

Applicazioni del Psychotherapy Process Q-Sort di Jones

Saulo Sirigatti ¹

Abstract

La ricerca attuale in psicoterapia focalizza l'attenzione sull'efficacia degli interventi e sul processo di cambiamento. Nel corso degli anni, numerose sono state le tecniche utilizzate per affrontare questi studi. Il Psychotherapy Process Q-sort (PQS) di Jones (1985) descrive i processi terapeutici, per valutare la relazione tra processi e risultati, per analizzare la natura dei cambiamenti dei processi nel tempo. La presente ricerca a messo a confronto, con l'impiego di questo strumento, tre tipi di approcci psicoterapeutici: la terapia sistemico-relazionale (TSR), la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e la terapia breve strategica (TBS). Ciò ha consentito di identificare differenze e similarità tra i tre approcci.

¹ *Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze, Italia*

Introduzione

Della ricerca sugli esiti e sui processi della psicoterapia si possono ricordare alcune fasi significative. Circa cinquanta anni fa, Eysenck (1952) svolge una prima indagine sull'efficacia della psicoterapia e introduce il problema delle guarigioni spontanee. In realtà, la questione era stata già accennata nel '37 da Landis e, ancor prima, Rosenzweig (1936) aveva fatto un'osservazione riguardante i fattori comuni in psicoterapia – solitamente attribuita a Luborsky – sollevata con la metafora del “lodo di Dodo”: tutti hanno vinto e tutti meritano un premio.

Negli anni '70 importanti questioni economiche si intrecciano con l'esercizio della psicoterapia; gradualmente dubbi e diffidenze si attenuano: per ricorrere alla psicoterapia non occorre più essere o molto ricchi o molto pazzi. Con l'avvento della meta-analisi di Smith e Glass (1977) e di Smith, Glass e Miller (1980), si ottengono indicazioni sempre più convincenti circa i positivi e consistenti effetti delle psicoterapie.

A partire dalla metà degli anni '90, particolare attenzione è stata indirizzata al movimento delle Empirically Supported Treatments (ESTs), volto ad identificare trattamenti psicologici, chiaramente specificati, dimostratisi efficaci, alla luce di ricerche controllate, nei riguardi di popolazioni ben delineate (Chambless & Hollon, 1998). Tale movimento rappresenta il tentativo – il futuro dirà quanto fruttuoso – di proporre protocolli dettagliati e sperimentati di intervento nei riguardi di specifici disturbi e di specifici pazienti.

Mentre vivo è il dibattito tra modelli teorici, prassi operative e approcci di indagine, si può notare che l'attuale ricerca in psicoterapia ha focalizzato l'attenzione particolarmente su due aree e sulle loro interrelazioni: la ricerca sugli esiti - che ha mirato alla comparazione dell'efficacia relativa di interventi psicoterapeutici - e la ricerca sul processo, che ha cercato di identificare specifiche fasi e dinamiche del cambiamento. Con particolare riferimento al secondo punto, alcuni ricercatori includono nel processo qualunque cosa accada nei e tra i pazienti e i terapeuti nei loro reciproci ruoli, vale a dire quello che pazienti e terapeuti effettivamente fanno, sentono, pensano e vogliono, nel contesto cangiante di circostanze e condizioni del trattamento. Tale definizione può creare una serie di incertezze concettuali e semantiche; tuttavia, al fine di una maggiore chiarezza, può essere utile la distinzione tra tecnica e variabili della relazione.

Si suppone, usualmente, che fattori di tipo tecnico (specifico) differenzino procedure di un particolare tipo di trattamento, mentre la relazione tra pazienti e terapeuti è presente qualunque sia l'approccio seguito e rappresenta variabili comuni (o non specifiche). L'alleanza terapeutica - benché sia, tra le variabili comuni, un importante aspetto del processo terapeutico - risulta un costrutto pervasivo, che può essere facilmente confuso con il processo di trattamento inteso come un tutto, e non spiega come la terapia contribuisca al miglioramento del paziente. Tale costrutto colloca ad un livello troppo elevato di astrazione processi che sono presumibilmente comuni a tutti i trattamenti. Per comprendere ciò che fattori non specifici (come l'alleanza terapeutica) rappresentano e come aiutino il paziente a migliorare, è innanzitutto necessario descrivere tali fattori a un livello microanalitico (Ablon & Jones, 1999). Appare, quindi, di particolare utilità poter disporre di uno strumento ad ampio spettro, progettato per descrivere, empiricamente, il processo terapeutico nel suo complesso in termini clinicamente rilevanti.

Attualmente si impiegano approcci di ricerca sperimentali, naturalistici o quasi-sperimentali, inchieste e studi di singolo caso. Il disegno di ricerca maggiormente utilizzato

nello studio del processo di trattamento è stato lo studio naturalistico, ovvero osservazioni di casi specifici in diversi momenti. La ricerca descrittiva in psicoterapia si è concentrata principalmente su eventi che possono essere osservati accadere durante la sessione di trattamento. Tali eventi possono comprendere interazioni tra paziente e terapeuta ed esperienze avvenute durante una sessione, successivamente riferite da pazienti e terapeuti.

Comunque, le tradizionali storie di casi hanno limitato valore scientifico, in quanto consistono di resoconti aneddotici relativi ad osservazioni raccolte in modo incontrollato e asistemico. Limiti del metodo dello studio del caso possono essere contenuti, introducendo aggiustamenti metodologici, come, ad esempio, l'applicazione standardizzata di valutazioni obiettive. Lo studio di casi può essere usato in ricerche più sistematiche, adottando metodi di analisi che (1) consentano che la ricchezza di osservazioni, tipica dello studio del caso, si traduca in dimensioni oggettive, quantificabili; (2) colgano l'unicità dell'individuo; (3) permettano il confronto tra osservatori dello stesso caso, come pure confronti tra casi (Jones, Cumming & Pulos, 1993).

Negli anni sono state proposte numerose tecniche, quali ad esempio: Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983); California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS); Structural Analysis of Social Behavior (Benjamin, 1974); Psychotherapy Process Q Set, uno strumento composto da 100 item, costruito per descrivere in modo empirico il processo terapeutico nel suo complesso in termini clinicamente rilevanti (Jones, 1985). Il PQS ha il suo antecedente nella tecnica Q-sort, proposta da Stephenson (1953) e sviluppata e verificata in modo più sistematico da Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971). Si tratta di una tecnica di misurazione con ampia potenzialità di applicazione, particolarmente adatta per descrivere dati di tipo qualitativo. Consiste in una serie di item, ciascuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione. Il Q-sort è una tecnica ipsativa, cioè gli item sono ordinati all'interno di un unico caso, da quelli più caratteristici della persona o della situazione da descrivere a quelli meno caratteristici.

La metodologia Q nella ricerca in psicoterapia: lo Psychotherapy Process Q-sort

La tecnica Q-sort, proposta da Stephenson (1953), fu sviluppata e verificata in modo più sistematico da Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971). Si tratta di una tecnica di misurazione con ampie potenzialità di applicazione, particolarmente adatta per descrivere dati di tipo qualitativo, che consiste in una serie di item, ciascuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione.

Un Q-set consiste in una serie di item, il cui numero varia a seconda dei casi, ognuno dei quali descrive un aspetto psicologico o comportamentale dell'individuo o della situazione che si vuole esaminare. Come hanno sostenuto da Jones, Cumming e Pulos (1993), il contenuto degli item di un Q-set può rinnovarsi in base agli obiettivi della ricerca, rendendone inesistente un'unica forma standard. Il Q-sort è una tecnica di misurazione ipsativa, pertanto gli item vengono ordinati all'interno di un unico caso – da quelli più caratteristici della persona o della situazione da descrivere a quelli meno caratteristici – allo scopo di catturarne la specificità e scoprirne i cambiamenti.

Nella ricerca in psicoterapia la tecnica del Q-sort fu inizialmente impiegata per valutare gli esiti del trattamento, sebbene la sua utilizzazione per studiare il processo

psicoterapeutico abbia una lunga storia (Jones, Cumming & Pulos, 1993). Nonostante i risultati delle prime applicazioni fossero promettenti, tale tecnica non ha riscosso molta popolarità a causa della difficoltà nella costruzione di un adeguato set di item.

Partendo da questi problemi, Block propose un metodo di costruzione del Q-set basato sull'operazionalizzazione dei concetti sottostanti le variabili di interesse e sulla costruzione degli item attraverso un'analisi della varianza per evidenziare le caratteristiche osservate (Block, 1961; Block e Haan, 1971). Lo scopo di tale approccio metodologico è quello di offrire un set di item in grado di catturare nel modo più comprensibile possibile le dimensioni critiche di variazione attraverso i casi oggetto di studio.

Un esempio di tale metodologia è rappresentato dallo *Psychotherapy Process Q-sort* (PQS) di Jones (1985), utilizzato per descrivere i processi terapeutici, per valutare la relazione tra processi e risultati, per analizzare la natura dei cambiamenti dei processi nel tempo. Sebbene costruito in base all'assunzione generale che la psicoterapia costituisca un processo interpersonale, mira ad essere neutrale riguardo ad ogni particolare teoria terapeutica e permette di rappresentare un ampio spettro di interazioni terapeutiche. Lo scopo generale dello strumento è di fornire un quadro significativo del processo psicoterapeutico, che possa essere utilizzato in analisi comparative o studiato in occasioni di valutazione di situazioni precedenti o successivi alla terapia (Jones, 1985). Il PQS risulta applicabile a registrazioni video, audio, o alla trascrizione di un'intera seduta psicoterapeutica e uno dei suoi punti di forza risiede nel fatto che si tratta di uno strumento panteorico.

Il Q-set è Composto da 100 item, ognuno dei quali rappresenta una variabile clinicamente rilevante per la descrizione dell'interazione tra paziente e terapeuta, il PQS coglie tre fondamentali aspetti del processo psicoterapeutico:

- atteggiamenti, comportamenti ed esperienze esplicitati del paziente;
- azioni e atteggiamenti del terapeuta;
- la natura dell'interazione diadica, il clima, l'atmosfera della seduta.

Per una corretta applicazione dello strumento, è necessario che gli osservatori mantengano distacco rispetto alla terapia, si basino su fatti concreti, siano il più obiettivi possibile e non si lascino influenzare da preconcetti teorici o da reazioni personali nei confronti del paziente o del terapeuta. Gli item devono essere ripartiti in 9 categorie – distribuite in un continuum dalla meno caratteristica (numero 1) alla più caratteristica (numero 9). Nella categoria centrale (numero 5) vengono collocate le definizioni ritenute irrilevanti nella valutazione della seduta. In ciascuna categoria verrà inserito un definito numero di item, così da rispettare la distribuzione normale. Nella finestra che segue viene presentato il significato di ciascuna categoria.

Distribuzione della collocazione dei 100 item secondo le nove categorie previste

Categoria	N° di item	Significato
9	5	Estremamente caratteristico
8	8	Completamente caratteristico
7	12	Abbastanza caratteristico
6	16	Piuttosto caratteristico
5	18	Relativamente neutrale o non importante
4	16	Piuttosto non caratteristico
3	12	Abbastanza non caratteristico
2	8	Completamente non caratteristico
1	5	Estremamente non caratteristico

Seguono esempi di item relativi ai tre aspetti del processo.

Esempio di item riferito al paziente

Item 1

Il paziente verbalizza sentimenti negativi verso il terapeuta

(vs. fa commenti di approvazione e ammirazione)

- Collocare verso **caratteristico** se il paziente verbalizza sentimenti di critica, antipatia, invidia, disprezzo, rabbia o antagonismo verso il terapeuta (ad es.: il paziente rimprovera il terapeuta per non aver fornito una guida sufficiente durante la terapia).
- Collocare verso **non caratteristico** se il paziente esprime sentimenti positivi o amichevoli sul terapeuta, come complimenti.

Esempio di item riferito al terapeuta

Item 9

Il terapeuta è freddo, distaccato

(vs sollecito ed emotivamente coinvolto)

- Collocare verso **caratteristico** se l'atteggiamento del terapeuta verso il paziente è freddo, formale e distaccato, o caratterizzato da ritiro emotivo.
- Collocare verso **non caratteristico** se il terapeuta è realmente responsivo ed emotivamente coinvolto.

Esempio di item riferito all'interazione

Item 4

Vengono discussi gli scopi terapeutici del paziente

- Collocare verso **caratteristico** se si parla di ciò che il paziente desidera ottenere come risultato della terapia. Questi desideri possono riferirsi a cambiamenti personali o "interni" (ad es.: "ho iniziato la terapia per superare la mia depressione") o a cambiamenti delle circostanze della vita (es. "mi domando se la terapia riuscirà a far sì che io mi sposi").
- Collocare verso **non caratteristico** se non vi sono riferimenti o allusioni da parte del terapeuta o del paziente alle possibili conseguenze della terapia.

Il PQS sembra aver fronteggiato con discreto successo le limitazioni attribuite alla tecnica Q-sort. L'attendibilità tra valutatori in una varietà di studi e di trattamenti ha raggiunto correlazioni che variano da .83 a .89 per due osservatori e da .89 a .92 quando gli osservatori siano da tre a dieci (Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones & Windholz,

1990; Pulos & Jones, 1987). L'attendibilità media tra diversi tipi di trattamento ha raggiunto .82 (Jones, Parke & Pulos, 1992).

Per quanto attiene alla validità, i risultati hanno dimostrato che il PQS coglie differenze tra gli approcci Razionale-Emotivo e Gestaltico, Razionale-Emotivo e Centrato sul Cliente, Centrato sul Cliente e Gestaltico (Jones, Cumming & Pulos, 1993), Psicodinamico e Cognitivo-comportamentale (Jones & Pulos, 1993). In molti studi il PQS ha dimostrato di essere in grado di cogliere gli aspetti di processo riconducibili all'alleanza terapeutica, ma anche elementi più ampiamente descrittivi del processo terapeutico, quali comportamenti, pensieri e sentimenti dei pazienti, come pure aspetti più interattivi del processo terapeutico (Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002; Price & Jones, 1998).

In letteratura i dati raccolti mediante il PQS sono stati trattati sia su scala ordinale sia considerandoli su scala ad intervalli. Nel primo caso le elaborazioni possibili si riferiscono unicamente a mediane e coefficienti di correlazione tra le stesse (Giani, 1998; Paganucci, 1998). Lavorando invece su scala a intervalli, ovvero sulle medie delle categorie a cui un item viene attribuito, si ha la possibilità di evidenziare, ad esempio, l'andamento dello stesso item all'interno della terapia (esaminando le sue modificazioni nel tempo) o confrontare i suoi andamenti in terapie diverse (Miller, Luborsky, Barber, Docherty, 1993).

Ricerche in corso sulla valutazione dei processi in psicoterapia

In Italia la ricerca empirica in psicoterapia, nonostante la sua importanza, è stata piuttosto trascurata, con limitate indagini sull'efficacia della psicoterapia e alcuni studi meta-analitici (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi & Giannone, 1998; Migone, 1996, 1998; Sirigatti, 1985, 1988, 1994), anche se negli ultimi tempi si notano sempre più spesso interessanti studi sull'argomento (Costantini, et al., 2002; Dimaggio, Salvatore, Azzara, & Catania, 2003; Di Nuovo, & Zingales, 2000; Fava, 2001; Finicelli, Colombo, & Verga, 2001; Freni, Azzone, Bartocetti, Verga, & Vigano, 2000; Piasentin, Azzone, Vigano, & Freni, 2000; Ortu, et al., 2001). Appare comunque necessario condurre indagini sistematiche in questo campo, particolarmente secondo la prospettiva del processo.

Per rispondere all'esigenza di una sistematizzazione di ciò che avviene all'interno della psicoterapia e cercare di comprendere i meccanismi che portano o meno alla risoluzione del problema presentato dal paziente, è stata svolta una ricerca che ha visto la collaborazione tra il gruppo guidato da Valeria Ugazio dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e l'Università degli Studi di Firenze. Lo studio ha mirato a mettere in relazione i dati sugli esiti (in vista della comparazione dell'efficacia relativa di interventi psicoterapeutici) e quelli sui processi (per cercare di identificare specifici processi di cambiamento) così da integrare in modo costruttivo entrambi gli aspetti della psicoterapia.

Si è ritenuto importante rilevare variabili tecniche (fattori specifici) che differenziano le procedure di un particolare tipo di trattamento, nonché le modalità di relazione tra pazienti e terapeuti, presenti qualunque sia l'approccio seguito e che rappresentano le variabili comuni (fattori non specifici) del trattamento. E' apparso, quindi, di particolare utilità poter disporre di uno strumento ad ampio spettro, progettato per descrivere, empiricamente, il processo terapeutico nel suo complesso in termini clinicamente rilevanti, quale appunto lo Psychotherapy Process Q Set (PQS) (Jones, 1985) che ha trovato, fino ad ora, impiego assai limitato nel nostro Paese.

Obiettivi

In rapporto alle concrete possibilità di reperimento della documentazione da sottoporre all'analisi, gli obiettivi della ricerca sono stati ulteriormente specificati come segue:

- identificazione delle differenze e delle similarità nei processi relativi alla terapia sistemico-relazionale (TSR), alla terapia cognitivo comportamentale (TCC), alla terapia breve strategica (TBS);
- individuazione dei processi quali predittori degli esiti delle psicoterapie considerate;
- identificazione delle differenze e delle similarità nei processi in rapporto a differenti psicopatologie.

Metodo e tecniche

La ricerca è stata svolta secondo un approccio sistematico di tipo osservativo.

Partecipanti

Sono state utilizzate 49 sedute di terapia (15 TSR, 4 TCC, 30 TBS) – per ogni caso, di norma, iniziali, intermedie e finali - registrate audio o audiovisivamente e trascritte fedelmente, relative a 17 partecipanti (8 M. e 9 F.), adolescenti e adulti. Sotto il profilo psicopatologico, la casistica può essere descritta, in base ai criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV Axis I), come segue:

- 4 casi affetti da disturbo dell'umore: 3 trattamenti (2 TBS, 1 TCC) con esito positivo e 1 (TBS) con esito negativo;
- 5 casi affetti da disturbo d'ansia : 3 trattamenti (2 TBS e 1 TSR) con esito positivo e 2 (TBS) con esito negativo;
- 3 casi affetti da disturbo alimentare: 2 trattamenti (TBS) con esito positivo e 1 (TBS) con esito negativo);
- 5 casi (TSR) per i quali mancano indicazioni circa il disturbo e l'esito della terapia e sono stati inclusi per la identificazione delle differenze e delle similarità nei processi relativi alle diverse terapie.

Strumenti

Il processo psicoterapeutico è stato valutato mediante il Psychotherapy Process Q-Sort (PQS), elaborato da Jones (1985) e adattato appositamente nel corso della presente ricerca. Lo scopo dei 100 item che compongono il PSQ è di provvedere un linguaggio di base per la descrizione e la classificazione del processo terapeutico. Sebbene costruito in base all'assunzione generale che la psicoterapia costituisca un processo interpersonale, questo strumento mira ad essere neutrale riguardo ad ogni specifica teoria terapeutica e permette di rappresentare un ampio spettro di interazioni terapeutiche. L'uso di un linguaggio e di un procedimento di valutazione standardizzati ha consentito di caratterizzare in maniera sistematica l'interazione paziente-terapeuta, valutando intere sessioni terapeutiche e classificando le impressioni ricevute dallo svolgersi del processo. Il PQS è costituito da tre

tipi di item: (a) item che descrivono gli atteggiamenti, il comportamento e le esperienze del paziente; (b) item che mettono in luce le azioni e gli atteggiamenti del terapeuta; (c) e item che riguardano l'incontro nel suo insieme. Un manuale per la codifica – con dettagliate istruzioni corredate da esempi, così da minimizzare la variabilità dell'interpretazione degli item. Allo scopo di determinare i descrittori del processo che meglio caratterizzano ciascun trattamento, sono stati identificati gli item che item – è stato preparato ispirandosi a quello originale di Jones.

Procedura

Le valutazioni sono state svolte da un pool di cinque osservatori, composto da ricercatori in psicologia già e dottorandi partecipanti a un programma di psicologia clinica. Tutti gli osservatori sono stati accuratamente preparati nell'applicazione del PQS. Per ogni paziente sono state esaminate da due a quattro registrazioni audiovisive e le loro trascrizioni fedeli, relative alla prima parte, a quella intermedia e alla parte finale del trattamento. Tutte le registrazioni e le loro trascrizioni sono state randomizzate e sono stati espressi giudizi indipendenti da tre osservatori (Mediana del K di Cohen circa .60) ; delle tre valutazioni è stata calcolata media aritmetica. E' stata monitorata la congruenza tra le valutazioni fornite dagli osservatori. caratterizzano, a livello massimo o minimo, il processo terapeutico. Infine, allo scopo di individuare se e in quale misura fattori di processo, rappresentati dagli item del PQS, possano differenziare e accomunare i vari approcci terapeutici, predire l'esito del trattamento, caratterizzare la terapia di specifici disturbi, sono state condotte analisi statistiche uni- e multi-variate.

Risultati e discussione

Approcci psicoterapeutici: differenze e similarità

Mediante l'ausilio di una ANOVA a una via, concernente i 100 punteggi del PQS attribuiti a ognuna delle sessioni dei tre approcci psicoterapeutici, sono stati individuati i 18 processi che sembrano meglio caratterizzarli. Una successiva analisi discriminante multipla ha confermato che anche complessivamente tali indicatori sono in grado di differenziare adeguatamente i tre approcci (Wilks' Lambda: .0123; $F(36, 58) = 12.9160$; $p < 0.0001$).

La TSR si staglia in confronto agli altri due approcci per varie peculiarità dell'atteggiamento e del comportamento del terapeuta. Questi mostra la capacità di percepire il "mondo privato" del paziente come se fosse il suo, è sensibile ai sentimenti del paziente in generale e in date situazioni, può comunicare questa comprensione in modo empatico, i commenti riflettono gentilezza, considerazione, e premura. Le interpretazioni si riferiscono a persone particolari che il paziente conosce e si nota la tendenza a interpretare il significato del comportamento delle persone che fanno parte della vita del paziente. Vengono discussi molti argomenti, il dialogo sembra in qualche modo diffuso; vengono affrontati temi quali i sentimenti, gli atteggiamenti del paziente ed il concetto e le percezioni, sia positive che negative, che ha di se stesso, si parla delle relazioni romantiche e amorose dei sentimenti verso il partner. Il paziente sembra fiducioso e non sospettoso,

prova sollievo dando sfogo ai sentimenti soppressi o soffocati, comunica al terapeuta di sentirsi meglio dopo avere espresso questi sentimenti.

Per la TCC le note che seguono devono essere considerate del tutto preliminari, considerato il limitato numero di sedute osservate. Il dialogo che si instaura tra terapeuta e paziente è centrato su temi cognitivi, su sistemi di idee e di credenze, che vengono utilizzati per valutare se stessi, gli altri e il mondo, mentre non si ha frequente espressione di sentimenti soppressi o soffocati. Non si fa particolare riferimento a persone importanti nella vita del paziente. Il terapeuta durante la seduta non tende a riformulare le idee che il paziente ha espresso e percepire accuratamente l'esperienza che il paziente ha della relazione terapeutica. Il paziente, che sembra un po' preoccupato per il giudizio del terapeuta, cerca l'approvazione, l'affetto e la simpatia di questi; pone spesso domande, mostra una certa resistenza nell'esaminare pensieri, relazioni o motivazioni correlati al problema affrontato. Il paziente non si sente diffidente o sospettoso e non rifiuta i commenti e le osservazioni del terapeuta.

Nella TBS la interazione si focalizza su pochi elementi cruciali, tende a concentrarsi su idee o costrutti usati per valutare se stessi e gli altri, le relazioni amorose o romantiche raramente emergono come argomento di discussione, non si osservano commenti del terapeuta sul significato del comportamento del paziente. È aspetto peculiare la riformulazione delle dichiarazioni e delle idee del paziente in una forma più comprensibile, al fine di rendere in qualche modo più evidente il loro significato; nel contesto di un comportamento del terapeuta che riflette generalmente gentilezza, considerazione e premura. Egli interviene frequentemente attraverso commenti, mostrando una percezione accurata dell'esperienza che il paziente ha nella relazione terapeutica. Tuttavia, la comprensione empatica dell'esperienza e dei sentimenti del paziente non sembra essere un aspetto caratteristico dell'approccio breve strategico e non si nota, da parte del paziente, la tendenza a trasformare la relazione terapeutica in un rapporto più personale e intimo.

Con la ricerca dei processi comuni ai tre approcci si rilevano varie similarità. In primo luogo, il terapeuta interviene sistematicamente per facilitare la comunicazione del paziente; tende a riformulare, in un modo che prima non era esplicitamente riconosciuto, quanto espresso dal paziente. Rivolge limitata attenzione al comportamento non verbale, tende a non svolgere interventi specificamente diretti alla puntualizzazione dell'uso di manovre difensive da parte del paziente, né interviene sistematicamente con interpretazioni relative a eventuali meccanismi di controllo utilizzati dal paziente per allontanare informazioni minacciose, anche se nessuno dei tre approcci sembra escludere la possibilità di perseguire obiettivi di questo tipo. Il paziente non sembra ricercare maggiore vicinanza o intimità con il terapeuta, di solito non appare agitato, eccitato, teso o ansioso, non si sente particolarmente inadeguato e inferiore, né esprime vergogna o colpa. Mostra qualche segno di scoraggiamento, ma anche aspettative positive nei confronti della terapia; non appaiono marcati sentimenti ambivalenti o conflittuali nei confronti dello psicoterapeuta.

I processi quali indicatori degli esiti delle psicoterapie

Al fine di individuare eventuali processi che potessero fungere da predittori dell'esito della psicoterapia sono state stimate le associazioni tra le valutazioni espresse e il risultato del trattamento. Questi dati, da considerare come orientativi, mostrano che le sedute iniziali non offrono elementi utili per una previsione dell'esito, se si eccettua che sembra assumere

una valenza positiva una interazione che prenda in considerazione costrutti usati per valutare gli altri, se stessi, il mondo.

Le sedute intermedie si sono rivelate, sotto questo profilo, assai più ricche di informazioni. Ci si può attendere, con maggior probabilità, un risultato positivo quando il terapeuta non puntualizza l'uso di manovre difensive da parte del paziente, non si verifica competitività tra paziente e terapeuta. Inoltre previsioni più favorevoli appaiono collegate a una serie di atteggiamenti e comportamenti del paziente il quale mostra di capire facilmente i commenti del terapeuta, comprende la natura della terapia e che cosa ci si aspetti, sembra fiducioso e non sospettoso, conta sul terapeuta per risolvere i propri problemi, mostra aspettative positive nei riguardi della terapia, si impegna nel lavoro terapeutico, si sente aiutato e incoraggiato, esprime un senso di efficienza, superiorità, o persino trionfo.

I processi che caratterizzano le sedute finali indicano con sufficiente chiarezza se il trattamento si sia concluso positivamente. Tra le differenze di processo emerse, mediante l'impiego di una Anova a una via, alcune appaiono assai marcate. In termini comparativi, il paziente, che sta completando un'esperienza terapeutica positiva, appare meno soggetto a emozioni di sconforto, di fastidio, di dolore di vergogna o colpa; si sente più fiducioso e sicuro, più efficiente, allegro e disinvolto; riesce meglio ad esprimere rabbia o aggressività; manifesta minori resistenze nell'esaminare pensieri, reazioni o motivazioni correlate ai problemi. Il paziente più facilmente fa domande, accetta i commenti e le osservazioni del terapeuta che tende ad essere più rassicurante, conta su questi per risolvere i propri problemi, stabilisce una relazione di collaborazione, si impegna nel lavoro terapeutico, mostra aspettative positive nei riguardi della terapia, si sente aiutato.

Identificazione delle differenze e delle similarità nei processi in rapporto a differenti psicopatologie

L'analisi delle modalità processuali - caratteristiche dei trattamenti concernenti i pazienti diagnosticati come affetti da disturbi dell'umore, d'ansia o dell'alimentazione - ha condotto alla individuazione di alcune specificità. La considerazione del complesso delle sedute svolte con pazienti che presentavano disturbi dell'umore ha consentito di rilevarne alcune. Nei trattamenti di tale disturbo risoltisi positivamente, il terapeuta svolge più spesso una funzione di rassicurazione, suggerisce che il paziente accetti la responsabilità per i suoi problemi, commenta i cambiamenti nell'umore o nelle emozioni del paziente, la discussione è centrata su temi cognitivi e di sistemi di idee o di convinzioni. Il paziente esprime meno spesso sentimenti di vergogna o di colpa, ha meno difficoltà nel comprendere i commenti del terapeuta, conta su di esso per risolvere i propri problemi, si sente aiutato; si impegna nel lavoro terapeutico e manifesta aspettative positive nei riguardi della terapia.

Il paziente che presenta disturbi d'ansia e sta svolgendo una terapia che avrà risultati positivi, accetta più facilmente i commenti e le osservazioni del terapeuta, il quale tende a mantenere una posizione neutrale, stabilisce con questi collaborazione, si impegna nel lavoro terapeutico, si sente aiutato e mostra aspettative positive nei riguardi del trattamento. Tra gli argomenti affrontati figurano le relazioni interpersonali del paziente e il bisogno che questi manifesta di stabilire un rapporto affettivo.

Il paziente che presenta disturbi dell'alimentazione e sta svolgendo una terapia che avrà risultati positivi ha, comparativamente, minori difficoltà nel comprendere i commenti

del terapeuta il quale fornisce una guida e consigli espliciti. Durante le sedute è presente un minor numero di silenzi, il terapeuta adotta un atteggiamento di sostegno, si nota l'uso dell'umorismo. Il paziente non è molto preoccupato del giudizio del terapeuta, si sente piuttosto adeguato, non desidera essere in dipendenza o lontananza dalle persone.

Note conclusive

In base all'analisi della letteratura pertinente e ai risultati dell'indagine presentata, lo Psychotherapy Process Q-sort si è rivelato un importante strumento panteorico, in grado sia di fornire validi elementi per l'analisi dei processi terapeutici, sia di offrire al panorama scientifico un'ulteriore metodica per l'analisi dei processi in psicoterapia. In particolare, si tratta di un tentativo volto alla sistematizzazione dello studio della psicoterapia per meglio comprendere i meccanismi che portano di risoluzione del problema del paziente, superando la dicotomia tra processi ed esiti e muovendo verso una loro integrazione che offra una nuova chiave di lettura della psicoterapia nel suo insieme.

I risultati della presente ricerca hanno valenza sostanzialmente orientativa, ma consentono comunque di cogliere alcune indicazioni e di tracciare alcune linee di sviluppo di questo settore di indagine. Sotto il profilo metodologico - nonostante limiti legati a una casistica ancora limitata e qualche caduta della sistematicità nella raccolta dei protocolli - si può notare l'utilizzabilità nel contesto italiano del Q-sort, la possibilità di ottenere risultati abbastanza coerenti mediante una preparazione dei giudici non troppo onerosa, tempi accettabili per il completamento delle valutazioni.

Lo strumento si è dimostrato abbastanza flessibile, in grado cioè di consentire valutazioni di sedute di lunghezza assai diversa, sensibile a cogliere le differenze di processo che caratterizzano approcci psicoterapeutici diversi fornendo un quadro della seduta, nel complesso, esauriente. Per la elaborazione dei dati è possibile valersi di packages statistici, anche se occorre talvolta derogare, almeno in parte, dalle condizioni previste per l'applicabilità di specifiche analisi. Infine, le indicazioni ottenute suggeriscono un ampliamento qualitativo e quantitativo della casistica, in modo da appurare con maggior fondamento le specificità e le similarità - in questa occasione preliminarmente delineate - di diversi approcci psicoterapeutici in rapporto a vari contesti psicopatologici e a esiti positivi o negativi del trattamento.

Bibliografia

- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavior Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. [On-line] *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
- Block, J. (1961). *The Q- Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Charles C. Thomas Publisher: Springfield.
- Block, J., & Haan, N. (1971). *Lives true time*. Bancroft: Berkeley, CA.

- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7-18.
- Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G., & Balbi, A. (2002). Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. *Rivista di Psichiatria, 37*(1), 14-19.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., & Catania, D. (2003). Rewriting self narratives: The therapeutic process. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(2), 155-181.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998). *Valutare le psicoterapie*. Franco Angeli: Milano.
- Di Nuovo, S., & Zingales, I. (2000). La valutazione dell'esito e del processo in terapia cognitivo - comportamentale: presentazione di due casi clinici. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 6*(3), 287-302.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Fava, G.A. (2001). Physicians, medical associations and death penalty. *Psychotherapy & Psychosomatics, 70*(3), 168.
- Finicelli, C., Colombo, A., & Verga, E. (2001). La psicoterapia nel servizio sanitario pubblico. Orientamenti degli psicologi e caratteristiche del processo terapeutico in un'Azienda Sanitaria Locale Lombarda. *Minerva Psichiatrica, 42*(4), 285-297.
- Freni, S., Azzone, P., Bartocetti, L., Verga, M.C., & Viganò, D. (2000). L'esigenza di protocolli clinici adeguati a documentare i processi e gli esiti dei trattamenti psicoterapeutici in un servizio di psicoterapia istituzionale. Risultati preliminari di un'esperienza. *Ricerca in Psicoterapia, 3*(1), 90-116.
- Giani, P. (1998). *L'approccio terapeutico familiare con adolescenti: analisi del processo*. Tesi di laurea non pubblicata, Università degli Studi di Firenze.
- Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*. Analytic Press: Hillsdale, NJ.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-sort*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(1), 48-55.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Pulos, S.M. (1993). Tracing clinical themes across phases of treatment by a Q-Set. In N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, & J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. (14-36). Basic Books: New York.
- Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*, 16-30.
- Jones, E.E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 306-316.
- Jones, E.E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*, 985-1009.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria, 120* (2), 182-238.
- Migone, P. (1998). I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, & F. Giannone. (1998). *Valutare le psicoterapie*. Franco Angeli: Milano.
- Miller, N.E., Luborsky, L., Barber, J.P., & Docherty, J.P. (Eds.) (1993). *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. Basic Books: New York.
- Ortu, F., Pazzagli, C., Cascioli, A., Lingiardi, V., Williams, R., & Dazzi, N. (2001). Ricerca concettuale e ricerca empirica nella psicoterapia psicodinamica: Una metodologia per lo studio del processo. *Ricerca in Psicoterapia, 4*(1), 29-48.
- Paganucci, C. (1998). *La molla della psicoterapia breve strategica: un'applicazione del Q-Sort per scoprire cosa avviene nel processo terapeutico*. Tesi di laurea non pubblicata, Università degli Studi di Firenze.
- Piasentin, V., Azzone, P., Viganò, D., & Freni, S. (2000). La siglatura dei meccanismi di difesa nel contesto della ricerca empirica sul processo psicoterapeutico. *Ricerca in Psicoterapia, 3*(1), 38-65.
- Price, P. & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(3), 392-404.
- Pulos, S.M., & Jones, E.E. (1987). *A study of differential validity of the Psychotherapy Process Q-Sort*. Paper presented at the Annual Meeting Of The Western Psychological Association, San Diego, CA.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.

- Sirigatti, S. (1985). Ricerca valutativa in psicoterapia e terapia del comportamento. *Terapia del Comportamento*, 8, 110-117.
- Sirigatti, S. (1988). La ricerca valutativa in psicoterapia: problemi e prospettive. In G. Nardone (Ed.), *Modelli di psicoterapia a confronto*. Il Ventaglio: Roma.
- Sirigatti, S. (1994). La ricerca sui processi e risultati della psicoterapia. *Scienze dell'Interazione*, 1(1), 117-130.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press: Chicago.

Si ringraziano:

- La Prof.ssa Ugazio, il Prof. Cionini e il Prof. Nardone per le registrazioni fornite,
- I Collaboratori e Tirocinanti del Laboratorio di Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze per l'aiuto dato nell'impiego del Q-set.

La presente ricerca ha fruito di un Contributo Cofin per gli anni 2001-02.

Indirizzo per richieste di ristampe:

Saulo Sirigatti
Dipartimento di Psicologia
Università di Firenze, Italia
sirigatti@psico.unifi.it