

3 Cambiamenti nell' autostima durante la psicoanalisi.¹

3.1 Introduzione

Questa famosa domanda generale nella ricerca in psicoterapia segna il punto di inizio per lo sviluppo di fertili strategie in questa area. Potremmo segnalare, ad esempio, l' indispensabile necessità di condurre ricerche sul processo come parte integrante degli studi sull' esito terapeutico. La strategia di ricerca dell' analisi del caso singolo, che si è sempre più diffusa negli ultimi anni, rappresenta un tentativo di trovare dei modi per rispondere precisamente alla domanda formulata da Paul con la quale abbiamo cominciato. Da una parte, questa strategia è riuscita a soddisfare gli standard metodologici del lavoro empirico nelle scienze sociali, mentre, dall' altra, ha avuto l' effetto di mettere in questione quegli stessi standard di ricerca.

Si troveranno risposte soddisfacenti, che avrebbero in sé utili implicazioni per specifiche strategie di ricerca in casi particolari, nel caso in cui alle caratteristiche peculiari delle singole scuole di terapia non si permetterà di dettare, in modo esclusivo, delle strategie di ricerca così particolari che le scoperte di ricerca non possano neanche venire comunicate al di là dei confini delle singole scuole di terapia, e men che meno essere usate per scopi comparativi in generale. E' quindi necessario intraprendere un' impresa coordinata tra tutti i ricercatori in psicoterapia che credono che sia utile assoggettare l' attività terapeutica alle esigenze di una rigorosa analisi empirica. Un prerequisito necessario per coordinare le strategie di ricerca è l' accordo tra gli esponenti di differenti orientamenti terapeutici riguardo ad un certo numero di concetti centrali che sono visti come significativi per tutti i tipi di terapia coinvolti.

Questi concetti dovrebbero soddisfare due requisiti: dovrebbero essere accettabili e comunicabili in modo indipendente dalle particolari teorie psicoterapeutiche; e dovrebbero tuttavia servire ad incrementare il corpo di conoscenze in particolari scuole. Sebbene questo secondo requisito possa sembrare banale, vogliamo sottolinearlo poiché serve a ridurre l' ansia sul fatto che le qualità particolari di un orientamento individuale possano venire smarrite sullo sfondo di un background concettuale così eclettico. Ciascuna scuola di terapia può, certamente, riservarsi il diritto di interpretare ogni scoperta nei modi consoni ai propri specifici concetti ed ipotesi, e così facendo testare, validare ed espandere il proprio corpo di conoscenza (Luborsky, Spence, 1978).

¹ Inizialmente pubblicato in: Neudert L Grünzig HJ Thomä H (1987) *Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study*. In: Cheshire NM Thomä H (a cura di) *Self, symptoms and psychotherapy*. pp. 243-265 Wiley, Sons New York Chichester. Lo scritto è stato lievemente abbreviato e aggiornato da Horst Kächele.
Trad. it. Manuela Tagliaferri

La realizzazione di questo obiettivo incontra delle difficoltà quando investiga le variabili del terapeuta, poiché le intenzioni del terapeuta e le sue azioni sono dettate al massimo grado dalla teoria, sebbene questo grado sia frequentemente sovrastimato, come è stato mostrato da Glover (1955). Il successivo revival di Farrell di questo problema è stato discusso da Cheshire (1975). Comunque, ci sono tentativi di tradurre le strategie di intervento specifiche per una data scuola in formulazioni indipendenti da particolari scuole (Bastine, 1975). Non diamo qui alcuno spazio agli sforzi acritici di amalgamare le differenti tecniche terapeutiche. D'altra parte, è la più radicale applicazione delle tecniche terapeutiche che più rapidamente ci permette di verificare la relativa efficacia dei differenti metodi.

Lo scopo del presente studio è confinato alle variabili del paziente, che abbiamo investigato nel contesto dell' analisi del caso singolo.

3.2 L' autostima come concetto nella ricerca in psicoterapia

Abbiamo scelto l' autostima come concetto centrale nella ricerca in psicoterapia, nei termini di quanto delineato sopra, ed investigato come questo sia cambiato nel corso di una psicoanalisi. Siamo stati guidati in questa scelta dalle seguenti considerazioni. Nella ricerca sulla personalità degli ultimi anni, l' autostima ed un certo numero di concetti relati ad essa hanno giocato un ruolo sempre più importante, come hanno mostrato Cheshire e Thomä (1987). D'altra parte, come concetto clinico psicoterapeutico nella cornice della ricerca empirica sistematica in psicoterapia, è stato a lungo e grandemente trascurato. Ciononostante, è precisamente questo concetto che può, secondo noi, più prontamente creare collegamenti significativi tra la ricerca sul processo e quella sull' outcome, poiché è una variabile ugualmente rilevante sia per il processo quanto per l' outcome. Se il processo terapeutico viene inteso come una graduale acquisizione di determinati atteggiamenti ed abilità, e se l' outcome viene valutato nei termini del possesso e della disponibilità per l' azione di queste attitudini ed abilità, allora ne risulta che i ricercatori debbano raccogliere informazioni su queste caratteristiche del paziente che sono i riflessi di questo processo di acquisizione e della sua stabilità di outcome. Da qui l' importanza degli studi longitudinali e di follow-up per queste caratteristiche.

Non stiamo proponendo, certamente, che queste siano le uniche variabili valide di investigazione. Al contrario, c' è un certo numero di feconde *variabili di processo* che sono relativamente inutili come criteri per l' outcome: la capacità di creare libere associazioni, ad esempio, che è considerata altamente nel trattamento psicoanalitico e che, di conseguenza, è stata investigata frequentemente dai ricercatori di quell' area (Bellak, 1981, Hölzer et al. 1988); e lo stesso potrebbe essere detto per il concetto di transfert, che è altrettanto centrale per le procedure psicoanalitiche (Graff, Luborsky, 1977; Gill, 1982; Luborsky, Crits-Christoph, 1998). E' essenziale, comunque, essere in grado di definire delle connessioni teoricamente rigorose tra questo genere di variabili e quelli che sono gli indicatori di un outcome positivo, e l' essere in grado di sottoporre tali connessioni ad un test empirico.

Nella costruzione della teoria psicoanalitica, ed anche nella pratica clinica, l' autostima è stata per lungo tempo considerata come un epifenomeno senza grande importanza psicodinamica. Freud usava questo concetto come termine non tanto tecnico, ma in un certo qual modo in maniera colloquiale, sebbene in stretta connessione con l' idea di narcisismo. Egli menziona (Freud 1914) tre fattori che costituiscono l' autostima:

- (1) 'Qualsiasi cosa una persona posseda o ottenga, ogni rimanenza della primitiva sensazione di onnipotenza che l' esperienza abbia confermato';
- (2) il raggiungimento dell' ideale dell' Io che rappresenta il perduto narcisismo infantile;
- (3) la soddisfazione dell' essere amato nel contesto di una scelta d' oggetto narcisistica. L' autostima acquisterà importanza clinica e teorica in connessione con una più ampia diffusione del concetto di narcisismo e della sua formulazione rivisitata (Kohut, 1971, 1977).

Ma, indipendentemente dal suo coinvolgimento con la teoria del narcisismo (e conseguentemente anche con la teoria delle pulsioni), nella psicoanalisi veniva prestata attenzione crescente al Sé e all' autostima, specialmente dal momento in cui la psicologia del Sé poteva essere vista come uno sviluppo della psicologia dell' Io (Dare, Holder, 1981; Thomä, 1980).

Nella "Psicoterapia centrata sul cliente", i concetti di autostima ed autoaccettazione, rispettivamente, sono di maggiore importanza per la teoria della personalità e per la psicoterapia (Rogers, 1951, 1959). Il modello del processo di Rogers assume che il cliente sia sempre più in grado di sviluppare l' autostima attraverso l' incondizionata stima del terapeuta. Essere accettato dagli altri, comunque, non porta direttamente all' autoaccettazione, ma piuttosto crea una atmosfera sicura libera dalla paura. Il cliente può sperimentare, rivalutare e quindi diminuire le incongruenze tra le esperienze ed il concetto di sé in un tale clima senza sentirsi spaventato.

L' aumento nell' autostima a sua volta rende possibile che il cliente integri le esperienze che fino a quel momento non erano correttamente simbolizzate. Cheshire e Thomä (1987) hanno discusso come il concetto di Rogers della 'stima' del terapeuta si riferisca a delle ipotesi specificatamente psicoanalitiche sul funzionamento del transfert e sull' 'alleanza terapeutica'; ed indicano anche come alcune delle assunzioni di Rogers siano state testate empiricamente.

Sebbene il termine *autostima* non appartenga alla terminologia specifica della terapia comportamentale, ci sono, ciononostante, concetti che sono strettamente collegati. Il concetto di Bandura dell'*autoefficacia* (1977) può essere compreso come la consapevolezza dell' essere capace di fare qualcosa e di cambiare le cose e la propria vita, come risultato dell' esperienza delle proprie abilità. Lo stesso Bandura è dell' opinione che una terapia efficace sia caratterizzata in primo luogo dall' abilità del paziente di divenire consapevole della sua capacità di influenzare l' andamento delle cose. Da questo punto di vista, il concetto di *autoefficacia* di Bandura potrebbe essere inteso come la controparte formulata in positivo dell' 'impotenza appresa' di Seligman (1975).

Aggiungiamo a questa cornice clinica un modello, derivato dalla ricerca in psicologia generale sul concetto di Sé, che sembra appropriato per generare ipotesi processuali. Secondo questo modello, deve essere fatta una distinzione tra autostima globale e autostima specifica per tipo di situazione o area. Epstein (1982) si riferisce a differenti sottocategorie che costituiscono l' autostima globale: vale a dire la valutazione della competenza, piacevolezza, amorevolezza, autoapprovazione morale, autoimmagine corporea, potenza e forza di volontà. Queste classificazioni si focalizzano ciascuna sulle caratteristiche della situazione esterna o su diverse qualità soggettive delle emozioni.

Nella nostra ricerca avevamo a nostra disposizione dei dati sulla situazione esterna, ma questi dati erano alterati dalla reazione soggettiva della paziente. Quindi ci siamo astenuti dal separare questi due criteri di classificazione (denominati situazione esterna *versus* qualità soggettiva delle emozioni) e siamo partiti dall' assunto che l' autostima globale è costituita da componenti di autostima derivate da diverse aree di vita e/o aree problematiche. Questa assunzione è conforme al nostro modello di processo terapeutico, secondo il quale le aree problematiche vengono elaborate focalmente una dopo l'altra (Thomä, Kächele, 1987, 1992). Ciononostante, riteniamo prematuro il testare, nel contesto di questa ricerca, i modelli di 'composizione' dell'autostima nella forma abbastanza semplicistica che concettualizza l' autostima globale come somma delle componenti di autostima pesate per la loro importanza soggettiva. Al fine di sviluppare e testare solidi modelli che possano essere utili nella cornice della ricerca in psicoterapia, ci servono dettagliate conoscenze sui contesti interpersonali ed intrapersonali del fenomeno dell' autostima nel processo psicoterapeutico.

Stabilite queste considerazioni teoriche, ci rivolgiamo ora al nostro studio empirico del processo.

3.3 Descrizione del caso ed ipotesi

Questo studio vuole testare delle ipotesi di processo relative ai cambiamenti nell' autostima nel corso di un trattamento psicoanalitico.

3.3.1 Sintomatologia

Descriviamo innanzitutto la situazione di vita generale della paziente e la sintomatologia all' inizio del trattamento. Questi dati assieme alle generali scoperte empiriche circa la sintomatologia hanno portato a delle riflessioni sulla psicodinamica della paziente ed alla derivazione delle ipotesi sul processo.

Nella sua professione di insegnante, la paziente si sente abbastanza competente, ma ciononostante non è in grado di tollerare le rivalità tra colleghi; ha l' impressione che il preside della scuola non la prenda sul serio, e lamenta che non può comportarsi in modo assertivo verso i suoi alunni ed i suoi colleghi. Quando una volta ogni tanto ha

successo, come risultato dei propri interessi e motivazioni, soffre di forti sensi di colpa. Nei suoi processi di presa di decisione si vede dipendente dall' approvazione di figure di potere.

Aggiungiamo a questa descrizione della nostra paziente i risultati di una ricerca che tratta della psicologia delle donne affette da irsutismo idiopatico. Questi risultati provengono da uno studio dayato ma ancora molto utile (Meyer, von Zerssen, 1960; Meyer, 1963).

La combinazione di fattori genetici e delle conseguenze delle reazioni da stress porta ad un incremento del livello di androgeni, che può portare ad irsutismo se viene raggiunto un livello critico. Si pensa che le donne con irsutismo in assenza di una chiara predisposizione genetica, come nel caso della nostra paziente, possano affrontare situazioni di stress solo inadeguatamente. Questa ipotesi è supportata dal fatto che disturbi nevrotici indipendenti dalla sintomatologia dell' irsutismo si presentino molto spesso in queste donne. Sulla base dei loro dati, Meyer e von Zerssen sostengono che la condizione può essere vista come un prodotto di meccanismi psichici riguardanti un desiderio (inconscio) di essere più mascoline.

Da questo punto di vista, le donne irsute sono più spesso considerate come desiderose di essere uomini: gli autori sostengono che l' irsutismo riattivi questi desideri diffusi, e che la maggior parte delle donne psicologicamente disturbate abbiano questi desideri. Come conseguenza dell' irsutismo, molte donne soffrono di una forte difficoltà nel venire accettate, e Meyer distingue tra un decremento nell' accettabilità soggettiva ('posso amarmi come sono?') ed il presunto rifiuto di altre persone ('può un' altra persona amarmi come sono?'). Coerentemente, sottolineiamo queste due considerazioni di Meyer e von Zerssen nella formulazione della nostra ipotesi empirica: (1) l' irsutismo riattiva i desideri di essere un uomo e porta quindi ad una insicurezza nell' identità femminile; (2) le donne con irsutismo soffrono di una seria difficoltà nel venire accettate.

3.3.2 Ipotesi

Nello studio dei cambiamenti nell' autostima nel processo psicoanalitico, siamo interessati specialmente a tre aree. *Primo*, cambiamenti nell' autostima generale e nell' autostima area-specifica come funzione del processo terapeutico. *Secondo*, l' impatto dell' accettazione da parte di importanti persone di riferimento, specialmente lo psicoanalista, per i cambiamenti nell' autostima. *Terzo*, l'identificazione delle condizioni intrapsichiche che sono di ostacolo per un incremento dell' autostima.

Nella formulazione esplicita delle ipotesi, si assume che questi fenomeni possano essere soggetti ad una valutazione oggettiva soltanto quando vengano apertamente verbalizzati dalla paziente. Con tale restrizione stiamo formulando delle ipotesi riguardo i cambiamenti nell' autostima sia generale che area-specifica.

Ipotesi generali

L' autostima di una persona è decisamente dipendente dal suo sentirsi accettata dagli altri significativi (accettazione degli altri). Questa relazione tra autostima e

accettazione degli altri è di fondamentale importanza per determinare il *livello* di autostima, e contribuisce alla effettiva genesi ed al mantenimento dell' autostima. Conseguentemente, la capacità del paziente di sviluppare un' autostima solida nel corso del trattamento terapeutico dipende dalla sua capacità di sperimentare l' accettazione degli altri; e, nel campo del trattamento psicoanalitico, lo psicoanalista è certamente considerato un paradigmatico 'altro significativo' per il paziente. Un trattamento efficace inoltre è riconoscibile da un incremento nell' esperienza di accettazione degli altri, e conseguentemente da un aumento nell' autostima.

Questa accettazione degli altri viene sperimentata prima di tutto nella relazione di transfert. L'esperienza ripetuta di essere accettato in terapia abilita il paziente a mettere in discussione la sua autostima fino a quel momento sfavorevole e negativa. Questo è considerato un prerequisito per le nuove esperienze del paziente al di fuori della terapia, vale a dire quelle che hanno a che fare con il sentirsi accettato dagli altri. La nuova sensazione di essere accettati dagli altri permetterà conseguentemente al paziente di accettarsi.

Tale strategia terapeutica è soprattutto rivolta alla riduzione della discrepanza tra il Sé esperito ed il Sé ideale, e quindi all' aumento di autostima. Oltre a ciò, la psicoterapia deve fornire al paziente sollievo dal suo spaventoso super-Io; e questo può essere ottenuto elaborando le temute conseguenze di quei desideri sessuali ed aggressivi che il paziente considera nel qui ed ora dannose come le considerava nella sua infanzia.

Ipotesi specifiche per area

Ci siamo limitati a tre essenziali aree problematiche per questa paziente: (1) l' area del corpo, della sessualità e dell' identità femminile; (2) l' area della realizzazione e del successo; (3) l' area dell' aggressività e dell' assertività. Le nostre formulazioni legate alla psicodinamica della paziente, ed alla derivazione di ipotesi di processo per ciascuna delle tre aree problematiche sono le seguenti.

3.3.2.1 Area problematica 'corpo, sessualità ed identità femminile'

Considerazioni psicodinamiche

La peluria maschile sul corpo porta ad insicurezze da parte della paziente riguardo la propria identità femminile. Rifiuti reali od immaginati diminuiscono l' autostima della paziente, e ciò è un successivo feedback negativo per il suo atteggiamento verso il proprio corpo e la propria sessualità: di speciale importanza a questo riguardo è la sua anticipazione del rifiuto da parte degli uomini. Così la paziente è destinata a fallire, sia rispetto ad il suo Io ideale, da cui è obbligata ad essere una donna preziosa con una sessualità integrata, sia rispetto al suo super-Io che le proibisce la soddisfazione dei bisogni sessuali.

Un' altra influenza molto importante in quest' area è la relazione della paziente con la propria madre. Oltre al bisogno di riconoscimento da parte di un uomo, un' identità femminile positivamente esperita può derivare soltanto dal fatto che le figure materne siano percepite positivamente nella loro identità femminile, e che queste rappresentino dei buoni oggetti di identificazione. Nel caso di questa paziente, ci si

può aspettare che la sua insicurezza riguardante la propria identità di donna sia connessa con una considerazione negativa della figura materna.

Ipotesi processuali

Dato che i bisogni sessuali della paziente rimangono strettamente collegati a sentimenti di colpa ed ansia di castrazione, ci si può aspettare un' elaborazione ed una realizzazione finale dei suoi bisogni sessuali soltanto quando siano stati elaborati i temi della colpa e della punizione. Un passo indispensabile di questo cammino è l' accettazione dei propri bisogni autoerotici.

Queste psicodinamiche giocheranno una parte importante nella nevrosi di transfert.

La sua insicura identità femminile potrà essere superata nel momento in cui la paziente sarà in grado di percepire elementi positivi nelle proprie 'figure materne'.

3.3.2.2 Area problematica 'realizzazione e successo'

Considerazioni psicodinamiche

La bassa autostima della paziente si esprime, tra le altre cose, nella sua scarsa fiducia di realizzare qualcosa con successo. Questo è specialmente legato al suo lavoro ed all' ambito sociale.

La paura inconscia della paziente per l' invidia, e della conseguente aggressione da parte degli altri, può essere rintracciata biograficamente nella sua relazione con i fratelli, da parte dei quali lei ha realmente sperimentato tali conseguenze per il suo successo. Con la sua bassa autostima, lei è altamente dipendente dall' accettazione da parte degli altri. Quindi, sperimenta il pericolo di essere rifiutata o attaccata come particolarmente pericolosa. Si può vedere la paziente in questo dilemma: se ottiene troppo poco, la sua autostima diminuisce; ma se ottiene più degli altri, allora deve temere la loro invidia ed aggressione.

Ipotesi processuali

In quest' area problematica è necessario elaborare i suoi sensi di colpa circa il successo; lei deve diventare indipendente dal giudizio e dall' apprezzamento dei suoi fratelli, in modo da essere in grado di avere successo senza temere costantemente invidia ed aggressione; ed inoltre, deve guadagnare l'esperienza che può tollerare invidia ed aggressione se si presentano.

3.3.2.3 Area problematica 'aggressività ed assertività'

Considerazioni psicodinamiche

Quest' area problematica si sovrappone per qualche aspetto alla precedente. Se lei non è in grado di essere assertiva in modo aggressivo verso gli altri, la sua autostima diminuisce. Se, al contrario, prova ad essere aggressiva, emergono dalle sue fantasie i sensi di colpa che la sua aggressività possa mutilare o (ancor peggio) distruggere gli altri. C' è una discrepanza anche in quest' area problematica: da una parte, vuole

essere in grado di perseguire i propri bisogni aggressivamente, ma dall' altra, sente che tali pericolose tendenze aggressive sono proibite.

Ipotesi processuali

Questi problemi possono essere elaborati direttamente nella relazione di transfert. Sentirsi accettata dallo psicoanalista, anche se lei ha fantasie aggressive, è un prerequisito per l' accettazione della propria aggressività.

3.4 Metodo

3.4.1 Campione

L' intero trattamento, che è consistito in 517 sedute, è stato audio-registrato; al momento di questo studio (1983-1987), un campione di 115 sedute è stato trascritto verbatim e depositato nel ULM TEXTBANK. Questo campione di sedute è costituito da 21 blocchi separati di sedute consecutive presi da differenti fasi del trattamento: cioè, le prime e le ultime dieci sedute, più 19 blocchi da cinque sedute presi nel mezzo ad intervalli regolari. La ragione della scelta di lunghi periodi di sedute all' inizio ed alla fine del trattamento era che volevamo avere un ampio data-base per confrontare l' inizio e la fine del trattamento.

Quest' ultima considerazione ci porta alla scelta di una struttura adatta alle nostre categorie di analisi del contenuto.

Il nostro criterio per valutare il contenuto di ogni parte del trascritto, e per definire conseguentemente le categorie, era come questo sarebbe stato compreso da un parlante competente della lingua, tenendo presente il contesto terapeutico (poiché non esiste una cosa come un significato medio delle parole o delle frasi indipendente dal contesto). Questa visione dell' analisi del contenuto ha avuto l' effetto di considerare seriamente le espressioni della paziente, prestando attenzione a ciò che cercava di comunicare esplicitamente, e non a ciò che avrebbe potuto essere inferito dal significato latente od inconscio. In questo modo, l' applicazione di questo sistema di categorie, e la comunicazione dei risultati derivati da questo, sono indipendenti dalle assunzioni teoriche delle specifiche scuole di psicoterapia.

3.4.2 Il sistema di categorie per l' analisi del contenuto

Al fine di testare le ipotesi che abbiamo avanzato, abbiamo creato un sistema di categorie per l' analisi del contenuto. Questo consiste in 23 categorie. Nel definire queste categorie con l' obiettivo di un manuale di codifica (Neudert e Gruenzig, 1983), abbiamo cercato di rimanere il più vicino possibile all' osservazione diretta, che è un' importante condizione per ottenere giudizi sicuri dai non esperti, poiché minimizza il bisogno di inferenza ed interpretazione. Le 23 categorie di contenuto, usate nello studio principale, insieme ai risultanti valori di attendibilità, sono elencati in Tabella 1. Il nostro metodo di definizione delle categorie può essere illustrato

attraverso le due che sono collegate all' autostima. La categoria dell' 'autostima positiva' include: (1) ogni espressione positiva o di accettazione che la paziente produce circa se stessa (ad esempio, circa la sua persona in generale, o circa il suo aspetto, i suoi atteggiamenti, abilità o qualsiasi altro attributo); (2) qualsiasi apprezzamento fatto da qualcun altro su cui lei è d' accordo (così rilevando la valutazione positiva di qualcun altro); e (3) ogni espressione in cui la paziente contraddice una valutazione negativa su di lei da parte di qualcun altro. La categoria dell' 'autostima negativa' è definita simmetricamente attraverso le frasi che esprimono l' opposto di quanto appena descritto.

Poiché il nostro sistema di categorie è stato costruito in stretto accordo con le esigenze di testare le nostre diverse ipotesi, esso si suddivide in due parti che corrispondono a gruppi di ipotesi. Il primo gruppo consiste di categorie che ci aspettiamo giochino un ruolo importante nel cambiamento dell' autostima durante qualsiasi processo psicoanalitico: cioè, quelle che hanno a che fare con l' autostima, l' accettazione da parte degli altri e le relazioni emotivamente significative. Il secondo gruppo consiste in quelle che sono specificamente rilevanti per le aree di cambiamento in questo caso particolare, e per i fattori che possono potenzialmente impedire tale cambiamento.

Questa strutturazione dichiaratamente idealizzata dei gruppi di categorie quantomeno ha il merito di permettere a queste di venire applicate ad altri studi: in un altro studio su un caso singolo su un tema corrispondente, le categorie del gruppo 1 possono essere utilizzate più o meno così come sono, mentre quelle del gruppo 2 dovrebbero venire modificate individualmente per adattarsi al caso particolare. Diamo questo suggerimento poiché deploriamo la tendenza, che è stata criticata anche da Marsden (1971) e Kächele (1976), di lasciare nel dimenticatoio le diverse tecniche ed i vari metodi di analisi del contenuto (che hanno spesso causato un considerevole dispendio di tempo, sforzi e finanziamenti) dopo una singola applicazione. Poiché l' uso dello stesso strumento di misura è una condizione necessaria per la valida replica di un esperimento, e poiché, è ovvio, specialmente nel caso dello studio del caso singolo questa replica è necessaria per la generalizzazione, sottolineiamo l' importanza di creare degli strumenti di misura che possano essere nuovamente utilizzati. Il manuale di codifica sopra menzionato contiene quindi non solo istruzioni di base per assegnare le espressioni alle categorie, ma anche esempi ed altri aiuti per risolvere i dubbi sull'assegnazione alle categorie. Le due categorie con il minor grado di attendibilità vennero scelte da entrambi i giudici come le più vicine all' osservazione diretta, sottolineando così la necessità di evitare inferenze ed interpretazioni.

L' addestramento dei giudici ad usare il manuale in modo attendibile è descritto da Neudert e Grünzig (1983, p. 24).

Tabella 1. Valori di affidabilità derivati da assegnazioni combinate di punteggi secondo la formula di Spearman-Brown (Lienert 1969, pp. 119,121).

01	autostima positiva	0.81
02	autostima negativa	0.92
03	accettazione positiva da parte di altri	0.95
04	accettazione negativa da parte di altri	0.76
05	visione positiva di altri significativi materni	0.83
06	visione negativa di altri significativi materni	0.94
07	altri significativi materni (visione neutrale)	0.95
08	altri significativi paterni	0.97
09	analista	0.96
10	donne pari	0.98
11	uomini pari	0.97
12	fratelli	0.99
13	corpo	0.90
14	peli	0.98
15	sessualità	0.97
16	eterosessualità reale	0.98
17	eterosessualità immaginata	0.96
18	autoerotismo	0.98
19	sicurezza riguardante l' identità femminile	0.73
20	insicurezza riguardante l' identità femminile	0.73
21	realizzazione, successo	0.90
22	aggressività, assertività	0.88
23	sensi di colpa, ansia di punizione	0.88

Permetteteci ora di illustrare come le ipotesi cliniche circa il processo terapeutico siano state convertite in pronostici di ricerca sui punteggi di categoria. Una delle ipotesi cliniche dice: non ci aspettiamo un aumento nell' area dell' autostima connessa con la sessualità finché non siano state elaborate le connessioni tra bisogni sessuali da una parte e sensi di colpa e ansie di punizione dall'altra. In termini di uso della categoria, un periodo di 'elaborazione' corrisponde ad un blocco di sedute in cui aumentati punteggi su categorie associate a quell' argomento si presentino in combinazione. In questo caso le categorie rilevanti per l' ipotesi saranno dalla 15 alla 18 e la 23, e ricerchiamo un blocco in cui si trovano in combinazione punteggi relativamente alti per queste categorie; possiamo così predire che nella parte di terapia successiva a questo blocco, il punteggio medio per la combinazione della categoria 1 con quelle dalla 15 alla 18 (ad esempio, autostima in combinazione con sessualità) sarà più alto rispetto al corrispondente valore per quella parte di terapia che viene prima del punto critico. (Ulteriori dettagli circa l' indipendenza delle valutazioni dei giudici, e sulla randomizzazione dell' ordine di valutazione delle sedute, possono essere trovate in Neudert, Grünzig, 1983 p. 26).

3.4.3 Valutazione

Al fine di operazionalizzare la nozione di 'elaborazione', pensavamo inizialmente di cercare degli esempi di espressioni singole che potessero essere valutate per entrambe le categorie rilevanti per l' ipotesi particolare; ma poiché ce n'erano troppo poche per lavorare, decidemmo di usare i punteggi delle sedute come unità di valutazione, e abbiamo calcolato i coefficienti di correlazione per le combinazioni di categorie rilevanti per la nostra ipotesi. L' ipotesi clinica implica diverse predizioni circa i pattern di punteggi di categoria che sarebbero stati osservati nel corso del trattamento: mode monotoniche (*monotonic trends*), frequenze differenziali di prevalenza delle diverse categorie, e differenze nei valori rilevanti di correlazione prima e dopo un' elaborazione focale. Per testare le mode abbiamo usato la 'interruzione della registrazione' (*record-breaker*) di Foster e Stuart (1954), ed il test di linearità (Cochran, 1954); per la frequenza delle categorie abbiamo usato un test per il cambiamento di livello (Cochran, 1954); e, nel caso dei coefficienti di correlazione, abbiamo calcolato dei valori di (*product-moment*) momento del prodotto e testato la loro significatività.

Sebbene il modello più potente per la descrizione delle fluttuazioni nelle serie temporali sia ARIMA (Box, Jenkins, 1976; Revenstorf, 1979), abbiamo dovuto infine abbandonarlo per due ragioni. *Primo*, i nostri dati hanno preso la forma di conti di frequenza (*frequency-counts*) con molti valori pari a zero, e questo sembrava inappropriato per l' algoritmo parametrico di ARIMA. *Secondo*, il nostro campionamento temporale è costituito da un numero di blocchi separati ed è parso evidente che i cinque blocchi di sedute erano troppo corti per permetterci di computare sia le dipendenze temporali basate su ARIMA, che le nostre ipotesi dipendenti dal processo.

3.5 Risultati e discussione

3.5.1 Risultati dello studio sul processo

Le due ipotesi centrali riguardanti i cambiamenti nell' autostima globale possono essere confermate. Ovvero, l' autostima positiva è aumentata nel corso del trattamento ($p < 0.01$), ma la moda (*trend*) non si sposta a destra all' inizio del trattamento ma solo dopo diverse fluttuazioni durante le prime 100 sedute; l' autostima negativa, d' altra parte, mostra un continuo decremento dall' inizio del trattamento ($p < 0.01$). Comunque, le ipotesi riguardanti i cambiamenti nell' accettazione da parte di altri non sono state confermate, poiché non ci sono stati trends sistematici. Nemmeno le ipotesi riguardanti l' incidenza relativa di diverse categorie prima e dopo le

elaborazioni focali viene confermata. Ma riguardo le ipotesi sulle differenze tra correlazioni tra le categorie, ci sono due risultati di conferma: l' autostima in connessione con l' eterosessualità immaginata è aumentata secondo le aspettative ($P < 0.05$); e l' autostima negativa in connessione con l' autoerotismo è diminuita come previsto ($P < 0.05$).

3.5.2 Confronto tra l'inizio e la fine della terapia

In aggiunta al nostro studio sul processo nell' intero trattamento, presentiamo un confronto tra gli stadi iniziale e finale del trattamento; e stabiliamo una connessione tra la ricerca sul processo terapeutico e quella sull' outcome del trattamento. Ci riferiamo qui alle stesse variabili usate nello studio sul processo, e le completiamo con l' uso di tipici questionari standardizzati di personalità.

Come campione per questo confronto tra i periodi iniziale e finale del trattamento, abbiamo usato le prime e le ultime dieci sedute che sono state valutate per mezzo dello stesso sistema di analisi del contenuto. A scopi statistici, assumiamo l' indipendenza di questi due campioni. Questa assunzione risulta plausibile poiché è trascorso un periodo oggettivo di cinque anni nel corso del trattamento, durante il quale i problemi essenziali della paziente sono decisamente cambiati.

Per ciascuna delle categorie di analisi del contenuto è stato effettuato un test sulle differenze tra le medie significative dei due campioni. Le otto variabili il cui valore significativo fosse $p = 0.10$ o inferiore vennero incluse in una MANOVA (analisi discriminante). Come previsto, i due campioni erano nettamente discriminati da queste variabili ($F = 20.8$; d.f. = 41.15; $p < 0.01$), sebbene solo quattro di queste variabili contribuissero sostanzialmente alla funzione discriminante a causa delle alte intercorrelazioni (Tabella 2). Queste quattro variabili sono le categorie '*autostima positiva*' (1), '*autostima negativa*' (2), '*altri significativi paterni*' (8) e '*analista*' (9).

Tabella 2. Le otto categorie statisticamente significative per le prime e ultime dieci sedute del trattamento: medie, *t-values* (valori t) e probabilità (P) per t.

CATEGORIA	PRIME 10	ULTIME 10	t (a due code)	valore p
01: autostima positiva	2.4	5.8	-2.67	0.02
02: autostima negativa	20.4	7.7	7.07	0.00
06: visione negativa di "altri significativi" materni	2.0	0.6	2.41	0.03
08: "altri significativi" paterni	8.5	2.6	2.08	0.06
09: analista	5.6	14.5	-3.77	0.00
11: uomini pari	7.4	15.2	-2.80	0.01
12: fratelli	9.2	2.3	3.22	0.00
14: peli	1.1	0.0	1.72	0.10

Facciamo un breve riassunto di questo risultato. Il livello dell' autostima della paziente alla fine del trattamento è considerevolmente più alto rispetto all' inizio. Parla meno spesso delle figure paterne, più spesso al contrario dell' analista e degli uomini equivalenti. I suoi fratelli hanno perso d' importanza ad un livello significativo alla fine del trattamento, così come la sua negativa esperienza delle figure materne. La paziente non menziona più i suoi peli, ed è più sicura nell'ambito dell' autoerotismo così come in quello dell' identità femminile. In confronto al suo stato all' inizio del trattamento, la paziente si presenta come una donna che è riuscita nella separazione psichica da genitori e fratelli, e che è in grado di stabilire relazioni con persone significative per la sua vita reale e per l'ulteriore sviluppo delle sue circostanze di vita.

Un confronto delle strutture fattoriali delle categorie di contenuto, come tra i due campioni, potrebbe indicare fino a che punto nel corso del trattamento si è verificata una ristrutturazione cognitiva nelle differenti aree problematiche. A questo fine, è stata fatta un' analisi descrittiva delle componenti principali per entrambi i campioni. Una differenziazione dei due campioni produce il seguente quadro, se vengono considerati solo quei pesi fattoriali superiori a 0.60. La Tabella 3 mostra la struttura fattoriale per le prime dieci sedute, e la Tabella 4 mostra quella delle ultime dieci.

Un confronto algoritmico quantitativo delle strutture fattoriali (Gebhardt, 1967 a,b) produce un valore di similarità di $R = 0.53$. Secondo Gebhardt, un' alta similarità è indicata da un valore di R maggiore di 0.90; così un valore di R basso quanto il nostro segnala le differenze considerevoli tra le due strutture fattoriali e quindi i cambiamenti psicologici fondamentali nel corso del trattamento. Particolarmente interessanti sono i cambiamenti strutturali avvenuti nell' area problematica rappresentata dal fattore iniziale II: la co-occorrenza delle categorie 'sessualità', 'eterosessualità reale' e 'senso di colpa' in un fattore è scomparsa nel periodo terminale del trattamento, e la sessualità è ora legata al corpo e all' autostima negativa (fattore terminale II), mentre l' 'eterosessualità reale' è esplicitamente menzionata senza essere relata all' accettazione da parte degli altri o alla realizzazione/ successo (fattore terminale I).

Tabella 3. Struttura fattoriale delle categorie di contenuto per le prime dieci sedute (sono stati considerati solo i pesi fattoriali superiori a 0.60).

	pesi fattoriali
<i>Fattore I</i>	
autostima positiva	0.79
visione positiva di altri significativi materni	0.73
realizzazione, ottenimento	0.70
corpo	-0.76
analista	-0.78
<i>Fattore II</i>	
eterosessualità reale	0.76
sensi di colpa, ansie da punizione	0.76
sessualità	0.93
<i>Fattore III</i>	
altri significativi paterni	0.82
altri significativi materni (visione neutrale)	0.77
donne pari	-0.61
<i>Fattore IV</i>	
autostima negativa	0.82

Da un punto di vista psicodinamico, è molto interessante scoprire che l' autostima positiva nel fattore iniziale I è connessa con la visione positiva delle figure materne così come con la realizzazione ed il successo, e che questa relazione si è dissolta completamente alla fine del trattamento. Invece, l' autostima positiva è ora in opposizione al corpo ed alla sessualità. Quest'ultima scoperta è in qualche modo sorprendente, e può portare ad inferire che la paziente non riesca ad accettare la sua peluria e la sua sessualità. Questo potrebbe essere inteso come indicativo che il trattamento non ha avuto successo in quest' area, ed è forse finito troppo presto. Un ' altra interpretazione possibile potrebbe essere che la paziente ha rinunciato a negare che le piacevoli esperienze del suo corpo e della sua sessualità siano in realtà limitate, e che si sta ancora lamentando per il suo destino di essere affetta da irsutismo; ma che è in grado nello stesso tempo (come indicato da altri dati) di entrare in relazioni sane e soddisfacenti nonostante tale limitazione.

Tabella 4. Struttura fattoriale delle categorie di contenuto per le *ultime* dieci sedute (sono stati considerati solo i pesi fattoriali superiori a 0.60).

	pesi fattoriali
<i>Fattore I</i>	
analista	0.79
altri significativi paterni	0.75
eterosessualità reale	0.67
altri significativi materni (visione neutrale)	0.62
accettazione negativa da parte di altri	-0.63
accettazione positiva da parte di altri	-0.77
realizzazione, successo	-0.81
<i>Fattore II</i>	
autostima positiva	0.78
fratelli	-0.65
autostima negativa	-0.69
sessualità	-0.76
corpo	-0.77
<i>Fattore III</i>	
uomini pari	0.71
eterosessualità immaginata	0.66
sensi di colpa, ansie di punizione	0.63
fratelli	0.60
<i>Fattore IV</i>	
visione positiva di altri significativi materni	0.84
aggressività, assertività	0.75

3.5.7 Discussione dei risultati

Dato che abbiamo presentato risultati davvero favorevoli provenienti dai test di personalità, che come abbiamo visto includono un follow-up di due anni, combinati con altre osservazioni quali i cambiamenti sociali e comportamentali nella vita di tutti i giorni, ed il giudizio clinico dell' analista, abbiamo buone ragioni di credere che questo è stato un trattamento analitico piuttosto soddisfacente.

3.5.7.1 Analisi delle categorie

Dal punto di vista dell' analisi delle categorie, comunque, è necessario chiedersi come mai i cambiamenti psicologici considerevoli che devono aver avuto luogo nella paziente non risaltino di più nelle nostre misurazioni del processo. Coerentemente con questo outcome terapeutico favorevole, il processo di terapia osservato è

caratterizzato da un' autostima positiva in modo crescente e negativa in modo decrescente, come è evidente dalle differenze tra i punteggi delle categorie delle prime dieci sedute e delle ultime dieci. Questa osservazione è sicuramente la più significativa in questo tipo di trattamento, poiché la fase finale di un' analisi tende ad essere una fase instabile per il funzionamento emozionale del paziente. Qui ci sono dunque degli importanti cambiamenti psicologici che la tecnica di analisi del contenuto è stata in grado di cogliere; e la validità di questi cambiamenti è confermata, come abbiamo visto, dai risultati indipendenti di tre differenti test di personalità.

Perché allora il nostro metodo non ha prodotto anch' esso pattern significativi di dati rilevanti per l' ipotesi dell' autostima come conseguenza dell' accettazione da parte di altri, e per l' autostima specifica per area? Chiaramente questo può essere o perché il metodo era incapace di riflettere dei cambiamenti che nei fatti avvenivano, oppure perché i cambiamenti non c' erano e le nostre teorie sul cambiamento in psicoterapia erano sbagliate.

3.5.7.2 Questioni metodologiche

Al fine di massimizzare l' oggettività e l' attendibilità, ci siamo deliberatamente limitati a ciò che il profano o lo psicologo scettico avrebbero considerato come prova esplicita per le categorie, ed inoltre ci siamo senza dubbio privati di una gran quantità di materiale potenzialmente significativo. Questo punto è di essenziale importanza per qualsiasi studio che tocchi la spinosa questione della relazione tra linguaggio e significato latente, e specialmente per quello in cui il linguaggio sia usato come veicolo del cambiamento terapeutico (Forrester, 1980). Infine questo porta ad una domanda sulla validità del nostro strumento di misurazione.

E' su questo background che dobbiamo valutare il fatto che alcune delle categorie che erano considerate dal terapeuta come particolarmente pertinenti ai problemi della paziente sono nei fatti chiamate in gioco piuttosto raramente. Ad esempio, le categorie riguardanti la sicurezza e l' insicurezza rispetto all' identità femminile sono state verificate solo nelle sedute 10 e 17, rispettivamente, su un campione totale di 115 sedute; ed anche in queste sedute la loro frequenza era molto bassa. Quindi il database per alcune categorie era troppo ristretto per essere attendibile nel supportare qualsiasi delle ipotesi in cui esse fossero coinvolte.

Siamo partiti con l' assunzione che l' interazione psicodinamicamente rilevante tra temi particolari sarebbe riflessa nelle singole espressioni, a cui dovrebbe essere assegnato un punteggio su più di una categoria specifica per tema (così che la singola espressione richiamasse, così com' era, più di una categoria), ma si è trovato che questo nei fatti succedeva molto raramente, e siamo stati obbligati a sostituire le correlazioni indirette all' interno della seduta che abbiamo descritto. Sebbene l' esperienza clinica esprima bene l' aspettativa che temi che emergono in una data seduta siano correlati in modo psicologicamente significativo, ciononostante questa revisione forzata della nostra procedura può aver influenzato la sperimentazione delle nostre ipotesi.

3.5.7.3 Considerazioni teoriche

La nostra concezione dell' autostima globale come composta di un certo numero di elementi specifici per area, che ha avuto il vantaggio di rendersi leggibile ad un test oggettivo, era per sempre forse un po' semplicistica, e solo una di varie possibilità. Un' altra di queste possibilità, che è più coerente con i nostri risultati, è che l' autostima specifica per area e quella generale siano nei fatti in larga misura più indipendenti di quanto avessimo supposto. I nostri risultati sull' argomento dell' autostima globale potrebbero forse riflettere qualcosa di più affine alla concezione di Bandura dell' 'autoefficacia' che consiste in un fondamentale senso di essere capace di apportare cambiamenti alla propria vita, ma che è completamente coerente con l' avere problemi in aree specifiche di autostima e conseguentemente con il portarle in terapia. Potrebbe essere forse questa indipendenza essenziale dei valori ad essere stata colta nella nostra osservazione: punteggi di *autostima specifica per area* fluttuano molto più ampiamente tra le sedute (forse perché sono relativamente specifiche alla situazione e monitorate cognitivamente), mentre l'*autostima globale* (che può riflettere una proprietà emotiva più fondamentale) rimane relativamente costante nel tempo.

Inoltre, forse ci si deve aspettare che durante il corso della terapia i problemi della paziente nell' autostima globale sarebbero stati analizzati in aree più specifiche, che quindi sarebbero diventate individualmente il focus dell' attenzione in tempi diversi e con diversi gradi di ansia dipendente o altre emozioni. Poiché, inoltre, una funzione principale della psicoterapia, quantomeno dal punto di vista del paziente, è di avere a che fare con difficoltà e malfunzionamenti in varie aree, non è sorprendente che ciò di cui lei parla nel presente (e ciò che è dunque registrato nelle categorie) non mostri né un incremento nell' autovalutazione globale positiva né un decremento nella sua controparte negativa.

Il nostro studio cerca inoltre di chiarire come cambiamenti favorevoli nell' autostima possano essere ottenuti in terapia, e per questo scopo abbiamo prestato attenzione sia alle sue presunte origini infantili che alle esperienze del qui-ed-ora di essere accettata dagli altri. Coerentemente, abbiamo assunto che l' analista funzioni come un catalizzatore per entrambi questi tipi di sentimento, facendo da schermo di proiezione nel transfert ed esemplificando l' accettazione degli altri in una situazione reale. Non siamo stati in grado, comunque, di tracciare alcuna conclusione su questo punto a partire dai punteggi delle categorie, poiché c' erano troppi pochi riferimenti all' accettazione degli altri (solo in 15 sedute su 115) per permetterci di calcolare la loro correlazione con i riferimenti all' analista, come sarebbe stato necessario per servire da prova rilevante per la nostra ipotesi. Devono essere fatte due considerazioni sul perché ciò sia avvenuto:

L'accettazione della paziente da parte dell'analista sarebbe stata comunicato largamente, e forse anche esclusivamente, attraverso mezzi non verbali, che la paziente avrebbe riconosciuto ed a cui avrebbe risposto, non attraverso un' esplicita verbalizzazione, ma attraverso, ad esempio, l' essere capace di rilassarsi e di produrre più materiale che lei si sarebbe sentita in grado di rilasciare nell' atmosfera dell' accettazione. Sarà evidente da questo che stavamo concettualizzando l' accettazione del terapeuta come un fattore abbastanza specifico nel trattamento di pazienti che soffrono di disturbi dell' autostima, e non semplicemente come parte di un background generalmente facilitante. Quest' intera questione teorica è stata discussa in dettaglio da Cheshire e Thomä (1987).

La seconda possibilità era che la paziente avesse internalizzato oggetti rifiutanti dal passato in modo così efficace da non essere in grado di percepire alcuna accettazione nei contesti della sua attuale situazione anche quando accettazione ci fosse. Questa impressione è data da molti passaggi del trascritto verbatim, incluso uno in cui lei indicava che le era evidente che qualsiasi uomo avrebbe vissuto la sua peluria come repulsiva, senza che lei si fosse assunta il rischio di verificare questo giudizio nella realtà. Da questo punto di vista ci si sarebbe potuti aspettare che tali internalizzazioni iniziassero gradualmente ad essere riconosciute per ciò che erano nel corso della terapia, e che venissero infine testate nella realtà a fronte dei giudizi percepiti degli altri attualmente significativi: nel qual caso, ci si dovrebbe aspettare un aumento nelle categorie riguardanti l' accettazione degli altri. Ma questo risultato si osserverebbe soltanto se il risultato del test venisse esplicitamente riportato in terapia, anziché essere alluso o simbolizzato nel contenuto latente delle diverse espressioni, o prendendo la forma di un miglioramento delle percezioni interpersonali e delle abilità sociali. Per chiarire ulteriormente queste domande, sarebbe importante stabilire se il terapeuta abbia dato nei fatti indicazioni non verbali di accettazione che semplicemente non sono state riconosciute come tali dalla paziente, o se tali suggerimenti fossero poco chiari, incoerenti o infrequenti.

Un secondo scopo generale del nostro studio, a parte il tentare di monitorare i cambiamenti nell' autostima, era di usare i dati delle categorie per testare un modello del processo terapeutico secondo il quale questo sarebbe visto come una successione di elaborazioni focali di particolari temi psicodinamici. A tal fine abbiamo formulato un certo numero di ipotesi circa i cambiamenti in tre aree problematiche che avrebbero potuto divenire evidenti dopo che avessero avuto luogo rilevanti elaborazioni focali. Ma queste ipotesi, che erano state fatte in termini di differenze tra i valori medi di uso di categoria e i cambiamenti nei valori correlati, erano supportate dai dati in solo due occasioni.

Le nostre scoperte, quindi, non supportano in sé un tale modello; ma siamo consapevoli che il nostro metodo di identificazione di un focus, sebbene abbastanza appropriato in sé, sia forse stato invalidato dal fatto che il nostro campionamento lasciasse fuori l' 80% dei dati totali. Per quanto il modello di processo di per sé

funzioni, non ci si può aspettare che cambiamenti che abbiano luogo dopo l'elaborazione focale di determinati temi avvengano all'istante, e che vengano immediatamente rivelati nel comportamento verbale evidente. In ogni caso, supponiamo che l'elaborazione focale sia solo una condizione necessaria, e non sufficiente, per un futuro cambiamento psicologico. Getterebbe semplicemente le fondamenta per dei pattern rivisitati di processazione delle informazioni e di strutturazione cognitiva, che a loro volta sono le basi per l'acquisizione di modi alternativi di comportamento. In tal caso, basare i calcoli sui dati provenienti da sedute immediatamente successive ad un focus terapeutico, è non dare il tempo a dei processi così complessi di svilupparsi.

Questi sono tutti punti da tenere a mente per studi futuri dei processi complessi che contribuiscono a cambiamenti benefici, così come è stato osservato in questo caso, durante il corso di una psicoterapia dinamica interpretativa.