

[PSYCHOMEDIA](#) --> [HOME PAGE](#)[A.S.P.](#) --> [HOME PAGE](#) --> [Rivista SETTING](#)[A. S. P.](#) [Setting 13](#)

Il metodo dello studio del caso singolo come ponte tra clinica e ricerca

Horst Kaechele

Relazione tenuta alla Giornata di Studio ASP "Alla ricerca del processo" (Milano, 2 marzo 2002).

Si ringrazia l'Autore per il permesso di pubblicazione.

La traduzione è di Daniela Maggioni - V.le Corpo Ital. Di Liberazione 3 -24128 Bergamo.

La scoperta di una scienza narrativa

Tutto cominciò con la "talking cure". Permettetemi di ricordare che più di un secolo è passato da quando nel 1881 una paziente del medico viennese Josef Breuer, Anna O., spontaneamente diede al proprio trattamento il nome di "talking cure". Oggi è dato generalmente per assodato che la maggior parte delle psicoterapie attribuiscono una posizione-cardine alla narrazione in psicoterapia; è comunque legittimo affermare che "in confronto ai fattori di comportamento (per esempio di movimento o prossemici) o fisiologici dell'interazione psicoterapica, la narrazione che si costruisce tra terapeuta e paziente è stata costantemente in primo piano nella ricerca, nella teoria e nella pratica psicoterapiche" (Russell 1987, p.1). Per molti anni le ricche osservazioni cliniche di Freud sul materiale portato in seduta dai suoi pazienti hanno supportato l'idea che solo raccontare queste osservazioni sotto forma di storie si potesse rendere giustizia a quello che era stato effettivamente lo scambio tra i due partner.

L'affermazione apparentemente rassegnata di Freud in "Studi sull'isteria" (1895), secondo la quale le sue storie cliniche si potevano leggere come brevi racconti e mancavano del marchio di serietà scientifica (p.160) può essere ritenuta responsabile di una indebita ed acuta divisione tra scienza e psicoanalisi. Eppure, anche nell'opera di Freud si possono trovare utili dimostrazioni di quale tesoro possano costituire le note cliniche. Prendiamo come esempio il resoconto dell'Uomo dei Topi e leggiamo le "Note aggiuntive" di E. Zetzel dal 1966:

"La mia intenzione, nell'accingermi a studiare il caso, era di basare la mia discussione essenzialmente sul resoconto pubblicato nei Collected Papers di Freud, ma per fortuna decisi di rileggere il racconto del caso nella Standard Edition. Fui sorpreso ed eccitato dalla scoperta che feci, ed espressamente dallo straordinario fatto che erano state conservate le annotazioni quotidiane di Freud relative ai primi quattro mesi di questa analisi ... In stridente contrasto con la pubblicazione del 1909, ci sono oltre quaranta riferimenti ad una relazione madre-figlio altamente ambivalente nelle note cliniche originarie" (p.129).

Per gli analisti, raccontare storie cliniche è un modo altamente valutato di immettere esperienze individuali in un sapere condiviso (Ehlich 1980), e così la psicoanalisi è diventata una scienza narrativa che si serve della narrazione e che aspira ad una verità narrativa (Forrester 1980, Spence 1982). Per cogliere l'importanza di questa decisione metodologica, provate ad immaginare quale sarebbe stato lo sviluppo della chimica se i chimici avessero preso l'abitudine di raccontare quel che vedevano nelle loro provette dopo aver portato a termine i loro più eccitanti esperimenti: una scienza

della chimica basata sul racconto di colori, di reazioni bleu e rosse e verdi nei tubicini dopo questa o quella manovra. Ovvero, immaginate una scienza della musicologia con i musicisti che pubblicano le loro esperienze più personali scrivendo storie di singoli casi, o permettendo al pubblico di raccontare dopo un concerto pianistico il coinvolgimento emotivo vissuto.

Che cosa c'è di sbagliato in un approccio di questo tipo? Può darsi benissimo che si possa costruire una scienza dell'esperienza musicale raccogliendo un vasto campione di questi resoconti di testimonianze soggettive. Non funzionerebbe per la chimica, perché è questo il motivo per cui gli alchimisti cercavano invano di trovare la ricetta per fabbricare l'oro.

Ma lasciamo perdere questi esempi abbastanza fantasiosi e permettetemi di ricordare i fratelli Grimm, i due professori di Goettingen che hanno per primi cominciato a raccogliere sistematicamente le fiabe trasmesse per via orale, da allora in poi si è notevolmente sviluppato un campo di ricerca sulle fiabe con metodi altamente sofisticati di analisi delle ricche collezioni disponibili, provenienti da tutto il mondo (Propp 1928/1958). Perché vi racconto questo?

Nel nostro campo, per molti anni, la tradizione orale associata alla scarsità di studi su casi scritti ha costituito il mezzo prevalente di riportare le acquisizioni ottenute grazie all'aver introdotto la situazione terapeutica come campo per la ricerca orientata alla scoperta. L'esempio dei racconti fiabeschi dimostra che ciò non sarebbe stato, di per sé, un grave ostacolo al raggiungimento di una conoscenza sistematica se ci fosse stato un tentativo sistematico di adeguato campionamento, cioè se avessimo un corpus rappresentativo di studi di casi; ma nessuno ha intrapreso l'impresa degna di Sisifo di cercare almeno di specificare le caratteristiche dei pazienti di cui si parla nelle mille e una vignette cliniche disseminate nelle riviste della comunità psicoanalitica. Tuttavia, ultimamente abbiamo registrato, non solo in Germania, una rinascita della vecchia discussione su psicologia ideografica versus psicologia nomotetica, che erroneamente si esprime come discussione su metodologie qualitative versus quelle quantitative (Jutterman 1983), ma anche negli Stati Uniti si vede che "il metodo dello studio del caso in psicologia e nelle altre discipline affini" (Bromley 1986) è stato ultimamente riscoperto.

L'utilità dei resoconti narrativi è stato il punto focale per i riflessi filosofici nell'interminabile discussione sullo "statuto della psicoanalisi" (Farrell 1981) come ermeneutica o come scienza naturale (Edelson 1985). L'esperienza condivisa della comunità psicoanalitica afferma che la ricerca clinica in psicoanalisi ha in gran parte riposato sulla metodologia della narrazione di casi. Scrivono Wallerstein e Simpson (1971):

"L'intero corpus della psicoanalisi ... compresi i fenomeni dello sviluppo e del funzionamento della personalità sia normali sia anormali attestano in modo brillante il potere esplicativo della teoria derivata dai dati dell'attività clinica" (p.11).

Comunque, gli Autori affermano senza mezzi termini anche che "abbiamo bisogno almeno in ugual misura di riconoscere i limiti del metodo dello studio del caso singolo come fonte di un sapere in continuo sviluppo" (p.12). Essi registrano scrupolosamente il dibattito che aveva preso l'avvio dall'articolo di Glover (1952) sui metodi di ricerca in psicoanalisi, in cui Glover dirigeva l'attenzione sulle distorsioni di giudizio alimentate dalle condizioni stesse della vita della categoria degli analisti: "gli analisti di provata fama ed esperienza pubblicano articoli che propongono un nuovo punto di vista o una scoperta di tipo teorico o clinico, se altri la suffragano, tendono a renderne conto, ma se altri sono in disaccordo con loro, di questo "negativo" scientifico non si tiene conto, e così alla fine la loro tesi viene proclamata ufficialmente con la formula 'Tizio e Caio hanno dimostrato che ...'" (p.@). Lo sviluppo post-freudiano Della predisposizione di storie cliniche e di resoconti di trattamenti è stata infatti caratterizzata da un aumento del numero di resoconti di casi. Negli ultimissimi anni abbiamo assistito ad una indubitabile e crescente tendenza, da parte di un numero sempre crescente di analisti, a rendere accessibile alla lettura dei colleghi il loro materiale clinico; il che, data una preparazione adeguata, può incanalare la discussione critica all'interno Della nostra professione sul giusto binario. La "vignetta clinica" resta comunque la forma di presentazione prevalente nella letteratura psicoanalitica.

Una vignetta è caratterizzata da unità, sottigliezza e incisività, e serve ad illustrare specifiche

connessioni psicodinamiche; in essa le implicazioni di tipo clinico e tecnico sono secondarie rispetto al nucleo di interesse centrale.

Una delle principali voci critiche su questo tipo di vignette cliniche fatte passare per studi di caso singolo è stata quella di Grunbaum (1988):

uno studio di caso psicoanalitico ha carattere aneddottico e funziona sul piano Della persuasione narrativa

uno studio di caso psicoanalitico non è un resoconto di materiale d'archivio

uno studio di caso psicoanalitico fornisce prevalentemente una prova secondo l'"ipse dixit"

uno studio di caso psicoanalitico porta ad un'inflazione Della teoria prevalente

uno studio di caso psicoanalitico al massimo evidenzia una assoluta non rappresentatività del campione

uno studio di caso psicoanalitico nella migliore delle ipotesi al massimo rappresenta un misto di interesse estetico e clinico

uno studio di caso psicoanalitico nella migliore delle ipotesi al massimo ha solo un valore letterario e di testimonianza.

Per mettere in evidenza quanto il problema Della vignetta sia stato superato e rimpiazzato da descrizioni più epiche e dettagliate ho passato in rassegna la letteratura psicoanalitica su resoconti di trattamenti estensivi (Kaechele 1983): fino al 1980 ho trovato 36 pubblicazioni, per un totale di 20 pagine stampate, in tutta la letteratura psicoanalitica dopo Freud. Piuttosto interessante il fatto che si notasse un deciso aumento dagli anni '60 in poi, peculiare il fatto che la maggior parte dei pazienti che avevano stimolato questi tentativi erano psicotici e/o bambini. Tutti i resoconti si basavano su sistemi di annotazione durante o immediatamente dopo la seduta. Gli analisti-scrittori non sono una specie frequente, anche se alcuni di questi trattamenti sono diventati materiale didattico per eccellenza, come nel caso de "Lo sviluppo kleiniano", in cui Meltzer (1978) rianalizzava l'"Analisi di un bambino", riportata settimana per settimana, di M. Klein (1961).

I resoconti di trattamenti esaustivi come la voluminosa descrizione di Dewald (1972) -600 pagine!- o come quello di Winnicott di un "frammento di analisi" (1982) dimostrano il valore di ricerca di casi singoli presentati con precisione clinica.

Il resoconto di Dewald ha provocato una grossa discussione circa la questione dell'essere, quel trattamento, una vera e propria psicoanalisi o una psicoterapia psicoanalitica, quanto meno, il materiale ha reso possibile questo tipo di discussione, qualunque sia il merito di questo tipo di discussioni faziose.

In conclusione: non c'è niente di sbagliato nello scrivere annotazioni cliniche, se questo è un modo per renderne possibile un esame critico pubblico; è questo lo spirito di ogni impresa scientifica.

La battaglia del registratore

Un cambiamento paradigmatico avvenne grazie all'accesa diatriba circa l'introduzione della tecnica dell'audioregistrazione nella situazione psicoanalitica. Se si eccettuano i primi tentativi di fonografia di Earl Zinn (1933; si veda anche Shakow e Rapaport 1964, p.138), la registrazione all'interno della comunità psicoanalitica era un anatema per molti, e lo è ancora per i più. "L'esperimento di psicoterapia filmata" di Paul Bergman al National Institute of Mental Health incoraggiato da David Shakow (Bergman 1966) costituì una formidabile prima eccezione, ma purtroppo per noi il materiale filmato di questo caso è andato perduto.

La psicoanalisi non si è avvantaggiata di queste numerose possibilità per molto tempo: al fondo di molti dubbi c'era l'idea che il registratore avrebbe potuto avere conseguenze simili a quelle di un terzo in seduta, e specificamente che il paziente "avrebbe smesso di parlare, sentendosi osservato da un unico testimone al quale si sarebbe sentito indifferente" (Freud 1916/17, p.18). Eppure da molto tempo è risaputo che i pazienti, tranne rare eccezioni, danno subito l'assenso alla registrazione dei colloqui per le discussioni in gruppi di professionisti e per una valutazione scientifica: non è strano che il paziente si aspetti -ed a ragione- di trarre un vantaggio terapeutico dal fatto che il suo analista

si concentri in modo particolarmente intenso sul suo caso. Naturalmente, l'assenso iniziale del paziente e le sue motivazioni costituiscono solo un aspetto; un'altra questione decisiva attiene agli effetti della registrazione sul processo terapeutico.

Oggi è assodato che alcuni analisti si trovano a loro agio nel registrare le sedute e non abbiamo prove evidenti di conseguenze negative.

Per le conoscenze sin qui raggiunte, la valutazione del complesso delle influenze della registrazione sulla situazione psicoanalitica è positiva; ovviamente, entrambi i partner sono influenzati dal fatto che si coinvolgono terze persone. Nel corso del tempo, la comunità scientifica dei ricercatori ha raccolto esperienze sistematiche di registrazione e del loro uso per studi empirici (Kaechele ed altri 1988).

Il lavoro di Hartving dahl (1972, 1974) su 363 sedute di una giovane donna che prima era in trattamento con M. Gill e poi -dopo la malattia di Gill- era passata ad una giovane analista fornisce un altro esempio di una feconda collaborazione tra l'analista che conduce il trattamento ed il ricercatore per avere un indice dei temi principali del trattamento stesso. Il caso di Mrs C - condotto da Dahl stesso (1)- è stato studiato in profondità da molti ricercatori della costa orientale e di quella occidentale degli Stati Uniti (bucci 1988, 1997; Dahl e Teller 1993; Horowitz 1977; Jones e Windholz 1990; Weiss e Sampson 1986).

Nella prima edizione dell'"Handbook of Psychotherapy and behavior Change" (Bergin e Garfield 1971) Luborsky e Spence lamentavano la scarsità di dati di prima mano, di dati cioè raccolti nel corso delle sedute analitiche.

"Idealmente, dovrebbero verificarsi contemporaneamente due condizioni: il caso dovrebbe essere chiaramente definito ..., ed i dati dovrebbero essere registrati, trascritti e suddivisi mediante un indice, in modo da aumentarne il più possibile accessibilità e visibilità." (1971, p.426)

Il gruppo di Ulm ha dato l'avvio nel 1979 ad un archivio che dovrebbe centralizzare le psicoterapie registrate. Mentre stavo registrando i miei primi due casi e contemporaneamente lavorando come giovane assistente ricercatore con Erhard Mergenthaler sui casi del dottor Thomae, ci imbattammo nel problema della straordinaria quantità di sedute trascritte del nostro primo caso di ricerca, che era un caso del dottor Thomae. Spinti dalla necessità di trovare il modo di maneggiare i dati di circa 500 sedute, svilupparammo un dispositivo di immagazzinamento computerizzato che sarebbe diventato la Ulm Texbank, un archivio computerizzato con una serie di strumenti per salvare il materiale e per l'analisi del testo (Mergenthaler e Kaechele 1988).

Nel 1989 Sherwood Waldron ha dato l'avvio al Psychoanalytic Research Consortium come archivio per le registrazioni e le trascrizioni di sedute psicoanalitiche provenienti dal Nord America (Mergenthaler e Kaechele 1993, p.53). Molto recentemente Lester Luborsky ed il suo gruppo hanno pubblicato la Penn Psychoanalytic Treatment Collection, un insieme di trattamenti psicoanalitici completi registrati disponibile per la ricerca (Luborsky ed altri 2001).

Dai metodi soft a quelli hard

E' essenziale la disponibilità pubblica dei dati, non il tipo di materiale. Per ciascun tipo di materiale - si tratti di narrazioni di casi, di appunti del terapeuta, di diari del paziente, o di sedute trascritte da audioregistrazione- le scienze sociali contemporanee offrono una vasta scelta di metodi. Uno dei miei esempi preferiti per dimostrare la forza Dell'analisi critica del testo è la ri-analisi del caso freudiano di Dora compiuta da Steven Marcus (1974). Che la psicoanalisi sia, essenzialmente ma non esclusivamente, una conversazione era stato affermato da Freud (1916/17), ma i vari metodi di analisi del discorso cominciano solo ora ad essere ammessi dagli analisti. Viktor Rosen (1977), fondando il New York Study Group sulla linguistica, mise in evidenza la necessità che lo studio del linguaggio dovesse essere in prima linea nel nostro lavoro. Alcuni interessanti esempi sono stati forniti da Labov e Fanshel (1977) e da Flader ed altri (1982). Streeck (1999) ha proseguito su questa linea di studio microanalitico dettagliato, dimostrando che il linguaggio ha di per sé delle qualità che contribuiscono alla rappresentazione del conflitto nella situazione psicoanalitica.

Il dibattito su metodi qualitativi versus metodi quantitativi è diventato via via sempre meno rilevante: tutti noi sappiamo che le categorizzazioni quantitative richiedono prima di tutto delle definizioni

qualitative. Perciò, realizzare la codificazione in manuali dei concetti clinici necessita di un'attenta analisi concettuale, come dimostrano i numerosi tentativi di Luborsky, ad esempio, di quantificare i principali concetti significativi per la clinica.

Da quando le scienze sociali hanno sviluppato propri metodi sofisticati, non c'è concetto psicoanalitico che, in linea di principio, non possa essere studiato. E, con l'introduzione del computer all'inizio degli anni '70, la ricerca sul processo ha fatto un balzo in avanti in senso tecnologico che le ha permesso di costruire il proprio sentiero all'interno delle scienze storico-politiche, nelle quali da sempre la disponibilità di archivi sono la condizione sine qua non per i ricercatori (Gerbner et al. 1969).

Abbiamo bisogno di casi-campione o basta $N=1$?

Le scoperte dei ricercatori devono essere replicate per dimostrare il loro valore. L'idea centrale di chi sostiene la necessità di avere casi-campione consiste nel fatto che solo questi ultimi ci permettono non solo di sottoporre a prova le ipotesi individuali per i casi singoli, ma anche la fecondità comparata dei diversi metodi. Molto probabilmente il caso Schreber (Freud 1911) ha prodotto la più estesa gamma di discussioni critiche proprio perché si trattava di un documento reso disponibile al pubblico (Kaechele 1981). Dal momento che da più parti si è sostenuto che la ricerca sul caso singolo è il metodo più idoneo alla valutazione dei trattamenti psicoanalitici (Wallerstein & Sampson 1971; Edelson 1988; Hilliard 1993; Leuzinger-Bohleber 1995), permettetemi di ricordare una bella osservazione dei due famosi statistici Edwards e Cronbach (1952):

"Le informazioni che otteniamo da un esperimento aumentano più o meno in proporzione ad un fattore n , dove n sta per il numero delle variabili di risposta non correlate. Secondo questa stima 5 test possono permetterci un incremento di sapere 120 volte superiore a quello di un solo test nel medesimo studio sperimentale ... Gli sforzi di rendere più precisi gli strumenti di misurazione hanno lo stesso effetto positivo dell'aumento del numero dei casi, ai fini del valore di uno studio sperimentale".

La storia fin troppo tirata in ballo della ricerca psicoanalitica sul caso singolo deve essere fatta risalire allo studio di Luborsky (1953). Nel 1946 egli si era da poco specializzato in Psicologia ed aveva in trattamento da 12 settimane, con la supervisione di R. Cattell, un paziente a 5 sedute la settimana. "La prima ora di ogni seduta consisteva in tests psicologici, poi c'era una seconda ora di libere associazioni registrate, che comprendevano il racconto di sogni, le associazioni sui sogni e libere associazioni non guidate. I medesimi tests o loro forme alternative venivano ripetuti ogni giorno nell'ora precedente ciascuna seduta di psicoterapia, ricavandone misure relative a tests di personalità oggettivi, tests fisiologici, sogni, libere associazioni ed auto-osservazione." (Luborsky 1996, p. 180) Ci si potrebbe legittimamente chiedere come mai questo importante esperimento non sia mai stato replicato o non sia almeno diventato paradigmatico per la psicoanalisi sperimentale (Kaechele et al. 1991).

Per lo psicoanalista, la fonte più ricca di informazioni per raggiungere una visione equilibrata dei pro e dei contro degli studi di caso singolo che io possa raccomandare è il ricco saggio di Fonagy e Moran (1993): "Gli studi di caso singolo cercano di istituire una relazione tra gli interventi del terapeuta ed altre variabili attraverso un'osservazione sistematica ripetuta (Chassan 1967, 1979) ...

L'osservazione della variabilità nel tempo all'interno di un caso singolo incontra l'interesse del clinico a rispondere in modo appropriato ai cambiamenti all'interno del paziente, e l'interesse del ricercatore a trovare supporto ad una relazione causale tra interventi e cambiamenti in variabili di interesse teorico. L'attenzione a ripetere le osservazioni, più che ogni altro singolo fattore, permette di trarre nuove conoscenze dal caso individuale ed ha il potere di eliminare spiegazioni alternative plausibili".

Ci sono tipi diversi di studi di casi individuali, ed Edelson (1986) ha proposto 6 criteri per uno studio empirico, nel senso di contrapposto a clinico, studio del caso:

- 1) formulazione chiara delle ipotesi
- 2) fenomeni resi accessibili intersoggettivamente
- 3) chiara specificazione dei casi negativi rispetto alla generalizzazione
- 4) prova di evidenza della non contaminazione dei dati in base all'ipotesi di partenza

5) esplicitazione di formulazioni alternative all'ipotesi

6) esplicitazione del numero di casi (soggetti e situazioni) ai quali si applica l'ipotesi.

Davison e Lazarus (1994) hanno elencato alcuni aspetti positivi degli studi di caso:

1) mettere in dubbio una teoria generale

2) fornire una valida euristica a ricerche successive e meglio controllate

3) permettere lo studio, anche se non propriamente controllato, di importanti fenomeni

4) dare l'opportunità di applicare nuovi principi o nozioni note in modi del tutto nuovi

5) fornire, in determinate condizioni, un controllo sperimentale di un fenomeno sufficiente a darcene un'informazione "scientificamente accettabile"

6) aiutarci a "rimpolpare" lo "scheletro teorico".

Bisogna essere onesti e riconoscere che non sono documentati molti studi di caso di questo tipo: il resoconto definitivo di Wallerstein (1986) sullo studio dei 42 casi del Menninger Treatment Project si avvicina a queste caratteristiche qualitative così ristrette, ed un altro esempio è l'Hampstead Child Psychoanalytic Index, che contiene la registrazione dell'intero trattamento analitico di oltre 140 casi (Sandler 1962; Bolland e Sandler 1965).

Gli studi di caso quantitativi non sono in alternativa a quelli qualitativi, poiché la scelta di ciò che si vuole misurare richiede che si siano prima prese decisioni di tipo qualitativo: il vantaggio della quantificazione consiste nell'attendibilità delle tecniche statistiche utili a ridurre la complessità delle osservazioni, ma le variabili da misurare devono essere state specificate con cura e devono essere state definite le unità di osservazione.

Fondamentalmente, abbiamo due modi di utilizzare il materiale disponibile:

a) la replicazione per segmentazione

b) l'analisi temporale seriale.

a) LA REPLICA PER SEGMENTAZIONE

Il lavoro del Mount Zion Group (Weiss e Sampson 1986) o quello di Luborsky sul Metodo Symptom-Context (1996) forniscono due buone illustrazioni dell'uso sperimentale di materiale testuale. Si tratta del metodo che è stato anche formalizzato da Rice e Greenberg (1984) come "il nuovo paradigma di ricerca":

1) il materiale registrato viene campionato e segmentato in diversi episodi o eventi

2) i segmenti vengono scelti sulla base di un particolare tipo di eventi che si ripetono

3) si identifica e si misura una dimensione specifica misurabile, che si ipotizza sia in rapporto causale con gli eventi che si ripetono

4) si formula l'ipotesi e si sottopone a prova alla luce di una possibile associazione tra le misure identificate al punto 3) e gli eventi osservati nella fase 2).

Questo metodo genera pressoché infinite possibilità di sottoporre a prova le ipotesi psicoanalitiche, ma purtroppo ci sono minacce alla validità statistica dovute a una serie di fattori: molto spesso le dimensioni del campione sono troppo esigue per rilevare gli effetti mediani e dell'estremità inferiore, non sempre viene salvaguardata l'indipendenza della misurazione, ecc.

b) L'ANALISI TEMPORALE SERIALE

La procedura di segmentazione sopra ricordata permette di studiare le ipotesi di correlazione tra processi assunti come indipendenti dal momento temporale del trattamento in cui si verificano. Se si vogliono studiare fenomeni contingenti rispetto alla loro posizione nel trattamento - quali le caratteristiche dei trattamenti a lungo termine che durano parecchie centinaia di sedute - bisogna usare l'analisi di serie temporali. Essa mantiene tutti i legami di dipendenza nelle serie di eventi.

"E' un'analisi temporale seriale ogni forma di misurazione effettuata ad intervalli più o meno uguali in un grande numero di momenti; il numero delle osservazioni richieste per una serie temporale è di almeno cento punti. I dati psicoanalitici si lasciano studiare bene con questa tecnica, a patto che siano adottate come unità di analisi le sedute o le settimane del trattamento. Ci sono diversi modelli di analisi seriale temporale disponibili, ciascuno dei quali parte da presupposti diversi circa i dati ed usa

algoritmi diversi per arrivare alle statistiche finali." (Fonagy e Moran 1993, p. 72)

Si possono considerare metodi differenti di campionatura delle serie temporali, ad esempio, le campionature random in variazioni diverse, ovvero una specifica selezione di sedute terapeutiche nelle quali si trovano caratteristiche specifiche per una data indagine di ricerca. Sfortunatamente, non c'è una teoria di campionamento delle serie temporali dalla quale si possano inferire metodi per arrivare alle serie temporali: i tentativi esistenti di formulare una teoria del processo psicoanalitico non sono ancora abbastanza precisi nel

Produrre criteri di campionamento.

Un esempio molto convincente di uso di serie temporali ci è stato offerto da Moran e Fonagy (1987) nel loro studio su "psicoanalisi e forme modeste di diabete" e da Graff e Luborsky (1977) nel loro studio sulla relazione tra transfert e resistenza.(2)

Molti autori, come Donnellan (1978), hanno raccomandato "ricerche su singoli soggetti" per migliorare gli assunti di base della teorizzazione psicoanalitica, ma la prova del nove consisterà nel fornire esempi convincenti.

Il caso-campione tedesco di Amalia X

Ed ora permettetemi di presentare il nostro caso campione, Amalia X, che ha assolto funzioni di questo tipo all'interno della comunità della ricerca psicoanalitica tedesca.

Studiare casi singoli molto dettagliatamente è promettente da diversi punti di vista: aiuta a rimarginare la frattura tra sapere clinico e metodologia scientifica, ed è anche in grado di mettere in contatto tra loro la via qualitativa e quella quantitativa.

L'idea che guida il nostro gruppo di Ulm è stata quella di usare dati descrittivi di qualità differente per esaminare le ipotesi sui processi clinici. La nostra concezione metodologica è stata ispirata dalle raccomandazioni di Helen Sargent (1961) per il progetto Topeka, consistente in un approccio a quattro livelli, in cui a ciascun livello si sono applicati metodi differenti, con materiale appropriato, che rappresenta i differenti livelli di concettualizzazione (Kaechele, Thomae e Schaumburg 1975):

I studio del caso singolo

II descrizione clinica sistematica

III procedura di giudizio clinico guidato

IV analisi del testo linguistica e con metodi computerizzati.

Questo approccio di multi-livello e multi-metodo riflette la nostra convinzione che la tensione tra la significatività clinica e l'oggettivazione non si può risolvere ricorrendo ad un solo metodo. Fino ad oggi questo approccio è stato applicato in totale a 4 casi, con diversa quantità di lavoro effettuato nei diversi campi di indagine.

Oggi vi renderò partecipi del lavoro effettuato sulla paziente chiamata AMALIA X, che vorrei che voi consideraste come un vero e proprio caso-campione.

Perché lei? Una donna di 30 anni, di estrazione culturale elevata, che era molto sofferente da alcuni anni.

"Amalia X andò in analisi perché il suo basso livello di auto-stima l'aveva portata ad una depressione nevrotica negli ultimi anni. Tutta la sua vita dalla pubertà in poi e la sua vita sociale come donna erano stati inficiati dal grave limite dovuto all'irsutismo. Per quanto le fosse stato possibile nascondere agli altri il suo stigma -la crescita maschile di peli su tutto il corpo- con l'aiuto della cosmesi, non aveva potuto innalzare il livello della sua auto-stima o eliminare la sua estrema insicurezza nelle relazioni sociali. Il suo vissuto di essere portatrice di uno stigma ed i suoi sintomi nevrotici, che si erano manifestati già prima della pubertà, si rinforzavano a vicenda in un circolo vizioso; scrupoli da compulsione nevrotica e diversi sintomi di nevrosi d'ansia ne ostacolavano le relazioni interpersonali e, cosa più importante di tutte, trattenevano la paziente dallo stringere amicizie con l'altro sesso strette, intime.

L'esperienza clinica rendeva ragione dei punti che ora illustro. Uno stigma di mascolinità rafforza l'invidia del pene e riattiva i conflitti edipici. Se il desiderio della paziente di essere uomo si fosse concretizzata, il suo schema corporeo ermafrodita sarebbe risultato de-conflittualizzato; la domanda

"Sono un uomo o una donna?" avrebbe allora avuto risposta; la sua insicurezza riguardo alla propria identità, continuamente rinforzata dallo stigma, sarebbe stata eliminata, e sua immagine di se stessa e la realtà del suo corpo sarebbero andate d'accordo tra loro. Era impossibile, invece, per lei mantenere la fantasia inconscia, in presenza della sua realtà fisica. Uno stigma virile non fa di una donna un uomo. Soluzioni regressive come il conseguimento di una sicurezza interna a dispetto del suo stigma mediante l'identificazione con la madre avrebbe ridato vita ai vecchi conflitti madre-figlia ed avrebbe comportato una serie di processi difensivi. Tutti i suoi processi cognitivi ed affettivi erano contrassegnati dall'ambivalenza, cosicché le era difficile, per esempio, decidere tra i diversi colori quando faceva acquisti, perché li collegava con gli attributi della mascolinità o femminilità." (Thomae e Kaechele 1992, p. 79)

La decisione di considerarla un caso-campione richiede anche la disponibilità di valutazioni psicometriche prima e dopo il trattamento.

Prima di presentarvi due recenti studi empirici vi darò un'idea del punto al quale siamo arrivati sin qui.

1) Studio del caso clinico: nel secondo volume del nostro Manuale di psicoterapia psicoanalitica (Thomae e Kaechele 1992) il caso è discusso in cinque capitoli.

2) Descrizione clinica sistematica: basandosi su un campionamento temporale sistematico delle sedute (sedute 1-5, 26-30, 51-55, e così via fino alla fine dell'analisi, con le sedute 513-517), due studenti di Medicina, supervisionati, hanno tirato fuori descrizioni sistematiche dei contenuti principali del trattamento. Questo resoconto evidenzia per ciascun gruppo di 5 sedute i seguenti argomenti: circostanze esterne, sintomatologia, stato del transfert e del controtransfert, relazioni in famiglia, relazioni extra-familiari, sogni, ecc. La sintesi -circa 100 pagine- ha costituito un utile dispositivo per comprendere le conclusioni di valutazioni di tipo più quantitativo.

Il libello che ne è risultato può servire a molti fini, a parte il suo costituire un esito importante di per sé: aiuta ad orientarsi facilmente sul caso nel suo complesso, trattandosi di un'esposizione più dettagliata e sistematica della storia clinica tradizionale, che si avvicina di più ad una sorta di novella, mentre la registrazione della descrizione sistematica delimita il progredire ordinato delle vicende. Si possono rimettere insieme in un altro modo i dati qualitativi, concatenando tutte le descrizioni relative al transfert una dopo l'altra e, in tal modo, raggiungere una buona visione dello sviluppo dei principali temi transferali (Kaechele et al. 1999).

Descrizione sistematica dei temi transferali di Amalia:

- Sedute 1-5: l'analisi come confessione
- Sedute 26-30: L'analisi come esame
- Sedute 51-55: La madre fredda e cattiva
- Sedute 76-80: Sottomissione e segreta ribellione
- Sedute 101-105: Alla ricerca del proprio ruolo
- Sedute 116-120: Il padre deludente e la figlia senza speranza
- Sedute 151-155: Il padre freddo ed il desiderio di identificazione della paziente
- Sedute 176-180: Ambivalenza nella relazione con il padre
- Sedute 201-205: Il padre come seduttore o giudice di standard morali
- Sedute 226-230: Mi ama o no?
- Sedute 251-255: Nemmeno mio padre può trasformarmi in un maschio
- Sedute 276-280: Sentirsi Cenerentola
- Sedute 301-305: La fanciulla povera ed il ricco re ricco
- Sedute 326-330: Se tu mi rifiuti io ti rifiuto
- Sedute 351-355: L'amore frustrato per il padre potente e la gelosia
- Sedute 376- 380: Separarsi per non essere abbandonata
- Sedute 401-455: La scoperta della propria capacità di critica
- Sedute 426-430: Io vengo solo dopo mia madre, i primogeniti sono i preferiti
- Sedute 451-455: L'odio per il terapeuta disponibile

- Sedute 476-480: L'arte di amare consiste nell'accettare amore e odio
- Sedute 501-505: Dire addio per prima
- Sedute 513-517: Sinfonia di addio.

Non è un caso che queste descrizioni ci facciano venire in mente i titoli delle fiabe: in ogni dato momento del trattamento la relazione tra paziente e analista si organizza in una struttura narrativa che i clinici sono molto bravi a scovare; e così le descrizioni cliniche sistematiche riposano proprio sulla capacità di raccontare la storia, ma con l'uso della tecnica di campionamento questi racconti cambiano di natura: la descrizione clinica sistematica è un modo di raccontare il trattamento in una forma mista. Per introdurre una certa obiettività al racconto basato sulla registrazione integrale, noi consigliamo due lettori quasi-professionisti (come gli studenti) che abbiano qualche nozione di che cosa sia la psicoanalisi; poi noi interveniamo sul loro resoconto in crociandolo con la nostra maggiore esperienza clinica.

3) Procedura di giudizio clinico guidato: la descrizione clinica, anche se redatta da due o più osservatori, mantiene al livello qualitativo la natura dei dati; il terzo livello, con il giudizio clinico guidato, funziona per specifiche dimensioni concettuali, come ha fatto Luborsky per il transfert.

Vari studi sono stati condotti con questo tipo di metodo:

- sull'insight emozionale da Hohage (1988)
- sul cambiamento nell'auto-stima da Neudert et al. (1987)
- sui tipi di sofferenza da Neudert e Hohage (1988)
- sulle reazioni al registratore da Kaechele et al. (1988)
- sui cambiamenti nei sogni da Kaechele et al. (1997), Leuzinger-Bohleber (1989), Leuzinger-Bohleber e Kaechele (1990)
- sulle reazioni alle interruzioni da Jmenez (1992, 2001)
- sugli aspetti transferali strutturali (CCRT) da Albani (2001)
- sui riferimenti al transfert (PERT) da Gill e Hoffman (1985).

4) Analisi del testo linguistica e con procedure computerizzate

ANALISI DEL DISCORSO:

- Discorso comune e discorso psicoanalitico (Koerfer e Neumann 1982)
- Linguaggio dell'azione (Beermann 1983)
- Metafore (Kasanskaja e Kaechele 2002)

STUDI CON PROCEDURE COMPUTERIZZATE: il quarto livello della nostra ricerca consiste nell'incrementare all'approccio valutativo dei concetti clinici con l'introduzione dell'analisi del testo computerizzata.

- Livello di attività verbale (Kaechele 1993)
- Vocabolario dell'analista (Kaechele et al. 1999)
- Strutture di significato latente (Mergenthaler e Kaechele 1985)
- Teoria delle emozioni di Dahl (Hoelzer et al. 2002)
- Cicli terapeutici (Mergenthaler e Kalmykova 1997)
- Pronomi personali (Schaumburg 1980)
- Concetto di corpo (Schors et al. 1982).

Occorrono ulteriori passi avanti, specialmente il tentativo di integrare le molte scoperte provenienti da vari studi.

Considerazioni finali

I risultati della ricerca devono essere replicati per dimostrare il loro valore. L'idea centrale di avere a disposizione un caso-campione ci permette non solo di testare le ipotesi per un singolo caso, ma anche di testare la fecondità dei metodi. Fin qui abbiamo solo la certezza di effetti definiti delle nostre investigazioni sul nostro personale modo di pensare e di agire come psicoanalisti e su quello di coloro che sono vicini al nostro lavoro. Nulla ha cambiato il nostro modo di pensare e di agire come psicoanalisti più dell'averli esposti in pubblico alle critiche amichevoli e ad amici critici. Lo diciamo

per incoraggiare gli altri psicoanalisti ad aprire la segretezza del loro lavoro clinico nello sforzo di migliorare il lavoro clinico stesso, permettendo ad altri di esaminarlo.

Sommario

L'articolo discute il diverso tipo di importanza e di limiti che il metodo di studio del caso singolo assume per la clinica e per la ricerca psicoanalitiche.

Viene passata in rassegna la letteratura psicoanalitica da Freud ai nostri giorni, dall'approccio "narrativo" ai resoconti di casi clinici ed alla ri-analisi di trattamenti descritti da altri autori degli anni '60 ai metodi "hard" di codificazione dei concetti psicoanalitici all'esigenza di seri metodi quantitativi-qualitativi per studi empirici di casi clinici: replica per segmentazione, analisi di serie temporali.

L'articolo riporta il caso-campione tedesco di Amalia X, che è servito a migliorare la formulazione di principi fondamentali Della teoria psicoanalitica mediante l'applicazione di una serie di metodi da parte del gruppo di Ulm.

L'idea fondamentale di Kaechele è che avere un caso-campione è utile per sottoporre a prova sia ipotesi sul singolo caso sia metodi di ricerca sul processo psicoanalitico, cioè per costruire un fecondo collegamento tra clinica e ricerca.

Summary

The article discusses the different importance and limits of the single case study approach for psychoanalytic clinicians and researchers.

It scans the psychoanalytic literature from Freud's works onward from the "narrative" point of view to the clinical reports and re-analyzed treatment report in Sixties to hard methods of coding of clinical concepts to the need of serious quantitative-qualitative methods for empirical case study: replication by segmentation, time series analysis.

A report is provided about the German specimen case Amalia X, that has served for improving basic issues in psychoanalytic theory by a series of methods by Ulm's group.

The Author's core idea of having such a specimen case is in order both to test hypotheses for single case and to test research methods on the psychoanalytic process, that is to bring a fruitful bridge between clinicians and researchers.

BIBLIOGRAFIA

ALBANI C, LUBORSKY L., BLASER G., KÄCHELE H. (2001)

Study of a Psychoanalytic Process using the Core Conflictual Relationship Thema Method (CCRT) according to the Ulm Process Model, J. Am. Psuchoanalytic Ass., in corso di pubblicazione.

ANONYMOUS (1988)

The Specimen Hour, in Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.), Pshychoanalytic Process Research Strategies, Springer, Berlin, pp. 15-28.

BEERMANN S. (1983)

Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer, Sprechmister. Diplom-Arbeit, Hamburg.

BERGIN A. E., GARFIELD S. L. (1971)

Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis, 1st ed., Wiley & Sons, New York.

BERGAMM P. (1966)

An Experiment in Filmed Psychoterapy, Appleton-Century-Crofts, New York, pp. 35-49.

BOLLAND J., SANDLER J. (1965)

The Hampstead Pshicoanalytic Index. A Study of the Psychoanalytic Case Material of a Two-year old

Child, Int. Univ Press, New York.

BRÄHLER C., BROSIG B., KUPFER J., BRÄHLER E. (1994)

Befindlichkeit und psychoimmunologische Parameter im Behandlungsverlauf. Eine quantitative Einzelfallstudie bei Urticaria, *Psychother med Psychol.* 44, pp. 323-330.

BREUER J., FREUD S. (1985)

Studies in Hysteria, SE II; trad. it. Studi sull'isteria, n° 1, Bollati Boringhieri, Torino 1972.

BROMLEY D. B. (1986)

The Case-study Method in Psychology and Related Disciplines; Wiley & Sons, New York.

BROSIG B., KUPFER J., BRÄHLER E., EUCKER D. (1997)

M. Crohn - Einzelfall analyse eines Therapieverlaufes, in Kosarz P., Traue H. Psychosomatik chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, Hiber, Bern, S., pp. 169-184.

BUCCI W. (1988)

Converging Evidence for Emotional Structures: Theory and Method, in Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*, Springer, Berlin, pp. 29-49.

BUCCI W. (1997)

Pattern of Discourse in Good and Troubled Hours, «*J. Am Psychoanal. Ass.*» 45, pp. 155-188.

CATTEL R., LUBORSKY L. (1950)

P-technique Demonstrated as a New Clinical Method for Determining Personality Structure, «*Journal of General Psychology*» 42, pp. 3-24.

CHASSAN J. B. (1967)

Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry, Appleton Century Crofts, New York.

CHASSAN J. B. (1979)

Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry, Appleton Century Crofts, New York, 2a ed.

DAHL H. (1972)

A Quantitative Study of Psychoanalysis, in Holt R. R., Peterfreund E. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, Basic Books, New York, pp. 237-257.

DAHL H., TELLER V. (1993)

Characteristics and Identification of frames, in Miller n., Docherty J., Luborsky L. (eds.), *Psychodynamic Treatment Research*, Basic Books, New York.

DALKVIST J., EKBOM K., WALDENLIND E. (1984)

Headache and Mood: a Time-series Analysis of Self-ratings, «*Cephalalgia*» 4, pp. 45-52.

DAVISON G. C., LAZARUS A. A. (1994)

Clinical Innovation and Evaluation, «*Clin. Psychoal.: Science and Practice*», pp. 157-167.

DESERNO H., HAU S., BRECH E., BRAUN B., GRAF-DESERNO S., GRÜMBERG K. (1998)

Wiederholen der Übertragung? Das zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) der 290. Stunde - Fragen, Probleme, Ergebnisse, «*Psychother med Psychol*» 48, pp. 287-297.

DEWALD P. A. (1972)

The Psychoanalytic Process. A Case Illustration, Basic Books, New York- London.

DONNELLAN C. (1978)

Single Subject Research and Psychoanalytic Theory, «*Bull Menninger Clinic*» 42, pp. 352-357.

EDELSON M. (1986)

Causal Explanation in Science and Psychoanalysis, «*Psychoanalytic Study of the Child*», 41, pp. 89-127.

EDELSON M. (1988)

Psychoanalysis. A Theory in Crisis, University of Chicago Press, Chicago/London.

EDWARDS A. L., CRONBACH L. J. (1952)

Experimental Design for Research in Psychotherapy, «*J. Clin. Psychol.*», 8, pp. 51-59.

EHLICH K. (1980)

Erzählen im Alltag, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

FLADER D., GRODZICKI W. D., SCHRÖTER K. (a cura di) (1982)

Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision,

Suhrkamp, Frankfurt am Main.

FONAGY P., MORAN G. (1993)

Single case Research, in Miller N., Luborsky L. (a cura di) Handbook of Psychodynamic Treatment Research, Basic Books, New York, pp. 62-95.

FREUD S. (1909 d)

Note upon a Case of Obsessional Neurosis. SE X, pp. 151-318; trad. it. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva. (Caso clinico dell'uomo dei topi), OSF VI, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

FREUD S. (1911)

Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia, G W. pp. 239-320; trad. it. OSF VI, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

FREUD S. (1917)

Introductory Lectures on Psychoanalysis, SE 15/16; trad. it. Introduzione alla psicoanalisi, OSF VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

GERBNER G., HOLSTI O., KRIPPENDORF K., PAISLEY W., STONE P. (1969)

The Analysis of Communication Content. Developments in Scientific Theories and Computer Techniques, John Wiley, New York.

GILL M. M., SIMON J., FINK G., ENDICOTT N. A., PAUL I. H. (1968)

Studies in Audio-recorded Psychoanalyses. I. General Considerations, «J. Am. Psychoanal. Ass.» 16, pp. 230-244.

GILL M. M., HOFFMAN I. (1985)

The Opening of an Analysis: the Five Sessions of Amalia X Analyzed with the PERT, pro manuscripto.

GLOVER E. (1952)

Research Methods in Psycho-analysis, «Int. J. Psychoanal. » 33, pp. 403-409.

GRAFF H., LUBORSKY L. (1977)

Long-term Trends in Transference and Resistance; A quantitative Analytic Method Applied to four Psychoanalyses, «J. Am Psychoanal. Ass.» 25, pp. 471-490.

GRÜNBAUM A. (1988)

The Role of the Case Study Method in the Foundations of Psychoanalyses, in Die Philosophen und Freud, Oldenburg, S. @.

HILLIARD R. B. (1993)

Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research, «J. con clin psychol.» 61, pp. 373-380.

HOHAGE R., KÜBLER J. C. (1987)

Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse, «Z Psychosom Med Psychoanal.» 33, pp. 145-154.

HOHAGE R., KÜBLER J. C. (1988)

The Emotional Insight Rating Scale, in Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.), Psychoanalytic Process Research Strategies, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, pp. 243-255.

HÖLZER M., DAHL H., KÄCHELE H. (2002)

A Basic Interpretative Strategy in Psychoanalytic Treatments, «Psychotherapy Research», in corso di stampa.

JIMENEZ J. P. (1992)

Evolution of the Reaction to Breaks in the Psychoanalytical Process as an Indicator of Change (an Empirical Study), in Kächele H., Thomä H. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 3, Kap. 4, <http://sip.medizin.uni-ulm.de>.

JONES E. E., WINDHOLZ M. (1990)

The Psychoanalytic Case Study: Toward a Method for Systematic Inquiry, «J. Am Psychoanal. Ass.» 38, pp. 985-1016.

JÜTTEMANN G. (1983)

Psychologie in der Veränderung. Perspektiven für eine gegenstandsangemessene Forschungspraxis,

Beltz, Weinheim.

KÄCHELE H.(1981)

Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung, «Jahrb Psychoanal.» 12, pp. 118-178 [vedasi anche Kächele H., Thomä H. (2000) cap. 2, cit.].

KÄCHELE H., THOMÄ H., SCHAUMBURG C. (1975)

Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß Schweizer, «Archiv für Neurologie. Neurochirurgie und Psychiatrie» 116, pp. 197-228.

KÄCHELE H. (1983)

Verbal Activity Level of Therapists in Initial Interviews and Long-term Psychoanalysis, in Minsell W., Herff W. (eds.) Methodology in Psychotherapy Research. Lang, Frankfurt, pp. 125-129.

KÄCHELE H., THOMÄ H., RUBERG W., GRÜNZIG H. J. (1988)

Audio-recordings of the Psychoanalytic Dialogue: Scientific, Clinical and Ethical Problems, in Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.) Psychoanalytic Process Research Strategies, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio, pp. 179-194.

KÄCHELE H., EHLERS W., HÖLZER M. (1991)

Experiment und Empirie in der Psychoanalyse, on Perspektiven der Psychiatrie. Forschung-Diagnostik-Therapie, Gustav Fischer, Stuttgart, S. 129-142.

KÄCHELE H., SCHINKEL A., SCHMIEDER B., LEUZINGER-BOHLEBER M., THOMÄ H. (1999)

Amalie X Der Verlauf einer psychoanalytischen Therapie, «Colloquium Psychoanalyse (Berlin)» 4, pp. 67-83.

KÄCHELE H., HÖLZER M., MERGENTHALER E. (1999)

The Analyst's Vocabulary, in Fonagy P., Cooper A. M., Wallerstein R. S. (eds.) Psychoanalysis on the Move: The Work of Joseph Sandler, Routledge, London-New York, pp. 217-229.

KÄCHELE H., THOMÄ H. (a cura di) (2000)

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 Forschung / Psychoanalytic Practice Vol. 3 Research, Ulmer Textbank, Ulm, <http://sip.medizin.uni-ulm.de>.

KÄCHELE H., EBERHARDT M., LEUZINGER-BOHLEBER M. (1997)

Amalia's Dreams - Dream Series as Process Tool, in Kächele H., Mergenthaler E., Krause R., Psychoanalytic Process Research II, <http://sip.medezin.uni-ulm.de>.

KAZANSKAJA A., KÄCHELE H. (1997)

Amalia's Metaphors, in corso di pubblicazione.

KAZDIN A. E. (1982)

Single Case Research Designs, NY, Oxford.

KLEIN M. (1961)

Narrative of a Child Analysis, London, Hogarth; trad. it. Analisi di un bambino, Boringhieri, Torino 1971.

KOERFER A., NEUMANN C. (1982)

Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen "ungewöhnlichen" Diskurstyp, in Flader D., Grodzicki W-D., Schröter K., Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision, Suhrkamp, Frankfurt, S 96-137.

LABOV W., FANSHEL D. (1977)

Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation, Academic Press, New York.

LEUZINGER-BOHLEBER M.(1995)

Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio.

LEUZINGER-BOHLEBER M. (1995)

Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument, «Psyche-Z Psychoanal.» 49, pp. 434-480.

LEUZINGER-BOHLEBER M., KÄCHELE H. (1990)

Von Calvin zu Freud; 5 aggregierte Einzelfallstudien zur Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen, «Z Klin Psychol.» 19, pp. 11-122.

LUBORSKY L.(1953)

Intraindividual Repetitive Measurements (P-technique) in Understanding Psychotherapeutic Change, in Mowrer E., Psychotherapy - Theory and Research, Ronald Press, New York, pp. 389-413.

LUBORSKY L. (1995)

The First Trial of P-technique in Psychotherapy Research- A Still-Lively Legacy, «J. Con and Clin Psychol.» 63, pp. 6-14.

LUBORSKY L. (1996)

The Symptom-Context Method. Symptoms as Opportunities in Psychotherapy, The Am Psychol. Ass., Washington DC.

LUBORSKY L. (1996)

The Context for Stomach Ulcer Pain, in Luborsky L., The Symptom-Context Method, Am Psychol. Ass, Washington DC, pp. 177-199.

LUBORSKY L., SPENCE D. (1971)

Quantitative Research in Psychoanalytic Therapy, in Bergin A. E., Garfield S. (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis, Wiley, New York, pp. 31-368.

LUBORSKY L., STUART J., FRIEDMAN S. et al. (2001)

The Penn Psychoanalytic Treatment Collection: A set of Complete and Recorded Psychoanalyses as a Research Resource, «J. Am Psychoanal. Ass.» 49, pp. 217-234.

MARCUS S. (1974)

Freud und Dora - Roman, Geschichte, Krankengeschichte, «Psyche -Z Psychoanal.» 28, pp. 32-79.

MELTZER D. (1978)

The Kleinian Development: Part II, Richard Week-by-week, Clunie, Perthshire; trad.it Lo sviluppo kleiniano, Borla, Roma 1982-84, vol. 2.

MERGENTHALER E., KÄCHELE H.(1985)

Changes of Latent Meaning Structures in Psychoanalysis, «Sprache und Datenverarbeitung» 9, pp. 21-28.

MERGENTHALER E., KÄCHELE H. (1988)

The Ulm Textbank Management System: A Tool for Psychotherapy Research, in Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.), Psychoanalytic Process Research Strategies, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokio, pp. 195-212.

MERGENTHALER E., KÄCHELE H. (1993)

Locating Text Archives for Psychotherapy Treatment Research, in Miller N., Luborsky L., Barber J. P., Docherty J. P. (eds.), Psychodynamic Treatment Research - A Guide for Clinical Practice, Basic Books, New York, pp. 54-62.

MERGENTHALER E., KALMYKOVA K. (1977)

Therapeutic Cycles, Georg Klein Forum 1997, New York.

MORAN G., FONAGY P. (1987)

Psychoanalysis and Diabetes: An Experiment in Single Case Methodology, «Brit J. Med. Psychol.» 60, pp. 357-372.

NEUDERT L., GRÜNZIG H. J., THOMÄ H. (1987)

Change in Self-esteem during Psychoanalysis: A Single Case Study, in Cheshire N. M., Thomä H. (eds.) Self, Symptoms and Psychotherapy, Wiley & Sons, New York, pp. 243-265.

PUMPIAN-MINDLIN E. (1995)

Psychoanalysis as Science. The Hixon Lectures on the Scientific Status of Psychoanalysis, Basic Books, New York.

PROPP V. (1928)

Morphology of the Folktale, Research Center, Indiana University, Bloomington; trad. it Morfologia della fiaba, Einaudi, Torino 1967.

RICE L. N., GREENBERG L. S. (1984)

- Patterns of Change. Intensive Analysis of Psychotherapy Process, The Guilford Press, New York.
- ROSEN V. (1977)
Style, Character and Language, Jason Aronson, New York.
- ROTMANN M. (1998)
Wie Früh soll man die Übertragung deuten - eine Untersuchung der ersten Stunden von Amalia X. (in corso di pubblicazione).
- RUSSEL R. (1987)
Processive Outcomes in Psychotherapy; Toward a Theory of Narrative Pliralism and Change, in Huber W. (ed.), Progress in Psychotherapy Research, «Les Journaux de Clinique de Louvain-la-Neuve», Louvain, S 459-567.
- SANDLER J. (1962)
The Hampstead Index as an Instrument of Psychoanalytic Research, «Int. J. Psychoanal.» 43, pp. 289-291.
- SARGENT H. (1961)
Intrapsychic Change: Methodological Problems in Psychotherapy Research, «Psychiatry» 24, pp. 93-108.
- SCHAUMBURG C. (1980)
Personal pronomina im Psychoanalytischen Prozess, «Dr. rer. biol. hum.», Ulm.
- SCHORS R., MERGENTHALER E., KÄCHELE H. (1982)
Computer-aided Content Analysis in the Study of Body Concepts, European Conference of Psychosomatic Research, Noorwijkerhout, Holland.
- SHAKOW D. (1960)
The Recorded Psychoanalytic Interview as an Objective Approach to Research in Psychoanalysis, «Psychoanal. Q» 29, pp. 82-97.
- SHAKOW D., RAPAPORT D. (1964)
The Influence of Freud on American Psychology, " Psychological Issues" 4, Int. Univ. Press, New York.
- SILBERSCHATZ G. (1978)
Effects of the Therapist's Neutrality on the Patient's Feelings and Behavior in the Psychoanalytic Situation, pro manuscripto, New York Univ.
- SIMON J., FINK G., GILL M. M., ENDICOTT N. A., PAUL I. H. (1970)
Studies in Audiorecorded Psychoanalysis. II. The Effect of Recording upon the Analyst, «J. Am. Psychoanal. Ass.» 18, pp. 86-101.
- SPENCE D. P. (1982)
Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis, Norton, New York; trad. it Verità narrativa e verità storica. Significato e interpretazione in psicoanalisi, Martinelli, Firenze 1987.
- STREECK U. (1999)
Konversationsanalyse und "das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht", «Zsch psychsom Med. Psychoanal.» 45, pp. 77-91.
- WALLERSTEIN R. S., SAMPSON H. (1971)
Issues in Research in the Psychoanalytic Process, «Int. J. Psychoanal.» 52, pp. 11-50.
- WALLERSTEIN R.S. (1986)
Forty-two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy, Guilford, New York.
- WEISS J., SAMPSON H., MZPR GROUP (1986)
The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research, Guilford Press, New York-London.
- WINNICOTT D. W. (1972)
Fragment of an Analysis, in P. L. Giovacchini (ed.), Tactics and Tecniques in Psychoanalytic Therapy, Hogarth Press, London; trad. it Frammento di un'analisi, Il Pensiero Scientifico, Roma 1981.
- ZETZEL E. R. (1966)

Additional Notes upon a Case of Obsessional Neurosis: Freud 1909, «Int. J. Psychoanal.» 47, pp. 123-129.

Horst Kaechele
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Universitaet Ulm
Am Hochstrasse 8
89081 ULM

Note:

1) Molti di noi sembrano ancora spaventati all'idea di rivelare la loro identità di terapeuti di un caso su cui si fa ricerca; questo oggi sembra controproducente ai fini di far progredire la ricerca.

2) Sono stati descritti studi di serie temporali su vari sintomi psicosomatici, basati su resoconti giornalieri: sull'emicrania da Dalkvist et al. (1984), sull'orticaria da Braehler et al. (1994), sul morbo di Crohn da Brosig et al. (1997) e sui fattori predittivi della sindrome del colon irritabile da Dancey et al. (1998).

PSYCHOMEDIA --> [HOME PAGE](#)

A.S.P. --> [HOME PAGE](#) --> [Rivista SETTING](#)