

Il sentire del clinico come strumento di conoscenza: sviluppo e validazione preliminare di una scala di valutazione

Clinician' emotional resonance as investigation tool: development and preliminary validation of a questionnaire

LAURA FONZI¹, MAURO PALLAGROSI¹, ANGELO PICARDI², MARTINA D'ORAZIO¹,
MARIA PAOLA ZERELLA¹, LUIGI ORSO¹, DANIELE RUSSO¹, PAOLA MOTTA¹, LORENZO TARSITANI¹,
MARIA CAREDDA¹, MASSIMO BIONDI¹

¹Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

²Reparto Salute Mentale, Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

RIASSUNTO. Obiettivi. Una solida tradizione psicopatologica e psicoterapeutica sottolinea l'importanza dei sentimenti del clinico nel processo diagnostico e terapeutico. Il nostro obiettivo è la costruzione di uno strumento per la valutazione dell'esperienza indotta nello psichiatra da ciascun paziente. Sono qui descritte la costruzione e la validazione preliminare di tale strumento. **Metodi.** È stato costruito, sulla base dello studio della letteratura pertinente e dell'esperienza clinica del gruppo di lavoro, un questionario di autovalutazione comprendente 65 item relativi a vari aspetti della risonanza emotiva del clinico. Un gruppo di dieci psichiatri ha compilato il questionario al termine di 125 primi colloqui clinici con pazienti con varie diagnosi psichiatriche. All'inizio e alla fine di tali colloqui è stato inoltre compilato il Profile of Mood State (POMS). Sono state esaminate la struttura fattoriale e la validità convergente del questionario. **Risultati.** È stato possibile riconoscere una struttura costituita da sei fattori con discreta coerenza interna, interpretabili come differenti aspetti dell'interazione clinico-paziente così come esperita dal clinico. I punteggi fattoriali hanno mostrato un profilo coerente di correlazioni con la variazione dei punteggi alle scale del POMS nel corso del colloquio. **Discussione.** I risultati dello studio, benché preliminari, suggeriscono che sia possibile misurare in modo valido e affidabile le reazioni soggettive del clinico alla sua interazione con il paziente. Tale operazione di quantificazione della soggettività dello psichiatra è potenzialmente utile in ambito sia clinico sia di ricerca.

PAROLE CHIAVE: interazione clinico-paziente, reazioni emotive, valutazione, validità.

SUMMARY. Aims. A robust psychopathological and psychotherapeutic tradition underscores the importance of the clinician's feelings in the assessment and therapeutic process. Our aim is to develop an instrument to evaluate psychiatrist's experience induced by each patient. This paper describes the development and preliminary validation of this instrument. **Methods.** Based on the relevant literature and our clinical experience, we developed a self-completed questionnaire consisting of 65 items covering various aspects of the clinician's emotional resonance. Ten psychiatrists completed our questionnaire immediately after first clinical interviews involving a total of 125 patients with various psychiatric diagnoses. Also, they completed the Profile of Mood State (POMS) immediately before and after these interviews. The factor structure and convergent validity of the questionnaire was examined. **Results.** We identified a six-factor structure. The factors showed acceptable internal consistency and were interpretable as different aspects of the clinician-patient interaction as experienced by the clinician. There was a consistent pattern of correlations between factor scores and changes in POMS scale scores during the clinical interviews. **Discussion.** The study results, though preliminary, suggest that clinicians' subjective reactions during their interactions with patients can be validly and reliably measured. Quantitative measurement of clinician's subjectivity is potentially useful in both clinical and research settings.

KEY WORDS: patient-clinician interaction, emotional reactions, assessment, validity.

INTRODUZIONE

La diagnosi psichiatrica nella storia: principali indirizzi teorici

Il problema della diagnosi costituisce senz'altro una delle questioni più dibattute nell'ambito della psichiatria. Quasi tutti gli autori che, sin dalla fine dell'Ottocento, si sono occupati di psicopatologia si sono dovuti confrontare con la necessità di comprendere, definire e classificare le malattie mentali, individuandone i tratti comuni e raggruppandole sulla base di confini il più possibile stabili. Ne è conseguito un percorso storico-evolutivo all'interno del quale si sono delineati vari indirizzi teorici.

Un primo grande indirizzo è rappresentato da un modello di approccio alla malattia mentale *descrittivo*, secondo il quale il principio organizzatore fondamentale della materia psichiatrica è costituito dalla clinica osservabile, ossia dai sintomi, dai segni e dal decorso clinico delle singole malattie. Principale interprete storico di questo modello è Emil Kraepelin, autore della prima grande opera di sistematizzazione delle malattie psichiatriche (1), nella quale queste risultano organizzate in un sistema nosologico definito da un criterio sindromico, fondato cioè sulla frequenza e sulla regolarità di determinate associazioni di sintomi, segni e decorsi.

Dopo Kraepelin, l'approccio descrittivo trova la sua concettualizzazione più pura nei sistemi diagnostici "criteriologici" sorti a partire degli anni Sessanta (per esempio, *Criteri di Feighner*, *Vienna Research Criteria*, *Research Diagnostic Criteria*). Secondo il modello criteriologico, sorto allo scopo di costruire diagnosi psichiatriche affidabili e riproducibili, a definire ciascun quadro morboso sono segni e sintomi "tipici" insieme a specifici dati anamnestici, e la raccolta di queste informazioni costituisce lo strumento principale al quale affidarsi per collocare il singolo individuo all'interno di un determinato contenitore diagnostico. In quest'ottica, il colloquio clinico assume i caratteri di una vera e propria "intervista", all'interno della quale uno schema predefinito consente di ricercare e annotare i dati necessari per l'inserimento in una specifica categoria di malattia.

I vantaggi principali dell'approccio descrittivo risiedono nell'oggettività, nell'attendibilità, e nella "operationalizzabilità" della diagnosi; l'uso di un'ottica di osservazione impersonale e scientifica, infatti, attenua notevolmente le discrepanze diagnostiche legate a visioni diverse della malattia mentale, e favorisce, in questo modo, la comunicazione tra clinici. Questo stesso sforzo di omogeneità e chiarezza, tuttavia, costituisce

anche il limite principale del modello; soffermarsi, infatti, soltanto su ciò che è osservabile, ritenendo in qualche modo neutri o poco informativi elementi quali la soggettività del paziente, la sua storia personale, e la stessa relazione di cura, comporta una semplificazione spesso eccessiva di una realtà clinica di complessità, e la perdita del senso più profondo dei comportamenti sintomatici, che vengono con troppa leggerezza svuotati e scorporati dalla personalità globale dell'individuo.

In opposizione a questa tendenza oggettivante si pone l'orientamento *fenomenologico*, modello di interpretazione della malattia mentale le cui proposizioni teoriche e la cui metodologia diagnostica hanno dominato la scuola psicopatologica classica e buona parte della psichiatria del Novecento. Dell'atteggiamento fenomenologico si trova traccia, in maniera non dichiarata, già nel lavoro di Eugen Bleuler sulla schizofrenia (2). In esso viene per la prima volta messo in discussione il valore diagnostico del sintomo, e viene inaugurato uno dei più fecondi filoni della psicopatologia fenomenologica, ossia la ricerca del nucleo basale profondo della patologia mentale, quell'essenza che Minkowski chiamerà il "disturbo generatore" (3). Privilegiando come strumento di indagine il contatto, mediato dalla relazione, con il mondo interiore dei pazienti schizofrenici, Bleuler osservò, infatti, che, a dispetto della difformità dei quadri clinici, in tutti i pazienti era riscontrabile un'unica costante alterazione fondamentale, dalla quale tutte le manifestazioni sintomatiche sembravano provenire, e che egli chiamò *scissione* delle funzioni psichiche (*Spaltung*).

La straordinaria intuizione bleuleriana ha dato inizio a ripetuti tentativi di cogliere il "fenomeno fondamentale" alla base delle diverse condizioni psichiatriche, con un progressivo rifiuto del potenziale discriminatorio dei sintomi e un'apertura sempre maggiore alla possibilità di identificare ordinatori psicopatologici più aderenti alla realtà interna dell'individuo. Ne sono emersi contributi importanti quali, per la schizofrenia, i concetti di "perdita del contatto vitale con la realtà" (Minkowski) (4), "perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg) (5) e crisi della "coerenza dell'esperienza naturale" (Binswanger) (6), e, per la melancolia, quello di "modificazione del tempo vissuto" (Minkowski) (3). Il contributo della fenomenologia non si ferma alla ricerca di fenomeni patognomonici; esso propone una vera e propria rivoluzione nell'interpretazione della malattia, che perde il carattere di sola devianza, configurandosi, invece, come "possibilità esistenziale alternativa". In quest'ottica, "il paziente non ha sintomi, ma vive delle esperienze" (7) e l'obiettivo principale del clinico diventa quello di comprenderne

le modalità di esistenza, l'*esserci* (*Dasein*), e di capire come questa si articoli nei tanti possibili comportamenti sintomatici. Lo strumento dell'osservazione scientifica proposto dalla psicopatologia descrittiva si rivela a tal fine insufficiente, e lascia quindi spazio a nuove modalità di conoscenza, fondate sul valore della soggettività e dell'incontro interumano. A illustrare in modo sistematico i fondamenti epistemologici della psicopatologia fenomenologica è Karl Jaspers (8), che allo strumento dell'osservazione obiettiva accosta quelli della *comprensione* (*Verstehen*) e dell'*immedesimazione* (*Einfühlung*, empatia), intendendo col primo termine l'atto di mettersi al posto del paziente utilizzando le sue autodescrizioni, e col secondo il cogliere direttamente i vissuti del paziente rivivendoli. Sulla necessità di una comprensione fondata sulla conoscenza dell'esperienza vissuta (*Erlebnis*), si pronuncia anche Kurt Schneider (9), che proprio sullo studio del mondo dei significati del paziente fonda l'analisi psicopatologica dei sintomi schizofrenici.

Se l'approccio fenomenologico ha il merito di aver avvicinato il clinico al paziente, permettendogli di colmare le lacune di comprensione legate a una rigida relazione "osservatore-oggetto di osservazione", la più grande critica che si può rivolgere a questo metodo è quella di prestarsi difficilmente a tentativi di misurazione e standardizzazione. La variabilità di elementi quali la qualità della relazione, l'irripetibilità dell'incontro, l'importanza dell'esperienza e delle doti ricettive ed empatiche dell'osservatore minaccia infatti l'attendibilità della diagnosi fenomenologica, esponendola all'accusa di mancare di "scientificità".

Un altro importante modello di interpretazione della malattia mentale che ha esercitato influenza sull'evoluzione del concetto di diagnosi psichiatrica è quello *psicodinamico*. In analogia al modello fenomenologico, la diagnosi psicodinamica non si fonda sulla rilevazione di sintomi specifici, ma prende le mosse da un'analisi più approfondita del funzionamento psichico globale. A differenza della fenomenologia, però, essa mira a una comprensione genetica del disturbo psichiatrico, rinunciando a un atteggiamento di "sospensione del giudizio", e servendosi di strumenti in grado di accedere alla dimensione inconscia della vita interiore del paziente. Lo psichiatra di orientamento psicodinamico si pone l'obiettivo, per una formulazione diagnostica, di conoscere le caratteristiche dell'Io (forza globale, stile difensivo, ecc.), le relazioni oggettuali e il funzionamento del Sé (coesione, continuità, confini, ecc.) del paziente. Egli indaga, pertanto, la sua storia evolutiva e il suo stile relazionale, utilizzando gli strumenti dell'osservazione, della comprensione e dell'interpretazione (10). Quest'ultima, in particolare,

rappresenta il contributo originale della psicodinamica, e consente, mediante un'attenzione specifica alla disposizione del paziente nei confronti del clinico (il *transfert*) e alle reazioni emotive e comportamentali del clinico stesso (il *controtransfert*), di raccogliere elementi diagnostici significativi che altrimenti andrebbero persi.

In ambito diagnostico, quindi, i meriti principali dell'approccio psicodinamico sono l'aver contribuito, insieme agli studi fenomenologici, all'allargamento dell'ottica di osservazione del paziente, con l'inclusione di elementi soggettivi e relazionali, e l'aver proposto una lettura esplicativa del sintomo psichico e delle complesse dinamiche della relazione psichiatra-paziente. D'altra parte, l'attenzione eccessiva riservata dagli autori psicodinamici ai conflitti intrapsichici, a scapito della ricerca di una formulazione diagnostica definita e condivisibile, li ha posti per lungo tempo ai margini degli sviluppi epistemologici e scientifici, contribuendo a una frattura tra psichiatria e psicoanalisi che ha impoverito entrambe le discipline.

La diagnosi psichiatrica oggi: il DSM-IV, i limiti del modello criteriologico e il recupero della psicopatologia classica

I fondamenti epistemologici degli attuali sistemi diagnostici possono, infatti, essere rintracciati già intorno alla metà del secolo scorso, epoca in cui gli sviluppi individualistici delle singole scuole di pensiero avevano determinato, in tema di diagnosi psichiatrica, un situazione di grave frammentarietà e vaghezza. Da una parte, il dominio della psicoanalisi negli Stati Uniti e quello della psicopatologia classica in Europa avevano determinato una profonda spaccatura tra due visioni sostanzialmente diverse della psichiatria e del suo approccio al paziente; dall'altra, l'exasperazione del ricorso a strumenti di conoscenza soggettivi e poco riproducibili, come per esempio la conoscenza intuitiva o l'interpretazione psicodinamica, aveva dato luogo a veri e propri paradossi diagnostici, per cui lo stesso individuo poteva essere etichettato come "schizofrenico" da uno psichiatra e come "sano" da un altro. Prendeva forma, quindi, in modo sempre più consistente l'esigenza di costruire una metodologia investigativa che restituisse dignità scientifica alla diagnosi psichiatrica, ponendosi come obiettivo il raggiungimento di un'*affidabilità* tale da garantire sia la comunicazione in ambito clinico ed epidemiologico, sia la condivisione di potenziali strategie di intervento.

Le prime avvisaglie di una "rivoluzione" epistemologica si manifestarono negli anni Sessanta con la presentazione di modelli diagnostici criteriologici e con la

costruzione di strumenti standardizzati di indagine psicopatologica e di scale per la valutazione quantitativa dei sintomi psichici. La ricerca di una sempre maggiore oggettività di osservazione, insieme alla progressiva rinuncia a modelli teorici di riferimento, condusse nel tempo a un'evoluzione di questi sistemi, fino ad arrivare all'attuale edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), che dei modelli criteriologici costituisce il paradigma. Il linguaggio semplice e lineare del DSM-IV si è enormemente diffuso nell'ambito della psichiatria mondiale, oltrepassando le aspettative dei suoi stessi autori. L'uso estensivo che ne è stato fatto, tuttavia, ne ha alterato nel tempo il significato e il valore originale, rischiando di trasformarlo in una fonte assoluta di certezze diagnostiche, con la conseguenza di indurre i clinici a trascurare risorse culturali importanti come la tradizione psicopatologica e nosologica classica. Tale conseguenza è stata di recente descritta da Nancy C. Andreasen come "morte della fenomenologia" (11).

L'impostazione metodologica proposta dal DSM-IV, infatti, ha escluso dal campo di indagine psicopatologica tutte quelle aree dell'esperienza umana che in qualche modo sembrano sfuggire alla possibilità di una "operationalizzazione", eliminando, di fatto, elementi di rilievo quali la storia personale, l'esperienza soggettiva, i significati personali e le dimensioni non coscienti. Paradossalmente, pur nella sua dichiarata ateoreticità, che è però pur sempre una posizione epistemologica, il DSM-IV viene comunque ad avere un impatto teorico, che rischia di privare il sintomo psichico della sua dimensione soggettiva e relazionale, riducendolo a comportamento osservabile e catalogabile, avulso dal proprio contesto di emergenza e svuotato del proprio significato personale, comunicativo e storico. Una tale posizione rischia, se assunta radicalmente, di condurre a una psichiatria che sa tutto ma non è in grado di spiegare il significato di niente.

L'impovertimento degli strumenti di valutazione e conoscenza conseguito alla "omissione" della dimensione soggettiva della malattia ha contribuito, peraltro, a un'altra significativa conseguenza sul piano diagnostico: la compromissione della validità delle diagnosi. Se, infatti, il DSM-IV ha prodotto delle diagnosi psichiatriche di provata affidabilità, ossia dotate di un buon indice di accordo tra valutatori, non è chiaro se le entità morbose identificate da questo strumento corrispondano ad autentiche realtà psicopatologiche. La questione è stata posta, tra gli altri, dal gruppo di ricercatori danesi che fa capo a Josef Parnas, i quali, in due studi di confronto tra strumenti diagnostici operativi diversi (DSM-IV, ICD-10, RDC, ecc.) condotti su pazienti psicotici all'esordio (12) e cronici (13), hanno

rilevato una scarsa concordanza tra sistemi, mettendo in evidenza l'arbitrarietà di questo tipo di formulazioni diagnostiche. Tale difficoltà nel porre diagnosi valide in psichiatria deriva, naturalmente, anche dalla mancanza di dati morfologici e neurobiologici in grado di identificare unità morbose specifiche dai confini netti; tuttavia, la rinuncia a una comprensione più vicina al nucleo profondo della patologia ha contribuito a produrre una situazione in cui l'operazione diagnostica rischia di tradursi nell'applicazione di etichette convenzionali, alle quali possono corrispondere contenuti scarsamente articolati.

La stretta dipendenza dei giudizi diagnostici del DSM-IV dalla presenza di sintomi manifesti e descrivibili oggettivamente ha, infine, sollevato il problema dell'inquadramento di quelle condizioni sfumate, spesso premorbose, che sono caratterizzate da anomalie psicopatologiche sottili e che sfuggono, pertanto, a criteri clinici più grossolani. In particolare, gli anni recenti hanno visto nascere e svilupparsi un crescente interesse per l'identificazione precoce delle condizioni pre-psicotiche (14-16), accompagnato da una rinnovata attenzione per i quadri psicotici paucisintomatici, ove sono assenti manifestazioni produttive eclatanti (17). Questa svolta nella ricerca psicopatologica ha prepotentemente riportato in primo piano l'esperienza soggettiva del paziente psichiatrico come oggetto privilegiato di approfondimento, e ha messo ulteriormente in evidenza le carenze del modello descrittivo criteriologico, dando il via alla costruzione di una serie di strumenti di valutazione alternativi, indirizzati, sulla falsariga degli studi di psicopatologia classica, all'analisi del vissuto piuttosto che allo studio dei comportamenti sintomatici. In altre parole, l'esigenza di riportare alla luce l'esperienza soggettiva senza venire meno a quei fondamenti di "scientificità" sui quali poggia ormai la psichiatria, ha prodotto in anni recenti significativi tentativi di integrazione tra il metodo di conoscenza soggettivo-intuitivo tipico della psicopatologia di ispirazione fenomenologica, e il metodo oggettivo-quantitativo caratteristico delle discipline che, con rigore scientifico, descrivono e misurano i fenomeni patologici. Esempi interessanti di questa integrazione, sia per capacità di penetrazione psicopatologica sia per rispondenza a criteri psicometrici di affidabilità, sono lo strumento di valutazione proposto dalla scuola di Bonn (18), che ha mostrato validità predittiva (19), e quello proposto dal gruppo di Josef Parnas (20).

Questi e altri contributi, che vanno nella direzione di una ripresa di vecchi concetti psicopatologici come principi organizzatori in grado di restituire senso alle diagnosi psichiatriche, potrebbero costituire, tra l'altro, un ponte tra la ricerca psicopatologica e i recenti risul-

tati ottenuti in campo neurobiologico e funzionale (per esempio, anomalie del neurosviluppo, alterato funzionamento cognitivo, *neurological soft signs*), che appaiono spesso di difficile interpretazione se confrontati con le categorie diagnostiche del DSM.

Un modo diverso di fare diagnosi: la tradizione fenomenologica e i concetti di intuizione e sentimento

Uno degli elementi fondanti della psicopatologia di ispirazione fenomenologica è stata la ridefinizione del rapporto psichiatra-paziente come momento di incontro interpersonale, finalizzato alla ricerca di un contatto autentico e alla comprensione, non mediata dai sintomi, del personale modo di *essere nel mondo* del malato. Perché questa comprensione abbia luogo, la disposizione d'animo del clinico deve essere quella di chi presta ascolto all'esperienza soggettiva che il paziente racconta, e, contemporaneamente, quella di chi partecipa di questa esperienza non tentando di sezionarla o spiegarla, ma "vivendola insieme a lui". Questa modalità particolare di avvicinamento al paziente, da molti definita *atteggiamento fenomenologico*, rappresenta il terreno indispensabile per l'attivarsi di una specifica modalità di conoscenza dell'altro, che più dell'obiettivazione e della descrizione richiede la messa in gioco delle qualità umane dello psichiatra: la comprensione intuitiva.

Per intuizione si intende, in ambito fenomenologico, un atto conoscitivo immediato e pre-verbale, indipendente dalla presenza di segni o sintomi di malattia, che si realizza all'interno del rapporto con il paziente e che rivela, mediante una percezione diretta della *presenza* (in senso fenomenologico, *l'esserci*) dell'altro, la natura intima del suo disturbo. In altre parole, essa rappresenta il prodotto dell'incontro tra il "mondo" del paziente e il "mondo" del clinico, e trae origine dal sentimento che tale contatto determina in quest'ultimo, sentimento che almeno in parte riflette il disagio esistenziale del malato. L'intuizione è, quindi, uno strumento di conoscenza, che, passando attraverso una reazione interna del clinico, apre la strada della comprensione del funzionamento psichico globale del paziente, permettendo cioè di coglierne *l'essenza* (*l'Eidos*, da cui il termine *intuizione eidetica*); in questo senso, essa costituisce un'insostituibile guida per la valutazione diagnostica.

Molti autori di ispirazione fenomenologica hanno sostenuto nel tempo l'importanza di una conoscenza dell'altro fondata sull'intuizione e sul sentimento, invitando gli psichiatri a non trascurare i vissuti elicitati dal contatto con i pazienti, ma anzi a riconoscerne la preziosa funzione "rivelatrice". Tra questi, la maggior

parte ha concentrato la propria attenzione sugli effetti del contatto con il mondo dello schizofrenico, che, sfuggendo per sua natura alla relazione, genera spesso nel clinico sentimenti di estraneità e frustrazione; altri hanno proposto una visione più ampia, valorizzando l'uso degli elementi emotivi e intuitivi nel processo di comprensione e inquadramento diagnostico di molte condizioni psicopatologiche. Già nel 1913 Karl Jaspers scriveva, per esempio, che "vi è una grande differenza tra coloro che vanno ciechi per il mondo dei malati malgrado i loro occhi aperti, e la sicurezza di una chiara percezione che scaturisce dalla sensibilità di chi partecipa. Il palpitare della propria anima all'unisono con le vicende altrui favorisce quindi l'obiettivazione critica di tale esperienza da parte dell'osservatore" (8).

Uno fra i più grandi sostenitori dell'uso dei vissuti dello psichiatra come misura e strumento di comprensione psicopatologica è stato Eugène Minkowski, padre del fortunato concetto di *diagnosi per penetrazione o diagnosi per sentimento* (*Gefühldiagnose*). Egli portò avanti la necessità di avvicinarsi alla persona malata nella sua interezza, mettendo in gioco non tanto un sapere tecnico, quanto piuttosto le proprie qualità umane, e aprendosi pertanto alla possibilità di *sentire* l'altro e di *penetrarne* l'intero essere con un singolo atto intuitivo (3). Il sentimento, quindi, quel movimento affettivo interno allo psichiatra che emerge spontaneamente nel contesto di una relazione di coesistenza con il paziente, rappresenta, per Minkowski, il veicolo attraverso cui i tratti essenziali della vita psichica del paziente si rivelano al suo interlocutore; ciò che il clinico sente stando insieme al malato, in sostanza, gli racconta qualcosa di lui, qualcosa che diversamente sfuggirebbe all'osservazione. In particolare, Minkowski propone come paradigma del valore conoscitivo del sentire dello psichiatra la reazione che l'autismo e la perdita del dinamismo vitale tipiche dell'esistenza schizoide inducono in lui, descrivendo un'esperienza che molti autori riconosceranno poi come caratteristica dell'incontro con lo schizofrenico, l'esperienza dell'*alienità* (3).

Sul valore del sentimento come "indicatore" del modo di essere schizofrenico si esprime anche Ludwig Binswanger, altro grande ispiratore della psichiatria fenomenologica, il quale, in un saggio del 1924 sulla definizione dei compiti dello psichiatra, fa riferimento a situazioni cliniche nelle quali a un'assenza di sintomi obiettivi può corrispondere la certezza interna dello psichiatra di "avere a che fare con uno schizofrenico", parlando a questo proposito di *diagnosi con il sentimento*. In particolare, Binswanger intende con il termine sentimento (*Gefühl*) non tanto un "sentimento emozionale", quanto una specifica modalità di perce-

zione psichica dell'altro: nelle sue parole, "uno schizofrenico può essermi molto simpatico come uomo e nondimeno nel percepire la sua persona come schizofrenica io sobbalzo intimamente, sperimento ogni volta una barriera che si frappone alla mia intima unione con lui" (21). In accordo con quanto proposto da Minkowski circa l'incontro con il paziente schizoide, inoltre, Binswanger dedica l'ultima parte del suo celebre saggio sulla *stramberia* (22) proprio all'esperienza di "mancanza di risonanza" e "sentimento di vuoto", individuandone l'origine nell'"urto" che la persona non psicotica subisce quando si confronta con la "stortura" del mondo schizofrenico.

Oltre a Minkowski e Binswanger, comunque, diversi altri autori accennano alla possibilità di cogliere mediante strumenti soggettivi il nucleo dell'esistenza schizofrenica, insistendo sulla necessità di ridimensionare il valore discriminatorio dei sintomi. Uno di questi è Henricus C. Rümke, psichiatra olandese di duplice ispirazione fenomenologica e psicodinamica, che nel 1941 introduce per la prima volta, riferendosi alla "specifica esperienza" indotta nel clinico dal confronto con il paziente schizofrenico, il noto concetto di *sentimento di schizofrenicità* (*Praecoxgefühl*) (23). Tale esperienza, vissuta dallo psichiatra sotto forma di "estraneità", "sconforto" o "esitazione" nei confronti del paziente, avrebbe origine, secondo Rümke, nel difetto di "inclinazione al contatto con gli altri" (*rapprochement-instinct*) tipico dello schizofrenico, cui corrisponderebbe una speculare difficoltà del clinico a "trovare il paziente". Facendo un passo al di là dei confini della schizofrenia, inoltre, Rümke estende il valore dei sentimenti dello psichiatra alla diagnosi di altre condizioni patologiche, sostenendo la necessità di porre attenzione agli elementi interpersonali attivi in qualunque colloquio clinico. Secondo quanto affermato da Rümke, in sostanza, ogni psichiatra dovrebbe avere una buona conoscenza delle proprie reazioni emotive, e imparare a utilizzare queste "corde interne" come guida per la valutazione diagnostica, soprattutto nelle situazioni, come quella del contatto iniziale, meno viziate da elementi contestuali.

Come Rümke, anche Jakob Wyrsh, psichiatra e fenomenologo svizzero, dedica nel 1946 un saggio al ruolo rivestito dall'intuizione nel riconoscimento del paziente schizofrenico (24), proponendo una visione molto vicina a quella di Minkowski e Binswanger. Egli, infatti, riprende il concetto di intuizione come atto fenomenologico di conoscenza dell'altro, una conoscenza in grado di trascendere la valutazione dei singoli sintomi psichici o della loro somma complessiva, e afferma l'esistenza della possibilità di riconoscere in modo intuitivo, e quasi automatico, qualcosa di estraneo e

di "inconfondibilmente schizofrenico" nella persona affetta da disagio psichico.

In modo meno articolato, lo stesso Kurt Schneider fa riferimento, nella sua trattazione della psicopatologia degli schizofrenici (9), a un modo di arrivare alla diagnosi attraverso la propria percezione di un'adeguatezza del rapporto, affermando: "L'incapacità del soggetto di prender contatto, di porsi subito in rapporto, può essere un ausilio importante, e a volte anche decisivo, per la diagnosi di schizofrenia, ma ciò soltanto per una persona molto esperta". Egli definisce tale modalità "diagnosi dal rapporto" (*Diagnose aus der Beziehung*).

Un'esplorazione originale del tema dell'intima connessione tra la qualità dell'esperienza interna del clinico e il crearsi di una specifica situazione d'incontro con il paziente viene, inoltre, dagli studi del fenomenologo Hubertus Tellenbach, che introduce il concetto di *atmosfera*, intendendo con questo termine un complesso di "emanazioni emotive" che avvolgono la persona, e che possono essere percepite per via sensoriale e intuitiva all'interno del rapporto interpersonale. In sostanza, l'incontro tra due persone produrrebbe, secondo l'autore, un contatto tra le loro atmosfere, generando un fenomeno che può essere di risonanza ("unione delle atmosfere") o di dissonanza; la "dissonanza atmosferica" costituirebbe uno dei modi intuitivi per arrivare alla diagnosi psichiatrica (*diagnosi atmosferica*). A questo proposito, Tellenbach porta l'esempio della melanconia e della dissonanza atmosferica che colpisce il clinico al contatto con l'inardimento e la perdita di "freschezza" tipiche del vissuto del malato (25).

In tempi più recenti, infine, significative pagine sull'incontro con lo psicotico e sul turbamento provato dallo psichiatra di fronte all'estraneità dell'altro (l'*alter* che si offre al clinico come *alienus*) sono state scritte da Bruno Callieri, che dello studio delle dimensioni antropologiche dell'incontro ha fatto un motivo dominante del proprio lavoro. Nelle sue parole, "l'incontro con l'*alienus* si modula sempre secondo quest'esperienza vissuta del 'restare interdetto', vissuta più o meno intensamente" (26).

L'orientamento psicodinamico e il valore diagnostico dei sentimenti controtransferali

Il contributo essenziale della psichiatria di orientamento psicodinamico al tema delle sensazioni sperimentate dai clinici nel contatto con i loro pazienti è costituito dall'analisi dei fenomeni di *controtransfer*. Con questo termine si intende, nell'accezione moderna estesa, l'insieme delle reazioni emotive, conscie e inconscie, dello psicoanalista nei riguardi del paziente,

che insorgono all'interno della situazione terapeutica e che traggono origine dalla commistione di elementi appartenenti alla vita psichica dell'analista e sentimenti indotti dal transfert e dalla realtà clinica del paziente (27).

Il riconoscimento del valore del controtransfert come strumento di conoscenza dello stato interno e del funzionamento psichico del paziente viene convenzionalmente fatto risalire all'originale contributo di Paula Heimann del 1950 (28), all'interno del quale viene per la prima volta segnalata in modo strutturato l'utilità dei sentimenti del terapeuta nell'esplorazione della vita interiore del paziente. Secondo l'ipotesi dell'autrice, infatti, la "voce del paziente" giunge all'analista anche attraverso una "percezione inconscia", che affiora nei sentimenti che egli avverte in risposta al paziente stesso e che costituisce spesso una modalità conoscitiva più acuta e rapida di quella che passa per la consapevolezza e il ragionamento. In questo senso il controtransfert costituisce, per Paula Heimann, non solo "una parte della relazione analitica", ma "una creazione del paziente", "una parte della sua personalità".

Molti altri autori di orientamento psicomodinamico hanno rilevato l'utilità dei sentimenti controtransferali nella comprensione indiretta dei vissuti, degli stili relazionali e dei meccanismi di difesa del paziente, sottolineando come la partecipazione delle caratteristiche di quest'ultimo allo sviluppo di una specifica risposta emotiva abbia un peso almeno equivalente a quello della soggettività dell'analista. Nello spiegare come avvenga tale partecipazione sono stati invocati diversi meccanismi, tra i quali soprattutto, ma non solo, quello dell'*identificazione proiettiva*, nella sua accezione allargata di strumento di comunicazione interpersonale (29). Diversi esempi clinici possono, comunque, illustrare quanto appaia spesso significativa la corrispondenza tra caratteristiche di funzionamento del paziente e reazione controtransferale del terapeuta. Pazienti inclini a esercitare uno stretto controllo sui propri sentimenti spontanei, per esempio, suscitano spesso, mediante una narrazione monotona e distaccata, una reazione controtransferale di noia e stanchezza; allo stesso modo, pazienti che tendono a mostrare un'affettività superficiale e discordante rispetto ai contenuti verbali, possono indurre sensazioni di inautenticità e irritazione nell'interlocutore. Ancora, l'instaurarsi di precoci transfert idealizzanti o svalutanti nei confronti del terapeuta, tipico per esempio dei pazienti con organizzazione di personalità borderline, induce comunemente una reazione che può andare dall'irrealistica fantasia di "salvare" il paziente a intensi sentimenti di rifiuto, rabbia e frustrazione. Invocando proprio il meccanismo dell'*identificazione proiettiva*, Otto Kernberg

(27) afferma, a questo proposito, che mano a mano che ci si sposta dal "polo nevrotico" verso il "polo psicotico" del funzionamento psichico del paziente, le reazioni emotive del terapeuta diventano più intense e intollerabili.

Sebbene anche gli altri principali orientamenti psicoterapeutici, il cognitivismo e l'approccio relazionale, tengano in grande considerazione l'esperienza del paziente e dedichino attenzione alla gestione della relazione terapeutica, tuttavia i modelli di psicoterapia da essi derivati generalmente non contengono un riferimento formale e specifico all'esame sistematico delle emozioni dello psicoterapeuta. In effetti, è in ambito psicomodinamico che il significato e il potenziale impiego clinico delle reazioni del terapeuta di fronte al paziente hanno ricevuto un'attenzione precipua e specifica, il che ha fatto sì che spesso si sia guardato al controtransfert come a un patrimonio di conoscenza esclusivo della psicoanalisi. Ciò, tuttavia, ha indotto molti psichiatri a tralasciare il fatto che, sebbene l'analisi dei meccanismi dinamici che concorrono alla determinazione del controtransfert rappresenti un elemento caratterizzante del lavoro psicoanalitico, l'esistenza di una reazione controtransferale attiene qualunque relazione terapeutica, e conserva, pertanto, il suo valore anche per il clinico che incontra il paziente in un contesto extra-analitico (30). Non a caso, lo stesso Winnicott sottolineava l'opportunità di tenere presenti i fenomeni controtransferali anche nell'inquadramento globale delle situazioni cliniche che si presentano nella pratica clinica psichiatrica: "Bisogna che ciò che noi analisti chiamiamo *controtransfert* sia capito anche dallo psichiatra. Qualunque sia il suo amore per i pazienti egli non può impedirsi di odiarli e di temerli e più se ne rende conto meno lascerà che odio e timore determinino ciò che fa ai suoi pazienti" (31).

Risonanza emotiva, controtransfert e diagnosi nella letteratura scientifica

Nonostante un ricco filone di studio sull'uso del sentimento del clinico come "termometro" dello stato interno e delle caratteristiche di personalità del paziente abbia percorso gran parte del secolo scorso, declinandosi principalmente nei concetti generali di intuizione fenomenologica e reazione controtransferale, l'accesso di questa ipotesi a metodi di standardizzazione e quantificazione è stato limitato. Le esperienze sperimentali sulla misurazione della risonanza emotiva dello psichiatra, infatti, sono scarse, e, nella maggioranza dei casi, circoscritte.

Le prime esperienze nel campo della ricerca sulle reazioni emotive del terapeuta risalgono alle ultime

due decenni del secolo scorso. Tra i primi tentativi di misurare e dare valore al controtransfert, spicca quello portato avanti da Colson nel 1986 (32), il quale, utilizzando un questionario di autosomministrazione nel quale i membri di uno staff ospedaliero segnalavano l'intensità e la qualità delle emozioni provate di fronte ai loro pazienti, dimostrò empiricamente che i pazienti con disturbi gravi di personalità (richiedenti, manipolativi, ostili, impulsivi, oppositivi verso il trattamento) inducevano negli operatori sanitari prevalentemente reazioni di rabbia, quelli depressi con intenzionalità autolesiva reazioni di accudimento e protezione, mentre i pazienti psicotici in fase acuta elicitavano soprattutto sentimenti di sconforto e confusione. Negli stessi anni, Whyte et al. (33) mettevano a punto un sistema di valutazione delle reazioni emotive indotte dai pazienti psichiatrici indagando, mediante una lista di 30 item dicotomici indicanti altrettanti vissuti (per esempio, arrabbiato, ansioso, manipolato, confuso, imbarazzato), i sentimenti di un gruppo di infermieri. Si trattava in entrambi i casi di tentativi iniziali di assegnare, anche in modo empirico, un valore clinico agli elementi interpersonali attivi nella relazione operatore-paziente, ponendo l'accento soprattutto sulla soggettività del primo.

Intorno agli anni Novanta, il gruppo dello psichiatra svedese Holmqvist ha ripreso lo strumento costruito da Whyte, esplorandone le proprietà psicometriche (34), e l'ha utilizzato come strumento per valutare la relazione esistente tra sentimenti controtransferali del clinico e caratteristiche individuali del paziente (35,36). In un primo studio (35), che aveva per oggetto la reazione emotiva del clinico alla prima valutazione di un gruppo di pazienti con diversa organizzazione di personalità (nevrotica, psicotica o borderline secondo Kernberg), Holmqvist ha messo in evidenza un significativo contributo del "potere evocativo" dei singoli pazienti alla varianza totale dei sentimenti degli psichiatri, segnalando la dipendenza di questi dalle dimensioni interpersonali oltre che dalle caratteristiche individuali dei clinici stessi, e ha contemporaneamente rilevato un'associazione significativa tra emotività dello psichiatra e gravità dello stato del paziente, in assenza di una correlazione specifica con la diagnosi clinica. Tale risultato è stato poi replicato da un secondo studio (36), nel quale gli autori hanno riscontrato che, nel determinare sentimenti specifici nel terapeuta, l'immagine di sé del paziente è risultata avere un peso maggiore rispetto alla diagnosi effettuata secondo il DSM-III.

Anche il lavoro di Colson è stato parallelamente ripreso ed espanso (37), con la creazione di un sistema di misurazione del controtransfert basato su risposte emotive più complesse rispetto allo strumento di Hol-

mqvist ("soddisfatto del mio sforzo terapeutico", "confuso circa il paziente", "ipercoinvolto nella relazione", ecc.), e graduabili in intensità su una scala Likert a sette punti. Di tale strumento, denominato Ratings of Emotional Attitudes to Clients by Treaters (REACT), non sono tuttavia mai state esaminate le proprietà discriminative nei confronti della diagnosi.

Un'esperienza meno strutturata in termini metodologici ma più attenta al significato dei vissuti del terapeuta è quella di Brody (38), il quale, misurando con uno strumento, purtroppo non formalmente validato, le reazioni di diversi psicoterapeuti a descrizioni scritte di casi clinici, ha osservato una correlazione specifica tra rabbia e disturbo borderline, tra sentimenti positivi e depressione, e tra frustrazione, impotenza e desiderio di interrompere il rapporto con il paziente e schizofrenia.

In tempi più recenti, tre principali gruppi di ricerca hanno tentato di dare voce al sentire del clinico utilizzando strumenti maggiormente validati. Il gruppo di Schwartz ha pubblicato due studi (39,40) all'interno dei quali ha utilizzato l'Impact Message Inventory (IMI), un questionario pre-esistente studiato per esplorare gli stimoli emotivi, cognitivi e comportamentali elicitati in una persona dal contatto con i segnali verbali e non verbali di un'altra. Complessivamente, il confronto tra le reazioni indotte dall'ascolto o dalla visione di interviste a pazienti borderline, antisociali, depressi e schizofrenici, ha messo in evidenza, da parte degli psicoterapeuti, una più intensa sensazione di essere manipolati, controllati, schiacciati e a disagio nel caso dei disturbi di personalità, e un più marcato desiderio di essere d'aiuto, anche assumendo un ruolo direttivo, nel caso dei pazienti depressi e schizofrenici.

Il gruppo di Rossberg, d'altra parte, sfruttando una versione estesa dello strumento di Whyte, la Feeling Word Checklist-58 (FWC-58) (41), ha indagato in modo specifico la correlazione tra emozioni del terapeuta e disturbi di personalità (42,43), dimostrando che, in un contesto psicoterapeutico iniziale, i pazienti con disturbi del cluster C inducono in modo significativamente superiore agli altri sentimenti di calma, benessere e sicurezza. Questo dato è stato poi confermato da uno studio successivo (44), nel quale alcune dimensioni della FWC-58 correlavano con specifici disturbi di personalità: vissuti di rifiuto, allarme, vuoto, confusione e invasione si associavano al cluster B e, in particolare, alle personalità antisociali, mentre vissuti di serenità e disposizione all'aiuto si associavano al cluster C e, in particolare, alle personalità evitanti.

Il gruppo di Drew Westen, infine, ha pubblicato nel 2005 (45) i primi risultati relativi alla validazione di una misura del controtransfert, il Countertransference

Questionnaire, insieme ad alcuni dati di correlazione tra reazioni controtransferali di terapeuti di vario orientamento e specifici disturbi di personalità. I risultati dello studio hanno evidenziato un'associazione significativa tra la sensazione di essere criticato e rifiutato e disturbi del cluster A, tra l'istinto alla protezione e all'accudimento e disturbi del cluster C, e tra vissuti di confusione, rabbia, inadeguatezza, sconforto, disinteresse, attrazione sessuale e disturbi del cluster B.

Sebbene questi studi siano pochi e talora metodologicamente criticabili, essi segnalano un interesse non solo teorico per gli elementi interpersonali presenti nella relazione clinico-paziente, con un allargamento dell'ottica di osservazione dal mondo interno del paziente a quello del suo interlocutore. Inoltre, i risultati suggeriscono una trasversalità delle reazioni emotive dello psichiatra, che si confermano essere una variabile indipendente dal tipo di formazione ricevuta, risentendo soltanto, in alcuni casi, degli anni di esperienza clinica.

Due soli studi (46,47), infine, hanno affrontato in maniera specifica il tema dei fenomeni precoci dell'intuizione e del sentimento postulati dall'approccio fenomenologico, e ritenuti di fatto importanti nella pratica da molti clinici (48,49). In entrambi gli studi è stato richiesto a uno o più psichiatri di segnalare, al termine di brevi colloqui "neutri" con pazienti sconosciuti, la presenza e l'intensità del sentimento di schizofrenia alla Rümke; questi dati sono stati poi confrontati con diagnosi strutturate, secondo il DSM-IV e l'ICD-10 (46,47), e con misurazioni psicopatologiche (*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie/Associazione per la Metodologia e la Documentazione in Psichiatria*, AMDP) e psicodinamiche (*Diagnosi psicodinamica operazionalizzata*, OPD) (47). I risultati, sostanzialmente sovrapponibili tra i due studi, hanno mostrato una significativa concordanza tra diagnosi intuitiva e diagnosi strutturata, rilevando un'elevata sensibilità diagnostica del *Praecoxgefühl*, a fronte, tuttavia, di una specificità apparentemente insufficiente. I dati del secondo studio (47), inoltre, hanno riscontrato un'associazione altamente significativa del sentimento di schizofrenia con, da una parte, un'alterata percezione di sé e una ridotta capacità comunicativa dei pazienti (misurate con l'OPD), e, dall'altra, con i disturbi dell'affettività rilevati mediante l'AMDP. Entrambe queste esperienze, sebbene preliminari e a oggi non replicate, suggeriscono che la sensibilità dello psichiatra possa costituire un elemento di validità dimostrabile all'interno del processo diagnostico.

OBIETTIVI

Questo lavoro, condotto in un contesto clinico e formativo da tempo attento al valore del sentire del clinico nella fase di comprensione e costruzione del rapporto con la persona malata (50,51), si inserisce nel filone di ricerca dedicato alla quantificazione empirica del sentire del clinico.

Obiettivo del lavoro è riportare in primo piano la funzione comprensiva del vissuto interno dello psichiatra, partendo dalla costruzione di uno strumento in grado di esplorarne l'esperienza soggettiva nel contesto di relazione clinica con il paziente. Rispetto agli studi finora condotti su questo tema, che hanno avuto come finalità prevalente l'esplorazione del significato comprensivo e prognostico della partecipazione emotiva del terapeuta a contesti di tipo psicoterapico, il nostro progetto ha prima di tutto la caratteristica distintiva di proporsi di indagare le risonanze suscitate nel clinico dal primo impatto con i pazienti, nell'ambito delle più comuni situazioni cliniche osservabili. Inoltre, esso prende in esame, in modo più mirato rispetto alle precedenti ricerche, quelle esperienze, magistralmente descritte dai fenomenologi del secolo scorso, che possono essere sperimentate dallo psichiatra nell'interazione con il paziente, anche in assenza di una specifica qualità emotiva.

A questo scopo, quindi, è stato costruito uno strumento psicometrico mirante a misurare la risonanza dello psichiatra e a definire, su un piano empirico, le dimensioni intersoggettive relative all'incontro con il paziente. In questo contributo, verrà presentato il procedimento di costruzione dello strumento, unitamente ad alcuni dati preliminari relativi alla sua validazione.

MATERIALI E METODI

Costruzione dello strumento

Il primo passo per la costruzione dello strumento oggetto della nostra ricerca è stata la stesura di una lista preliminare di affermazioni che definissero, in forma di auto-descrizione, un'ampia gamma di reazioni emotive, cognitive e comportamentali, potenzialmente suscitate nel clinico dall'incontro con un paziente.

Per realizzare questo elenco sono stati presi a modello sia i riferimenti teorici sul tema, con particolare attenzione alle reazioni descritte come potenzialmente informative sulle caratteristiche del paziente, sia l'esperienza clinica dei componenti stessi del gruppo di ricerca (vissuti, emozioni, sensazioni esperite nel corso di colloqui con pazienti diversi).

Sono stati costruiti item semplici, inerenti reazioni emotive di base (per esempio, tristezza, paura, rabbia, angoscia)

con alcuni correlati somatici (per esempio, rigidità posturale, impaccio fisico, sensazioni neurovegetative), e item più complessi, volti a cogliere sfumature cognitive e affettive della relazione interpersonale (per es., coinvolgimento emotivo, indifferenza, noia, frustrazione). Nella formulazione dei singoli item è stata privilegiata una modalità espressiva semplice e immediata, evitando l'uso di termini ambigui o di espressioni metaforiche. Per ogni item viene richiesto di attribuire un punteggio su una scala a cinque punti, inerente l'intensità (0= per niente, 1= poco, 2= abbastanza, 3= molto, 4= moltissimo) o la frequenza (0= mai, 1= qualche volta, 2= spesso, 3= per la maggior parte del tempo, 4= per tutto il tempo) dell'esperienza riportata.

Inizialmente, è stata prodotta una lista di 104 item, suddivisi in tre gruppi sulla base del loro riferimento a specifici momenti del colloquio (inizio, intera durata, termine). Questa prima lista è stata sottoposta all'esame di un gruppo di quindici psichiatri con almeno 5 anni di esperienza clinica specialistica, ai quali è stato chiesto di fare una compilazione pilota a seguito di una prima visita, di esaminare attentamente gli item, e di segnalare le affermazioni poco comprensibili o ambigue, suggerendone, sulla base della loro esperienza, altre ritenute potenzialmente significative. Sulla base dei commenti e delle osservazioni dei colleghi, sono stati costruiti alcuni nuovi item, altri sono stati riformulati e altri ancora eliminati. Tale procedimento ha prodotto una lista semplificata di 65 item, che sono andati a costituire la versione preliminare del nostro strumento di misura.

Studio di validazione preliminare

La versione preliminare dello strumento è stata sottoposta a un gruppo di clinici disomogeneo per sesso, età, orientamento teorico nel campo della psicoterapia e anni di esperienza clinica. Il gruppo è costituito da otto psichiatri (5 maschi e 3 femmine, età media $42,7 \pm 8,7$; media degli anni trascorsi dalla specializzazione $12,5 \pm 7,6$) e da 2 specializzandi in psichiatria all'ultimo anno di formazione, entrambi di sesso femminile, con età media 29,5.

A ciascun partecipante è stato chiesto di compilare il questionario al termine di un colloquio clinico effettuato con un paziente mai conosciuto in precedenza. I contesti di osservazione sono stati di tre tipi: l'Ambulatorio di Psichiatria e Psicofarmacologia e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del Policlinico Umberto I di Roma e le consulenze ordinarie e urgenti svolte presso il Pronto Soccorso e nei reparti clinici del Policlinico stesso. Non sono stati posti criteri di esclusione per caratteristiche socio-demografiche o cliniche dei pazienti valutati.

Prima di ciascuna visita, gli psichiatri partecipanti hanno riempito una scheda di raccolta dei principali dati demografici e clinici relativi al paziente e la versione relativa al momento presente del Profile of Mood State (POMS). Dopo il colloquio clinico, è stato nuovamente compilato lo strumento POMS, la versione preliminare del nostro questionario, e la versione a 24 item della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Lo strumento POMS (52) è un questionario di autovalutazione attendibile, valido e sensibile alle variazioni dello sta-

to d'animo. Si compone di 58 item resi in forma di aggettivi, ciascuno esprimente uno specifico vissuto (per esempio, "teso", "triste", "di buon umore", "forte"), ai quali il compilatore deve dare una valutazione quantitativa (da 0= per nulla a 4= moltissimo) in riferimento all'esperienza del momento attuale. Lo strumento include sei sottoscale: *Tensione/Ansia* (fattore T), *Depressione/Avvilimento* (fattore D), *Aggressività/Rabbia* (fattore A), *Vigore/Attività* (fattore V), *Stanchezza/Indolenza* (fattore S), *Confusione/Sconcerto* (fattore C).

La BPRS (53,54) è un noto strumento di valutazione della psicopatologia del paziente che tiene conto sia dei comportamenti osservati durante l'intervista, sia dei contenuti emersi nel corso del colloquio. È stata utilizzata la versione 4.0 che ha elevata riproducibilità grazie alla dotazione di un manuale di somministrazione (55).

Analisi statistica dei dati

La struttura fattoriale della versione preliminare del nostro questionario è stata studiata mediante l'analisi delle componenti principali, utilizzando lo *scree-plot* secondo Cattell (56) come criterio per determinare il numero di fattori da estrarre. In seguito, sono stati calcolati i punteggi fattoriali con il metodo della regressione. Tali punteggi rappresentano una stima del punteggio che ciascun clinico avrebbe ottenuto in ogni colloquio oggetto di valutazione per ogni fattore, qualora i fattori fossero stati misurabili direttamente.

Infine, per ogni colloquio è stata calcolata la differenza tra i punteggi ottenuti prima e dopo il colloquio su ciascuna sottoscala del POMS, in modo da disporre di un indice della variazione nello stato emotivo del clinico verificatasi durante il colloquio, ed è stata esaminata, mediante il calcolo del *coefficiente non parametrico rho di Spearman*, la correlazione tra i punteggi dei fattori individuati nel nostro questionario e la variazione dei punteggi delle sottoscale del POMS.

Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il programma SPSS per Windows, versione 17.0.

RISULTATI

Sono stati analizzati in totale 125 primi colloqui con altrettanti pazienti, della durata media di $41,2 \pm 17,5$ minuti. Il 56% dei colloqui ($n=70$) ha avuto luogo nell'ambulatorio, il 37% ($n=46$) in SPDC e il 7% ($n=9$) nell'ambito di consulenze. I dati sociodemografici e clinici relativi ai pazienti valutati sono riportati rispettivamente nella **Tabella 1** e nella **Tabella 2**.

Analisi fattoriale

Nel corso della prima esplorazione dei dati mediante l'analisi delle componenti principali, un totale di ben 14 componenti ha mostrato un autovalore superiore all'unità. Per decidere quanti fattori estrarre, è stato esaminato il grafico decrescente degli autovalori comunemente denominato *scree-plot*. In tale grafico, era

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei pazienti		
	N (%)	Media ± DS
Sesso		
Maschio	51 (41%)	
Femmina	74 (59%)	
Età		44,5±15,1
Stato civile		
Celibe/nubile	64 (51%)	
Coniugato/a	45 (36%)	
Separato/a	7 (6%)	
Divorziato/a	5 (4%)	
Vedovo/a	4 (3%)	
Convivenza abituale		
Solo/a	16 (13%)	
Con la famiglia originaria	37 (30%)	
Con coniuge o partner senza figli	16 (13%)	
Con coniuge o partner e figli	31 (25%)	
Con famiglia in parte originaria, in parte acquisita	6 (5%)	
Con altri parenti e/o amici	5 (4%)	
In struttura residenziale psichiatrica	3 (2%)	
Senza fissa dimora	3 (2%)	
Con figli senza coniuge o partner	4 (3%)	
Altro	3 (2%)	
Non noto	1 (1%)	
Provincia di residenza		
Roma	108 (86%)	
Altra provincia italiana	15 (12%)	
Provincia straniera	2 (2%)	
Nazionalità		
Italiana	117 (94%)	
Unione Europea	2 (2%)	
Extra-comunitario con permesso	5 (4%)	
Extra-comunitario senza permesso	1 (1%)	
Scolarità		
Senza licenza elementare	5 (4%)	
Licenza elementare	7 (6%)	
Licenza media inferiore	39 (31%)	
Diploma professionale	24 (19%)	
Licenza media superiore	27 (22%)	
Laurea breve	4 (3%)	
Laurea lunga	16 (13%)	
Non noto	3 (2%)	
Condizione lavorativa		
Studente	7 (6%)	
In cerca di prima occupazione	3 (2%)	
Lavoro precario	16 (13%)	
Lavoro a tempo parziale	4 (3%)	
Lavoro a tempo pieno	37 (30%)	
Disoccupato	26 (21%)	
Casalinga	9 (7%)	
Pensione per invalidità civile	10 (8%)	
Pensione sociale	5 (4%)	
Altro pensionato	8 (6%)	

Tabella 2. Caratteristiche cliniche dei pazienti		
	N (%)	Media ± DS
Diagnosi sull'Asse I		
Disturbi cognitivi	2 (2%)	
Disturbi correlati a sostanze	4 (3%)	
Schizofrenia e altri disturbi psicotici	30 (24%)	
Disturbi dell'umore	46 (37%)	
Disturbi d'ansia	23 (18%)	
Disturbi somatoformi	2 (2%)	
Disturbi dissociativi	1 (1%)	
Disturbi dell'alimentazione	3 (2%)	
Disturbi dell'adattamento	6 (5%)	
Nessuna diagnosi	8 (6%)	
Diagnosi sull'Asse II		
Disturbi di personalità	32 (26%)	
Ritardo mentale	2 (2%)	
Nessuna diagnosi	91 (73%)	
Punteggio BPRS		47,7±13,3

apprezzabile un appiattimento della pendenza dopo il punto rappresentante la sesta componente; inoltre, al di sotto di tale componente passava la retta tracciata attraverso le componenti minori. Si è quindi deciso di proseguire l'analisi estraendo 6 fattori.

La maggior parte dei valori delle comunalità sono risultati moderati o alti, a indicare che le variabili sono state nel complesso ben definite dalla soluzione fattoriale. La percentuale di varianza totale spiegata dai fattori è pari al 54,4%. Seguendo una raccomandazione comunemente accettata (57), per l'interpretazione dei fattori sono state considerate soltanto le variabili con un coefficiente di saturazione fattoriale superiore a 0,32, che con la rotazione ortogonale corrisponde al 10% di varianza comune tra una variabile e un fattore. La struttura fattoriale è risultata relativamente semplice, con poche variabili complesse aventi saturazioni significative in più di un fattore. Solamente tre item non hanno mostrato coefficienti di saturazione apprezzabili in alcun fattore.

Il *Fattore I* è costituito in larga prevalenza da item esprimenti una difficoltà nello stabilire e mantenere il contatto con il paziente, insieme ad una fatica nel riconoscersi nel vissuto del paziente (per esempio, "ho scelto con cura le parole per essere compreso", "all'inizio ho faticato a stabilire un contatto emotivo", "ho avuto difficoltà ad immedesimarmi", "ho provato un senso di estraneità", "ho avuto la sensazione che la relazione stabilita fosse fragile e precaria"). Per questa

ragione esso è stato denominato *Difficoltà di sintonizzazione/Estraneità*.

Il *Fattore 2* comprende item che descrivono uno stato d'animo spiacevole caratterizzato da sensazioni di noia, irritazione, ostilità, di essere manipolati o rifiutati (per esempio, "ho provato rabbia verso il paziente", "mi sono sentito irritato", "ho percepito un senso di inautenticità", "ho avvertito un tentativo di manipolazione", "mi sono sentito svalutato", "mi sono sentito annoiato"). A esso è stata pertanto assegnata la denominazione *Rabbia/Fastidio*.

Il *Fattore 3* è saturato principalmente da item che definiscono una difficoltà nell'avvicinarsi al paziente, associata a una sensazione di scarsa spontaneità e a un correlato fisico di rigidità e impaccio motorio (per esempio "mi sono sentito intrusivo", "mi sono sentito poco spontaneo", "ho evitato di guardare il paziente negli occhi"). Esso è stato, quindi, denominato *Difficoltà a modulare la distanza*.

Il *Fattore 4* include item relativi prevalentemente a emozioni negative (per esempio, "ho provato un senso di solitudine", "ho provato tristezza", "ho provato angoscia", "mi sono sentito impotente", "ho provato un senso di desolazione", "ho provato una sensazione di vuoto"). A questo fattore è stato quindi assegnato il nome di *Affettività negativa*.

Il *Fattore 5* è costituito sostanzialmente da item che descrivono vissuti di tensione e insicurezza, espressi anche sul piano somatico (per esempio, "ho avuto il timore che il paziente potesse agire in modo imprevedibile", "ho avvertito una tensione fisica", "mi sono sentito teso nei momenti di silenzio"). Esso è stato pertanto denominato *Apprensione/Tensione*.

Il *Fattore 6* è saturato prevalentemente da item che definiscono la presenza di una sintonia relazionale e di un'attivazione affettiva positiva nei confronti del paziente (per esempio, "ho provato un sentimento di tenerezza", "mi sono sentito emotivamente coinvolto", "ho esperito un desiderio di accudimento", "mi sono sentito attratto dal paziente"). A esso, quindi, è stata attribuita la denominazione di *Affettività positiva*.

Validità convergente

Il profilo delle correlazioni tra i punteggi fattoriali di ciascun fattore e le variazioni dei punteggi delle sottoscale del POMS è riportato in dettaglio nella **Tabella 3**.

DISCUSSIONE

In questo studio, sono stati raccolti dati preliminari sulla validità di un questionario inteso a valutare i sen-

timenti indotti nel clinico dal primo contatto con un paziente psichiatrico.

In primo luogo, ne è stata esplorata la validità fattoriale. È stato possibile descrivere una struttura costituita da sei fattori, ciascuno composto da item tra loro sufficientemente coerenti dal punto di vista del contenuto. Alcuni fattori individuati nel nostro questionario presentano forti somiglianze con alcune delle dimensioni relazionali riconosciute dai precedenti studi relativi al controtransfert (nel senso ampio del termine). In vari studi sono emerse dimensioni simili al fattore *Rabbia/Fastidio* (38,40,44,45) e al fattore *Affettività positiva* (38,42,45), e in uno studio (45) è stata descritta una dimensione relativa a una difficoltà di contatto assimilabile a quella descritta dal fattore *Difficoltà di sintonizzazione/Estraneità* del nostro questionario. È interessante come alcuni di questi fattori, in particolare *Difficoltà di sintonizzazione/Estraneità* e *Rabbia/Fastidio*, richiama il modello di assetti interni del clinico ricostruito sulla base della cultura psicopatologica classica e psicodinamica.

In secondo luogo, è stata esplorata la validità convergente dei fattori individuati. Anche in questo caso, i risultati preliminari hanno corroborato la validità del questionario, in quanto sono state rilevate correlazioni significative, e teoricamente plausibili, tra i singoli fattori individuati e le variazioni dei punteggi delle sottoscale del POMS.

Si è osservata innanzitutto una correlazione significativa tra il fattore *Difficoltà di sintonizzazione/Estraneità* e la variazione delle sottoscale *Tensione/Ansia* e *Stanchezza/Indolenza* del POMS. Tali correlazioni possono essere spiegate con lo sforzo associato al difficile tentativo del clinico, spesso frustrato, di accedere al mondo interno del paziente per poter costruire una relazione con lui.

Il fattore *Rabbia/Fastidio* ha mostrato una correlazione altamente significativa con la variazione delle sottoscale *Tensione/Ansia* e *Stanchezza/Indolenza* del POMS, e una correlazione significativa con *Aggressività/Rabbia* e, in negativo, con *Vigore/Attività*. Questi dati sembrano facilmente interpretabili alla luce della composizione in item del fattore, all'interno del quale, come si è visto, prevalgono vissuti di noia, irritazione, ostilità, e sensazione di essere manipolati o rifiutati.

Per il fattore *Affettività negativa* è stata osservata una correlazione altamente significativa con le variazioni delle sottoscale *Depressione/Avvilimento* e *Confusione/Sconcerto* del POMS, e una correlazione significativa con *Tensione/Ansia* e con *Aggressività/Rabbia*. Date le caratteristiche del fattore, che descrive uno stato di sofferenza e dolore, accompagnato da sentimenti di impotenza e frustrazione, tale correlazione, che defi-

Tabella 3. Profilo delle correlazioni tra fattori del questionario e variazione dei punteggi delle sottoscale POMS			DeltaPOMS Tensione Ansia	DeltaPOMS Depressione Avvilimento	DeltaPOMS Aggressività Rabbia	DeltaPOMS Vigore Attività	DeltaPOMS Stanchezza Indolenza	DeltaPOMS Confusione Sconcerto
<i>Rho di Spearman</i>	Factor score 1 Difficoltà di sintonizzazione/ Estraneità	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	,221* ,026 102	,151 ,127 103	,102 ,303 103	-,124 ,211 103	,248* ,011 103	,173 ,084 101
	Factor score 2 Rabbia/Fastidio	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	,285** ,004 102	,000 ,996 103	,345** ,000 103	-,253* ,010 103	,307** ,002 103	,111 ,270 101
	Factor score 3 Difficoltà a modulare la distanza	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	,026 ,795 102	,061 ,539 103	-,181 ,067 103	-,109 ,275 103	-,004 ,972 103	,119 ,237 101
	Factor score 4 Affettività negativa	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	,220* ,027 102	,265** ,007 103	,231* ,019 103	-,128 ,198 103	,106 ,289 103	,270** ,006 101
	Factor score 5 Apprensione/ Tensione	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	,162 ,103 102	-,175 ,078 103	-,033 ,740 103	,010 ,920 103	-,038 ,701 103	-,103 ,303 101
	Factor score 6 Affettività positiva	Coefficiente di correlazione Sig. (2-code) N	-,049 ,624 102	-,172 ,082 103	-,092 ,357 103	,148 ,135 103	-,195* ,049 103	-,135 ,178 101

*La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)
**La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

nisce l'elevata intensità della reazione emotiva al colloquio, appare facilmente comprensibile.

Il fattore *Affettività positiva* del questionario, infine, è risultato significativamente correlato, in negativo, alla variazione della sottoscala *Stanchezza/Indolenza* del POMS, con una correlazione tendenzialmente significativa, sempre negativa, con *Depressione/Avvilimento*. Il dato di correlazione inversa con stati d'animo spiacevoli conferma la qualità sostanzialmente positiva dell'emozionalità definita dal fattore.

I fattori *Difficoltà a modulare la distanza* e *Apprensione/Tensione* non hanno mostrato correlazioni significative con le variazioni dei punteggi POMS a seguito del colloquio. Per quanto riguarda il primo, tale risultato sembra plausibile, dato che si tratta di un fattore che definisce più una difficoltà di assetto rispetto al paziente che una reazione emotiva. Meno facilmente interpretabile appare invece la mancata correlazione tra il secondo e la variazione della sottoscala *Tensione/Ansia*, che potrebbe ascriversi a una sostanziale differenza tra i due costrutti: la sottoscala del POMS sembra esprimere, infatti, soprattutto la dimensione psicologica dell'ansia, mentre il fattore emerso dal nostro questionario sembra riferirsi piuttosto ad uno stato più generico di allarme e tensione.

Questo profilo di risultati mostra pertanto una convergenza tra la misurazione della risonanza emotiva effettuata secondo la versione preliminare del nostro questionario e la quantificazione, effettuata mediante il POMS, dell'"effetto emotivo" prodotto dal paziente. Tale convergenza, vista la documentata attendibilità, validità e sensibilità alle variazioni del POMS, fornisce ulteriore sostegno alla validità dello strumento oggetto di studio.

La presenza di alcuni limiti suggerisce di considerare come preliminari i risultati di questo studio. In primo luogo, il numero di interazioni clinico-paziente prese in esame è relativamente basso per uno studio fattoriale. Tuttavia, anche se la soluzione fattoriale potrebbe risultare leggermente differente in un campione più ampio, appare poco probabile che il profilo generale delle correlazioni e la distribuzione delle variabili nei fattori possano essere sostanzialmente diversi. Inoltre, essendo stata ogni interazione valutata in una singola occasione, non è possibile esprimersi circa la stabilità dei punteggi fattoriali ottenuti. In futuro, sarà fondamentale sia studiare la struttura fattoriale del questionario partendo da un numero molto più ampio di interazioni clinico-paziente, sia effettuare rivalutazioni a distanza di tempo per indagare la stabilità dei punteggi. Ciò potrà consen-

tire di rifinire lo strumento e produrne una versione definitiva psicometricamente solida, utilizzabile in successivi studi e nella pratica clinica.

Pur tenendo presenti i limiti descritti e il carattere preliminare di questo studio, comunque, i nostri risultati sembrano orientare verso la possibilità concreta di dare una valida definizione quantitativa degli elementi soggettivi e, dunque, di studiare empiricamente le dimensioni interne del clinico. Tali operazioni hanno una notevole potenzialità di utilizzo in ambito clinico e di ricerca. Già precedenti studi, infatti, pur se basati su strumenti generalmente più semplici di quello oggetto della nostra ricerca, hanno rilevato significative associazioni tra specifici vissuti degli operatori sanitari e diagnosi (38,40,42,43), gravità clinica (35) e dinamiche interne (36) dei pazienti. Considerato, infine, che nella realtà clinica la percezione intuitiva dello psichiatra già contribuisce, spesso in via del tutto inconsapevole, all'opinione diagnostica che egli formula sui suoi pazienti, la disponibilità di uno strumento in grado di misurare con sufficiente affidabilità e validità questa percezione potrebbe offrire un utile contributo conoscitivo e diagnostico, soprattutto nei casi ove gli strumenti operativi odierni, che hanno per oggetto le manifestazioni evidenti del disagio psichico, hanno minori possibilità di impiego, come per esempio nelle condizioni sfumate o prodromiche. La futura disponibilità di una versione psicometricamente ottimizzata del questionario potrà consentire di condurre studi in grado di gettare maggiore luce sulla questione.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la gentile collaborazione i dottori Massimo Salviati, Massimo Pasquini, Vincenzina Iannibelli e Nicoletta Giacchetti.

BIBLIOGRAFIA

1. Kraepelin E. Trattato di psichiatria. Milano: Editrice Vallardi, 1907.
2. Bleuler E. Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie. Roma: NIS, 1985.
3. Minkowski E. Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia. Torino: Einaudi, 2004.
4. Minkowski E. La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici. Torino: Einaudi, 1996.
5. Blankenburg W. La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie paucisintomatiche. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
6. Binswanger L. Per un'antropologia fenomenologica. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1989.
7. Scharfetter C. Psicopatologia generale. Roma: Giovanni Fioriti, 2004.
8. Jaspers K. Psicopatologia generale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1988.
9. Schneider K. Psicopatologia clinica. Firenze: Sansoni Edizioni Scientifiche, 1967.
10. Gabbard GO. Psichiatria psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
11. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007; 33: 108-12.
12. Jansson L, Handest P, Nielsen J, Sæbye D, Parnas J. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. World Psychiatry 2002; 1: 109-14.
13. Jakobsen KD, Frederiksen JN, Parnas J, Werge T. Diagnostic agreement of schizophrenia spectrum disorders among chronic patients with functional psychoses. Psychopathology 2006; 39: 269-76.
14. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull 1996; 22: 201-22.
15. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 158-64.
16. Larsen TK, Friis S, Haahr U, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr Scand 2001; 103: 323-34.
17. Lorenzi P, Pazzagli A. Le psicosi bianche. Milano: FrancoAngeli, 2006.
18. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987). Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base. Pisa: ETS Editrice, 1992.
19. Vollmer-Larsen A, Handest P, Parnas J. Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the assessment of basic symptoms. Psychopathology 2007; 40: 345-8.
20. Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology 2005; 38: 236-58.
21. Binswanger L. Quali compiti sono prospettati alla psichiatria dai progressi della psicologia più recenti? In: Binswanger L. Per un'antropologia fenomenologica. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1989.
22. Binswanger L. Tre forme di esistenza mancata. Bologna: Bompiani, 2001.
23. Rümke HC. The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling (trad. ingl. di J. Neeleman). Hist Psychiatry 1990; 1: 331-41.
24. Wyrsch J. Über die Intuition bei der Erkennung der Schizophrenen. Schweiz Med Wochenschr 1946; 46: 1173-6.
25. Tellenbach H. Geschmack und Atmosphäre. Medien menschlichen Elementarkontaktes. Salzburg: Otto Müller Verlag, 1968.
26. Callieri B. Percorsi di uno psichiatra. Roma: Edizioni Universitarie Romane, 1993.
27. Kernberg OF. Sindromi marginali e narcisismo patologico. Torino: Bollati Boringhieri, 2008.
28. Heimann P. Sul controtransfert. In: Albarella C, Donadio M (a cura di). Il Controtransfert. Saggi psicoanalitici. Napoli: Liguori Editore, 1986.
29. Gabbard GO. Introduzione alla psicoterapia psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.
30. Rossi Monti M. Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di schizofrenia. Comprendre 2008; 16-17-18: 325-45.
31. Winnicott DW. L'odio nel controtransfert. In: Albarella C, Donadio M (a cura di). Il Controtransfert. Saggi psicoanalitici. Napoli: Liguori Editore, 1986.
32. Colson DB, Allen JG, Coyne L, et al. An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric patients. Hosp Community Psychiatry 1986; 37: 923-8.
33. Whyte CR, Constantopoulos C, Bevans HG. Types of countertransference identified by Q-analysis. Br J Med Psychol 1982; 55: 187-201.

34. Holmqvist R, Armelius B-Å. Emotional reactions to psychiatric patients. Analysis of a feeling checklist. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 204-9.
35. Holmqvist R, Armelius B-Å. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 660-6.
36. Holmqvist R. The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 455-61.
37. Najavits LM, Griffin ML, Luborsky L, et al. Therapists' emotional reactions to substance abusers: a new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy* 1995; 32: 669-77.
38. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996; 33: 372-80.
39. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with Major Depression or Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54: 923-31.
40. Schwartz RC, Smith SD, Chopko B. Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with Antisocial Personality Disorder and Schizophrenia: an empirical test of theory. *Am J Psychother* 2007; 61: 375-93.
41. Rossberg JI, Hoffart A, Friis S. Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 45-53.
42. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorder. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 225-30.
43. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Specific personality traits evoke different countertransference reactions. An empirical study. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 702-8.
44. Thylstrup B, Hesse M. Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 21.
45. Betan E, Heim AK, Conklin CZ, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 890-8.
46. Ungvari GS, Chiu HFK, Leung HCM, et al. Conceptual issues in the diagnosis of schizophrenic psychoses. *Hong Kong J Psychiatry* 1997; 7: 4-8.
47. Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'Praecox Feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology* 2006; 39: 209-17.
48. Sagi GA, Schwartz MA. The 'praecox feeling' in the diagnosis of schizophrenia: a survey of Manhattan psychiatrists. *Schizophr Res* 1989; 2: 35.
49. Irle G. Das 'Praecoxgefühl' in der Diagnostik der Schizophrenie. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1962; 203: 385-406.
50. Reda GC. L'imponderabile nella schizofrenia. In: Pancheri P, Reda GC (a cura di), Biondi M (con la collaborazione di). *La diagnosi di schizofrenia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1987.
51. Biondi M. Il sentire. Il vissuto. In: Smeraldi E (a cura di). *La persona umana nella prospettiva psicopatologica*. Torino: Excerpta Medica, 2004.
52. McNair D, Lorr M, Droppleman LF. POMS, Profile of Mood States. Adattamento italiano a cura di M. Farnè, A. Sebellico, D. Gnugnoli, A. Corallo. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali, 1991.
53. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 1993; 3: 227-44.
54. Morosini PL, Casacchia M. Traduzione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1995; 3: 199-228.
55. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, et al. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 229-36.
56. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behav Res* 1966; 1: 245-76.
57. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.