

tutta evidenza differenze di risultati psicologici in ragione dell'azione intermedia dei « fattori non specifici », se si ammette con EYSENCK (8) che il tempo (con tutto ciò che implica il termine; si veda più oltre) è il fattore in causa.

Poiché è difficile, anzi impossibile, dal punto di vista morale, far aspettare più di qualche mese i pazienti che hanno bisogno di terapia (anche se per EYSENCK (8) si tratta solo di una questione di principio poiché l'effetto della psicoterapia non è dimostrata), questo metodo dell'« own control design » al pari delle prove di comparazione che hanno bisogno di utilizzare un « gruppo di attesa », non si può applicare che alle psicoterapie relativamente brevi. Il vantaggio di questo metodo dell'« own control design » sta nella somiglianza esistente tra i soggetti di controllo e i soggetti dell'esperimento; questa tecnica tuttavia si presta alla fondamentale critica di EYSENCK (8), il quale afferma che il soggetto che va a consultarsi è in crisi, che la consultazione stigmatizza il suo scompenso psicologico, e che da quel momento si spegne la remissione spontanea del suo stato.

Per alcuni autori quali STEVENSON (53) il 40-60 % dei nevrotici migliorano e « guariscono » spontaneamente.

Per CAPPON (5) il 75 % ricadono in questo caso, e per EYSENCK (8), il 72 % dei nevrotici vanno incontro, nel giro di qualche anno, ad una remissione spontanea, percentuale questa che non è, secondo lui, mai superata se i malati subiscono psicoterapie verbali (al contrario, la behavior-therapy, se ci si attiene al criterio relativamente poco esigente della scomparsa del sintomo, assicura

guarigioni per una percentuale almeno del 90 %).

Per quell'autore i miglioramenti registrati col metodo dell'« own control design » non sarebbero per niente dovuti agli effetti del trattamento ma a remissioni spontanee (infatti si può pensare che la velocità di remissione si accelera in maniera esponenziale in funzione del tempo, e che i miglioramenti più spettacolari si registrano dopo il periodo di attesa, cioè, precisamente, al momento in cui viene instaurata la terapia).

Occorrerebbe conoscere meglio la storia naturale delle nevrosi (e quindi ammettere la legittimità di un tale termine per poter predire, partendo dall'osservazione dello stato dei malati in « gruppo di attesa », quale sarà la loro evoluzione in assenza di qualsiasi terapia. Se una tale evoluzione « naturale » è completamente modificata al momento di intraprendere la terapia, sarebbe così ben dimostrata l'efficacia del trattamento. Un tale modo di approccio sembrerebbe pertanto più complesso poiché niente prova che la remissione spontanea si produca in egual modo nelle varie affezioni nevrotiche come anche che essa, per un certo disturbo, avvenga nello stesso modo in due individui diversi.

Ma ai metodi comparativi, come anche al metodo dell'« own control design », può essere indirizzata una critica più globale: si tratta di rimettere in questione il concetto stesso di gruppo di attesa.

a) Prima di tutto, alcuni autori hanno attirato l'attenzione dei ricercatori sulla difficoltà pratica di costituire un « gruppo di attesa ». Infatti lo smarrimento psico-

logico di alcuni malati è tale che qualsiasi ritardo nel dar atto alla terapia sembra loro impossibile; certe diserzioni si spiegherebbero allora con il fatto che questi malati desiderano trovare un immediato ed efficace aiuto. Ma poiché esso va costituito da soggetti in attesa di una terapia ulteriore o da un gruppo di soggetti comparabili a quelli che iniziano parallelamente un trattamento psicoterapeutico, il concetto stesso di gruppo d'attesa deve essere guardato alla luce di un certo numero di critiche fondamentali.

b) *La motivazione dei soggetti che costituiscono il « gruppo di attesa ».* L'attenzione deve essere portata sul fatto che questo gruppo non è un vero gruppo di attesa o, più esattamente, un gruppo d'attesa *puro*. I soggetti vengono testati a regolari intervalli; sanno di essere oggetto di un'attenzione, senza dubbio periodica, ma sostenuta, da parte dei medici. Sono sia in « pre-trattamento », sia in « quasi-trattamento ». GOLDSTEIN (42) ha dimostrato che esiste una relazione significativa tra il desiderio di guarigione di questi malati e il grado di remissione spontanea della sintomatologia. Con SHIPMAN (43) è stato ugualmente stabilito che la speranza del paziente di vedere prodursi la riduzione del sintomo sotto l'influenza della terapia è positivamente e direttamente legata all'intensità del sintomo (prima della terapia) e influenza sia la fiducia che il malato può avere nel servizio che sta per assumerlo in trattamento che il suo bisogno di riceverlo. Gli stessi autori hanno posto in evidenza, infine, che il livello di atteggiamento favorevole del terapeuta nei riguardi della psicoterapia (in generale ed

in particolare) è in diretta e positiva correlazione con il grado della riduzione del sintomo del malato.

BARRON e LEARY hanno sottoposto al M.M.P.I. 127 pazienti nevrotici, prima e dopo la terapia (8 mesi) e 23 malati in « gruppo d'attesa » (a 7 mesi di distanza). Tra i risultati dei soggetti dei due gruppi che migliorano parallelamente, non è stata constatata nessuna differenza. FRIEDMAN (41) ha distribuito un questionario tendente a stabilire un bilancio dei sintomi sgradevoli (« discomfort schedule ») ad un gruppo di 43 nevrotici, per tre volte di seguito nello spazio di un'ora (misura di base). Ha poi ridato lo stesso questionario da compilare immediatamente prima e immediatamente dopo la prima seduta di psicoterapia, specificando bene che essi dovevano descrivere il loro stato attuale. I pazienti che hanno un livello positivo di attesa e di speranza di guarigione (« expectancy ») tendono a presentare un netto miglioramento dei sintomi di cui si lamentano al momento del primo contatto terapeutico, significativo ( $p < 0,05$ ) in raffronto a quello che si osserva nei soggetti che alla partenza si rivelano meno « ottimisti ». Ancora, bisognerebbe sapere se questo spettacolare miglioramento soggettivo si mantenga poi a lungo.

Anche se i risultati che noi abbiamo segnalato probabilmente rivelano l'esistenza di complessi meccanismi, è certo che l'appartenenza ad un « gruppo d'attesa » per alcuni malati particolarmente motivati costituisce una vera terapia relativamente specifica, comparabile alla placeboterapia della sperimentazione farmacologica.

c) *Le remissioni spontanee.* In altri individui che non risentono del fatto di appartenere ad un « gruppo d'attesa » come equivalente di un trattamento, diversi avvenimenti della vita di ogni giorno possono portare alla remissione spontanea al di fuori di ogni terapia. Il sopravvenire nella vita del paziente di nuovi modi di comportamento imposti dalle circostanze esterne o di nuovi contatti interpersonali, oppure la desensibilizzazione delle esperienze dolorose per associazione alle « ricompense » o ai « rinforzi » sono tutti fattori suscettibili di portare col tempo reali miglioramenti (STEVENSON, 53). Per la maggior parte dei soggetti che compongono un « gruppo d'attesa » quando si tratta di una sperimentazione basata sullo schema dell'« own control design », alcuni di questi fattori possono intervenire simultaneamente. È stato infatti dimostrato che negli USA, dopo la crisi economica del 1930, lo stato psicologico dei soggetti, trattati o non, progrediva parallelamente al miglioramento della congiuntura economica (CARTWRIGHT, 33). In studi di questo genere, fattori come la guerra che colpiscono la grande maggioranza dei soggetti di una popolazione, o come le sessioni di esame nel caso degli studenti, devono essere messe in conto per l'interpretazione dei risultati.

Recentemente SAENGER (21) ha attirato l'attenzione dei ricercatori sulla possibile influenza di fattori sociologici sui meccanismi di remissione spontanea. Ha studiato 305 soggetti che presentavano disturbi psichiatrici ma che non erano stati presi in trattamento. Ha potuto constatare che la remissione spontanea dei sintomi depressivi si aveva più spesso

in individui di classe sociale media che in soggetti di classe sociale inferiore e che l'adattamento del comportamento (« functioning ») — ma non la sintomatologia — più spesso migliora nei soggetti che al momento di una crisi psicologica non consultano il medico che non per quelli che lo consultano.

Lo stesso autore ha ricordato che i soggetti la cui prognosi di guarigione è positiva hanno le stesse possibilità di remissione con o senza trattamento, mentre i soggetti la cui prognosi è cattiva migliorano nettamente di più per l'influenza di una terapia, che non nel caso di assenza di un qualsiasi intervento. E così se si tratta di giovani, la maturazione neurologica e psicologica può aumentare durante il periodo di attesa e proseguire durante la terapia costituendo così la vera causa dei cambiamenti constatati a livello dell'equilibrio della personalità. Tali argomenti rifiutano l'obiezione di MALAN: « perché tutti i soggetti migliorano spontaneamente? ».

Tali condizioni sono appunto in linea con l'ipotesi di RACHMAN (48) che considera certi avvenimenti dell'esistenza come rinforzi ed assimila le remissioni spontanee nel caso delle nevrosi a degli « apprendimenti latenti » in tecniche di condizionamento operante.

d) *La preesistente personalità del malato.* N. e J. ENDICOTT (37) hanno studiato per sei mesi 40 pazienti in attesa di psicoterapia tramite 12 valutazioni cliniche (« clinical ratings ») del M.M.P.I. e del Rorschach. I soggetti che migliorano spontaneamente presentano le seguenti caratteristiche: il grado di depressione e di ostilità è significativamente

più basso di quello presentato dai soggetti che non migliorano; la misura della stima di sé, della forza dell'io, dell'adattamento alla realtà sono più alte di quelle degli altri, i loro risultati nella scala F e Pa del M.M.P.I. sono le più basse; il numero totale di risposte e il numero di risposte FC nel Rorschach sono numerose.

Ma accanto a certe reali remissioni spontanee dovute, in effetti, sia all'intervento di circostanze esteriori, sia al carattere terapeutico aspecifico della situazione di attesa del trattamento, esistono anche delle *pseudo-remissioni spontanee* attribuibili ad altre cause.

DYMOND (36) ha studiato un « gruppo di attesa » per un periodo di due mesi; mentre tutti i soggetti sembravano identici dal punto di vista sociale, diagnostico e così via, durante tale periodo un certo numero di essi « guariva » spontaneamente, al punto da non desiderare più un trattamento psicoterapeutico. Tutti all'inizio erano stati testati: i risultati nella scala del « self-adjustment » erano divenuti migliori nel caso dei soggetti che « guarivano » spontaneamente, mentre quelli degli altri non si erano modificati che dopo la terapia.

Ma mentre il T.A.T. di soggetti trattati, dopo la terapia risultò considerevolmente migliorato, non fu così per quelli che avevano deciso di lasciare il « gruppo d'attesa » e di rinunciare alla terapia. Il miglioramento non è dunque dello stesso tipo nei soggetti dei due gruppi. Gli individui che migliorano spontaneamente non presentano alcuna profonda riorganizzazione della personalità, non è cambiato nulla a livello dell'inconscio. Il miglioramento non è che il semplice ri-

sultato di un aumento delle difese nevrotiche. Quindi questi soggetti si distinguono dagli altri nelle risposte a certe domande, quali « io mi sento superiore », « non ho bisogno di aiuto » ecc... Non vi è da stupirsi, pertanto, nel constatare che i soggetti che abbandonano il « gruppo di attesa » hanno in quel momento migliorato considerevolmente il loro coefficiente di « self-adjustment » in rapporto a quello che si è potuto registrare al momento della consultazione iniziale.

BLOCK e THOMAS (31) hanno fatto una critica delle convinzioni rogeriane sulla validità di tali misure psicologiche: l'adattamento è in rapporto curvilineare con l'autosoddisfazione, essa stessa legata al controllo di sé. Gli autori suddividono i soggetti in supercontrollati (che in genere in diversi tests producono risultati molto normali, particolarmente risultati « falsamente » nella norma del M.M.P.I.); in ben-controllati e in sotto-controllati.

L'autosoddisfazione diminuisce regolarmente dal primo fino al terzo gruppo. Il soggetto super-controllato è quello che lascia il « gruppo di attesa ». Il suo « self-adjustment » è migliorato come probabilmente i risultati che ottiene ai questionari di personalità; solo i tests proiettivi rivelano l'assenza totale di profondo cambiamento a livello della personalità. Vi sarebbe, dunque, modo di predire, tramite studi della personalità, quali sono i soggetti che in un « gruppo di attesa » hanno la possibilità di presentare remissioni spontanee più o meno nevrotiche. Comunque sia, sembra che la tecnica del « gruppo di attesa » sia seriamente soggetta a riserve, sia nel