

metodo dell'« own control design » che nei metodi comparativi.

METODO DI INDUZIONE « ARTIFICIALE »

(« analogue research »)

È citato da COWEN (34) che lo considera come uno degli esempi di ciò che si chiama « experimental analogue » (ROSENTAL e FRANK, 1956). Offre il vantaggio di essere più facilmente controllabile, perché viene in qualche modo, in via sperimentale, artificialmente indotto. Per esempio, si sottomettono ad una batteria di prove psicometriche alcuni soggetti che vengono poi suddivisi in due gruppi, uno di questi gruppi subisce uno stress che mira a creare uno stato di sconforto, di angoscia, confrontabile al sentimento espresso dai malati che consultano il medico (ad esempio, uno sperimentatore dice al soggetto che i risultati al test di Rorschach sono piuttosto preoccupanti). Si tenta di obiettivare l'esistenza degli effetti di questo stress, stabilendo la diminuzione di rendimento negli individui che l'hanno subito in confronto ai soggetti del gruppo di controllo; tale gruppo di volontari, artificialmente stressati in linea sperimentale, viene poi suddiviso in due categorie equivalenti; la prima viene trattata da psicoterapeuti esperti con psicoterapia tradizionale, la seconda invece viene pseudotrattata da psicoterapeuti ugualmente esperti ma che si impegnano molto seriamente ad evitare di instaurare una vera e propria relazione terapeutica; di fatto questi terapeuti non toccano nient'altro che materiale « neutro »,

« inerte » mentre vengono instaurate tutte le apparenze esteriori di un trattamento identico a quello dei soggetti veramente trattati. Dopo un dato intervallo di tempo tutti i soggetti vengono nuovamente sottoposti alla stessa serie di prove loro proposta all'inizio (55). Le differenze dei risultati sono attribuite agli effetti della terapia. Si tratta di analogie sperimentali a livello del terapeuta. In alcune esperienze sono state create analogie a livello del paziente indirizzando attori di teatro a recitare la parte del malato all'insaputa del terapeuta (HELLER, MYERS, KLINE) (44).

Critiche

a) Nessuno ha mai dimostrato che gli stress sperimentalmente indotti fossero identici agli « sconforti, angosce e malesseri psicologici » dei soggetti.

b) Per definizione, lo psicoterapeuta impegnato nel trattamento è consapevole di dover evitare di fare della vera *psicoterapia*. Per quanto egli sia esperto, in che misura non giunge a fare della « controterapia »? O almeno in che misura il desiderio più o meno cosciente, di vedere che questi soggetti resi artificialmente malati non migliorano (o migliorano meno di quelli dell'altro gruppo) non lo conduce ad orientare inconsapevolmente i propri atteggiamenti? Sembra che valga piuttosto la pena di confrontare i risultati terapeutici ottenuti da terapeuti inesperti, per esempio all'inizio della loro formazione, con quelli di terapeuti esperti, giacché è stato stabilito che, indipendentemente dall'orientamento teorico, la percentuale di successo terapeutico è strettamente collegata all'esperienza del terapeuta.

BERGIN (30) ugualmente, cita uno studio di CARTWRIGHT e VOGEL (1960) dove è stato dimostrato che gli psicoterapeuti esperti fanno migliorare i pazienti, mentre quelli inesperti tendono a farli peggiorare. Si può comprendere perché certi studi, spesso intrapresi con la collaborazione di terapeuti aventi una formazione di solo due o tre anni, diano nell'insieme risultati poco concludenti.

Nella sua personale esperienza STRUPP (54), psichiatra di formazione psicoanalitica, ha tuttavia sottolineato che anche le risposte del terapeuta sono in funzione del suo grado di esperienza, del suo orientamento teorico e della sua situazione per quanto riguarda la propria analisi personale. Gli atteggiamenti negativi del terapeuta verso il paziente sarebbero quindi legati ad una diagnosi errata, ad una cattiva prognosi e ad una minore frequenza di sedute terapeutiche.

Dopo FARSON (38) in uno studio riguardante 18 malati trattati con la psicoterapia rogeriana da 6 terapeuti e miranti a determinare l'introiezione dell'immagine del terapeuta da parte del paziente, si è rilevato che sono i terapeuti meno competenti che tentano di indurre nei loro pazienti una certa conformità psicologica alla propria personalità. CARSON ed HEINE (32) hanno sottoposto 60 coppie terapeuta-paziente al M.M.P.I. Hanno calcolato il successo terapeutico con la somiglianza della personalità: il rapporto è curvilineare, ed indica quindi che la somiglianza o la dissomiglianza estrema tra la personalità del paziente e quella del terapeuta com-

promettono il risultato terapeutico.

Queste considerazioni attirano la nostra attenzione sul fatto che certi tentativi di obiettivazione degli effetti delle psicoterapie a partire dallo studio di gruppi di soggetti devono essere intraprese con ancora maggiore prudenza di quanto possa essere per studi che si basano su casi particolari. Nella speranza di trovare una soluzione di tipo « placebo » al problema dei soggetti di controllo in psicoterapia è stato ugualmente proposto di confrontare su gruppi di soggetti nevrotici, precedentemente stimati come equivalenti (campione più o meno appaiato) gli effetti di una psicoterapia e quelli di altre terapie di riferimento, per esempio farmacologica, fisioterapia, o della behavior-therapy (GOLDSTEIN 42). Lo schema sperimentale più valido consisterebbe allora nel confrontare gruppi equivalenti di nevrotici dando per esempio al primo, un trattamento farmacologico ma associato ad una psicoterapia. Si può supporre che i fattori non specifici giochino allo stesso modo nei due casi e che la differenza di risultati osservati sia attribuibile ai soli effetti della psicoterapia.

Sul piano pratico è difficilmente realizzabile la costituzione di gruppi di malati equivalenti e la somministrazione di trattamenti farmacologici esattamente simili (quale è la dose "simile" per malati di sintomatologia e peso differenti?).

Nel caso che tale schema sperimentale fosse possibile bisognerebbe, in ogni modo, disporre di un campione molto esteso per poter accordare qualche credito ai risultati.

METODO DELLA VARIABILE INTRINSECA

(« In-Therapy Variable »)

In questo metodo, per esempio, la profondità delle interpretazioni o l'esperienza del terapeuta, o la frequenza delle sedute, deve essere l'unica variabile differenziale capace di distinguere i trattamenti applicati a due gruppi di nevrotici confrontabili.

CATWRIGHT pensa che se si riesce a provare una differenza nel grado di successo terapeutico fra i due gruppi, viene per ciò stesso stabilita l'efficacia della psicoterapia.

Abbiamo discusso più avanti dell'importanza dell'esperienza del terapeuta, più avanti esamineremo i fattori della durata e della frequenza delle sedute terapeutiche.

Le misurazioni della profondità o della natura delle interpretazioni sono state l'oggetto di interessanti studi sostenuti anche da un sincero desiderio di obiettività (MALAN, 17); si veda più oltre, SPEISMAN (52). Ma la loro applicazione pratica è estremamente delicata.

I METODI PREDITTIVI

Sono largamente usati in altri settori di ricerche psichiatriche e particolarmente in psicosomatica. Per definizione, tali metodi sono il bersaglio delle critiche che possono essere indirizzate agli studi realizzati « a posteriori »: è qui infatti il maggior rimprovero che può essere mosso al notevole lavoro di MALAN, di cui egli stesso, d'altronde, indica tutta la portata.

Infatti, questo procedimento è stato utilizzato da BELLAK (3) che ha registrato circa 50 sedute psicoanalitiche relative a due diversi malati: due analisti dovevano formulare, a posteriori, gli avvenimenti psicodinamici sopravvenuti durante le sedute, mentre altri due dovevano predire ciò che sarebbe avvenuto nel corso delle sedute seguenti. Ogni mese i giudici e i predittori si scambiavano i ruoli. Il coefficiente di correlazione tra le opinioni di chi giudicava e di chi prediceva e quello tra giudice e predittore, si è rivelato poi grandemente positivo.

III. DURATA DELLA TERAPIA E FREQUENZA DELLE SEDUTE

Alcuni autori quali SCHLIEN, MOSAK e DREIKURS (5) hanno dimostrato che il fatto di prevenire il paziente all'inizio della terapia, che il numero delle sedute e il tempo globale del trattamento saranno limitati, può condurre a risultati migliori di quelli che si osservano nei confronti di psicoterapie la cui durata e ritmo non siano stati preventivamente fissati. Essi hanno raffrontato la correlazione fra la descrizione dell'« io » e quella dell'« io ideale » in soggetti normali, in nevrotici componenti un « gruppo di attesa » (3 mesi) e in malati trattati con psicoterapia rogeriana o adleriana. Mentre questa correlazione, in soggetti normali resta costante (ed elevata) per i nevrotici dopo tre mesi di attesa è lo stesso costante (ma bassa), migliora molto significativamente in soggetti che hanno ricevuto una terapia, ma soprattutto in soggetti per i quali il numero delle sedute terapeutiche è stato preventivamente fissato;

non vi è differenza fra i risultati della psicoterapia rogeriana o adleriana, ciò sembrerebbe quindi dimostrare che la limitazione di tempo è più importante del tipo di terapia (dopo un anno è stato praticato per tutti i casi un « re-test »).

Naturalmente va notato che il solo criterio utilizzato è quello della correlazione « self-ideal », con tutte le riserve che questa tecnica impone (v. più avanti il capitolo « Metodi », più oltre, il capitolo « Tecniche »). Per ciò che riguarda l'influenza della durata e della frequenza della psicoterapia su questi risultati, le opinioni degli autori sono contraddittorie. ROSENBAUM (20) (210 malati) e CAPPON (201 malati) non danno alcuna importanza a questi parametri nei confronti di fattori molto più determinanti, il livello socioeconomico del paziente, o il suo precedente migliore adattamento sessuale. Al contrario, IMBER, FRANK NASH, STONE e GLIEDMAN (45) non condividono questa opinione. Se, senza specificare preventivamente al malato il numero di sedute terapeutiche e il tempo di trattamento, si confrontano due gruppi di soggetti, uno che partecipa a sedute più lunghe e più frequenti, l'altro a sedute più brevi e più diradate, ambedue trattati durante lo stesso periodo di tempo, si constata che la terapia intensiva dà risultati migliori.

Gli autori ritengono che il bisogno, la speranza o la certezza della efficacia della psicoterapia (sia da parte del medico che da parte del malato) all'inizio possono anche non esserci, ma crearsi poi durante le prime sedute di psicoterapia intensiva. La motivazione è minore (e così quindi il successo finale della terapia) nei soggetti dell'altro gruppo, a causa

della mancanza di fede dei malati legata al numero relativamente inferiore e alla più breve durata delle sedute.

Uno studio particolarmente interessante è stato registrato da LORR MC NAIR, MILCHAUX e RASKIN (46) concernente l'influenza del rapporto tra la frequenza delle sedute e il tempo globale di terapia sui risultati finali. Gli autori confrontano tra loro gli effetti delle psicoterapie intraprese con un ritmo di due sedute alla settimana, di una o di una ogni 15 giorni. I 133 malati, tutti di sesso maschile, presentano stati nevrotici cronici instauratisi dagli 8 ai 15 anni di età, vengono esaminati dopo quattro mesi, sei mesi, un anno, poi, un « bilancio ulteriore » (« follow-up ») completa le informazioni raccolte. Ogni bilancio comprende l'opinione del terapeuta (rating), quello di un sociologo, quello di uno o più psichiatri esterni e i risultati di una batteria di tests proiettivi: ansietà manifesta di Taylor, forza dell'io (M.M.P.I.), due scale di Guilford-Zimmermann, una lista di sintomi di controllo (Symptoms Check list, in 20 possibili punti) ecc... Il terapeuta deve così dare la sua opinione sulla serietà della malattia e sulla motivazione del paziente; deve compilare una « interpersonal check list » ecc... Il sociologo esprime la sua opinione sull'adattamento del malato dal punto di vista professionale e sociale. I risultati sono sorprendenti: dopo quattro mesi di trattamento non si registra alcuna modificazione in nessun gruppo di malati.

Dopo 8 mesi, la forza dell'io aumenta, il numero e la gravità dei sintomi diminuiscono. Tali risultati sono assolutamente raffrontabili, nei diversi gruppi, qualunque sia la frequenza delle sedute. Bis-