

## **La ricerca in psicoterapia in Analisi Transazionale**

*Enrico Benelli<sup>1</sup>*

### ***Psychotherapy research into Transactional Analysis***

#### **Abstract**

##### *Introduzione*

*L'analisi transazionale è un modello di psicoterapia innovativo che ha avuto una notevole diffusione, suddivisa al suo interno in numerosi orientamenti. L'assenza di un modello concettuale unificato empiricamente supportato e di ricerche sull'efficacia, ha portato negli ultimi venti anni l'analisi transazionale a essere considerata dall'ambito scientifico internazionale un modello di terapia in declino, stimolando per reazione diversi progetti di ricerca.*

##### *Metodo*

*Breve presentazione delle linee guida della ricerca internazionale in psicoterapia e confronto con i progetti di ricerca sviluppati in analisi transazionale.*

##### *Risultati*

*I ricercatori in analisi transazione hanno implementato le linee guida della ricerca in psicoterapia e hanno definito in modo sistematico il proprio*

---

<sup>1</sup> Università degli Studi di Padova. Dipartimento di filosofia, sociologia, pedagogia e psicologia applicata (FISPPA).  
<https://orcid.org/0000-0003-2549-2884>. Email: [enrico.benelli@unipd.it](mailto:enrico.benelli@unipd.it).

*modello concettuale, gli strumenti di valutazione, i principi per la manualizzazione, definendo l'identità dell'analisi transazionale nel panorama delle psicoterapie. Inoltre, hanno condotto revisioni sistematiche della letteratura e meta-analisi delle ricerche sistematiche sull'efficacia pubblicate fino ad ora secondo le linee guida della ricerca sull'efficacia delle psicoterapie.*

### *Conclusioni*

*La ricerca in analisi transazionale si sta sviluppando in modo coerente con le linee guida della ricerca internazionale in psicoterapia e ha dimostrato l'efficacia del proprio modello concettuale, sia comparata ad altri modelli, sia in studi osservazionali. Sono delineate, infine, le future linee di sviluppo della ricerca europea in analisi transazionale.*

### *Introduction*

*Transactional analysis is an innovative psychotherapy model that had a considerable diffusion, divided internally into numerous approaches. The absence of a unified empirically supported conceptual model and of research on effectiveness led transactional analysis to be considered a declining therapy model by the international scientific community in the last twenty years, stimulating various research projects as a reaction.*

### *Method*

*Brief presentation of the international research guidelines in psychotherapy and comparison with research projects developed in transactional analysis.*

### *Results*

*Transactional analysis researchers implemented the guidelines of psychotherapy research and have systematically defined their own conceptual model, evaluation tools, and manualization principles, defining the identity of transactional analysis in the panorama of psychotherapies. They also conducted systematic literature reviews and meta-analyses of systematic efficacy and effectiveness research published to date according to the main guidelines.*

### *Conclusions*

*Research in transactional analysis is developing in a manner consistent with the guidelines of international research in psychotherapy and demonstrated the effectiveness of its conceptual model, both compared to other models and*

*in observational studies. Finally, future lines of development of European research in transactional analysis are outlined.*

### **Keywords**

*Transactional Analysis; Efficacy Research; Treatment Manualization; Theory development; Evidence Based Practice.*

### **Introduzione**

L'Analisi Transazionale (AT) è un modello di psicoterapia sviluppata dallo psichiatra Eric Berne negli anni tra il 1950 ed il 1970. Durante la sua formazione, Berne venne in contatto con i modelli teorici classici diffusi nella comunità psicoanalitica nordamericana di quel periodo. Nel corso della propria analisi didattica con Federn sperimentò personalmente il metodo della focalizzazione sull'esperienza soggettiva dell'Io nel corso del tempo, l'*ego feeling* (Federn, 1952). Il concetto di *ego feeling* fu successivamente elaborato da due degli allievi più creativi di Federn; Weiss (1960), che elaborò il concetto di stati dell'Io (*ego state*) e di stadi evolutivi dell'Io (*ego stage*) e Berne (1961), il quale creò un modello completo di psicoterapia basato sulla consapevolezza degli stati dell'Io e del loro sviluppo nel tempo. Nel primo manuale di psicoterapia AT, influenzato dalla sua formazione medica, Berne (1961) sviluppò un modello teorico rigoroso: delineò gli elementi essenziali della psicopatologia, dell'eziologia e della cura. In modo innovativo per quegli anni, e in rottura con la psicoanalisi nord americana dell'epoca, Berne con il libro *Games people play* (1964) mise in collegamento la psicopatologia intrapsichica (confini degli stati dell'Io) e le sue origini nel passato (copione) con la psicopatologia interpersonale (giochi), riscuotendo un apprezzamento nel pubblico che dura ancora oggi, con oltre cinque milioni di copie vendute. Inoltre, anticipando di 70 anni le attuali tendenze scientifiche nel campo della psicoterapia, concepì il proprio modello teorico unificando le prospettive del cervello oggettivo (modello neurale degli stati dell'Io), della mente soggettiva (modello strutturale) e delle relazioni con il mondo (modello funzionale). Infine, in controtendenza rispetto all'insularità nella quale si stava rinchiudendo in quegli anni la comunità psicoanalitica nordamericana, fece della propria teoria e del modello degli stati

dell'Io un luogo scientifico aperto all'interazione con altre teorie e modelli: ad esempio, integrò le allora nascenti teorie e tecniche della terapia comportamentale e della pragmatica della comunicazione umana, il tutto all'interno di un quadro filosofico umanistico che valorizzava lo sviluppo, l'autonomia e l'eguaglianza degli esseri umani. L'efficacia del modello e il carisma del fondatore portarono l'AT a una ampia diffusione, e la spinta all'integrazione favorì nel corso degli anni lo sviluppo di diversi orientamenti e scuole AT e l'espansione sia geografica sia applicativa. Oggi l'AT è disseminata in ogni continente e le sue teorie e tecniche sono applicate in diversi campi, oltre a quello tradizionale della psicoterapia (AT-P): il counselling (AT-C), l'organizzazione aziendale (AT-O) e la formazione (AT-E).

Nonostante il suo sviluppo, la sua diffusione e la sua efficacia clinica, affermata dagli analisti transazionali stessi, fino a pochi anni fa la psicoterapia AT non era riconosciuta dalla comunità scientifica, dal pubblico e dalle istituzioni come una psicoterapia dalla comprovata efficacia.

Uno dei momenti più critici per l'AT fu la pubblicazione di due articoli (Norcross, Hedges & Prochaska, 2002; Norcross, Pfund & Prochaska, 2013) nei quali, usando la metodologia di indagine detta *Delphi method*, venne chiesto a una giuria di esperti della salute mentale di predire il futuro del mondo delle psicoterapie. Gli esperti erano eminenti ricercatori in psicoterapia o autori delle maggiori enciclopedie sulla psicoterapia o editori di autorevoli riviste scientifiche sulla salute mentale. Ai convenuti venne chiesto, tra le altre cose, di prevedere l'ascesa ed il declino dei modelli di psicoterapia nel decennio successivo. Tra tutti i modelli di psicoterapia, l'AT fu indicata sia nel 2002 che nel 2013 come il modello per il quale ci si attendeva il maggior declino.

Quelle nefaste previsioni, alle quali in ambito AT si fa talvolta riferimento con il termine di previsione di Norcross, poiché erano fatte da alcuni tra i maggiori esperti di psicoterapia del mondo, ha scosso fino alle fondamenta il mondo dell'AT, stimolando dibattiti e contromisure a vari livelli, in particolare nella EATA (*European Association for Transactional Analysis*), portando alla fondazione

della commissione per lo sviluppo della teoria e della ricerca in AT (TDRC, *Theory Development Research Committee*).

La previsione di Norcross era dovuta essenzialmente all'insularità dell'AT, ossia alla mancanza di diffusione internazionale della letteratura scientifica sull'AT, che quando presente restava confinata nelle riviste interne al modello, come il *Transactional Analysis Journal*, ma non era sottoposta a processi di revisione tra pari per essere confrontata con altri modelli e pubblicata su riviste internazionali con elevato impatto scientifico e riconoscimento da parte della comunità globale degli psicoterapeuti. In particolare, si possono individuare due aree critiche nella letteratura AT che hanno favorito la previsione di Norcross: la prima era la mancanza di una definizione sistematica della specificità e dell'identità del modello AT rispetto agli altri modelli e ai campi scientifici confinanti; la seconda era la mancanza di revisioni sistematiche e meta-analisi sull'efficacia sperimentale e clinica della psicoterapia AT. I decisori politici dei servizi sanitari nazionali e delle istituzioni sovranazionali come la Comunità Europea, nella scelta dei modelli di psicoterapia da accreditare o finanziare, tendono a considerare prevalentemente i risultati della ricerca sull'esito delle psicoterapie, in quanto fornisce dati quantitativi misurabili, confrontabili e ostensibili, fornendo immediato sostegno e giustificazione alle loro scelte politiche ed economiche. L'assenza di ricerche sull'esito ha portato l'AT a non essere riconosciuta come una terapia efficace e pertanto non insegnabile in alcuni programmi di formazione, non indispensabile da alcuni servizi pubblici e non rimborsabile dai servizi sanitari di diverse nazioni europee, quali la Svezia, la Germania, la Svizzera, il Regno Unito e (con riserva) la Spagna. Gli effetti sull'apprezzamento dell'AT da parte del grande pubblico, delle istituzioni, degli aspiranti psicoterapeuti e le conseguenze sullo sviluppo degli istituti europei di formazione in AT sono facilmente intuibili.

Proprio l'apertura di mente di Berne e la spinta all'integrazione, che tanto successo avevano dato all'AT, erano diventati un suo punto critico. La spinta iniziale rischiava di diventare una Spinta, nel senso di copione patologico, verso una differenziazione senza integrazione, che porta alla frammentazione in diverse scuole e orientamenti e alla proliferazione di teorie e modelli, col rischio di perdere i collegamenti

espliciti tra i concetti dei nuovi orientamenti e i concetti originali berniani che definiscono l'identità AT. La chiarezza definatoria di Berne rispetto al modello teorico, all'eziologia, alla psicopatologia, alla cura e ai rapporti circolari tra cervello, mente e società, è andata affievolendosi negli anni successivi alla sua scomparsa, discostandosi dalle buone prassi di sviluppo teorico e sviluppo della ricerca che caratterizzano l'ambiente scientifico moderno delle psicoterapie e causando potenzialmente un danno allo sviluppo dell'AT.

Gli obiettivi di questo articolo sono: delineare brevemente l'evoluzione delle buone prassi nell'ambito della ricerca in psicoterapia; presentare una panoramica della recente ricerca in AT nelle due aree critiche che sorressero la previsione di Norcross: identità dell'AT ed efficacia dell'AT; fornire una breve sintesi dei principali risultati delle ricerche sull'efficacia dell'AT, affinché i lettori abbiano riferimenti per valorizzare l'AT in ogni sede opportuna, sia con il pubblico che con le istituzioni; e, infine, delineare le linee di sviluppo futuro della ricerca in AT.

### **La ricerca in psicoterapia**

I modelli di psicoterapia applicati dai clinici ogni giorno nel mondo sono per la maggior parte psicoterapie dette in *bona fide* (Wampold et al., 1997; Wampold, 2015), ossia trattamenti forniti da terapeuti addestrati, basati su principi psicologici definiti, offerti alla comunità degli psicoterapeuti come un trattamento applicabile ai loro pazienti, apprendibili attraverso corsi, libri o manuali professionali e composti da componenti specificate.

Nei modelli di psicoterapia maggiormente affermati, i manuali per il trattamento dei comuni disturbi mentali (come ansia, depressione e disturbi di personalità) sono scritti secondo linee guida condivise dall'intera comunità scientifica, che permettono di definire l'identità e le caratteristiche della terapia applicata.

Ad esempio, Waltz e collaboratori (1993) hanno proposto dei criteri per la manualizzazione che identificano e differenziano i trattamenti in base a quattro caratteristiche: elementi unici ed essenziali del modello di terapia; elementi essenziali ma non unici; elementi

raccomandati; elementi proibiti. A partire da questi criteri, Carroll e Nuro (2002) hanno sviluppato delle linee guida sistematiche per manualizzare i trattamenti psicoterapeutici, e suggeriscono di delineare: la panoramica del disturbo trattato, la sua descrizione, la giustificazione teorica del nuovo trattamento (o di un trattamento consolidato ma non ancora manualizzato, come nel caso dell'AT); la concettualizzazione della natura del disturbo o del problema trattato (psicopatologia), il suo sviluppo (eziologia), la definizione dei meccanismi del cambiamento (azione terapeutica), gli obiettivi del trattamento (formulazione del caso e contratto), la descrizione di come il trattamento è simile o diverso rispetto ad altri trattamenti già esistenti (definizione della specificità dell'AT), la specificazione degli stadi dell'intervento (piano di trattamento). Come si può notare, molte di queste caratteristiche erano già presenti nel primo manuale di Berne (1961).

Le terapie *bona fide* tuttavia sono state oggetto di numerose critiche circa la loro efficacia. Crescenti pressioni istituzionali, che richiedono di dimostrare l'efficacia dei trattamenti di psicoterapia per accedere a fondi, finanziamenti o rimborsi pubblici, hanno portato a preferire alle terapie *bona fide* i trattamenti empiricamente supportati da ricerche sistematiche (*Empirically Supported Treatment*, EST; Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

La ricerca in psicoterapia tuttavia ha sia l'obiettivo di dimostrare l'efficacia di un trattamento di psicoterapia (*outcome research*, o ricerca sull'esito) sia di definire il meccanismo del cambiamento, o azione terapeutica (*process research*, o ricerca sul processo e sui fattori comuni). Esiste storicamente una tensione tra questi due approcci: il primo, nelle sue posizioni estreme, sostiene che è inutile indagare un trattamento se non è efficace; il secondo sostiene che se non si conosce il meccanismo di azione del cambiamento non è possibile né attribuire l'esito osservato alla terapia effettuata, né migliorare l'efficacia dei trattamenti. L'approccio focalizzato sul processo è corroborato dalla constatazione che diversi modelli di psicoterapia possono condurre a esiti equivalenti, suggerendo che vi siano meccanismi comuni nelle psicoterapie, e che gli esiti siano una conseguenza di questi comuni meccanismi terapeutici, che spesso vengono attuati dai terapeuti in modo inconsapevole ma efficace,

appunto in *bona fide*. L'approccio focalizzato sull'esito, come già accennato, ha ricevuto per molto tempo un forte impulso poiché rispondeva in modo efficace alla necessità dei decisori politici ed economici di avere dati quantitativi facilmente utilizzabili come supporto delle loro scelte. La ricerca sull'esito può essere condotta in modo estensivo o intensivo. Il primo metodo in genere misura l'effetto della psicoterapia comparando le differenze tra due gruppi (disegno *between groups*), uno sperimentale, ad esempio la terapia AT, e uno di controllo, ad esempio una lista d'attesa oppure un'altra terapia. Il secondo metodo si focalizza sul caso singolo o su un solo gruppo, misurando l'effetto della terapia attraverso il confronto tra prima e dopo l'intervento (disegno *within subjects*).

Le ricerche estensive sull'esito sono generalmente disegni sperimentali, come gli studi clinici randomizzati (*Randomized Clinical Trial*, RCT). Secondo i criteri della Divisione 12 dell'*American Psychological Association* (APA), considerati dalla maggior parte dei ricercatori il punto di riferimento, un trattamento può essere considerato ben consolidato quando ci sono più di due RCT, condotti da gruppi di ricerca indipendenti, che mostrano l'equivalenza o la superiorità del trattamento rispetto ad altri trattamenti già consolidati o a liste di attesa.

Chambless e Hollon (1998) hanno inoltre affermato che l'efficacia di un trattamento può essere dimostrata anche attraverso disegni intensivi, mediante replicazioni sistematiche, condotte da almeno due gruppi di ricerca indipendenti, di almeno due serie di almeno tre casi singoli, usando disegni di ricerca sperimentali sul caso singolo (*Single Case Experimental Design*, SCED).

Recentemente, in una revisione degli standard scientifici per valutare l'efficacia delle psicoterapie, Tolin e collaboratori (2015) hanno introdotto alcune raccomandazioni per la revisione dei criteri dei trattamenti supportati empiricamente. I progressi nella qualità della ricerca e le numerose critiche emerse negli ultimi due decenni hanno portato gli autori a sostenere che i vecchi criteri di Chambless e Hollon (1998) erano obsoleti. Gli autori hanno espresso le loro preoccupazioni circa l'eccessivo affidamento degli RCT alla significatività statistica piuttosto che alla significatività clinica, e



hanno evidenziato alcune criticità degli RCT, tra cui: l'incapacità di cogliere il cambiamento nei pazienti complessi; le scarse evidenze empiriche sull'efficacia dei trattamenti supportati da uno o più RCT, condotti in condizioni ultra controllate, quando i medesimi trattamenti vengono applicati sul campo, in condizioni reali e non controllabili; la conseguente bassa generalizzabilità dei risultati ottenuti in un RCT alla popolazione reale; la riduzione dei sintomi come unico parametro di miglioramento, invece che il funzionamento mentale globale; e infine la scarsa attenzione al permanere degli effetti nel lungo periodo dopo la conclusione della terapia, con pochi studi sulle ricadute post trattamento (Tolin et al., 2015).

I cambiamenti proposti da Tolin e collaboratori suggeriscono di integrare la tradizione degli EST con le linee guida diffuse in medicina per i trattamenti basati sull'evidenza (*Evidence-Based Practice*, EBP). L'approccio EBP (Sackett et al., 1996) considera il processo decisionale di ogni trattamento come composto da tre componenti interdipendenti: il giudizio personale e l'esperienza del clinico; i valori e i desideri del paziente; le migliori evidenze di efficacia disponibili in letteratura, incluse le revisioni sistematiche e le meta-analisi.

Per migliori evidenze di efficacia disponibili in letteratura si intendono quelle che rispettano criteri di qualità, metodologie e procedure condivise dalla comunità scientifica. Tali criteri di qualità sono riportati in linee guida liberamente accessibili ai ricercatori e aggiornate periodicamente. Ad esempio, per condurre una revisione sistematica e una meta-analisi sull'efficacia di un trattamento si seguono le linee guida PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Liberati et al., 2009); per condurre una revisione sistematica di studi osservazionali sul campo si seguono le linee guida MOOSE (*Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology*; Stroup et al., 2000); per valutare la qualità degli strumenti di misura inerenti la salute mentale utilizzati negli studi RCT, osservazionali o *single-case* si seguono le linee guida COSMIN (*COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INSTRUMENTS*; Mokkink et al., 2014); e infine, per sintetizzare i risultati delle ricerche e fornire linee guida ai clinici su quale trattamento sia più efficace date le caratteristiche del paziente si

usa il protocollo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*; Guyatt et al., 2008).

Rispetto alle linee guida GRADE, Tolin e collaboratori (2015) hanno proposto una versione aggiornata, dove il livello più alto di raccomandazione viene dato quando esistono prove di alta qualità che il trattamento ha un effetto clinicamente significativo sia sui sintomi che sui miglioramenti funzionali, con un miglioramento significativo osservato nella fase immediatamente post-trattamento e a un intervallo di follow-up di almeno tre mesi, con una piccola probabilità di effetti collaterali e iatrogeni, un uso appropriato delle risorse (pari efficacia al minor costo, detta *efficiency*), e quando esiste almeno uno studio ben condotto che dimostri l'efficacia di questi risultati in un contesto clinico naturalistico, non di laboratorio. Da notare che i disegni sperimentali sul caso singolo (SCED), già individuati nel 1998 da Chambless e Hollon come un valido strumento per dimostrare l'efficacia dei trattamenti, sono in grado di soddisfare tutti i requisiti richiesti dal sistema GRADE di Guyatt e collaboratori (2008). Infatti, Tolin e colleghi (2015) hanno incluso le revisioni sistematiche e le meta-analisi di SCED nelle loro raccomandazioni per supportare empiricamente i trattamenti, sostenendo che, quando si utilizza un controllo sperimentale appropriato, possono stabilire la causalità in modo paragonabile agli RCT (Shadish, 2014; Declercq et al., 2020). Inoltre, i disegni SCED si prestano a essere agevolmente implementati nella pratica clinica reale, raccogliendo dati osservazionali in contesti naturalistici, da parte dei clinici. Pertanto, gli studi SCED si prestano a supportare sia l'efficacia sperimentale, sia l'efficacia clinica.

Nella proposta di Tolin e collaboratori (2015), oggi ampiamente accettata dalla comunità scientifica, ci sono due passaggi significativi da sottolineare.

In primo luogo, c'è un passaggio nella concettualizzazione della psicopatologia da correlazionale a causale. Infatti, la valutazione della psicopatologia e del cambiamento in psicoterapia tradizionalmente avviene con strumenti validati attraverso metodi correlazionali, tuttavia recentemente si pone l'accento sulla necessità di avere strumenti basati su una concezione causale e validati

sperimentalmente (Bornstein, 2011). Ad esempio, se consideriamo lo strumento più diffuso per la valutazione dei disturbi depressivi, il PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*; Spitzer et al., 1999), osserviamo che è stato validato attraverso la quantificazione della correlazione esistente tra il punteggio ottenuto da una persona nel test e i sintomi mostrati da quella persona, ovvero le persone con disturbo depressivo mostrano nel PHQ-9 dei punteggi più elevati rispetto alle persone senza disturbo depressivo. Tuttavia questo metodo non spiega i meccanismi e le cause della depressione. La validazione di un questionario dovrebbe avvenire indagando i processi psicologici sottostanti e la loro alterazione, che si riflettono anche nel punteggio del questionario. I modelli dimensionali del funzionamento mentale, come il nuovo modello dimensionale nella sezione III del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*; American Psychiatric Association, 2013) o l'asse M delle funzioni mentali del PDM-2 (*Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition*; Lingiardi & McWilliams, 2020), descrivono i processi psicologici di base, la cui alterazione si manifesta anche attraverso i sintomi. In altre parole, nelle moderne ricerche non basta dimostrare una riduzione dei sintomi (ricerca sull'esito) per poter asserire che c'è stato un cambiamento clinicamente significativo, bensì è necessario dimostrare un cambiamento nel funzionamento mentale e i suoi meccanismi (ricerca sul processo), a livello sia intrapsichico che interpersonale, che si rifletta in un miglioramento funzionale, come ad esempio mantenere un lavoro, le prestazioni lavorative, l'impegno sociale e il funzionamento familiare.

In secondo luogo, c'è un passaggio dal dimostrare l'efficacia sperimentale del trattamento prediligendo il disegno di ricerca RCT o SCED, al dimostrare anche l'efficacia clinica, includendo gli studi naturalistici SCED e gli studi osservazionali sul campo, aggregati attraverso le rispettive metodologie meta-analitiche.

Dietro alle proposte di Tolin e collaboratori (2015) si può scorgere un importante cambiamento di paradigma che sta avvenendo nel campo della salute mentale. Recentemente si è sviluppato il paradigma RDoC [*Research Domain Criteria, National Institute of Mental Health (NIHM), 2021*]. Le funzioni che costituiscono la vita mentale delle persone sono state suddivise in domini (funzionamento dei sistemi a

valenza positiva, a valenza negativa, cognitivi, sociali, *arousal*, motorio) e vengono studiate da ambiti scientifici diversi a tutti i livelli di analisi oggi ritenuti significativi: genetico, molecolare, cellulare, circuiti e reti neurali, neurofisiologia, comportamento osservabile ed esperienza soggettiva. Sebbene nessuna ricerca possa ambire in un unico esperimento a una analisi così estesa dei fenomeni osservati, il paradigma RDoC permette di unificare le osservazioni rilevate dai ricercatori in esperimenti differenti, fornendo una rete nomologica di significati che permette di comprendere in modo più completo l'interazione tra il neurosviluppo e l'ambiente e il funzionamento attuale della persona.

Il passaggio al paradigma RDoC, già in corso e molto probabilmente destinato a diventare lo standard di riferimento nei prossimi anni, sarà politicamente sostenuto dal fatto che le ricerche che ricevono finanziamenti pubblici non potranno più considerare il modello correlazionale (sintomo ↔ patologia) ma dovranno orientarsi al modello causale (cause → funzione mentale alterata → patologia). Pertanto, un modello di psicoterapia che ambisca a cooperare con le istituzioni sanitarie internazionali (ad esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il *National Institute of Mental Health*, il programma *Horizon Europe*) per proporre risposte efficaci alla sofferenza delle persone, sarà invitato a presentare un modello teorico coerente con il paradigma RDoC.

Riassumendo, un modello di psicoterapia per condurre ricerche di qualità dovrebbe:

1. Manualizzare i trattamenti in modo sistematico, definendo il modello concettuale della psicoterapia che collega l'eziologia, la psicopatologia, il meccanismo di cambiamento e l'esito atteso. Ad esempio, seguendo nella manualizzazione i criteri proposti da Carrol e Nuro (2002).
2. Definire il modello concettuale della psicoterapia in modo che sia aperto all'integrazione con le osservazioni fatte da altri ricercatori sui domini del funzionamento mentale a vari livelli di analisi, considerando l'interazione tra l'ambiente e il neurosviluppo. Ad esempio, sviluppando i manuali di trattamento considerando anche le categorie del paradigma RDoC.

3. Integrare la ricerca sull'esito (sintomi) con la ricerca sul processo (funzioni mentali), usando strumenti diagnostici che considerino entrambi i livelli, ad esempio la scala del livello di compromissione del funzionamento della personalità del DSM-5 o il livello del funzionamento mentale dell'asse M del PDM-2.
4. Usare strumenti di qualità per la valutazione del cambiamento sintomatologico e delle funzioni mentali, ad esempio valutandole la qualità secondo le linee guida COSMIN.
5. Condurre ricerche sia sperimentali con disegni RCT o SCED, sia osservazionali sul campo con disegni estensivi o SCED, secondo le norme PRISMA, MOOSE e GRADE e i criteri della EBP.

Un trattamento di psicoterapia, in base alla qualità delle ricerche che lo supportano, può essere definito un trattamento *bona fide*, se è manualizzato in modo sistematico; un trattamento empiricamente supportato, se vi sono almeno due RCT che ne dimostrano l'efficacia; un trattamento basato sull'evidenza, se è allineato con i criteri EBP e integra disegni sperimentali e osservazionali, valuta sia i sintomi che le funzioni mentali sottostanti, usando sistemi diagnostici dimensionali. Infine, un trattamento è preparato alle sfide future della salute mentale globale se concettualizza il proprio modello teorico in linea con i paradigmi complessi adottati dalle istituzioni sanitarie sovranazionali, come il paradigma RDoC.

### **L'identità dell'AT**

Lo spirito esplorativo di Berne ha portato sin dalla fondazione dell'AT ad aprirsi a teorie e tecniche provenienti da altri modelli di psicoterapia, portando alla formazione di diverse scuole e orientamenti all'interno dell'AT, ciascuna con il proprio focus.

Per citarne alcune, la scuola della Cathexis si focalizza sul trattamento di pazienti con gravi patologie come psicosi e schizofrenia, istituzionalizzati all'interno di comunità terapeutiche (Schiff, 1975); la scuola della ridecisione ha integrato le teorie e tecniche della Gestalt focalizzandosi sui messaggi introiettati nei primi anni di vita e sulla loro influenza sulle decisioni prese nel presente (Goulding & Goulding, 1979); la scuola cognitivo-comportamentale si è focalizzata

sul cambiamento dei modelli di pensiero e comportamento negativi (Bergmann, 1981); la scuola psicodinamica ha integrato gli sviluppi psicoanalitici successivi a Berne e si è focalizzata sull'analisi del transfert e del controtransfert (Moiso & Novellino, 2000); la scuola integrativa si è focalizzata sul recupero di parti del Sé attraverso l'empatia (Erskine, 1997); la scuola co-creativa ha integrato teorie e tecniche del costruttivismo sociale, focalizzandosi sul presente (Summers & Tudor, 2018); la scuola relazionale ha integrato le teorie e tecniche dei modelli psicoanalitici relazionali moderni focalizzandosi sui transfert introiettivi e l'intersoggettività (Hargaden & Sills, 2002), la scuola socio cognitiva si è focalizza sugli schemi e sul transfert come processi socio-cognitivi (Scilligo, 2011; De Luca & Tosi, 2011).

Il principale effetto collaterale causato dalla proliferazione delle scuole AT, è stato che l'identità dell'AT è apparsa agli osservatori esterni non unitaria e poco definita. Dire di essere un analista transazionale diventava poco identificativo, poiché le teorie, i metodi e le tecniche impiegate da ogni orientamento mostravano una eccessiva eterogeneità, rendendo impossibile valutare in modo sistematico l'intervento effettuato e ascriverlo al modello AT.

Anche altri modelli di psicoterapia condividono lo stesso problema, basti pensare ai numerosi orientamenti presenti nelle terapie cognitive comportamentali (dove tradizionalmente si differenziano teorie e modelli della prima, seconda e terza ondata) e delle terapie psicodinamiche (dove si differenziano il modello pulsionale classico, la psicologia dell'Io, del Sè, delle relazionali oggettuali, interpersonale, relazionale). Tuttavia gli altri modelli sono riusciti a identificare un nucleo condiviso di concetti teorici, che formano un modello concettuale unitario, il quale è stato sottoposto a verifiche sperimentali e validato dalla ricerca. Questa operazione fino a poco tempo fa non era ancora stata fatta nell'ambito dell'AT, che pertanto non si mostrava alla comunità scientifica, al pubblico e alle istituzioni come un modello di psicoterapia unitario, basato su un modello concettuale coerente e supportato da evidenze empiriche.

Molte delle ricerche condotte negli anni passati sull'efficacia dell'AT (per una rassegna vedi Vos & Van Rijn, 2022) hanno mostrato effetti

da moderati ad ampi sul miglioramento dei sintomi, del funzionamento sociale e del benessere generale, ma i modelli teorici, le metodologie e le tecniche impiegati per raggiungere quegli effetti positivi mostravano una tale variabilità da impedire di attribuire l'effetto osservato a uno specifico meccanismo AT di azione terapeutica, rendendo difficile attribuire il beneficio osservato alla terapia AT.

Probabilmente tale variabilità è dovuta all'assenza di un manuale di trattamento standardizzato in cui sia definito il modello concettuale. I manuali AT esistenti, infatti, tendono a dare indicazioni generiche per il trattamento, lasciando ampi margini di manovra al clinico. Tuttavia un modello di terapia con una identità definita dovrebbe specificare attraverso un manuale come e quando il giudizio clinico debba essere usato nella psicoterapia, e attraverso quali metodologie e tecniche debbano essere attivati i meccanismi del cambiamento.

Negli ultimi anni, Biljana Van Rijn, direttore del TDRC dell'EATA nel periodo 2018-23, ha implementato un ampio programma di ricerca sistematica, che mostra una solida metodologia per lo sviluppo scientifico sia della psicoterapia AT, sia degli altri campi applicativi (Counselling, Organizzativo, Educativo).

Van Rijn e Vos hanno condotto una serie di cinque studi tra loro coordinati, finalizzati a creare una ineccepibile base scientifica dell'AT in linea con le linee guida della ricerca in psicoterapia.

Gli autori nel primo studio, dal titolo "*The Transactional Analysis Review Survey: An Investigation Into Self-Reported Practices and Philosophies of Psychotherapists*" (Vos & Van Rijn, 2021a), hanno chiesto ad analisti transazionali appartenenti a diversi orientamenti e scuole di definire il fenomeno clinico centrale (psicofisiologia e patologia), l'eziologia, il meccanismo d'azione terapeutico, le competenze necessarie al terapeuta e il quadro filosofico del suo lavoro. Ciò che è emerso è stato un uso comune tra le diverse scuole dei concetti di stati dell'Io, transazioni, autoefficacia (Io sono ok) e funzionamento sociale (Tu sei ok). Su questi concetti condivisi successivamente gli autori baseranno il modello concettuale dell'AT.

Nel secondo studio, dal titolo *“A Systematic Review of Psychometric Transactional Analysis Instruments”* (Vos & Van Rijn, 2021b), hanno condotto una revisione sistematica della letteratura di tutti gli strumenti psicometrici che hanno reso operativi i concetti fondamentali dell’AT, valutandone la qualità con standard basati sul protocollo COSMIN che indica i criteri per la selezione degli strumenti di misura delle variabili della salute mentale. Gli autori hanno identificato strumenti di AT che possono essere utilizzati dai ricercatori per supportare empiricamente l’efficacia del trattamento AT e da psicoterapeuti, insegnanti e supervisori per concettualizzare la psicopatologia e l’eziologia dei clienti.

Nel terzo studio, dal titolo *“The Evidence-Based Conceptual Model of Transactional Analysis: A Focused Review of the Research Literature”* (Vos & Van Rijn, 2021c), gli autori hanno sviluppato un modello concettuale di AT, basato sui precedenti studi, in grado di valutare empiricamente l’efficacia della teoria e Pratica dell’AT. In questo modello, i principali concetti di AT sono collegati in una rete nomologica in grado di prevedere l’efficacia dei trattamenti di AT e il loro meccanismo d’azione, rendendo l’AT un modello empiricamente verificabile attraverso la ricerca sistematica. Il modello pone l’accento sul funzionamento mentale, sia intrapsichico sia interpersonale, e si presta ad essere integrato con strumenti diagnostici dimensionali come la scala del livello di funzionamento della personalità del DSM-5 e l’asse M delle funzioni mentali del PDM-2.

Rispetto al primo ambito critico alla base della previsione di Norcross, questi primi tre lavori coordinati rappresentano una svolta radicale, in quanto definiscono gli elementi essenziali della teoria AT, i concetti fondamentali del modello AT e gli strumenti psicometrici più idonei per valutare i risultati, che unitamente permettono di condurre ricerche sull’efficacia dell’AT.

### **La ricerca sull’efficacia in AT**

Rispetto al secondo ambito, va ricordato che l’AT è ampiamente insegnata e praticata a livello internazionale, anche all’interno di istituzioni accademiche e professionali riconosciute, ma mancava fino



a poco tempo fa una sintesi sistematica della sua efficacia, motivo che la rendeva poco conosciuta e non considerata come un trattamento efficace nel campo della ricerca in psicoterapia.

All'inizio della sua diffusione, negli anni settanta del secolo scorso, l'AT era molto apprezzata e risultava inclusa tra i trattamenti considerati più efficaci del semplice trascorre del tempo nella prima storica meta-analisi condotta da Smith e Glass (1977), al fianco delle terapie rogersiana, psicodinamica, razionale-emotiva e sullo stesso piano di tutte le terapie comportamentali. Tuttavia negli anni successivi la ricerca in AT è stata scarsa, non ha prodotto risultati convincenti ed è stata poco disseminata. Proprio pochi anni prima della nefasta "previsione di Norcross" e collaboratori (2013), Ohlsson (2010) aveva pubblicato una analisi critica delle precedenti revisioni sullo stato della ricerca in AT, condotte principalmente da Wilson (1981), Khalil (2007), ed Elbing (2007). La revisione condotta da Wilson (1981) era basata su 124 tesi di dottorato pubblicate sul portale "*Dissertation Abstract International*", che raccoglie pubblicazioni non soggette a revisione tra pari e pertanto potenzialmente soggette a vari *bias* che le rendono inadatte a supportare l'efficacia di un modello di terapia. La revisione condotta da Khalil (2007) aveva concluso che le prove di efficacia sull'esito della terapia AT erano aneddotiche e basate sullo studio di casi singoli, che l'AT era probabilmente efficace tanto quanto altri approcci terapeutici, che le prove a sostegno dell'efficacia erano scarse e di bassa qualità, e che le prove di efficacia esistenti erano insulari, mancando di referaggi di qualità da parte della più ampia comunità della ricerca accademica e della salute mentale. La revisione di Elbing (2007) aveva individuato otto studi sull'efficacia dell'AT, con risultati ambigui, incluso uno studio di Olson (1981) pubblicato su una rivista (purtroppo) ampiamente diffusa, che mostrava che l'AT aveva ottenuto il peggior risultato confrontata con altri tre modelli di intervento. Ohlsson (2010) dimostrò che sia i risultati di Khalil (2007) che quelli di Elbing (2007) avevano vistosi errori metodologici e che probabilmente erano soggetti a *bias* sistematici da parte degli autori, quali l'*allegiance*, ossia la fedeltà inconsapevole dell'autore al proprio modello teorico. Tuttavia, la pubblicazione di Ohlsson (2010), pur rappresentando un importante documento storico e concettuale, non era concepita per

supportare l'efficacia dell'AT con le metodologie richieste dalla comunità scientifica, come le linee guida PRISMA e MOOSE.

Rispetto alla seconda area critica che ha sorretto al previsione di Norcross, ossia l'assenza di prove di efficacia, il TDRC ha sostenuto sia studi intensivi e meta-analisi di SCED, sia revisioni sistematiche della letteratura e meta analisi di studi estensivi, sia RCT sia osservazionali, condotti secondo le linee guida PRISMA e MOOSE e le indicazioni della EBP.

In una meta-analisi sui casi singoli, Benelli e Zanchetta (2019) hanno trovato una ampia dimensione dell'effetto in tre serie di casi SCED sullo studio della terapia AT per i disturbi depressivi, una dimensione analoga a quella mostrata da modelli di terapia per la depressione già consolidati, come il modello cognitivo comportamentale. Questa meta-analisi soddisfa i criteri di Chambless e Hollon (1998) e suggerisce che l'AT può essere considerata un trattamento EST per i disturbi depressivi.

Van Rijn e Vos nel quarto studio, dal titolo "*The Effectiveness of Transactional Analysis Treatments and Their Predictors: A Systematic Literature Review and Explorative Meta-Analysis*" (Vos & Van Rijn, 2022) hanno dimostrato l'efficacia dell'AT nel ridurre la psicopatologia, nel migliorare il funzionamento dell'Io stati, autoefficacia (Io sono ok), funzionamento sociale (Tu sei ok) e benessere generale, sia nei trattamenti individuali che di gruppo, in diversi contesti, alla psicoterapia, al counseling, alle organizzazioni, all'educazione. Nel medesimo studio analizzano anche le componenti della terapia AT che hanno mostrato la maggior efficacia, individuando 12 fattori che mostrano un impatto sull'efficacia della terapia AT. Alcuni di questi fattori riguardano la struttura ed il setting della terapia (ad esempio, diagnosi sistematica e formulazione del caso, definizione degli stadi della terapia, didattica psicoeducativa, metodo contrattuale, ecc.), mentre altri riguardano le modalità di intervento (ad esempio, il focus sul presente, l'analisi del copione di vita, analisi delle ingiunzioni e controingiunzioni, ecc.). Questa importantissima ricerca mostra in modo convincente al pubblico, alle istituzioni e ai policy maker sanitari dei paesi europei l'efficacia dell'AT nel trattamento della sofferenza mentale e può essere inclusa

nelle linee guida GRADE, che indicano quali trattamento sono indicati per quali patologie.

Nel quinto studio, dal titolo “*Brief Transactional Analysis Psychotherapy for Depression: The Systematic Development of a Treatment Manual*” (Vos & Van Rijn, 2023) hanno mostrato come sviluppare un manuale di trattamento semi-strutturato, basato sulle quattro precedenti revisioni sistematiche, sul modello concettuale AT e in grado di essere utilizzato nella didattica, nella pratica clinica, nelle supervisioni e nella ricerca. Questo manuale è costruito in linea con i criteri di Carrol e Nuro e con i criteri della EBP.

Di particolare importanza per il supporto dell'AT presso il pubblico e le istituzioni è la revisione sistematica della letteratura e la meta-analisi condotta su tutti gli studi che hanno indagato l'efficacia della psicoterapia AT (Vos e Van Rijn, 2022), della quale presentiamo i risultati principali. Lo studio aveva tre obiettivi interconnessi.

***Primo obiettivo, dimostrare l'effetto del cambiamento ottenuto con interventi AT, attraverso la misura delle variabili di interesse prima e dopo il trattamento***

È stata testata l'ipotesi che i punteggi dei pazienti fossero migliori alla fine del trattamento rispetto che all'inizio. In questa prima analisi è stato incluso qualsiasi tipo di studio, purché riportasse un cambiamento nel punteggio tra prima e dopo l'intervento, indipendentemente dalla variabile misurata, che poteva essere gli stati dell'Io, l'autoefficacia (Io sono ok), il funzionamento sociale (Tu sei ok), la psicopatologia (sintomi), l'auto-realizzazione o il benessere generale. Gli effetti delle psicoterapie si misurano in genere con la statistica  $d$  di Cohen o con la statistica  $g$  di Hedge per piccoli campioni, e a seconda del punteggio ottenuto la misura dell'effetto si considera convenzionalmente piccola ( $<0,2$ ), media ( $<0,5$ ) grande ( $<0,8$ ) o molto grande ( $>0,8$ ). Questa fondamentale misura dell'effetto permette il confronto con altri studi per individuare le differenze tra i modelli di psicoterapia. I risultati hanno mostrato che l'AT ha in genere un effetto grande sul senso di autoefficacia (Io sono ok) ed un effetto in genere medio sul funzionamento degli stati dell'Io, sul

livello del funzionamento sociale (Tu sei ok), sulla psicopatologia e sul benessere generale. La psicoterapia AT individuale ha un effetto da medio a grande sulla riduzione della psicopatologia (sintomi), mentre la psicoterapia AT di gruppo ha un effetto da medio a grande sull'auto-efficacia (Io sono ok) e sulla psicopatologia (sintomi) e da piccolo a medio sul funzionamento sociale (Tu sei ok). Questi risultati dimostrano l'assunzione fondamentale sostenuta dai terapeuti AT, ossia che i pazienti migliorano durante il trattamento AT.

***Secondo obiettivo, dimostrare l'effetto del cambiamento comparandolo con altri trattamenti in studi clinici randomizzati***

Per misurare questo effetto è stato testato l'effetto del trattamento AT (condizione sperimentale) comparandolo con l'effetto dimostrato dagli altri trattamenti o dalle liste di attesa (condizione di controllo). In questo secondo studio, sono stati inclusi solo studi clinici randomizzati (RCT).

I risultati hanno mostrato che comparata alle condizioni di controllo, l'AT mostra un effetto da grande a molto grande sul funzionamento degli stati dell'Io, sull'autoefficacia (Io sono ok), sul funzionamento sociale (Tu sei ok) e sul benessere generale, e un effetto da medio a grande sulla psicopatologia (sintomi).

Questo risultato dimostra l'assunzione fondamentale che i pazienti migliorano tanto quanto o più dei pazienti che ricevono un altro trattamento *bona fide* o che sono inseriti in una lista d'attesa senza ricevere terapia, dove l'effetto misurato è quello attribuito al semplice trascorrere del tempo. Poiché le meta-analisi di RCT sono spesso considerate gli studi più affidabili nell'ambito della ricerca in psicoterapia, sono frequentemente usate dai decisori politici per supportare le loro decisioni in merito alle politiche sanitarie, come ad esempio includere un modello di psicoterapia tra i trattamenti considerati efficaci, erogabili al pubblico dal servizio pubblico o convenzionato, e finanziabili o rimborsabili.

***Terzo obiettivo, individuare i fattori associati agli effetti precedentemente rilevati, ossia quali sono le caratteristiche dello***

### ***studio e del processo terapeutico che predicono l'esito del trattamento***

Le caratteristiche dello studio (età, formazione, esperienza, scuola di appartenenza, durata e frequenza delle sedute, frequenza delle supervisioni, aderenza al manuale di trattamento, ecc.) sono considerati fattori modulatori, mentre le componenti del processo terapeutico (alleanza terapeutica, focus su analisi del copione, ingiunzioni, giochi, riconoscimenti, dialogo interno, ecc.) sono considerati fattori mediatori.

I risultati hanno mostrato che il livello di psicopatologia non è influenzato dall'appartenere a differenti scuole di AT, dal numero delle sedute, dagli anni di esperienza, dagli anni di studio del terapeuta, mentre si osserva un grande effetto sulla diminuzione della psicopatologia quando la terapia si focalizza sulla relazione paziente-terapeuta, sull'esperienza del paziente e sulla diagnosi sistematica del caso. Inoltre, si osserva un effetto moderato se la terapia si focalizza sulla differenziazione in stadi del trattamento, sulla psicoeducazione didattica e sul presente. Infine, si osserva un ulteriore piccolo effetto sul cambiamento della psicopatologia se la focalizzazione è sull'analisi del copione, delle ingiunzioni e delle controingiunzioni, e sul contratto. Questi risultati, da approfondire con ulteriori studi, possono aiutarci a rispondere ad una delle domande fondamentali della ricerca in psicoterapia, ossia cosa funziona meglio per chi, e ci permette di individuare gli effetti differenziali dei vari approcci AT. L'analisi ulteriore dei risultati ha esplorato i meccanismi terapeutici maggiormente associati all'efficacia del trattamento AT. Vos e Van Rijn dimostrano che gli effetti osservati sembrano essere spiegati dal miglioramento degli stati dell'Io, dell'autoefficacia (Io sono ok) e del funzionamento sociale (Tu sei ok), pertanto i risultati sembrano confermare l'assunto fondamentale dei terapeuti AT, che i pazienti migliorano durante un trattamento AT grazie al miglioramento degli stati dell'Io e delle posizioni esistenziali. Gli autori, infine, mostrano che alcuni moderatori possono migliorare l'efficacia del trattamento, in particolare: l'alleanza terapeutica, la presenza di una valutazione iniziale sistematica, la focalizzazione sull'esperienza del paziente, la pianificazione del trattamento in fasi successive, il lavoro sul presente e aspetti di psicoeducazione. Tra i moderatori specifici dell'AT, hanno

mostrato un ulteriore effetto l'analisi del copione, delle ingiunzioni e controingiunzioni e l'uso del contratto.

In conclusione, gli studi di Vos e Van Rijn (2023) dimostrano alla comunità dei ricercatori in psicoterapia, alle istituzioni e al pubblico che l'AT è una terapia che soddisfa i criteri per essere definita una terapia *bona fide*, nel senso di Wampold (2015), ossia di essere una terapia manualizzata in cui gli elementi sono definiti, efficace in vari contesti clinici e con diverse patologie.

Inoltre, la meta-analisi di Vos e Van Rijn (2022) suggerisce che l'AT è un trattamento di psicoterapia efficace sia per gli individui che per i gruppi, e migliora il livello di psicopatologia ed autoefficacia, anche quando comparato a una condizione di controllo (RCT). Le dimensioni degli *effect-size* rilevati sono simili a quelle osservate in altre meta-analisi di psicoterapie umanistiche, e sono in linea anche con i risultati di altre psicoterapie supportate empiricamente, come quelle cognitivo-comportamentali e psicodinamiche. Pertanto, i risultati suggeriscono che il trattamento AT può essere considerato un trattamento empiricamente supportato secondo i criteri della divisione 12 dell'APA (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

Infine, la psicoterapia AT può essere considerata un trattamento supportato da prove di efficacia anche secondo i criteri della EBP e le linee guida GRADE modificate da Tolin e collaboratori (2015), poiché la sua efficacia è dimostrata sia da meta-analisi di studi randomizzati, sia da meta-analisi di studi osservazionali e di studi SCED condotti sul campo in un contesto naturale, e il modello concettuale permette di indagare le funzioni mentali sottostanti ai sintomi e di valutare il cambiamento sia in termini di sintomi che di funzionamento mentale generale.

### **Direzioni future**

Lo sviluppo della ricerca in AT, elaborato dal TDRC dell'EATA, raccoglie la preziosa eredità lasciata da Van Rijn e proseguirà seguendo gli stessi principi e linee guida, con un monitoraggio attento

al cambio di paradigma in corso nell'ambito della salute mentale. Gli sviluppi in corso di progettazione si suddividono nelle seguenti aree.

### *Sviluppo della teoria*

La teoria AT originaria di Berne (1961), elemento identitario dell'AT, è stata sostanzialmente confermata dalla revisione della letteratura condotta da Vos e Van Rijn. I concetti di stati dell'Io, dialogo interno e autoefficacia nel funzionamento intrapsichico (Io sono ok), transazioni e funzionamento interpersonale (Tu sei ok), ingiunzioni, controingiunzioni, copione e contratto hanno trovato supporto empirico e i trattamenti focalizzati su questi aspetti hanno mostrato effetti rilevabili. Questi elementi rappresentano il minimo comune denominatore che i diversi orientamenti AT condividono, e sono integrati nel modello concettuale AT proposto da Vos e Van Rijn (2021c). Gli sviluppi futuri avranno l'obiettivo di elaborare teorie intercampo tra il modello concettuale e i modelli utilizzati dalle varie scuole ed approcci AT, in modo che le ricerche condotte sul modello concettuale possano essere estese a tutti gli orientamenti AT. Le teorie intercampo sono un approccio epistemologico proposto da Darden e Maull (1977) per unificare i campi del sapere, e possono essere applicate tanto a campi differenti (biologia-psicoterapia) quanto a orientamenti e scuole differenti all'interno dello stesso campo. L'approccio delle teorie intercampo richiede di descrivere il fenomeno osservato (ad esempio, cura della colpa patologica, associata alla depressione) utilizzando prima l'una e poi l'altra delle due teorie od orientamenti da integrare (ad esempio, decontaminazione delle convinzioni su sé e sugli altri da un lato, interpretazione di transfert e controtransfert dall'altro), sviluppando successivamente dei collegamenti sistematici tra i concetti della prima teoria e quelli della seconda (ad esempio, descrivendo in che modo le convinzioni su sé del paziente sono associate al transfert e ai vissuti controtransferali del terapeuta).

Un ulteriore sviluppo teorico del comune modello concettuale avrà come obiettivo quello di mettere in relazione i concetti AT con i concetti della matrice RDoC (NIHM, 2021), in particolare i domini del funzionamento mentale ed i diversi livelli di analisi, da quello

genetico a quello comportamentale e del vissuto soggettivo. Grazie a questa connessione, sarà possibile partecipare a bandi e finanziamenti pubblici, ad esempio della Comunità Europea, in quanto il modello AT sarà coerente con il modello adottato dalle istituzioni sanitarie per comprendere e curare la sofferenza mentale.

Inoltre, l'AT può creare un circolo virtuoso tra esiti della ricerca e sviluppo della teoria, della metodologia e della tecnica. Se i meccanismi del cambiamento, manualizzati e valutati empiricamente, ricevono un supporto dalle ricerche sull'esito, le teorie ne risultano corroborate e migliorate, aumentandone il potere esplicativo. Nella filosofia della scienza, questo processo è chiamato "programma di ricerca progressivo" (Lakatos & Musgrave, 1970), che nel caso dell'AT implica una circolarità tra lo sviluppo della teoria, della metodologia e delle tecniche, la didattica, il trattamento dei pazienti, la supervisione, la valutazione degli esiti (sintomi e funzioni mentali) e le ricadute sulla teoria. Questo circolo virtuoso può favorire la continua evoluzione e aggiornamento della teoria AT e la sua rapida adattabilità alle sofferenze mentali emergenti.

### *Sviluppo dei manuali di trattamento*

La psicoterapia AT può migliorare la sua visibilità presso il pubblico e le istituzioni sviluppando manuali per il trattamento dei comuni disturbi mentali, secondo le linee guida per le manualizzazioni, ad esempio quelle proposte da Carrol e Nuro (2002). Lo sviluppo dei manuali, soprattutto se integrati con sistemi diagnostici che considerano sia i sintomi che le funzioni mentali (ad esempio, DSM-5 e PDM-2), all'interno di un paradigma che integra diversi livelli di analisi e l'interazione tra neurosviluppo e l'ambiente (ad esempio, RDoC), permette di esplicitare e rendere misurabile la relazione tra l'eziologia, la psicopatologia, i meccanismi di azione della terapia e le variabili di esito. In particolare, nelle ricerche è cruciale dimostrare che l'esito accade dopo aver individuato e misurato il meccanismo psicopatologico e dopo avere descritto sia l'azione terapeutica sia le relative tecniche di intervento. Ad esempio, la sofferenza depressiva, con sintomi di colpa, può essere considerata associata al permanere di dialoghi interni svalutanti (meccanismo psicopatologico) interiorizzati



nell'infanzia (eziologia), modificati dalla relazione terapeutica, dalla decontaminazione e deconfusione (meccanismo di azione) attraverso l'analisi dei dialoghi interni, della relazione transferale, della ridecisione (tecniche di intervento). Una volta misurata la psicopatologia prima dell'intervento, ossia i dialoghi interni svalutanti associati al senso di colpa, attraverso strumenti validi secondo le linee guida COSMIN, i cambiamenti osservati dopo l'intervento possono essere causalmente attribuiti all'applicazione della terapia AT. Ad esempio, rispetto ai sintomi, il sesto item del PHQ-9 si riferisce a dialoghi interni colpevolizzanti, mentre rispetto alle funzioni mentali che sostengono la patologia, la scala del livello di funzionamento della personalità del DSM-5 sezione III descrive la dimensione del Sé come costituita da tre funzioni mentali che compongono l'identità, ossia la capacità di mantenere: "confini adeguati" [alle colpevolizzazioni degli altri], autostima positiva [invece che la svalutazione di sé o un senso di incompiutezza e inferiorità], regolazione di una ampia gamma di emozioni [come una forte vergogna in caso di minacce innescate dalle colpevolizzazioni degli altri]" (APA, 2013, tr. it. pp. 900-3).

### ***Sviluppo della rete di clinici ricercatori e della ricerca osservazione***

L'AT è diffusa in molte nazioni europee ed il TDRC può contribuire a sviluppare una ampia rete internazionale di clinici e ricercatori, che possono applicare i manuali di trattamento e raccogliere dati in contesti naturalistici con disegni di ricerca osservazionali o SCED. La diffusione internazionale dell'AT e la sua presenza in numerosi ambiti applicativi ne può fare un modello protagonista dello sviluppo della società.

### ***Sviluppo di data base online per la raccolta dei dati***

I dati raccolti dagli studi osservazionali e attraverso i casi singoli possono essere aggregati in *database* accessibili a ricercatori esterni, per l'analisi dei dati con diverse metodologie. I *database* possono essere integrati dall'uso di App appositamente sviluppate per la raccolta routinaria dei dati di esito e di processo.

***Collegamento con le società scientifiche internazionali***

L'AT può migliorare la propria visibilità scientifica e istituzionale partecipando attraverso il TDRC alle attività delle principali società scientifiche che si occupano di psicoterapia, ad esempio il programma *Psychotherapy Collaborative Survey*, promosso dalla *Society for Psychotherapy Research – Europa*, un progetto che ha lo scopo di mappare come è attualmente condotta e organizzata la raccolta naturalistica dei dati in diversi contesti clinici, e partecipare a progetti di ricerca di ampio respiro.

***Collegamento con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Comunità Europea e sviluppo di studi estensivi***

L'AT, attraverso la consuetudine a manualizzare i propri interventi in modo sistematico ed integrato alle linee guida GRADE, ai principi dell'EBP e al paradigma RDoC, può essere in grado di sviluppare rapidamente manuali per il trattamento delle patologie di maggior interesse nazionale ed europeo, e partecipare con la propria rete di clinici e ricercatori alle richieste della Comunità Europea di fronteggiare le sofferenze mentali emergenti. L'AT può collaborare con altri gruppi di ricerca in psicoterapia, confrontando il proprio modello di intervento con quello proposto dagli altri modelli, realizzando in questo modo RCT di alta qualità e ottenendo un sempre maggiore riconoscimento dalla comunità scientifica, dalle istituzioni e dal pubblico.

In conclusione, le ricerche condotte negli ultimi anni e le linee di sviluppo della ricerca in AT possono avere effetti facilmente intuibili sull'apprezzamento dell'AT da parte del pubblico, delle istituzioni, degli aspiranti psicoterapeuti e portare a benefiche conseguenze sugli istituti europei di formazione in AT e sul modello AT in generale.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5<sup>a</sup> ed.), Raffaello Cortina, Milano (trad. it.: 2014).
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy; A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. Penguin.
- Benelli, E., & Zanchetta, M. (2019). Single-case design review and meta-analysis for supporting the method of transactional Analysis towards recognition as an empirically supported treatment for depression. *International Journal of Psychotherapy*, 23(3), 93–108.
- Bergmann, L. H. (1981). A cognitive-behavioral approach to transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 11(2), 147–149.
- Bornstein, R. F. (2011). Toward a process-focused model of test score validity: *Improving psychological assessment in science and practice*. *Psychological Assessment*, 23, 532–544. doi:10.1037/a0022402
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: a stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 396-406.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological Interventions. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Research Domain Criteria (RDoC).  
[www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/](http://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/)

- Darden, L., & Maull, N. (1977). Interfield Theories, *Philosophy of Science*, 44, 43-64.
- De Luca, M. L., & Tosi, M. T. (2011) Social-Cognitive Transactional Analysis: An Introduction to Pio Scilligo's Model of Ego States, *Transactional Analysis Journal*, 41:3, 206-220, DOI: 10.1177/036215371104100303
- Declercq, L., Cools, W., Beretvas, S. N., Moeyaert, M., Ferron, J. M., & Van den Noortgate, W. (2020). MultiSCED: A tool for (meta-)analyzing single-case experimental data with multilevel modeling. *Behavior Research Methods*, 52(1), 177–192. <https://doi.org/10.3758/>
- Elbing, U. (2007). A search for transactional analysis studies according to evidence- based medicine (EBM) criteria. *EATA Newsletter*, 90, 1–10.
- Erskine, R. G. (1997). *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. TA Press.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. Basic Books Press, New York. (trad it.: *Psicosi e psicologia dell'Io*, Boringhieri, Torino, 1976).
- Goulding M. M., & Goulding R. L. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*, Brunner/Mazel, New York (trad. it.: *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio, Roma, 1983).
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, 336(7650), 924–926.
- Hargaden, H., & Sills, C. (2002). *Transactional analysis: A relational perspective*. Psychology Press.
- Khalil, E., Callaghan, P., & James, N. (2007). *Transactional analysis: A scoping exercise for evidence of the outcome*. Report prepared

for the Berne Institute. School of Nursing, The University of Nottingham.

- Lakatos, I., & Musgrave, A. (Eds.). (1970). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*, 6(7) doi:10.1371/journal.pmed.1000100.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, PDM-2. Raffaello Cortina, Milano (trad. it.: 2018).
- Moiso, C., & Novellino, M. (2000). An overview of the psychodynamic school of transactional analysis and its epistemological foundations. *Transactional Analysis Journal*, 30(3), 182–187.
- Mokkink, L. B., Terwee, C.B., de Vet, H. C. W. (2014). *COSMIN: Consensus-Based Standards for the Selection of Health Status Measurement Instruments*. In: Michalos, A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_595](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_595)
- NIMH – National Institute of Mental Health (2021, July 13), *Research Domain*
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 316–322. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.316>

- Norcross, J. C., Pfund, R. A., & Prochaska, J. O. (2013). Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(5), 363–370. <https://doi.org/10.1037/a0034633>
- Ohlsson, T. (2010). The scientific evidence base for transactional analysis in the year 2010 Annex 1—the Big List: References to transactional analysis research 1963-2010. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice, 1*(1), 1–10.
- Olson, R. P., Ganley, R., Devine, V.T., & Dorsey, G.C. (1981). Long-term effects of behavioral versus insight-oriented therapy with inpatient alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(6), 866–896.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj, 312*(7023), 71–72.
- Schiff, J. L. (1975). *Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis*. HarperCollins.
- Scilligo, P. (2011) Transference as a Measurable Social-Cognitive Process: An Application of Scilligo's Model of Ego States, *Transactional Analysis Journal, 41*(3), 196-205, DOI: 10.1177/036215371104100302
- Shadish, W. R. (2014). Analysis and meta-analysis of single-case designs: An introduction. *Journal of School Psychology, 52*(2), 109–122. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.11.009>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation

and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744.

- Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D., ... & Thacker, S. B. (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *Jama*, 283(15), 2008-2012.
- Summers, G., & Tudor, K. (2018). *Co-creative transactional analysis: Papers, responses, dialogues, and developments*. Routledge.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317.
- Vos, J., & van Rijn, B. (2021a). The Transactional Analysis Review Survey: An Investigation Into Self-Reported Practices and Philosophies of Psychotherapists. *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 111-126, DOI: 10.1080/03621537.2021.1904355
- Vos, J. & van Rijn, B. (2021b). A Systematic Review of Psychometric Transactional Analysis Instruments. *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 127-159, DOI: 10.1080/03621537.2021.1904360
- Vos, J. & van Rijn, B. (2021c). The Evidence-Based Conceptual Model of Transactional Analysis: A Focused Review of the Research Literature. *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 160-201, DOI: 10.1080/03621537.2021.1904364
- Vos, J., & van Rijn, B. (2022). The Effectiveness of Transactional Analysis Treatments and Their Predictors: A Systematic Literature Review and Explorative Meta- Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-37 DOI: 10.1177/00221678221117111

- Vos, J., & van Rijn, B. (2023). Brief Transactional Analysis Psychotherapy for Depression: The Systematic Development of a Treatment Manual. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/int0000304>
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 620-630.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An Update. World Psychiatry*, *14*(3), 270–277.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203.
- Weiss, E. (1960). *Struttura e dinamica della mente umana*. Milano. Raffaello Cortina (trad. it.: Sambin M. 1991).
- Wilson, B. D. (1981). Doctoral Dissertations on TA 1963–1980. *Transactional Analysis Journal*, *11*(3), 194-202.