

e del bagno pletismografico restino rigorosamente costanti; l'alcool e i barbiturici sono aggiunti alla lista delle sostanze di disturbo.

Ma a questo lavoro sembra doversi indirizzare una critica metodologica più di fondo: l'autore considera come misura di base la media delle tre misure più basse registrate nel corso del rilassamento e come misura di stress la più alta che sia possibile registrare nel momento in cui lo stress è applicato.

Ecco che appare bene, come una « petizione di principio » o un « ragionamento circolare », di quelli che Eysenck denuncia con violenza. Nulla prova che se si paragonasse il più alto valore registrato nei soggetti in riposo con il più basso ottenuto negli stessi individui nel periodo di stress, non si giungerebbe a delle conclusioni opposte a quelle dell'autore.

Critica dell'utilizzazione dei metodi fisiologici

Queste differenti prove hanno un valore sicuro per valutare le fluttuazioni di certi parametri fisiologici che sono in correlazione con quelli dello stato emozionale dei malati. Esse meritano tanto più credito in quanto si riferiscono a un campione di popolazione più esteso.

Non crediamo che ci se ne possa fidare nei casi individuali, per apprezzare, a posteriori, le modificazioni ipoteticamente sopravvenute, nel senso di un miglioramento o di un aggravamento.

Per di più, se si dispone di un piccolo campione eterogeneo (13, 14, 25, 27), i calcoli statistici spesso si riveleranno

non significativi: la loro interpretazione sarà difficile per il clinico. Infatti, il fatto di diventare più ansiosi per esempio, nel corso o anche alla fine di un terapia, può essere benissimo considerato come un segno di miglioramento nel caso di un paziente apatico, abulico, e che ostenta inizialmente una « bella indifferenza » mentre una modificazione identica può rivestire un significato opposto nel caso di un altro malato. Se queste tecniche sono utilizzate, al contrario, in maniera predittiva, esse possono essere di sicura utilità in una prospettiva d'obiettivazione degli effetti delle psicoterapie.

B) Misure psicologiche

Poiché è impossibile osservare il comportamento del malato durante tutto lo sviluppo di una psicoterapia, « in situ », si ritrovano qui quelle due stesse tendenze che noi abbiamo segnalato discutendo delle prove fisiologiche.

1) *Le tecniche di misura nel corso del colloquio.* MAHL (47) misura l'ansia dei pazienti durante le sedute a partire dagli aspetti espressivi del loro linguaggio. Prende nota delle ripetizioni, balbettamenti, omissioni, lapsus, suoni incoerenti ecc. (senza tener conto degli eh! né degli ah!...). Trova una differenza significativa ($p < 0,0001$) tra i risultati che osserva in un colloquio banale ed in uno ansiogeno.

Altri autori hanno cercato di distinguere le interpretazioni vere dagli interventi non interpretativi (Malan), di misurare la profondità delle interpretazioni (SPEISMAN, 52) o alcuni dei loro aspetti qualitativi (per esempio il legame

tra le interpretazioni di transfert ed una relazione genitoriale: correlazione significativa con il successo del trattamento (Malan). Questo autore ha pure studiato il numero di interpretazioni totale, per ogni seduta, cercando, senza peraltro riuscirvi, di correlarlo con il successo terapeutico. SECHREST (51) attraverso l'impiego di una tecnica di questo genere (35 malati e 11 terapeuti) arriva alla conclusione che l'ipotesi del transfert freudiano (nel quale il malato assimila il terapeuta a suo padre o a sua madre, o a qualcuno della famiglia primitiva) non si verifica, perché il terapeuta è molto spesso assimilato inconsciamente al medico di famiglia o al confessore.

Le critiche che abbiamo indirizzato a tali tecniche estemporanee probabilmente sono meno valide nel campo psicologico che in quello fisiologico. Nonostante, il loro carattere relativamente soggettivo, la rarità dei controlli e delle verifiche di cui esse sono state oggetto, ci obbligano a considerarle, fino a questo momento, come tecniche di utilizzazione aleatoria.

Malan, nel suo studio riguardante gli effetti delle psicoterapie brevi di ispirazione psicoanalitica, emette a posteriori, partendo dagli appunti dei terapeuti, delle formulazioni (in termini psicodinamici) di ciò che è avvenuto nel corso di ciascuna seduta terapeutica. Bellak (lavori riguardanti la cura psicoanalitica) affida a giudici esterni di formulare in termini psicodinamici gli avvenimenti psicologici rilevati nel corso di una seduta di psicoanalisi. Recentemente, AUERBACH, LUBORSKY e JOHNSON (2) hanno insistito sul vantaggio

di confrontare il giudizio del malato, quello del terapeuta e quello di due o tre osservatori indipendenti riguardante « ciò che è avvenuto » nel corso di una serie di sedute terapeutiche (con l'aiuto del Therapy Session Report di Orlinsky e Howard). Secondo questi autori, la verità si deve trovare nella intersezione dei tre punti di vista.

Nei loro lavori, gli osservatori ascoltavano la registrazione di ciascuna seduta terapeutica su nastro magnetico. L'utilizzazione di tali registrazioni, arricchite e perfezionate recentemente dall'introduzione della televisione a circuito chiuso, come l'hanno usata ROGERS (20), BELLAK (3) e DAVIDMAN (26) evidentemente costituisce un passo avanti per l'esigenza di obiettività, dato che i giudici possono così assistere alla seduta e rivederne a piacere dei brani se lo ritengono necessario. Così, le loro opinioni finiscono per essere più « dirette » di quelle che avrebbero dato basandosi sugli appunti dei terapeuti (26, 28).

2) *Bilanci psicologici effettuati a intervalli regolari*

a) Le scale cliniche (« clinical ratings ») che misurano con vari punteggi la variabile clinica da valutare, per opera del terapeuta, di osservatori esterni, di uno psicologo, di un sociologo, e dello stesso malato, conservano tutto il loro interesse per il fatto che lo scopo di una terapia resta pur sempre « quello di aiutare il paziente a sentirsi meglio » (FRANK, 40). Ma, come sottolinea questo stesso autore, bisogna diffidare dalle valutazioni date dal paziente poiché questi troppo spesso tende a rispondere

al desiderio del terapeuta (o al contrario). Naturalmente, deve intendersi che anche le opinioni del terapeuta, vanno prese con cautela. In definitiva, le migliori valutazioni cliniche sono quelle indicate dai giudici esterni.

b) Il « *self-adjustment* » (Q-sotr) o confronto fra la descrizione dell'io ideale (EYSENCKK, 8; ROGERS e DYMOND, 19; SCHLIEN, MOSAK e DREIKURS, 50). Si tratta, senza dubbio, di una tecnica interessante. Per primo, Rogers, nel 1951, aveva dimostrato che, in un gruppo di malati, questo indice era all'inizio dello 0,21 in media, mentre nello stesso gruppo, dopo la terapia, era dello 0,69, più per la modificazione della stima di sé che per il cambiamento della valutazione dell'io ideale.

Non torneremo più sugli appunti fatti nel capitolo dei metodi nei quali attiriamo l'attenzione sulle possibili insidie dell'utilizzazione di questa prova: rapporto curvilineare con l'adattamento, correlazione con il controllo di sé. È ben evidente che un depresso grave può avere una buona correlazione « *self-ideal* » (con valori molto bassi nei due casi) mentre un ambizioso, scarsamente nevrotico, può avere una cattiva correlazione in conseguenza di una esagerazione del livello ideale dell'io.

c) *I tests di personalità*. GILSON, SINDER e RAY (1955, citati da FORD, 39) hanno somministrato il Rorschach, il TAT, il MMPI e l'« *Edwards personal preference* » e il « *Mooney Problem check list* » a 40 malati trattati da 10 terapeuti (confronto di tecniche rogeriane e direttive). Essi hanno cercato di stabilire correlazioni con le valuta-

zioni che venivano date indipendentemente dai malati, dai terapeuti e dagli osservatori. Non ne hanno trovata nessuna ad eccezione di un rapporto fra il numero di parole (al Mooney) utilizzate per descrivere il proprio problema e la resistenza manifestata nel corso della terapia. Contrariamente a questi risultati, ricordiamo che BARRON e LEARY (8) avevano trovato miglioramenti equivalenti dei risultati ottenuti sulle scale cliniche del M.M.P.P., sia nei pazienti presi in terapia che nei soggetti del gruppo di controllo. FORD (39) ugualmente non ha trovato nessuna modificazione nei risultati dei tests di personalità nei soggetti trattati.

Come interpretare questi risultati contraddittori? Qui ancora sembra che i risultati dipendano dal tipo e dall'eterogeneità del campione di popolazione utilizzato. Perché in certe nevrosi del carattere, dopo un trattamento si dovrebbe riscontrare una modificazione nella scala D o AmT del M.M.P.I.? (13, 14, 25, 27).

A sentire lo studio di ENDICOTT e JORTNER (7), lo strumento più fedele e più valido per misurare quantitativamente la depressione è la nota T della scala D del M.M.P.I. In effetti gli autori hanno confrontato le opinioni di due giudici (che esprimevano il grado di depressione dei malati, valutandola clinicamente su una scala di 5 punti) con i risultati ottenuti dagli stessi pazienti (90 ospedalizzati e 40 ambulatoriali) alle prove del Rorschach, TAT, MMPI, disegni di persone, ed altre prove quali il Cattell, Holtzman, ecc.... La correlazione fra le valutazioni cliniche e il risultato alla scala D del M.M.P.I. è di 0,51 sia

con gli ospedalizzati che con gli ambulatoriali. Ora, se la correlazione con la prova delle macchie di inchiostro di Holtzman raggiunge lo 0,55 con gli ambulatoriali, non si alza che allo 0,32 con gli ospedalizzati. Le altre correlazioni sono inferiori a quelle della scala D del M.M.P.I.

Vi è una correlazione debolmente significativa tra i giudizi clinici e la quantità di risposte depressive, il numero di rifiuti, il numero di risposte FC al Rorschach (v. sotto).

d) *I tests proiettivi.* Per FRANCK (28), i tests proiettivi, corretti alla cieca da psicologi esterni, costituiscono la migliore valutazione di una sopravvenuta modificazione della personalità a livello profondo. Ricordiamo, d'altronde, che DYMOND (36) è giunto a mostrare che i soggetti che sono migliorati « spontaneamente » durante il periodo di attesa ed il cui adattamento esistenziale (self-adjustment) è divenuto molto migliore, non presentavano alcuna modificazione nei risultati dei loro tests proiettivi, contrariamente a ciò che è accaduto al termine della terapia nel caso di soggetti trattati.

In conclusione, sembra che si possa concedere a tests così noti, così universalmente riconosciuti e così correttamente verificati dal M.M.P.I. (soprattutto la scala D, AmT ed Es), quali il Rorschach, il T.A.T. o il test di frustrazione di Rozensweig, un credito certo per oggettivare le modificazioni che subentrano a livello della personalità, soprattutto se al posto di lavorare su delle medie di gruppi di soggetti che presentano turbe psicologiche estremamen-

te varie, le utilizzano in modo predittivo in casi individuali.

V

« IL FOLLOW-UP »

Normalmente, il periodo di « follow-up » deve essere equivalente alla durata della terapia, questa stessa identica al periodo di attesa nel metodo dell'own control design. Se si lavora secondo un metodo di confronto, il gruppo di controllo deve essere tenuto sotto sorveglianza durante un periodo equivalente alla somma della durata della terapia e del « follow-up », in principio uguali. Ovviamente, durante il periodo di « follow-up » e durante il periodo sperimentale propriamente detto devono essere somministrate le stesse prove (sia fisiologiche che psicologiche).

In uno studio realizzato da CAPPON (5) (201 pazienti trattati con psicoterapia junghiana), soltanto il 53 % dei malati, e tra essi quelli che più erano migliorati, hanno cercato di sottoporsi a prove di « follow-up ».

Malan, invece (almeno sotto l'aspetto epistolare), ha ottenuto risultati migliori ma riferendosi ad un numero molto inferiore di malati.

A parte i decessi, le emigrazioni, le sconfitte terapeutiche, il motivo più plausibile che spiega tale assenteismo sta nel fatto che l'ex malato, dopo la fine della terapia, si considera definitivamente guarito, e guarda quindi le misure di « follow-up » come una intrusione nel-