of Brief Therapy (December 2003, in corso di stampa)
- Orlinsky D. E., Grawe K., Parks B. (1994) *Process and outcome of psychotherapy - Noch Einmal*. in A. E. Bergin, S. L. Garfield *Handbook of psychotherapy and behavior change* Fourth Edition, John Wiley & Sons, New York.
- Osimo F., Merlo A., Arduini L., Landra S., Fava E., Masserini C., Carta I., Pazzaglia P., (1998) *ATOS: Achievement of Therapeutic Objectives Scale*. *Ricerca in Psicoterapia* (Review of the Italian Section of the Society for Psychotherapy Research), 5, 2: 153-166.
- Osimo F. (2001) *Parole, emozioni e videotape. Manuale di psicoterapia breve dinamico-esperienziale (PBD-E)* Franco Angeli, Milano.
- Parloff M. (1984) *Psychotherapy research and its incredible credibility crisis* Clinical Psychology Review, 4: 95-109.
- Salerno M., Farber B., McCullough L., Winston A., Trujillo M. (1992) *The effects of confrontation and clarification on patient affective and defensive responding* Psychotherapy Research, 2, 3: 181-192.
- Sifneos P.E. (1979) *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique* Plenum, New York.
- Svartberg M., Stiles T. (1999) *The results of the Trondheim psychotherapy research study comparing short-term dynamic and cognitive therapies* Relazione presentata a: The Society for Psychotherapy Research Annual Convention, Braga Portugal (in corso di stampa).
- Svartberg M., Stiles T., Seltzer H. (due 2003) *Effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders: a randomized controlled trial* Archives of General Psychiatry.
- Taurke E., McCullough L., Winston A., Pollack J., Flegenheimer W. (1990). *Change in affect-defense ratio from early to late sessions in relation to outcome* Journal of Clinical Psychology; 46, 5: 657-668.
- Winston A., Laikin M., Pollack J., et al. (1994) *Short-term psychotherapy of personality disorders* American Journal of Psychiatry, 151: 190-194.
- Winston A., McCullough L., Trujillo M., et al. (1991) *Brief psychotherapy of personality disorders* Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 4: 188-193.