

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR- Italia
Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

VOLUME 11 - NUMERO 2
Luglio - Dicembre 2008

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

© 2008 Edizioni Carlo Amore

FIRERA & LIUZZO GROUP

www.carloamore.it

RICERCA IN PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR-Italia Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgio Caviglia (Roma)
John F. Clarkin (New York)
Reiner W. Dahlbender (Ulm)
Nino Dazzi (Roma)
Alessandra De Coro (Roma)
Enrico De Vito (Milano)
Santo Di Nuovo (Catania)
Rita Fioravanzo (Milano)
Horst Kächele (Ulm)
Hans Kordy (Stoccarda)
Giovanni Liotti (Roma)
Adriana Lis (Padova)
Lester Luborsky (Filadelfia)
Cinzia Masserini (Milano)
Erhard Mergenthaler (Ulm)
Poalo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)

Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Redattore capo:
Cinzia Masserini

Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Enzo Leone
Giuseppe Niccolò
Igor Pontalti
Valentina Stirone

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
“Unità di Psichiatria e Psicoterapia”
Via Ippocrate 45 – 20161 Milano
Tel. 02 6444. 5194/5196
Fax 02 6444.5222
E-mail: Psicoterapia@unimi.it

Citata nel database Psychinfo e embase

Chiuso in redazione il 15 novembre 2008
Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

EDITORIALE

La Rivista volta pagina

E. Fava, C. Masserini 87

Comunicazione del presidente della SPR-Italia

S. Sassaroli 89

SEGNAVIA

SPECIAL SECTION: PREDICTORS OF OUTCOME

Riflessioni e scoperte in tema di predittori di esito in psicoterapia: introduzione alla sezione speciale

*Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome:
introduction to the special section*

J. P. Barber traduzione di C. Masserini 91

Le misure dell'utile atteso dal sintomo secondo il teorema di Bayes della probabilità soggettiva

Measures of intangible assets based on the Bayes's theorem of subjective probability

G. Lai 105

STRUMENTI E METODI

Ipotesi di ampliamento del CCRT-LU: teoria e applicazione all'analisi di processo di un paziente difficile

Amplify the CCRT-LU: a proposal and an analysis of a difficult patient

M. Sala, M. Vigorelli 119

RICERCA CLINICA

Osservazioni circa la dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica

Observations about the development dynamics of therapeutic alliance

G.G. Alberti, F. Rognoni, L. Alfieri, A. Carozzi, A. Martorano,
L. Ricchi, S. Martini 139

La dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica e l'esito a breve e medio termine

Development dynamic of therapeutic alliance and short – and middle-term outcome

G.G. Alberti, F. Rognoni, L. Alfieri, A. Carozzi, A. Martorano,
L. Ricchi, S. Martini

167

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

La valutazione dell'efficacia dei percorsi di cura nei Servizi di Salute Mentale

Outcome assessment for different care pathway in Mental Health Services

V. Stirone, M. Vigorelli, M. Conte, A. Erlicher, A. Lora

189

LA RIVISTA VOLTA PAGINA

Cari Lettori,

con questo numero si chiude una fase di vita della rivista “Ricerca in Psicoterapia”, fondata nel 1998 da Salvatore Freni. Dopo i primi tredici anni di vita della Società di Ricerca in Psicoterapia, SPR-Italia, la Rivista cambierà significativamente formato e tipo di organizzazione, come descritto più avanti nella comunicazione del Presidente SPR-Italia.

Sono stati anni pionieristici che ci hanno impegnato su diversi fronti: sviluppare l'idea di una psicoterapia efficace, fondata su basi rigorosamente empiriche in un contesto in cui le pratiche psicoterapeutiche erano accolte con difficoltà nell'ambito di Servizi Pubblici; confrontarsi con contesti privati in cui era difficile rintracciare qualche forma di controllo e di sensibilità nei confronti della valutazione dell'efficacia dei trattamenti e in cui appartenenza e coerenza a modelli soffocava interesse e curiosità per gli affascinanti problemi connessi al cambiamento terapeutico. A questi si sono sommate le difficoltà nell'apprendere e sviluppare le competenze tecniche necessarie per costruire protocolli di ricerca di buona qualità e per organizzare e reperire risorse umane e materiali al fine di disporre di casistiche numericamente adeguate. Tutto ciò in un contesto socio-politico scarsamente sensibile ai problemi della conoscenza e della ricerca.

La Rivista, in modo coerente con il pensiero della Società e dei Direttivi eletti, da cui abbiamo avuto grande sostegno, ha saputo affrontare tali difficoltà.

È stato un momento di confronto tra le diverse scuole di psicoterapia, un confronto aperto che ci ha permesso di conoscerci e di apprezzarci; le cui regole sono state il rigore nella ricerca, la curiosità e non il compromesso e l'opportunismo. I campi di indagine sono stati molteplici e hanno toccato quasi tutti i principali costrutti su cui si è sviluppata la ricerca in psicoterapia.

Inizialmente si è cercato di non essere troppo rigidi rispetto ai criteri qualitativi di selezione dei lavori, in modo da consentire a diversi gruppi, anche all'inizio della loro esperienza, di affacciarsi alla ricerca e di vedere riconosciuto il loro impegno. Successivamente, con il crescere delle nostre competenze e con la necessità di aprirci maggiormente alla ricerca internazionale,

è stato necessario rendere più rigorosi i criteri di valutazione dei lavori, considerando anche che il confronto con referees e con esperti stranieri, costituisce una occasione di crescita per i ricercatori.

Questo è uno dei motivi per cui la Rivista cambierà la propria struttura. Altro motivo è la possibilità di dare maggiore divulgazione ai nostri lavori, considerando i limiti di diffusione di una rivista stampata rispetto a una rivista elettronica. Infine, ampliando la rosa dei responsabili, con competenze specifiche, anche la qualità e la reperibilità dei lavori aumenterà sensibilmente.

È quindi con un po' di nostalgia , ma anche con rinnovato entusiasmo, che salutiamo la nascita della nuova rivista.

Per La Redazione
Emilio Fava e Cinzia Masserini

COMUNICAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA SPR-ITALIA

Cari soci della SPR,

con il prossimo numero (il primo ufficiale del volume 2009) proporremo delle novità che riguardano formato, lingua e titolo della rivista.

Infatti questo sarà l'ultimo numero cartaceo. A giugno uscirà il primo numero del 2009 e il formato diventerà elettronico. Insomma, la pubblicazione sarà online. Gli abbonati o chi vorrà acquistare un numero singolo avrà accesso alla rivista tramite password.

Anche il titolo della rivista cambierà, e diventerà "Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy". Il doppio titolo si riferisce all'obiettivo di diventare una rivista bilingue nel 2010. I contenuti rimarranno invariati, con la caratteristica attenzione rivolta non solo agli studi di processo e di esito della psicoterapia, ma anche alla psicopatologia dinamica, cognitiva o di altro orientamento terapeutico.

Infatti come sottotitolo la rivista si chiamerà "Psicopatologia, Processo ed Esito / Psychopathology, Process and Outcome". Vi preghiamo di dimostrare il vostro interesse sottoponendo articoli, lavori di ricerca, rassegne di dati, libri da recensire. Attraverso la mailing list vi forniremo la mail della rivista da utilizzare per sottoporre gli articoli e le regole editoriali.

Un cordiale saluto

Sandra Sassaroli
PRESIDENTE SPR - ITALIA

RIFLESSIONI E SCOPERTE IN TEMA DI PREDITTORI DI ESITO IN PSICOTERAPIA: INTRODUZIONE ALLA SEZIONE SPECIALE¹

*Jacques P. Barber**

Negli ultimi venti anni, si sono versati fiumi di inchiostro nel dibattito sulla efficacia relativa delle differenti psicoterapie. Molti ricercatori hanno provato, con qualche successo, a dimostrare che alcune terapie sono più efficaci di altre, mentre altri hanno continuato a sostenere che tutte le psicoterapie si equivalgono. Dietro a questa controversia sta la dimostrazione di quanto ci sia in gioco nel determinare se le psicoterapie differiscono nella loro efficacia reale oppure no. L'argomento di questo numero speciale è largamente correlato a questo dibattito destinato a durare nel tempo, ma trova anche il suo fondamento nel fatto che se anche i pazienti migliorano in media nei diversi trattamenti, esiste sempre un range nei risultati ottenuti dai pazienti. Quindi, nessuna singola psicoterapia è probabilmente la più efficace in tutti i casi, e una terapia con alti tassi di successo in certi sottotipi di pazienti e in certe situazioni può non essere altrettanto efficace in un altro tipo di contesto. La domanda "quale terapia è meglio?" deve essere affiancata alla domanda, "Quali fattori contribuiscono ai risultati positivi in ciascun tipo di terapia, nelle differenti terapie e trasversalmente alle terapie?"

Comprendere i predittori responsabili della variabilità di risultati dei pazienti nei trattamenti specifici ci metterebbe in grado di riconoscere i trattamenti più idonei per ciascun paziente (Beutler, 1991). Questa sezione speciale è dedicata agli studi che hanno ampliato la nostra conoscenza sulle relazioni cruciali esistenti tra i fattori predittivi ed gli esiti in contesti psicoterapeutici specifici.

1 Traduzione di Cinzia Masserini, Università degli Studi di Milano, Dipartimento DISC, Psichiatria 4, DSM Osp. Niguarda Ca' Granda. Per gentile concessione dalla Routledge Taylor & Francis Group

* Jacques P. Barber, Suite 648, Center for Psychotherapy Research, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, 3535 Market Street, Philadelphia PA 19104-3309. Email: Barberj@mail.med.upenn.edu, Psychotherapy Research, vol.17, n. 2, march 2007, pp 131-136

Si sono usate molte definizioni nella letteratura per descrivere il valore predittivo di svariate variabili con l'esito. Abbiamo usato il termine più generico, generale e inclusivo possibile di "predittori di esito" nel titolo di questa sezione speciale. Termini più specifici sono stati usati con significati simili benché non con identiche intenzioni. "Attitudine all'interazione nel trattamento" (ATI, Beutler, 1991) e "moderatori di esito" sono termini simili in quanto si riferiscono entrambi a variabili di base e pre-trattamento che sono predittive di esito. Il primo termine è stato introdotto in ambito accademico (Diane Chambless, comunicazione personale, 17 ottobre 2006), mentre il secondo è stato coniato in modo più formale negli scritti di Baron e Kenny (1986) e di Kraemer, Wilson, Fairburn e Agras (2002).

Poiché la ricerca sui moderatori e sull'ATI Attitudine all'interazione nel trattamento, si occupa di dimostrare che una determinata variabile possiede un differente impatto in due differenti tipi di trattamento, se si guarda al valore predittivo di una variabile in un gruppo di trattamenti, non si può parlare di moderazione in senso stretto ma soltanto di previsione. Nello stesso modo, se si esamina il potere predittivo di una variabile attraverso i gruppi (cioè, gli effetti principali) senza esaminare l'interazione del predittore con il trattamento, allora si stanno studiando i fattori predittivi generali di esito invece che la moderazione. In definitiva, i predittori di esito sono una classe più generale rispetto ai moderatori.

Lasciando da parte le etichette, tutti gli autori sono d'accordo sui requisiti formali principali coinvolti nel testare la moderazione. In definitiva, si deve dimostrare una interazione statisticamente significativa tra una variabile pre-trattamento e un gruppo di trattamento nel predire un certo tipo di variabile di esito. Pertanto, se una variabile si dimostra una variabile a carattere di moderatore, la sua valutazione prima di un trattamento ci può aiutare a definire quale trattamento è migliore per un sottogruppo di partecipanti. Questo tipo di ricerca ha chiaramente un grande significato clinico e teorico. Per esempio, Elkin *et al.* (1980) hanno dimostrato che pazienti che hanno ricevuto la psicoterapia cognitiva (CT) o la psicoterapia interpersonale (IPT) hanno ottenuto risultati simili nel Treatment of Depression Collaborative Research Program, confermando di nuovo il famoso verdetto di Dodo che tutte le terapie sono equivalenti. Tuttavia, in una successiva rianalisi di questo importante studio, Barber e Muenz (1996), utilizzando l'approccio della

teoria interpersonale, hanno previsto e dimostrato che i pazienti depressi con personalità di tipo evitante vanno meglio con la CT, mentre quelli con personalità di tipo ossessivo vanno meglio con la IPT. Uno dei problemi in questa area di ricerca è stato pertanto la mancanza di replicazione di questi risultati.

Nella letteratura sulla ricerca in psicoterapia, che si occupa del ruolo dei diversi predittori di esito, alcuni predittori sono stati valutati prima delle psicoterapie, mentre altri sono stati valutati durante le psicoterapie, in particolare nelle fasi precoci delle stesse. Per esempio, tutta la letteratura che riguarda la relazione tra alleanza e esito si è basata su una valutazione dell'alleanza effettuata precocemente nel trattamento. Comunque, la ricerca ha dimostrato che la natura dell'alleanza precoce nella psicoterapia può essere il prodotto di cambiamenti precoci nei sintomi (e.g., Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, e Siqueland, 2000; DeRubeis e Feeley, 1990), cosicché l'alleanza potrebbe non essere considerata un predittore di esito ma piuttosto un mediatore potenziale di esito. Come suggerisce l'esempio dell'alleanza, quando si considerano i predittori di esito, le variabili pretrattamento sono il gruppo più appropriato da studiare (vedi anche Kraemer *et al.*, 2002). I tre tipi più comuni di predittori di esito pretrattamento, che si trovano in letteratura, sono: le variabili legate al paziente, le variabili legate al terapeuta e le variabili indipendenti legate all'osservatore. Ognuno di queste variabili può assumere una miriade di forme. Le variabili più frequenti presenti in letteratura sono quelle legate al paziente: variabili demografiche, diagnostiche (asse I e II), dimensioni di personalità, costrutti psicodinamici, cognitivi, sociali, relazionali, dimensioni di attaccamento e gravità dei sintomi. Fino ad oggi, non sono state sufficientemente indagate le variabili legate alla neuroimaging, le variabili biologiche e quelle genetiche, nonostante ci sia una sufficiente attenzione da parte del National Institute of Mental Health nel favorire questo tipo di ricerche.

Gli studi inclusi in questo numero speciale hanno indagato principalmente le variabili legate al paziente; ciononostante, sono stati inclusi anche i risultati di altri due studi: uno studio che indaga le variabili di base del terapeuta rispetto all'esito ed uno studio che indaga le variabili legate al processo.

Variabili di esito legate al paziente

In questo numero speciale sono presentati i risultati di tre tipi di studi sulle variabili di esito legate al paziente: gli studi sulle variabili di esito legate al paziente in fase pretrattamento (Crits-Christoph *et al.*, 2007; Dinger, Strack, Leichsenring e Schauenburg, 2007; Halvorsen e Monsen, 2007; Hartman, Wirth e Zeeck, 2007; Hilsenroth, 2007; Høglend, Johansson, Marble, Bøgwald e Amlø, 2007; Zuroff *et al.*, 2007), uno studio sulle variabili di esito legate al paziente in conseguenza del trattamento (Comminos e Grenyer, 2007) ed uno studio sulle variabili di esito legate al processo e la variabile alleanza (Saatsi, Hardy e Cahill, 2007).

I predittori dell'esito legati al paziente

Hilsenroth (2007), in due sottogruppi di pazienti con disordine dello spettro depressivo (18 senza diagnosi sull'asse II e 15 con comorbidità per BPS) ha dimostrato che, a dispetto delle attese, la presenza di una patologia dello spettro borderline (BPS) non influenza l'efficacia reale della psicoterapia psicodinamica a breve termine. Sebbene entrambi i gruppi fossero migliorati, il gruppo senza comorbidità per lo spettro BPS tendeva a mostrare una risposta significativa e sostanziale nelle prime nove sedute, con un miglioramento successivo molto limitato, mentre il gruppo con comorbidità per BPS mostrava effetti costanti e significativi sia prima sia dopo la nona seduta. Hilsenroth ha integrato la sua analisi sui moderatori analizzando se l'alleanza terapeutica e l'uso di specifiche tecniche terapeutiche potessero differenziare i due gruppi. Non c'era nessuna differenza nella alleanza terapeutica; tuttavia nella psicoterapia dei pazienti depressi con comorbidità per spettro BP cinque tipi di interventi dei terapeuti risultavano più frequenti di altri.

Halvorsen e Monsen (2007) hanno utilizzato il modello dell'introietto dell'Analisi Strutturale del Comportamento Sociale per esaminare il ruolo predittivo della immagine di Sè del paziente, prima del trattamento, sul cambiamento durante la psicoterapia, in un ampio campione scandinavo di psicoterapie (N=233). Gli Autori hanno mostrato che più l'immagine di Sè era patologica (nel senso di attacco al Sè) più grande era il miglioramento se

paragonato a quello di pazienti con una immagine di Sé meno patologica.

Come atteso, il cambiamento primario nell'immagine di Sé si verificava lungo la dimensione di affiliazione, sebbene i pazienti con livelli elevati di autocontrollo, prima del trattamento, mostrassero cambiamenti sostanziali anche lungo la dimensione dell'interdipendenza.

Crits-Christoph *et al.* (2007) hanno esaminato le variabili che potevano predire il mantenimento dell'astinenza da sostanze in 24 pazienti del National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study (No=487). Gli Autori hanno valutato l'esito longitudinale a due o più intervalli. Quattro variabili pretrattamento - il craving, l'importanza dei problemi biomedici, la credenza nella filosofia dei 12 passi e le aspettative di miglioramento - erano in grado di predire l'esito in modo indipendente, ma nessuna era un moderatore dell'esito. Gli Autori dimostrarono che la probabilità prevista di avere 2 mesi consecutivi di astinenza era del 73% per tutte le 4 variabili prognostiche, del 58% per 3 variabili su 4, del 42% per 2 variabili su 4 e del 27% per una su 4, mentre era soltanto del 16% se nessuna variabile era presente. Se si vuole prevedere soltanto 1 mese di astinenza, allora le 4 variabili prognostiche insieme predicono al 90% i soggetti che resteranno in astinenza.

In contrasto con i precedenti studi, Hoglend *et al.* (2007) hanno affermato che sono i pazienti con più seri problemi interpersonali e più severa sintomatologia a rispondere meglio alla psicoterapia psicodinamica, che include le interpretazioni del transfert, piuttosto che alla terapia che non le include. Parallelamente, sono i pazienti più sani che tendono ad avere una risposta negativa alle interpretazioni del transfert.

Zuroff *et al.* (2007) hanno indagato il nesso tra l'esperienza dei pazienti di sottoporsi al trattamento come scelta fatta liberamente (cioè, la motivazione personale) e l'esito del trattamento. La motivazione personale non si comportava come un moderatore dell'effetto del trattamento nel loro studio, che prendeva in considerazione 16 sedute di terapia interpersonale manualizzata IPT, di terapia cognitivo-comportamentale o di farmacoterapia con management clinico (No= 95). Tuttavia, la motivazione personale era un predittore più forte di cambiamento sintomatologico rispetto alla alleanza terapeutica, nel caso in cui il cambiamento dei sintomi era valutato dopo la valutazione della motivazione personale. La motivazione personale prediceva una più alta probabilità di ottenere la remissione e una più bassa

severità di depressione dopo il trattamento in modo trasversale in tutte e tre le terapie.

Dinger *et al.* (2007) hanno studiato la relazione tra i problemi interpersonali dei pazienti e l'esito. Lo studio ha incluso un ampio campione di pazienti ricoverati, trattati da 31 terapeuti ad orientamento psicodinamico. In modo imprevisto, gli Autori hanno osservato che l'esito dei pazienti non era associato né all'affinità tra pazienti e terapeuti nella dimensione dell'Affiliazione né alla complementarietà nella dimensione della Dominanza dell'Inventario dei Problemi Interpersonali (IIP). Gli Autori hanno riscontrato, tuttavia, che i pazienti con i punteggi più elevati nella scala Dominante dell'IIP ottenevano maggiori benefici dalla terapia psicodinamica rispetto ai pazienti con i punteggi più bassi. Nella misura in cui la terapia di questi pazienti utilizzava le modalità interpretative, i risultati sono in accordo con quelli di Høglend *et al.* (2007). Hartman, Wirth, e Zeeck (2007) hanno esaminato il potere predittivo delle variabili di base di pazienti prima del trattamento (es. le variabili demografiche tipiche e la gravità psichiatrica) sull'esito in uno studio sul trattamento dell'anoressia. Ad eccezione dell'indice di massa corporea (BMI) al momento del reclutamento, non hanno trovato alcuna correlazione tra queste variabili e l'esito nel campione esaminato. In contrasto con risultati precedenti, le pazienti anoressiche con livelli relativamente più alti di BMI, al momento della presa in cura, erano quelle in cui era più probabile che il trattamento fallisse.

I predittori dell'esito legati al paziente nel corso del trattamento

Comninos e Grenyer (2007) hanno esplorato i fattori che possano predire un miglioramento rapido e precoce nella psicoterapia dinamica supportivo-espressiva (SEP). Né le variabili demografiche né il livello d'alleanza terapeutica erano in grado di differenziare i pazienti che rispondono più precocemente dagli altri. Tuttavia, le caratteristiche interpersonali, come uno stile personale più dominante, un maggior grado d'isolamento sociale e le paure d'attaccamento riguardanti la vicinanza, erano predittori di una minore probabilità di rispondere rapidamente al trattamento. In accordo con questi risultati, Vinnars *et al.* (in stampa) hanno riscontrato che alti livelli della dimensione Do-

minanza all'IPP si correlano con i più bassi tassi di miglioramento nella SEP se paragonata ai trattamenti di terapia dinamica community – based svedesi.

I predittori dell' esito legati al paziente e variabili di processo

Saatsi *et al.* (2007) hanno testato l'ipotesi secondo la quale lo stile interpersonale del paziente dovrebbe predire la natura dell'alleanza terapeutica, che a sua volta dovrebbe predire l'esito.

Nel loro campione di 110 pazienti depressi che hanno seguito una terapia CT in un setting naturalistico, gli Autori hanno riscontrato che i pazienti con attaccamento sicuro hanno un miglioramento sintomatico maggiore rispetto ai pazienti con attaccamento insicuro ed evitante.

Gli Autori hanno fornito inoltre un' evidenza preliminare che suggerisce come l'alleanza terapeutica è in grado di mediare la relazione tra attaccamento ed esito.

I predittori di esito legati al terapeuta

La ricerca sui predittori di esito legati al terapeuta è piuttosto scarsa, tuttavia sono stati inclusi in questa sessione speciale i due studi esistenti su questo tema. Sandell *et al.* si sono occupati di esplorare l'impatto che i valori, le credenze e le attitudini del terapeuta psicodinamico possano avere sull'esito del paziente sia durante il processo terapeutico sia alla fine del trattamento. Nel loro campione finale costituito da pazienti eterogenei (No=225) seguiti da 142 diversi terapeuti, " i pazienti dei terapeuti che considerano la benevolenza un fattore curativo e la neutralità uno stile terapeutico e che guardano alla psicoterapia come ad una forma d'arte hanno effetti particolarmente positivi a lungo termine dalla psicoterapia" (p.196-204), ma tutte le suddette qualità non hanno alcuna influenza sull'esito intermedio del trattamento. Dinger *et al.* (2007) hanno evidenziato che le configurazioni interpersonali dei terapeuti non influenzano l'esito dei pazienti.

I predittori di esito legati al processo terapeutico

Sebbene i predittori di esito legati al processo possano essere visti come predittori di trattamento se sono in grado di predire i successivi cambiamenti sintomatologici, nella maggioranza dei casi li si dovrebbe considerare come mediatori. Ci sono due ragioni per questa proposta. Prima, queste variabili sono valutate nel corso del trattamento e, perciò, sono automaticamente considerate come mediatori (confronta Kraemer *et al.*, 2002, per una discussione estesa sul tema) e non come moderatori o predittori. Seconda, l'importanza di questi predittori di esito legati al processo potrebbe essere il risultato della quantità del cambiamento sintomatico precedente (Barber *et al.*, 2000) o potrebbe essere la conseguenza della quantità e qualità dell'attività terapeutica svolta fino a quel preciso momento (DeRubeis & Feeley, 1990). Di conseguenza, anche quando queste variabili si possano pensare come predittori di un successivo cambiamento di esito (cioè, la misurazione dell'esito inizia nel momento in cui si misura la variabile), sarebbe forse necessario considerare il loro ruolo come mediatori di esito in quanto esse si scontrano con il trattamento che è stato somministrato.

Dinger *et al.* hanno sottolineato che l'alleanza terapeutica, misurata dal paziente in modo retrospettivo alla fine del trattamento, era maggiormente associata all'esito dei pazienti quando i pazienti venivano curati da terapeuti meno affiliativi rispetto a quando erano curati da terapeuti più amichevoli. Questi risultati sono molto interessanti e forse suggeriscono che quando un terapeuta è più freddo nella relazione interpersonale, una buona alleanza potrebbe essere più importante nel predire l'esito di quando il terapeuta è più caldo. In ogni modo, sarà importante replicare questi risultati utilizzando misure dell'alleanza terapeutica durante il corso dei trattamenti.

Esito precoce durante il trattamento come predittore di esito

Hartman *et al.* (2007) hanno studiato i predittori precoci di esito durante il trattamento. In accordo con una realtà psicologica assodata che il migliore predittore di uno specifico comportamento è la sua presenza pregressa (un assunto che spesso non è stato ben integrato nella ricerca in psico-

terapia), gli Autori hanno dimostrato che il precoce recupero di peso era un predittore di esito migliore nelle anoressiche. Crits-Christoph *et al.* (2001) e Gilboa-Schechtman e Sharhar (2006) hanno visto analogamente che cambiamenti precoci nei sintomi sono predittivi dei cambiamenti sintomatologici più tardivi. D'accordo con questi dati, alcuni Autori hanno suggerito che si dovrebbe identificare l'impatto di tali modificazioni precoci dei sintomi sui mediatori misurati più tardi nel trattamento (Barber *et al.* 2000; DeRubeis e Feeley, 1990).

Conclusioni

Questo numero speciale presenta interessanti dati che suggeriscono che c'è spazio per studiare sistematicamente i predittori di esito. Una delle forze di molti degli articoli inclusi in questo numero speciale è l'ampia misura dei campioni. Pertanto, sono di grande importanza sia i risultati positivi sia i risultati negativi di questi studi. Tuttavia, sarà soprattutto importante confermare gli attuali risultati riguardo al valore predittivo di specifiche variabili in campioni differenti e forse in differenti forme di trattamenti. Ad esempio, uno dei predittori più comunemente usati in questo numero speciale è stato il questionario IIP. La sottoscala Dominanza dell'IIP predice l'esito in modo differente nei differenti studi (vedi l'eccellente compendio di Dinger *et al.* (2007) su questo tipo di ricerca condotto prima degli studi pubblicati nella presente sessione speciale). Dinger *et al.* hanno riferito che i pazienti con dimensioni di maggiore dominanza hanno la tendenza a migliorare di più di quelli con minore dominanza. Høglend *et al.* (2007) hanno riscontrato che i pazienti con punteggi elevati nella Dominanza all'IIP vanno meglio con una forma più interpretativa di terapia rispetto ad una non interpretativa, risultato che potrebbe non essere stato necessariamente supportato dalla teoria. Tuttavia, Comninos e Grenyer hanno notato che uno stile interpersonale più dominante predice una minore risposta al trattamento SEP. Vinnars *et al.* (in stampa) hanno di recente riscontrato che alti livelli della dimensione Dominanza all'IIP si correlano significativamente con più alti tassi di miglioramento nella terapia dinamica community-based svedese rispetto al trattamento con SEP. Riassumendo, i problemi che i pazienti hanno con la dominanza

nei rapporti interpersonali sembrano essere importanti predittori dell'esito. Tuttavia, ci vuole ancora altro lavoro per delineare quali caratteristiche di trattamento rendano la dimensione della dominanza una condizione di facilitazione o di ostacolo.

È interessante notare che Crits-Christoph *et al.* (2007), Hilsenroth (2007) e Zuroff *et al.* (2007) hanno provato, senza successo, a trovare moderatori di esito in campioni piuttosto ampi; hanno scoperto numerosi predittori non specifici di esito. Vogliamo incoraggiare i ricercatori a continuare nel formulare e testare teorie che riguardino il ruolo dei moderatori nella ricerca in psicoterapia. Ancora più importante, questo tipo di lavoro avrà bisogno di essere sostenuto da teorie esistenti o nuove sul perché sono importanti specifici predittori per un tipo specifico di trattamento e sui meccanismi del cambiamento. Per esempio, sarebbe di grande interesse possedere delle teorie che possano predire quale paziente con disturbo di personalità borderline andrà meglio con un approccio cognitivo-comportamentale e quale andrà meglio con un approccio orientato psicodinamicamente. In modo analogo, sarebbe molto interessante sapere quali pazienti con disturbo post traumatico da stress saranno in grado di accettare e di portare a termine il programma della terapia di prolungata esposizione.

Oltre ai tipi di ricerca descritti in questo numero speciale, la ricerca futura potrebbe indagare in modo proficuo altri possibili predittori di esito. Una scelta ovvia riguarda le variabili biologiche e genetiche, ma anche la ricerca sugli aspetti del processo dovrebbe essere approfondita con maggiori dettagli. Altro lavoro si richiede per approfondire che cosa renda alcuni pazienti inadatti ad ottenere un buon esito (e.s. "pazienti difficili") per incominciare a guardare, per esempio, ai tipi di pazienti con i quali un terapeuta può sentirsi più ben disposto e, quindi, con cui avere più probabilità di un buon esito. Inoltre, la ricerca di esito in futuro non dovrebbe studiare soltanto chi potrà andare meglio con uno specifico tipo di trattamento ma anche incominciare a prevedere chi è più probabile che dimostri cambiamenti in quel costrutto specifico che è l'obiettivo di quel trattamento. In questo modo, potremmo lavorare nel campo di ricerca che stabilisce chi è più abile ad imparare e ad "assorbire" quanto può offrire uno specifico intervento teorico. Per questo tipo di sforzo, si potrebbe guardare quali variabili pretrattamento predicano un cambiamento nei mediatori di cambiamento in psicoterapia

(es. una mediazione moderata per così dire). Ad esempio, Hearon, Gibbons, Crits-Christoph e Worley (2006) hanno esaminato quali variabili del paziente sono predittive di una comprensione del Sé. Accanto ai potenziali benefici sulla salute mentale di questo tipo di conoscenza, questa linea di ricerca ci aiuterà ad apprendere di più sulle teorie del cambiamento attraverso le modalità del trattamento. Infine, alla luce della letteratura esistente sul genere come predittore di esito (es. Ogrodniczuk, 2006) ci ha sorpreso constatare che soltanto 3 articoli su 10, in questo numero speciale, hanno utilizzato il genere come predittore di esito. Soltanto uno studio ha esaminato il ruolo della razza e della etnia.

I temi metodologici coinvolti nello studio sui predittori di esito sono molteplici, uno riguarda proprio il modo con cui essi sono studiati. Alcune volte le ricerche sono condotte in cieco e benché questo metodo sia meno ideale di quello guidato dalla teoria, c'è spazio per questo tipo di approccio, nel momento in cui facciamo passi avanti nella verifica dei predittori su vasta scala. Queste serie di dati ci metteranno in grado di confermare le scoperte generate in modo empirico. Un problema con le ricerche in cieco è mantenere un approccio esplorativo senza sacrificare troppo il rigore statistico (Crits-Christoph *et al.*, 2007). Una risposta è la necessità di replicare i risultati in database simili. Un'altra risposta è l'uso della nuova generazione di analisi statistiche longitudinali, come la costruzione di growth curve, che rendono più facile studiare le traiettorie sia dei singoli pazienti sia dei sottogruppi di pazienti (es. Crits-Christoph *et al.*; Høglend *et al.*) e, quindi, di studiare i moderatori e i predittori. L'utilizzo di strumenti longitudinali fornisce indagini con un più alto potere statistico. La ricerca futura sui predittori e i moderatori ha bisogno di muoversi attraverso i singoli predittori di esito per creare combinazioni di predittori di esito, come hanno fatto Crits-Christoph *et al.* Ci si aspetta che una variabile predittore possa lavorare in modo diverso in diversi sottogruppi di pazienti (es. reattanza). In ogni caso, a dispetto dell'interesse per le ricerche in cieco, c'è bisogno di andare avanti nella comprensione teorica dei meccanismi di cambiamento che sono implicati nei differenti tipi di terapie e di migliorare le nostre teorie per integrare la conoscenza sui predittori di esito e per creare un qualche ordine nell'insieme di risultati tra loro disconnessi.

Bibliografia

- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027_1032.
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951_958.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173_1182.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky *et al.*'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 226_232.
- Comninos, A., & Grenyer, B. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17, 230_239.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Xin, T., Gladis, M., & Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual guided cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research*, 10, 145_154.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Barber, J. P., Hu, B., Hearon, B., Worley, M., & Gallop, R. (2007). Predictors of sustained abstinence during psychosocial treatments for cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 17, 240_252.
- DeRubeis, R., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469_482.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 148_159.

- Elkin, I., Shea, T., Watkin, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., *et al.* (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971_982.
- Gilboa-Schechtman, E., & Shahar, G. (2006). The sooner, the better: Temporal patterns in brief treatment of depression and their role in long-term outcome. *Psychotherapy Research*, 16, 374_384.
- Halvorsen, M. S., & Monsen, J. T. (2007). Self-image as a moderator of change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 205_217.
- Hartmann, A., Wirth, C., & Zeeck, A. (2007). Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain. *Psychotherapy Research*, 17, 218_229.
- Hearon, B., Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., & Worley, M. (2006, October). Predictors of self-understanding across dynamic and cognitive psychotherapies. Paper presented at the North American Chapter of the Society for Psychotherapy Research Conference, Burr Oak, OH.
- Hilsenroth, M. (2007). The effects of borderline pathology on short-term psychodynamic psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 172_184.
- Høglend, P., Johansson, P., Marble, A., Bøgwald, K., & Amlø, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 160_175.
- Kraemer, H. C., Wilson, T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877_883.
- Ogrodniczuk, J. S. (2006). Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 453_462.
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 185_195.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17, 196_204.
- Vinnars, B., Barber, J. P., Nore'n, K., Thormaehlen, B., Gallop, R., Lingren,

- A., & Weinryb, R. M. (in press). Who can benefit from time-limited dynamic psychotherapy? A study of psychiatric outpatients with personality disorders.
- Zuroff, D., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 137_147.

LE MISURE DELL'UTILE ATTESO DAL SINTOMO SECONDO IL TEOREMA DI BAYES DELLA PROBABILITÀ SOGGETTIVA¹

Giampaolo Lai*

Riassunto

In questo articolo l'autore continua la sua ricerca sulle misure quantitative degli oggetti immateriali, *intangibile assets*, quali la paura, le aspettative, la speranza, il desiderio. *Il metodo* adoperato è basato sul teorema di Bayes della probabilità soggettiva. *Il materiale* è un frammento registrato e trascritto di seduta psicoanalitica con una giovane donna, Ippolita, affetta da una sindrome drammatica di vertigini e di cadute, simili a sincopi, o svenimenti, o crisi epilettiche, che accadono fino a una o due volte al giorno con una durata di pochi secondi appena, da cui emerge come se niente fosse successo. *L'analisi del testo* verte su due ipotesi avanzate da Ippolita per spiegare le sue cadute. La prima, che chiama "l'ingorgo" per significare che cade quando il suo cervello è bloccato da troppi input, viene soppiantata dalla seconda, chiamata "la serpe in seno", per significare che ha creato lei stessa il mostro delle sue cadute per essere lasciata in pace e poter non fare nulla. *I risultati* del calcolo matematico, espressi con cifre e curve geometriche, mostrano che l'aspettativa di Ippolita di essere lasciata in pace, a partire da un certo momento della sua esperienza, è ugualmente alta sia in presenza degli attacchi terroristici delle cadute, sia senza il ricorso ad azioni violente. Dalla prospettiva clinica del terapeuta, i risultati matematici costituiscono un forte ammonimento contro qualsiasi tipo di guerra preventiva che miri a estirpare le cadute, rischiando tuttavia una spirale di guerra e terrorismo. Al contrario la conseguenza logica per il terapeuta è di

1 Relazione di sabato 11 ottobre per il 7° Convegno dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali *La Macchina del Tempo*, Parma, Hotel Stendhal. Forthcoming in: (2008), *Ricerca in Psicoterapia. Rivista della Sezione Italiana della Society for Psychotherapy Research*.

* Membro Ordinario della *International Psychoanalytical Association, I.P.A.*; Direttore Scientifico della *Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Conversazionale* di Parma. Indirizzo: giampaolo.lai@fastwebnet.it

mantenere la pace nel mondo che la circonda, finché Ippolita non si convinca che non è il caso di aggrapparsi al terrore atomico per guadagnarsi una pace che c'è già.

Parole chiave: misura quantitativa; oggetti immateriali; probabilità soggettiva; aggiornamento delle ipotesi; dalla matematica alla terapia.

Summary

In this paper the author pursues his research on the *quantitative measures of intangible assets*, such as fear, expectations, hope, longing. *The method* he uses is based on the Bayes's theorem of subjective probability. *The material* is a recorded and transcribed fragment from a psychoanalytical session with a young woman, Ippolita, affected by a dramatic syndrome of vertigo and falls – syncope, or faint, or epileptic seizure – occurring even once or twice a day, and lasting only few seconds, from which she emerges as if nothing had happened. *The text's analysis* is about two hypotheses put forward by Ippolita in order to explain her falls. The first one, that she names 'the traffic jam' meaning that she falls when her brain is blocked by too many inputs, is updated by the second one, named 'a viper in her bosom', meaning that she has created the monster of her falls in order to be left in peace, to be allowed to do nothing at all. *The results* of mathematical calculus, expressed with numbers and geometrical curves, show that, from a certain moment onward in her experience, Ippolita's expectation to be left in peace is as high in presence of terrorist attacks of falls, as it is without the turn to violent actions. From the clinical perspective of the therapist, the mathematical results strongly suggest a warning against every type of preventive war aiming at a complete recovery from the falls but risking a spiralling recursive sequence of war and terrorism. On the contrary, the logical consequence for the therapist is to keep the world around Ippolita in peace up to the time she will persuade herself that it is not the case to cling to atomic terror in order to gain a peace that is already there.

Key Words: quantitative measure; intangible assets; subjective probability; updating of hypotheses; from mathematics to therapy.

Preambolo

Il benessere di una persona, e le sue scelte, sono funzione dell'equilibrio precario tra il rischio di un danno preciso e l'attesa di un utile altrettanto preciso. Ragionerò assieme a voi sul frammento di conversazione con una giovane donna, assieme alla quale lavoro da poco più di un anno, la quale, nel perseguire la speranza del proprio utile, ha scatenato una campagna di attacchi terroristici devastanti nei quali lei stessa è al contempo agente e vittima.

Descrizione

Ippolita soffre di un insieme di sintomi centrati intorno a vertigini e cadute, o svenimenti, o sincopi, o crisi epilettiche, iniziati improvvisamente cinque anni fa, quando aveva 22 anni e trascorreva alcuni mesi per un Master nel centro universitario di una città straniera. Dall'inizio dello scorso anno (2007), le cadute sono diventate sempre più frequenti, fino a presentarsi due, tre, quattro volte in un giorno. Ippolita non esce più di casa se non accompagnata, passa la sua giornata immobile in una poltrona o davanti alla televisione. Questo è il ritratto drammatico che di Ippolita mi fanno il padre e la madre, raccontando le peregrinazioni da un medico all'altro, dal neurologo al cardiologo, una serie ininterrotta di esami, TAC, indagini vestibolari e diagnosi molteplici, dalla più sbrigativa: «non è niente», alle più drammatiche: «epilessia», «sclerosi laterale amiotrofica», passando per il «disturbo psicosomatico», e cure disparate, da sedativi a ipnotici, da antidepressivi a anti-epilettici.

Il dato di evidenza, D, delle cadute e delle vertigini

Il problema per Ippolita sono dunque le cadute e le vertigini. Indicheremo questo dato di evidenza con il simbolo **D**. Indicheremo poi con il simbolo **H** le ipotesi che Ippolita avanza per spiegare le cadute. Ci interrogheremo infine sulle relazioni tra **D** e **H**.

Le due ipotesi di Ippolita

Nel corso di una medesima conversazione, Ippolita in parte propone, in parte riprende, revisionandole e perfezionandole, due teorie, due ipotesi, alle quali aveva accennato in altre occasioni (Mares, 2002). La prima è *la teoria dell'ingorgo*. La seconda è *la teoria della serpe in seno*.

La teoria dell'ingorgo

Ippolita (23.07.08): Dunque, più io penso alla teoria che nel mio cervello si formano degli ingorghi, e quando l'ingorgo non è risolvibile io cado, più ci credo. Mi sembra una gran bella teoria.

Conversante: Sì, sì, concordo.

Ippolita: Il problema è (*ridacchia*) regolare il traffico.

Nella teoria di Ippolita, l'ingorgo si genera ogni volta che Ippolita si trova in presenza di un'alternativa, comprese quelle più banali che costellano la giornata, come se comprare o no un maglione, se uscire o restare in casa, se andare a destra o a sinistra, se portar fuori o no il cane a far pipì, se telefonare o no agli amici prima di partire per le vacanze. Ogni alternativa diventa drammatica avvolgendosi in un'ansia iperbolica, con Ippolita da una parte che dice: «non ho voglia di fare quella cosa», e con una voce dentro la testa di Ippolita, dall'altra parte, che ribatte: «devi fare quella cosa». L'ingorgo si produce dalla concatenazione di pensieri a valanga generati dal dilemma.

Ippolita: Non chiamo gli amici perché non ho voglia. Ma non ho voglia perché non sono gli amici giusti o perché io sono fatta male? Ma se non telefono perdo gli amici che ho; e se perdo gli amici che ho poi non esco più; ma se non esco più come faccio a trovare il fidanzato? Se poi non ho né amici né fidanzato, come farò a avere una vita felice? Finirò sola come un barbone, sotto un ponte. Lei capisce, se io penso che la mia vita sarà un disastro, che finirò sotto i ponti perché non sto chiamando un amico, lì c'è qualcosa che non va. Se da ogni scelta deve derivare qualche catastrofe, e di solito deriva, a un certo punto uno si siede

su una poltrona e dice: «signori io mi siedo qua che faccio meno male.» Il fatto è che prima di immobilizzarmi, prima di dire: «adesso sto ferma», ho trovato una soluzione. Non sarà una soluzione ideale. Ho trovato la mia soluzione, che è questa cavolata di cadere. E cado. Allora posso fare quello che voglio. Peraltro la caduta è assolutamente propedeutica allo star ferma. Che è lo scandalo di casa mia, dove c'è l'imperativo di fare. Se uno non fa, sta male, è depresso.

La teoria della serpe in seno

Già tra le maglie dell'ipotesi dell'ingorgo si potevano scorgere le avvisaglie di una costruzione che diventerà più esplicita e precisa nella teoria della serpe in seno, secondo la quale Ippolita riconosce di essere stata lei a generare il mostro delle sue cadute.

Ippolita: Allora, mettiamola così: quando io mi costringo a fare qualcosa che non voglio fare, ormai è automatico che io cada, perché è la mia risposta. Io cado, così, nella mia testa, io ho la giustificazione per non stare facendo quello che dovrei fare. «Non mi hai chiamato!». «Certo che non ti ho chiamato, ero in un periodo di schifo, cadevo quattro volte al giorno, mi facevo male, e allora non avevo proprio voglia di sentire nessuno.» Davanti a questa frase, gli altri che sono nella mia testa si azzittiscono, riesco ad azzittire quella voce, dicendo: «eh, è naturale che non chiami gli altri, io sto male, cosa faccio, esco e poi cado a terra? No, è pericoloso.» Le cadute, se da una parte sono un fastidio mostruoso, qualcosa che mi sta rovinando la vita e le ginocchia, dall'altro è una grande giustificazione. E guardi che questo ragionamento si applica a qualunque cosa che riguardi la mia vita. Non ho voglia di portare giù il cane la sera? Cadendo risolvo il problema. Perché allora posso chiedere ai miei: «ma portate giù voi il cane perché io cado». E non mi sento in colpa. Non ho voglia di beccarmi la nonna e le sue 2500 manie? Cado. Se io cado tutti mi lasciano in pace, non mi chiedono niente, posso fare quello che voglio quando cado.

Conversante: E' una giustificazione fortissima.

Ippolita: È comoda, mi risolve i problemi, mi spiana la strada. Perché dovrei smettere di cadere?

Conversante: Però costa. A volte le serve. A volte le si rivolta contro.

Ippolita: Costa tantissimo [...] Le cadute sarebbero uno strumento perfetto, l'arma atomica, se io avessi il controllo.

Conversante: Se ne avesse il controllo.

Ippolita: Sì. Il problema è che lo strumento delle cadute è venuto, si è sviluppato da solo, e non ho ancora letto il manuale delle istruzioni per l'uso, per cui funziona assolutamente quando vuole lui. Poi io posso trarne dei vantaggi, ma a posteriori. Io non so quando cado. Allora, tre cadute forse mi rendono la vita più facile. Ma poi c'è una marea di cadute di cui non si capisce il fine, che mi rendono la vita impossibile. Sono quelle che mi preoccupano, che mi fanno stare col fiato sospeso ogni volta che devo scolare la pasta dalla padella, che devo tagliare il sedano per il carpaccio con un coltello lungo così. Io non cado solo quando ho un problema da risolvere, non cado solo quando ho bisogno di una giustificazione. Io cado.

Conversante: Non ha il pieno controllo del suo arsenale atomico.

Ippolita: Eh no, assolutamente no, quando cado, cado. Non riesco a prevedere, a prevenire le cadute, non riesco assolutamente niente. Quando cado, cado. È un cane che si morde la coda. Le cadute, è la famosa serpe in seno. Forse è venuta da sè. Forse l'ho generata io. Ma poi ho perso assolutamente il controllo su di lei. A parte che dal primo momento che l'ho generata non l'ho riconosciuta. Ho detto: «e questo cos'è?» Già convincermi di averla generata io, non è stato così semplice. Adesso che so che l'ho generato io questo mostro, sì, gli ho trovato delle virtù. E pure, se io avessi un controllo su questa cosa, se io riuscissi a cadere quando voglio, sarebbe umanamente terribile, me ne rendo conto, però sarebbe molto più semplice. Soprattutto perché sarei io che saprei farlo razionalmente, e allora si cade solo nelle situazioni più vantaggiose, non si cade quando sono in giro da sola, perché nessuno mi vede, e allora perché cadere? Invece cado quando cado. Non c'è una logica, non c'è un orario, non c'è una causa. Ogni tanto io mi trovo per terra. Per la strada, ai giardini, in casa, in bagno. Ovunque. E quindi non so come venirne fuori. Io ci ho pensato tanto per una soluzione. Non la vedo. O vengo qua un giorno e parlando troviamo una soluzione. Oppure mi affido al caso come ho fatto finora, nel senso che un giorno io smetterò di cadere. Perché? Mah!

L'aggiornamento delle ipotesi, *the updating of the hypothesis*

La sostituzione dell'ipotesi dell'ingorgo con l'ipotesi della serpe in seno è importante per almeno due ragioni. La prima è che l'ipotesi dell'ingorgo va alla ricerca della causa della caduta, una causa efficiente che precede l'effetto, e quindi si rivolge al passato rispetto all'attualità del dato di evidenza. Mentre l'ipotesi della serpe in seno va alla ricerca del fine della caduta, della ragione per cui la caduta accade. Non è una causa efficiente. È una causa finale. In questo senso, l'effetto, la caduta, avviene prima della sua causa, della sua giustificazione, di volta in volta consistente nell'evitare di telefonare agli amici, nel non portare il cane a far pipì. La seconda ragione dell'importanza della sostituzione della prima ipotesi a favore della seconda è che in tal modo Ippolita sottrae la caduta alla causalità meccanica per appropriarsene in quanto atto di una sua scelta, sia pure con tutte le clausole dei limiti del controllo imperfetto sulla scelte in questione. Le cadute allora, nel passaggio dall'ipotesi dell'ingorgo all'ipotesi della serpe in seno, sono diventate lo strumento attivo attraverso il quale Ippolita persegue le sue scelte, anche se a volte le scelte le sfuggono di mano. Se le cose stanno così, usando metafore belliche ci conviene abbandonare l'idea che le cadute siano minacce, *threat*, dichiarazioni di aggressioni convenzionali a Ippolita da parte di nazioni ostili, per fronteggiare le quali a Ippolita, come nazione attaccata, si porrebbe il problema di come contrastarle o eliminarle in vista di una completa sicurezza. Al suo posto, adotteremo l'idea alternativa, delle cadute quali attacchi terroristici mediante armi di distruzione di massa nelle mani dei guerriglieri di Ippolita, non sempre in grado o disposti a controllare il tempo, il luogo, il modo, il bersaglio dell'attacco. La risposta di Ippolita, in questo cambiamento radicale dello scenario bellico, non potrebbe che essere quella di imparare come venire a patti con un problema che non si può risolvere, che la obbliga a convivere nell'incertezza di un rischio ineliminabile, *perpetual risk*. Il passaggio dalla logica della certezza, dove è di casa la minaccia, *threat*, che viene da lontano, alla logica dell'incertezza, dove abita il rischio, *risk*, che va verso il futuro, sarà fatto proprio anche dal terapeuta, se è disposto ad abbandonare il paradigma dell'espulsione del male, nella fattispecie della guarigione, a favore del paradigma della convivenza con il male.

Le speranze legate alle cadute, ovvero l'utilità attesa dall'uso delle cadute

Il danno che Ippolita rischia è di essere costretta a fare. L'utile che Ippolita si attende è di non dover far niente, di essere lasciata in pace. Fra il rischio del danno e la speranza dell'utile Ippolita inserisce gli attacchi terroristici a sorpresa.

Il ragionamento matematico

Da qui in avanti proveremo a rendere conto delle vicende drammatiche di Ippolita ragionando in termini quantitativi matematici, cioè misurando le sue paure, attese, credenze, i suoi rischi, i suoi danni, i suoi utili, nelle loro variazioni e combinazioni. Ma è possibile misurare oggetti immateriali quali una credenza, un'ipotesi, una speranza, un'aspettativa?

Misurare l'immateriale

Per togliere ogni aspetto di stranezza o di impossibilità al processo di misurare gli oggetti immateriali, diciamo che, per definizione, **Def. A.**,

***Def. A.** Misurare un oggetto è dare un numero all'oggetto in questione situandolo in una serie di oggetti omogenei numerati con un criterio unitario.*

Proviamo quindi a misurare, nel senso di attribuire un numero a un oggetto (Lai, 2008), gli oggetti immateriali quali un'ipotesi, la speranza, l'attesa, l'aspettativa, il rischio (Lai, 1993; 1995), utilizzando alcuni simboli canonici per semplificare l'esposizione, a cominciare dai simboli **D** e **H**, correlati ai corrispondenti significati.

1. **D** = è il dato, cioè l'evidenza delle cadute

2. **H** = è l'ipotesi (la credenza, la speranza, l'attesa, il rischio) che Ippolita ricavi dalla caduta un utile, per esempio l'utile dell'essere lasciata in pace

Def. B. *Il simbolo utile negli algoritmi finanziari sta a denotare un valore numerico con un determinato valore. Qui utile è un oggetto immateriale misurabile che sta a significare gradi numerabili diversi di «essere lasciata in pace»*

Il nostro problema ora, in termini di calcoli matematici, è la relazione tra **H** e **D**, tra un dato di evidenza e un'ipotesi, del tipo:

3. **P(H D)** = [che si legge: «qual è la probabilità P della pace H data l'evidenza delle cadute D?»; oppure: «qual è la speranza, la credenza, l'ipotesi H della pace se utilizzo le cadute D?»]

Ci sono vari modi per calcolare il risultato dell'interrogativo racchiuso nella espressione **3, P(H D)**. Noi utilizziamo il teorema dell'arcivescovo Thomas Bayes del 1763 (Bayes, 1763), in due o tre delle varianti proposte dai ricercatori (Birnbaum, 1999; Taroni *et al.*, 2006), che l'hanno successivamente elaborato.

- 4.1. $P(H D) = [P(D H) \cdot P(H)] / [P(D H) \cdot P(H) + P(D \bar{H}) \cdot P(\bar{H})]$
 4.2. $P(H D) = P(D H) \cdot P(H) / P(D)$
 4.3. $P(H D) = [P(D H) \cdot P(H)] / [P(D H) \cdot P(H)]$.

Trascuriamo le formule che possono sembrare complicate, ma non lo sono, specialmente se si può contare su un maneggevole *software* (Birnbaum, 1999), per occuparci degli addendi, dei fattori, dei simboli di numeri, che le compongono.

5. **P(H)** = è la probabilità soggettiva a priori, nel senso di indipendente da eventi condizionanti, ovvero il grado di credenza o speranza spontanee, di realizzare la massimizzazione dell'utile dell'essere lasciata in pace. Attribuiamo a questo utile sperato il valore di 0.05, come dire 5% rispetto alla totalità delle occasioni di po-

ter essere lasciata in pace oppure no; in termini più espliciti 5 ore in 100 ore, circa mezz'ora al giorno, esclusa la notte che non facciamo rientrare nel computo.

Def. C. *I numeri che misurano la credenza sono espressi in decimali seguendo la 1° legge della probabilità la quale afferma che i gradi di credenza sono numeri reali tra 0 e 1: $0 \leq P(A) \leq 1$*

6. $P(\mathbf{D})$ = è il dato di probabilità oggettiva (non soggettiva) delle cadute nell'unità di tempo, contenuto in un *database* costruito sull'esperienza del passato, diciamo 0.19, per significare una o due cadute al giorno.
7. $P(\mathbf{D} \mathbf{H})$ = è la probabilità di constatare una caduta, \mathbf{D} , quando Ippolita ha la speranza di un utile \mathbf{H} , di essere lasciata in pace. Si chiama *Hit rate*, per significare che il dato \mathbf{D} , l'evidenza delle cadute, «ci prende», coglie nel segno, quanto alla speranza \mathbf{H} dell'utile, segnala questa speranza. Le attribuiamo il peso di 0.8, di aspettativa dell'utile della pace.
8. $P(\mathbf{D} \mathbf{H})$ = è *il Falso allarme*, cioè la probabilità di constatare una caduta, \mathbf{D} , quando Ippolita non ha l'aspettativa di essere lasciata in pace. Sarebbe una caduta a vuoto, una caduta senza motivo. A questa probabilità attribuiamo il valore di 0.2.
9. Ora abbiamo tutti i dati necessari per calcolare il risultato della formula 4, anche con l'aiuto di un appositi *software*, che dà: $P(\mathbf{H} \mathbf{D}) = 0.21$.

Il risultato 0.21 ci dice che la probabilità, la credenza, l'aspettativa, la speranza di pace \mathbf{H} , se c'è la condizione delle cadute \mathbf{D} , [con $P(\mathbf{D}) = 0.19$, con $P(\mathbf{D} \mathbf{H}) = 0.8$ e $P(\mathbf{H}) = 0.05$] è oltre 4 volte tanto la credenza di pace a priori, $P(\mathbf{H})$, posta, come abbiamo visto in 5, al tasso di 0.05.

Ciò che conta non sono i calcoli ma i concetti

Terminerò la mia presentazione sull'assioma \mathbf{D} seguente

Assioma D. *Ciò che conta non sono i calcoli ma i concetti*

E per coerenza vi imporrò l'ultima *slide* di calcoli, una tabella complessa nella quale sono concentrati i calcoli delle probabilità soggettive sui *marker* dell'utile dell'«essere lasciata in pace».

P(D H) = 0.8 ; P(D ~ H) = 0.2; P(H) = 0.05; P(~H) = 0.95; e con P(D) = 0.19					
P(H)	P(H D)	P(H ~ D)	Ω_0 = prior odds = P(H) / P(~H)	LR = diagnosticità = P(D H) / P(D ~ H)	Ω_1 = posterior odds = P(H D) / P(H ~ D)
1° colonna	2° colonna	3° colonna	4° colonna	5° colonna	6° colonna
0.01	0.038	0.962	0.01	4	0.04
0.10	0.30	0.70	0.11	4	0.44
0.20	0.50	0.50	0.25	4	1
0.30	0.63	0.37	0.42	4	1.71
0.40	0.72	0.28	0.66	4	2.66
0.50	0.80	0.20	1	4	4.00
0.60	0.85	0.15	1.49	4	5.99
0.70	0.90	0.10	2.33	4	9.33
0.80	0.94	0.06	4	4	15
0.90	0.97	0.03	9	4	35
0.99	0.99	0.01	98	4	396

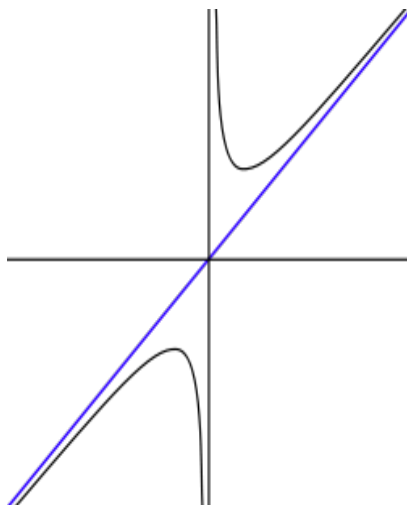
Nella 1° colonna sono misurati, cioè espressi in termini numerici, i gradi di credenza a priori, incondizionata, **P(H)**, di Ippolita nell'utile di «essere lasciata in pace», nelle escursioni dall'alto in basso da un minimo, 0.01, in cui proprio non crede di poter essere lasciata in pace (*0 = incredulità*), a un massimo, 0.99, in cui si sente invece quasi sicura di essere lasciata in pace (*1 = credenza quasi certa*).

Nella 2° colonna sono misurati i gradi di credenza, a posteriori, cioè dell'utile di «essere lasciata in pace» condizionata dalla disponibilità delle cadute, **P(H | D)**, con le escursioni dall'alto al basso da un minimo di 0.04 a un massimo di 0.99.

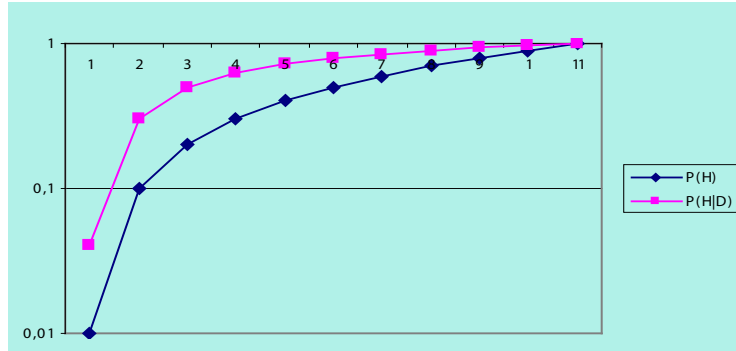
L'avvicinamento asintotico

Def. E. *Asintoto: retta cui una curva data si avvicina indefinitamente senza mai toccarla.* [Gr. *asymptotos*, composto di *a* privativo e dell'aggettivo verbale di *Sympiptein* 'coincidere' (composto di *syn* 'con' e *piptein* 'cadere')]

Diagramma F. Curve asintotiche all'asse delle ordinate e alla linea $X=Y$



Se ora confrontiamo la 1° colonna e la 2°, vediamo che i gradi di credenza nell'utile di «essere lasciata in pace» aumentano dall'alto in basso in entrambe, ma, per la 2° colonna, a tassi differenti e variabili inoltre da una linea all'altra. All'inizio, infatti, gli utili di Ippolita di «essere lasciata in pace» ricorrendo al terrorismo delle cadute sono quasi quattro volte tanto quelli a priori; poi diventano 3 volte tanto, poi 2 volte tanto, finché a un certo punto, diciamo a tre quarti dell'escursione, i due utili quasi si toccano, in un avvicinamento asintotico, come meglio mostra il grafico **D**.

Grafico D dell'asintoto di $P(H)$ e $P(D|H)$ 

Salti transuniversali dal mondo della matematica al mondo della clinica

L'andamento relativo delle due curve ci dice che, da un certo momento in avanti, Ippolita ha la medesima speranza di essere lasciata in pace sia ricorrendo alla caduta, sia senza pensare alla caduta. La tensione tra la speranza dell'utile della «pace» e il rischio terroristico delle cadute per realizzarlo, ci indica alcune vie di uscita di grande importanza concettuale e pratica. Più forte è il timore dei rischi per la pace, più alta è la probabilità del ricorso alle cadute terroristiche [*parte alta delle due colonne*]. Inversamente: più Ippolita si sente lasciata in pace, meno alta è la probabilità di cadute [*parte medio bassa delle due colonne*]. Ciò si traduce, nel versante del terapeuta, in una precisa rinuncia a ogni guerra preventiva (Dershowitz, 2006), [nella fattispecie sotto forma di somministrazione di farmaci o di ingiunzioni pragmatiche,] che pretenda eliminare il nemico «cadute» onde conseguire una completa sicurezza o guarigione. Ogni azione di guerra, ogni fare contro le cadute, si configurerebbero prima di tutto come un attacco all'utile perseguito da Ippolita di «essere lasciata in pace». Con le conseguenze facilmente prevedibili di un'*escalation* delle cadute che innescherebbero le comprensibili tentazioni nel terapeuta e nell'ambiente familiare di misure preventive di contenimento all'infinito. Al contrario, l'imperativo conversazionale, ereditato dalla psicoanalisi e raffinato

nella ascesi logica e matematica, diventa quello di non fare niente che turbi i momenti di pace conquistati spontaneamente da Ippolita, lasciando che sia la sua credenza a priori a incrementare il grado dell'utile del «bene atteso della pace», pur convivendo con il male per tutto il tempo necessario, fino al momento di convincersi che non è proprio il caso di continuare a intrattenere il rischio del terrore atomico per realizzare un grado di pace che c'è già.

Bibliografia

- Bayes T. (1763). An essay toward solving a problem in the doctrine of chance. In *Studies in the History of Statistic and Probability* (1970) (eds Pearson E., Kendall M.), vol. 1, pp 134-1553. London: Griffith.
- Vedi anche in <http://www.state.ucla.edu/history/essay.pdf>
- Birnbaum M.H. (1999). *Bayesian Calculator*. <http://psych.fullerton.edu/mbirnbaum/bayes/Bayescalc.htm>
- Dershowitz A. (2006). *Pre-emption: a knife that cuts both ways*. New York: Norton.
- Lai G. (1993). *Conversazionalismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lai G. (1995). *La conversazione immateriale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lai G., Koch C. (2008). *Misurare l'immateriale*. Milano: FrancoAngeli.
- Mares E.D. (2002). Paraconsistent theory of Belief Revision. *Erkenntnis*, 56: 229-246.
- Taroni F, Aitken C., Garbolino P., Biedermann A. (2006). *Bayesian Network and Probabilistic Inference in Forensic Science*. New York: Wiley.

IPOTESI DI AMPLIAMENTO DEL CCRT-LU: TEORIA E APPLICAZIONE ALL'ANALISI DI PROCESSO DI UN PAZIENTE DIFFICILE

Marta Sala, Marta Vigorelli***

Riassunto

Obiettivi: obiettivo di questo studio è capire come ampliare il numero di Episodi Relazionali (RE) rintracciabili in trascritti di sedute di psicoterapia con pazienti difficili nell'applicazione del CCRT-LU: il CCRT-LU-RM.

Metodo e strumenti: in questo studio è stato utilizzato il CCRT-LU-RM, metodo che propone l'aggiunta di elementi e variabili nuove al CCRT-LU: RE incompleti, RE con animali, oggetti inanimati, bizzarri, deliranti e l'oggetto "corpo", codifica del tempo futuro e delle interazioni reali, codifica delle parole del terapeuta e delle metafore.

Risultati: con l'aggiunta delle variabili proposte abbiamo ottenuto un incremento di 26 RE che altrimenti sarebbero andati persi. Solo nell'analisi di queste parti emerge che il paziente nella seconda fase della terapia percepisce il terapeuta come sostegno e non più intrusivo, come invece emerge analizzando tutte le codifiche. Inoltre abbiamo ottenuto un incremento nel tempo degli RE dedicati al terapeuta e al sé, con un concomitante decremento degli RE con la famiglia.

Parole chiave: Processo psicoterapeutico, Tema Relazionale Conflittuale Centrale, paziente difficile, parole del terapeuta, metafore.

* FERB - Fondazione Europea di Ricerca Biomedica

** Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Summary

Aims: this study looks at ways of increasing the number of Relational Episodes (RE) which can be recovered from the transcripts of therapeutic sessions of 'difficult' patients applying the CCRT-LU with new proposals: the CCRT-LU-RM.

Methods and tools: the study uses the CCRT-LU-RM, which proposes the addition of new elements and variables to the CCRT-LU: incomplete RE, REs with animals, inanimate, abstract, bizarre, delirious objects and the object 'body' as well, the introduction of future and of real interaction, the therapist's words and the metaphors.

Results: adding the two new variables 26 further REs are gained. Analyzing these parts, a change in the second period emerges only: the patient at the end of the therapy, in these 26 REs only, feels the therapist as supportive and not intrusive. Moreover the REs with the family reduce, instead the ones with the therapist and with Self increase.

Conclusions: adding the variation proposed by the CCRT-LU-RM an increase of useful REs is obtained. The CCRT-LU does not change if the codifications are considered all together, but analysing the variations proposed only, a changing in the ROs of the therapist is pointed out. Otherwise this information would have been lost.

Key words: Psychotherapy process, Core Conflictual Relationship Theme, difficult patient, therapist's words, metaphors.

Conclusioni: l'aggiunta delle varianti proposte dal CCRT-LU-RM ha permesso un incremento di RE utilizzabili. Non cambiano i profili CCRT-LU se si considerano tutte le codifiche simultaneamente, ma analizzando solo le parti delle variabili aggiunte si evidenzia una modificazione delle Reazioni del terapeuta, informazione che altrimenti non sarebbe emersa.

In questo lavoro viene presentata una proposta di ampliamento del CCRT-LU (Albani *et al.*, 2002; Albani *et al.*, 2003), metodo derivante dal CCRT di Luborsky (Luborsky, 1977; Luborsky e Crits-Christoph, 1990) e nato dall'esigenza di superare i problemi metodologici rilevati nel CCRT classico nell'operationalizzare il cambiamento terapeutico attraverso l'analisi del

Tema Relazionale Conflittuale Centrale.

Come il CCRT originale, anche il CCRT-LU è stato validato per studiare il processo terapeutico partendo dalle sedute di pazienti in prevalenza nevrotici risultando, però, parzialmente applicabile a pazienti con disturbi afferenti all'area psicotica. Viene qui illustrata un'ipotesi di ampliamento del modello che vuole costituire un contributo alla valutazione delle terapie di pazienti con disturbi di questo tipo: il CCRT-LU-RM (Sala, Vigorelli; 2005). L'intento di ampliare il *range* di applicazione del CCRT è stato già proposto anche dal CCRT-Roma (Ortu *et al.*, 2004), metodo che si prefigge di poter analizzare i trascritti di pazienti borderline. Proprio per il rimando a questa idea, è stata aggiunta la lettera "R" all'acronimo, mentre la lettera "M" sta ad indicare Milano (città in cui lavorano Sala e Vigorelli).

Il presente studio si inserisce in un progetto più ampio, condotto da Marta Vigorelli, docente all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, e dal suo gruppo di ricerca, che ha come obiettivi principali l'analisi multistrumentale del processo terapeutico e dell'esito delle psicoterapie.

Il metodo CCRT-LU-RM

Il metodo CCRT-LU-RM ha primariamente lo scopo di comprendere il Tema Relazionale Conflittuale Centrale ed il processo terapeutico in pazienti la cui personalità e livello di funzionamento non permettono l'integrazione e l'organizzazione delle narrative e delle rappresentazioni transferali (ad esempio pazienti psicotici, narcisistici, schizoidi, ipocondriaci ed alessitimici); in secondo luogo si prefigge di migliorare la comprensione e la codifica di quelle parti di discorso autoriferite in cui mancano temi specifici e quando le relazioni con gli altri risultano scarse. L'obiettivo è quello di poter analizzare anche i trascritti di sedute di pazienti "difficili", con una comunicazione primitiva, frammentaria o delirante, attraverso l'aumento del numero di Episodi Relazionali (da ora RE) utilizzabili.

Il sistema CCRT-LU-RM riprende l'impostazione metodologica del CCRT-LU: iniziale localizzazione degli RE, valutazione della loro completezza e descrizione di quelli valutati come completi; identificazione delle componenti (WS desiderio del sé, WO desiderio dell'altro, RS reazioni del sé, RO reazio-

ni dell'altro), creazione per ognuna di esse di categorie *tailor-made* e successiva trasformazione in categorie standard, siglatura delle componenti utilizzando il sistema gerarchico di categorie e descrizione del CCRT-LU finale (Luborsky, 1977; Luborsky e Crits-Christoph, 1990; Albani *et al.*, 2002; Ortu, 2006).

Il metodo CCRT-LU-RM propone delle modifiche per quanto riguarda la valutazione della completezza e la descrizione degli episodi relazionali, mantenendo inalterate tutte le altre fasi (localizzazione, codifica ed estrapolazione del CCRT-LU).

Valutazione della completezza delle narrative

Dopo aver localizzato gli RE, gli esaminatori hanno anche il compito di valutarne qualità e completezza per decidere quali di questi risultino adeguati all'applicazione del CCRT-LU. La completezza viene valutata su una scala Likert da 1 a 5 (rispettivamente racconto schematico, incompleto, privo di dettagli e racconto completo, esauriente). Nel CCRT-LU solo gli episodi che ottengono una media pari o superiore a 2,5 vengono utilizzati per la valutazione dei contenuti.

Dato che il CCRT-LU-RM ha lo scopo di meglio comprendere lo sviluppo del processo terapeutico di pazienti la cui personalità e livello di funzionamento non permettono l'integrazione e l'organizzazione delle narrative e delle rappresentazioni transferali è parso opportuno abbassare la soglia di completezza per l'accettazione degli RE a 1,5. Infatti col CCRT-LU-RM è sufficiente individuare un desiderio (anche se inferito) e una componente fra reazione del sé (RS) e dell'altro (RO).

Descrizione degli episodi relazionali (RE)

Il CCRT-LU individua diversi elementi utili a descrivere in maniera esaustiva un RE: l'oggetto relazionale che il paziente prende in considerazione, il tempo della narrazione e il tipo di episodio raccontato. Il CCRT-LU-RM riprende tutte queste utili variabili introducendo alcune modifiche interne ad esse e propone l'aggiunta di altri due elementi che potrebbero risultare

importanti nell'analisi di particolari terapie.

Oggetto relazionale

L'oggetto relazionale è l'altro significativo, "protagonista", nelle parole del paziente, dell'episodio preso in esame (padre, madre, partner, etc..). A volte si tratta di un individuo singolo, altre volte, invece, il paziente descrive relazioni che coinvolgono molte persone o un gruppo. In quest'ultimo caso l'oggetto relazionale viene indicato con termini generici come "famiglia", "amici", "colleghi".

RE particolari risultano quelli con il terapeuta e con il sé. Per quanto riguarda il terapeuta possono essere individuati:

- *RE narrativi*, che riguardano interazioni passate o attuali raccontate dal paziente;
- *RE messi in atto*, che riguardano relazioni realmente vissute nel corso della seduta.

Vengono, invece, descritti come RE col sé tutti quei momenti in cui il paziente narra brani fortemente centrati sui propri vissuti, comportamenti e sentimenti.

Mentre nel CCRT-LU gli oggetti relazionali sono unicamente persone o gruppi di persone, il CCRT-LU-RM prevede l'inclusione di animali, oggetti inanimati, astratti, "bizzarri", deliranti e dell'oggetto corpo (tipico di casi ipocondriaci e psicosomatici).

La variabile tempo

Gli episodi relazionali possono riferirsi a diversi periodi della vita del paziente, dall'infanzia fino a situazioni contemporanee. Il CCRT-LU introduce, rispetto al CCRT, una divisione rigorosa del tempo passato (9 codifiche) e prevede una codifica per il tempo presente:

1. INFANZIA: periodo antecedente i 6 anni;
2. LATENZA: periodo compreso tra i 7 e i 12 anni;
3. PUBERTÀ: periodo compreso tra i 13 e i 16/17 anni;
4. ADOLESCENZA: periodo compreso tra i 17 e i 21 anni;
5. PRIMA ETÀ ADULTA: periodo compreso tra i 22 e i 30 anni;
6. MEDIA ETÀ ADULTA: periodo compreso tra i 31 e i 45 anni;
7. ETÀ ADULTA MATURA: periodo compreso tra i 46 e i 65 anni;
8. VECCHIAIA: periodo con età superiore ai 66 anni;
9. PASSATO NON MEGLIO DEFINITO: passato generico, senza precisazione del periodo;
10. PRESENTE: si considerano presenti gli avvenimenti accaduti nelle due settimane precedenti la narrazione. Rientrano in questo tempo anche le interazioni col terapeuta nel corso della seduta.

Il CCRT-LU-RM propone di introdurre una codifica specifica anche per il tempo futuro, importante per comprendere la progettualità del paziente, ove possibile, e la direzione comportamentale verso cui afferma di volersi muoversi.

La variabile tipo

Il CCRT-LU prevede quattro tipi di RE:

1. SINGOLO: episodio limitato nel tempo, con singola unità di oggetto, spazio e tempo (es.: Ieri mio cugino mi ha detto ciò e io mi sono arrabbiato);
2. CUMULATIVO: quando il paziente opera delle generalizzazioni (es.: Io mi arrabbio sempre quando mi dicono ciò). Fanno parte di questo tipo le narrazioni di interazioni non temporalmente collocate, le narrazioni di interazioni temporalmente collocate, ma spazialmente generiche e le narrazioni di interazioni non collocate spazialmente, né temporalmente;
3. FANTASIA: quando il paziente riferisce narrative che non sono accadute, ma che sarebbero potute accedere (es.: Se mi avesse detto... avrei potuto fare...);

4. **SOGNO:** quando il paziente racconta i suoi reali sogni notturni o tutte le sensazioni che dal sogno scaturiscono, anche se risultano essere mentalizzazioni successive in fase di veglia (sia immediatamente dopo il sogno, sia durante la seduta).

I pazienti spesso riportano in seduta interazioni realmente accadute con il terapeuta (avvenute in passato durante la terapia), mentre altre volte sono le interazioni reali all'interno della seduta corrente a fornire informazioni importanti riguardo la relazione paziente/terapeuta o riguardo al funzionamento generale del paziente. Di fatto queste ultime possono costituire di per sé degli RE e proprio per riferirsi ad esse, quelle che Luborsky definiva "*RE messi in atto*" (Luborsky e Crits-Christoph, 1990), il CCRT-LU-RM aggiunge in questa variabile la codifica "interazioni reali".

La variabile parole del terapeuta

Il CCRT-LU-RM introduce la possibilità di inserire nel materiale di codifica anche le parole del terapeuta allo scopo di aumentare il numero di RE utilizzabili per pazienti psicotici. In alcune trascrizioni o audioregistrazioni capita di non riuscire a comprendere ciò che il paziente intende esprimere fino a quando il terapeuta non interviene. Altre volte capita che il terapeuta completi frasi che il paziente lascia a metà perché avverte che il paziente entra in confusione o non ha presente il termine da introdurre nella comunicazione. Se il paziente dimostra di accettare e confermare ciò che il terapeuta dice, allora le parole del terapeuta possono essere utilizzate come parte integrante dell'RE per la ricerca delle componenti. La nuova variabile, denominata "Parole del terapeuta", risulta così composta:

1. ritrovamento di componenti *solo nelle parole del paziente* (metodo CCRT-LU e CCRT classico);
2. ritrovamento di componenti *sia nelle parole del paziente che in quelle del terapeuta*: quando il terapeuta completa le frasi del paziente e questo conferma la correttezza della parte introdotta, oppure quando l'episodio comprende sia interventi del paziente (in cui siano state rintracciate

- componenti), sia spiegazioni di questi interventi da parte del terapeuta con ulteriori e differenti componenti;
3. ritrovamento di componenti *solo nelle parole del terapeuta*: quando le parole del paziente sono talmente confuse da risultare impossibile una chiara identificazione di componenti, mentre le spiegazioni del terapeuta alle stesse parole sono comprensibili e di conseguenza utilizzabili (è importante che il paziente dimostri ed esprima di condividere queste spiegazioni).

Naturalmente, nei casi in cui una componente presente nelle parole del terapeuta sia rintracciabile anche nelle parole del paziente, va prediletta la codifica di queste ultime.

Con queste aggiunte si riesce ad ottenere un maggior numero di RE che altrimenti risulterebbero inutilizzabili.

La variabile metafore

Il CCRT-LU-RM prevede l'aggiunta della variabile "Metafore" che comprende quei momenti in cui il paziente descrive oggetti reali come fossero una metafora del sé, oppure si riferisce ad avvenimenti o oggetti particolari che poi il terapeuta interpreta come mediatori per descrivere il sé (non necessariamente le parole del terapeuta devono essere codificate, condizione necessaria è invece che il paziente dimostri di accettare e confermare le interpretazioni del terapeuta).

Applicazione ad un single case

Obiettivo principale di questo studio è valutare quanto l'applicazione del metodo CCRT-LU a pazienti difficili (Neill, 1979; Kernberg, 1984; Hinshelwood, 1999; Orefice, 2002) possa essere resa possibile o facilitata utilizzando l'ipotesi di ampliamento proposta dal CCRT-LU-RM.

Si intende, inoltre, verificare la presenza di modificazioni del CCRT-LU-RM nel tempo, caratteristica che indicherebbe l'eventuale cambiamento

terapeutico del paziente, e l'esistenza di un'evoluzione del CCRT-LU-RM specifico per almeno un oggetto relazionale. Quest'ultima indagine risulterebbe interessante sia nel caso in cui venisse evidenziato un cambiamento generale del CCRT-LU-RM, sia qualora ciò non accadesse:

- nel primo caso si potrebbe precisare se con tutti gli oggetti si verifica un cambiamento o se, invece, con alcuni rimane tutto pressoché statico, sottolineando la peculiarità di ogni relazione;
- nel secondo, invece, la staticità generale potrebbe nascondere il mutamento di relazione con un singolo oggetto con il quale il numero di RE non sia così elevato da pesare in modo significativo sul totale.

Analisi dell'affidabilità

I trascritti sono stati ratificati da 3 valutatori esperti, tutti appartenenti al ramo psicologico. Il gruppo si è formato attraverso un iter comune, suddiviso in due periodi (il primo ad Ulm con i creatori del metodo ed il secondo a Milano), per abbassare al minimo il rischio di differenze dovute all'apprendimento. Le codifiche dei tre giudici hanno ottenuto una buona attendibilità (Kappa di Cohen = 9), ciò significa che il modello risulta attendibile anche con pazienti la cui sintomatologia è caratterizzata dalla parziale incomprendibilità delle narrative.

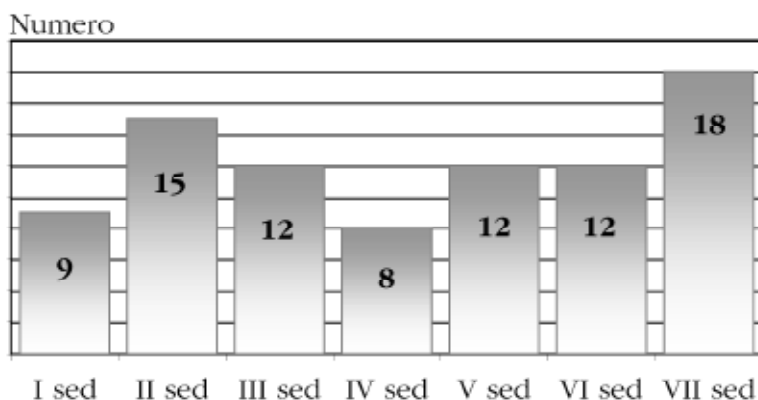
Soggetto della ricerca

Il modello è stato applicato ad un paziente maschio con diagnosi di Disturbo Delirante di Tipo Paranoide (DSM-IV) con episodi di Depersonalizzazione, Deliri Ipocondriaci e diversi tentati suicidi, sottoposto ad una psicoterapia psicoanalitica individuale settimanale a lungo termine. Il trattamento è stato condotto presso il servizio di Psicoterapia dell'U.O.P. 48 dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano. Il terapeuta è uomo, psichiatra e psicoterapeuta esperto con formazione analitica.

Sono state considerate sette sedute, quattro iniziali e tre finali, durante il

primo anno della terapia, ognuna della durata di 2 ore, nelle quali sono stati rilevati un totale di 86 RE distribuiti come in Figura 1.

Figura 1. Numero di Episodi Relazionali



Il paziente è nato da parto gemellare ed anche il fratello gemello ha una storia clinica complessa: affetto da Disturbo Schizoide di Personalità, presenta un comportamento autistico e risulta spesso violento. Con lui il paziente ha un rapporto altamente conflittuale. Sono stati diagnosticati disturbi psichici (Depressione maggiore) anche in parenti prossimi.

Il paziente ha instaurato relazioni totalmente anaffettive coi genitori e, per estensione, con tutte le altre figure con cui è entrato in contatto. Ha subito molteplici ricoveri preceduti da tentativi autolesivi sfociati talvolta in TS. Ha compiuto diversi *drop out* con terapeuti consultati precedentemente. Attualmente il paziente segue sia una terapia farmacologia che una psicoterapia: è importante segnalare (data la presenza del Disturbo Delirante di Tipo Paranoide e delle distorsioni di giudizio che ne conseguono) che il paziente sta seguendo la terapia psicologica da due anni con lo stesso terapeuta.

Per questo studio è stato considerato solo il primo anno della terapia; sarebbe interessante l'analisi del secondo anno per confrontare i risultati e verificare il mantenimento degli eventuali progressi.

Valutazione dell'evoluzione temporale dei sintomi

La valutazione temporale dei sintomi è stata condotta utilizzando la SCL-90-R (Derogatis, 1977) e un indice di miglioramento percepito dal terapeuta.

Dai risultati della SCL-90-R possiamo asserire che vi è stato un miglioramento statisticamente significativo, ma che, a livello clinico, la situazione è rimasta prevalentemente invariata.

Per valutare l'indice di miglioramento percepito dal terapeuta è stata utilizzata una scala Likert a cinque livelli (da "Per niente migliorato" a "Migliorato moltissimo"), alla quale il terapeuta ha dato punteggio 1 - "migliorato poco".

Questi due giudizi risultano in pieno accordo.

II CCRT-LU-RM

Il metodo si basa su un'analisi della frequenza dei cluster: i più frequenti in ogni componente costituiscono il CCRT-LU-RM del paziente.

II CCRT-LU-RM generale

Il CCRT-LU-RM del paziente considerato presenta cluster altamente specifici per ciascuna componente (χ^2 di Pearson è 635,2 con 36 gradi di libertà).

Per quanto riguarda i desideri del sé (WS), le codifiche appartengono principalmente al cluster D (*Essere autodeterminato*), in particolar modo nella categoria D2 (*Essere fiero, essere autonomo*). Vi sono molte codifiche sul cluster C (*Amare, sentirsi bene*), ma concentrate quasi totalmente in C3 (*Essere fiducioso, provare allegria*). Si rileva un numero significativo di codifiche anche nel cluster M (*Allontanarsi*).

Per i desideri dell'altro (WO), il cluster A (*Interessarsi, dedicarsi a*) è il più rappresentativo, ma unicamente nella categoria A2 (*Accettare, comprendere*).

Nelle reazioni del sé (RS) è emersa una elevata concentrazione di codifiche nel cluster G (*Essere determinato dall'esterno*), in particolare nella categoria

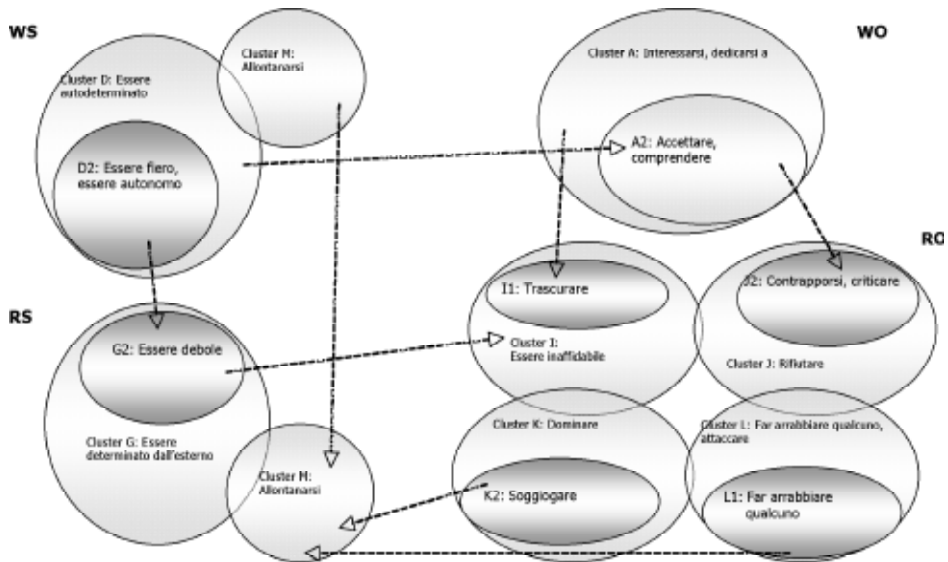
G2 (*Essere debole*). Anche qui, come in WS, ritroviamo il cluster M (*Allontanarsi*).

Infine, per quanto riguarda le reazioni dell'altro (RO) risultano predominanti le categorie I1 (*Trascurare*), J2 (*Contrapporsi, criticare*), K2 (*Soggiogare*), L1 (*Far arrabbiare qualcuno*).

È importante notare che WS e WO sono rappresentati da cluster armonici, mentre RS e RO da cluster disarmonici.

In sintesi possiamo illustrare il CCRT-LU-RM come in Figura 2.

Figura 2. Profilo generale del CCRT-LU-RM



Come si può notare, esiste una corrispondenza tra le componenti:

- il paziente vorrebbe essere autodeterminato, invece si sente determinato dall'esterno;
- vorrebbe allontanarsi dagli altri ed in un qualche modo ci riesce;
- vorrebbe essere accettato, compreso e lasciato in pace per poter essere autonomo, ma avverte gli altri come rifiutanti, oppositivi, criticanti e dominanti;

- l'inaffidabilità altrui lo fa sentire insicuro e solo;
- desidera e prova ad allontanarsi perché avverte che gli altri cercano di dominarlo e attaccarlo.

Il CCRT-LU nel tempo

Uno dei modi per verificare il cambiamento terapeutico è valutare la modificazione del CCRT-LU-RM durante la terapia. Analizzando l'anno di terapia diviso in due fasi (prime quattro sedute, svoltesi nell'arco del primo mese, e ultime tre, a conclusione del primo anno) si riscontra che il CCRT-LU-RM rimane invariato nel tempo data l'assenza di significativi cambiamenti sia qualitativi che quantitativi nel profilo (il modello CCRT-LU-RM nel tempo con un χ^2 14.4 e 12 df è accettabile). Ciò è in linea con quanto valutato dalla scala SCL-90-R e percepito dal terapeuta, ma rimane comunque il fatto positivo che il paziente, nonostante tenda a compiere *drop-out*, sia in terapia con lo stesso terapeuta da lungo tempo (ricordiamo che sono due anni, anche se il presente studio considera solo il primo). Si ipotizza quindi che questo dato debba trovare delle motivazioni nel lavoro svolto nell'attuale relazione terapeutica.

Il CCRT-LU-RM coi diversi oggetti

Un altro modo di verificare il cambiamento terapeutico è valutare la modificazione del CCRT-LU-RM con i singoli oggetti durante la terapia. Dato che per alcuni di essi il numero di codifiche era troppo esiguo per permettere conclusioni informative, si è proceduto con una ricodifica di alcuni di essi: l'oggetto "Sé" e l'oggetto "terapeuta" sono stati mantenuti separati; sono stati creati un oggetto "famiglia", in cui sono stati fatti rientrare gli oggetti relazionali madre, padre, genitori, fratello e famiglia intera, e un oggetto "altri", che comprende gli oggetti relazionali altri, professore e professori, compagni di università, amici, medico di base e struttura curante (tutti questi "altri" oggetti relazionali avevano una quantità di RE a loro dedicata decisamente esigua, se presa singolarmente, per operare un'analisi più approfondita).

Dall'analisi log-lineare fra oggetti ricodificati (sé, famiglia, terapeuta, altri), tempo delle sedute (prime quattro, ultime tre), componenti (WS, WO, RS, RO) e cluster del CCRT-LU-RM emerge che:

- i profili CCRT-LU-RM cambiano in funzione della componente (cluster*componente);
- la rilevanza che il paziente attribuisce ai singoli oggetti cambia dal primo periodo al secondo (tempo*oggetto);
- i vari oggetti, essendo diversi fra loro, hanno anche relazioni diverse per le componenti (componente*oggetto);
- dato che i profili CCRT-LU-RM per gli oggetti non cambiano attraverso il tempo, il modello non sembra aver bisogno di una componente cluster*tempo o cluster*tempo*componente.

Combinando queste osservazioni si propone come modello per le frequenze: cluster*componente + oggetto*componente + oggetto*tempo, la cui rappresentazione grafica è presentata in figura 3. Il modello per i dati con queste interazioni ha un χ^2 di 113,1 con 124 gradi di libertà ed è accettabile. L'ispezione dei parametri dimostra che le descrizioni delle relazioni nelle interazioni incluse nel modello rendono adeguatamente le relazioni presenti anche nel modello complessivo: per questo motivo non è necessario aggiungere altri termini al modello.

Figura 3. Rappresentazione grafica del modello log-lineare



Il CCRT-LU-RM con i singoli oggetti è qualitativamente lo stesso attraverso il tempo (test di indipendenza χ^2 195 con 132 df), ma emerge un cambiamento quantitativo. In particolare la quantità di RE dedicati all'oggetto relazionale famiglia si abbassa notevolmente e questo andamento non è omogeneo: si abbassa il numero di RE con madre, padre, genitori e famiglia, mentre aumenta quello delle interazioni col fratello. Contemporaneamente,

aumentano gli RE dedicati al Sé e al terapeuta, come ad indicare una crescente fiducia del paziente nei confronti del suo interlocutore, un consolidamento dell'alleanza terapeutica e un'evidenza di focus del paziente sulla relazione terapeutica.

Confronto tra i profili CCRT-LU e CCRT-LU-RM

Considerando RE contenenti solo le parole del paziente (codifica 1) ed omettendo quelli in cui erano presenti solo parole del terapeuta (codifica 3) o di entrambi (codifica 2), si ottiene un CCRT-LU con lo stesso andamento di quello generale, ma con un numero decisamente più esiguo di componenti utilizzabili: si passa da 492 a 382. Omettendo, invece, solo gli RE in cui vengono codificate solo parole del terapeuta, il numero di componenti utili risulta 460.

Omettendo dall'analisi gli RE contenenti parti in cui il paziente o il terapeuta utilizzano metafore, si ottiene anche in questo caso un CCRT-LU con lo stesso andamento già presentato. Non utilizzando questi RE si riscontra nuovamente una forte diminuzione del numero di componenti utilizzabili: da 492 si passa a 355.

Applicando ai trascritti del paziente in questione il CCRT-LU senza l'aggiunta delle variabili "parole del terapeuta e di entrambi" e "metafore", il profilo ottenuto sarebbe risultato identico, ma il numero di componenti codificabili sarebbe stato 289 (invece di 492). L'abbassamento totale, omettendo le due variabili introdotte, non è la mera somma dei due abbassamenti data la sovrapposizione in alcuni RE.

Non c'è dubbio che le nuove variabili abbiano dato un apporto quantitativo importante all'analisi di processo del paziente considerato: l'obiettivo del CCRT-LU-RM è stato raggiunto.

Quale l'utilità dell'aggiunta di variabili nell'analisi del processo?

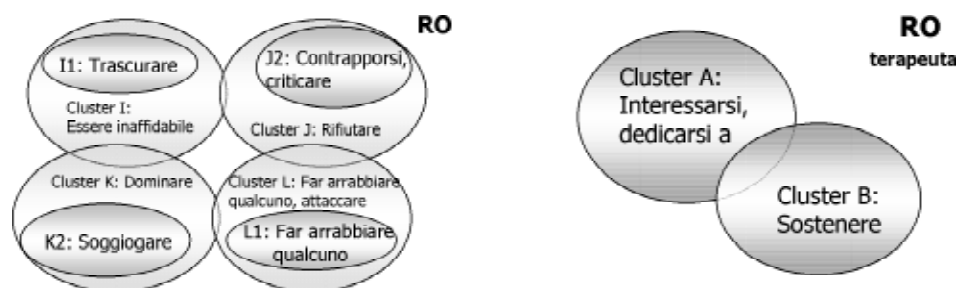
Analizzando separatamente le due variabili introdotte dal CCRT-LU-RM, parole del terapeuta e di entrambi e metafore, senza suddivisioni di tem-

po e oggetti, si ottiene un profilo perfettamente sovrapponibile a quello precedentemente presentato. Ciò permette di affermare che togliendo dall'analisi le codifiche afferenti alle variabili aggiunte, il profilo CCRT-LU-RM non subisce modificazioni sostanziali: è un ottimo segnale del fatto che le modifiche apportate al modello non vanno a distorcere il senso del CCRT-LU mantenendone intatte le caratteristiche salienti.

Effettuando, però, un'analisi accurata delle possibili modificazioni apportate dalle due nuove variabili attraverso il tempo e con i singoli oggetti, emerge un cambiamento nella percezione che il paziente ha del terapeuta nel proseguo della terapia. Infatti, l'unico dato che risulta significativamente diverso rispetto all'analisi precedente è la RO del terapeuta (ricordiamo che il CCRT-LU-RM è un metodo egocentrico, quindi per RO del terapeuta si intende la percezione che il paziente ha delle risposte del suo interlocutore ed il modo in cui le racconta).

Nelle prime quattro sedute, nelle RO del terapeuta risultano predominanti i cluster I, J, K, L, definiti cluster di Rifiuto, dominio e attacco; mentre nelle ultime tre sedute (e solo nelle RO del terapeuta) i cluster più frequenti sono A e B. Il terapeuta viene quindi vissuto, alla fine della terapia, come interessato e di sostegno (vedi Figura 4) RO, questa, che soddisfa il WO (desiderio dell'oggetto) espresso dal paziente durante l'intera terapia nei riguardi di tutti gli oggetti relazionali. Inoltre, la quantità di componenti utilizzabili aumenta col tempo.

Figura 4. Cambiamento di CCRT-LU-RM nel tempo, nelle RO del terapeuta, solo nelle due variabili aggiunte



Proprio questo nuovo modo di vivere il terapeuta può essere rilevante dal punto di vista clinico e può essere considerato un probabile indice di alleanza terapeutica instauratasi tra paziente e analista.

Questo importante dato rimaneva nascosto nella precedente analisi ed è stato possibile rilevarlo solo grazie all'introduzione delle due nuove variabili.

Conclusioni

Questo studio ha permesso di evidenziare la modalità relazionale di un paziente psicotico nel corso del processo psicoterapeutico preso in considerazione, con l'ausilio dell'analisi statistica. L'analisi è stata anche utilizzata per verificare se si sarebbe potuti giungere alle stesse conclusioni omettendo le innovazioni apportate dal CCRT-LU-RM ed attenendosi al CCRT-LU.

Utilizzando il CCRT-LU senza aggiunta di varianti sarebbero risultati profili perfettamente sovrapponibili a quelli ottenuti col CCRT-LU-RM, ma il numero di RE sarebbe stato più esiguo. Arricchendo il CCRT-LU delle proposte che questo lavoro introduce, si sono ottenuti 26 RE (203 componenti) in più. Il guadagno non è però solo quantitativo, infatti, considerando separatamente le variabili aggiunte, si sono potuti cogliere aspetti relazionali del paziente che altrimenti sarebbero andati persi data la mancanza di miglioramento sintomatico.

Si può così concludere che questo paziente presenta modalità relazionali caratterizzate da alti livelli di problematicità portate anche in terapia, che non sembrano esserci stati miglioramenti sul piano sintomatologico; al contempo, a partire da alcuni elementi emersi durante l'analisi, si può ipotizzare la costituzione di un legame di stabilità e sostegno nella relazione che, sufficientemente consolidato, potrebbe anche aprire le porte a parziali modificazioni nel successivo decorso della psicoterapia. Si può interpretare quindi il cambiamento nel modo di percepire le Reazioni del terapeuta come indicativo del costituirsi di una relazione di dipendenza che consente al paziente di mantenere la continuità della relazione psicoterapeutica, a differenza dei numerosi precedenti *drop out*.

Nella direzione dell'analisi multistrumentale, questo lavoro è stato affiancato dall'applicazione del metodo SASB (Benjamin, 1974; Aliprandi, 2004) ai trascritti dello stesso paziente. Dal confronto dei risultati delle due analisi sono emersi diversi punti di contatto. Da SASB emerge che i cluster più frequenti nella codifica degli interventi del paziente sul focus 2 (focus

del sé) sono quelli inerenti ad emancipazione, apertura ed espressione, evitamento ostile. Il desiderio del paziente di *Essere autodeterminato* (cluster D) che emerge dal CCRT-LU-RM concettualmente può essere avvicinato alla voglia di emancipazione dall'altro emersa con SASB; il desiderio di *Amare, sentirsi bene* (cluster C) ai desideri di spontaneità e libera espressione di sé di SASB; il desiderio di *Allontanarsi* (cluster M) all'evitamento ostile. Da SASB (Aliprandi, 2004) emerge che il paziente si focalizza sul terapeuta in maniera ostile (20% dei casi) oppure con un tono neutrale, tendenzialmente freddo. Con entrambi i metodi emerge un iniziale modo simile di vivere la relazione col terapeuta: trascuratezza, dominio e attacco sono le risposte percepite dal paziente nella maggior parte dei casi. Il terapeuta con la sua esperienza riesce col tempo ad inserire momenti di relazione basati sull'interessamento e il sostegno.

Questo studio non consente di trarre conclusioni generalizzabili, data l'applicazione ad un *single case*, ma costituisce l'inizio di una ricerca in cui estendere questo ampliamento del CCRT-LU ad un maggior numero di casi caratterizzati dalla medesima diagnosi.

Bibliografia

- Albani C., Blaser G., Grüninger S., König S., Marschke F., Geissler I., Körner A., Vicari A., Fabi G., Casonato M., Clementel C., Gottarelli L., Geyer M., Kächele H., Pokorny D. (2003), *Il nuovo sistema di categorie CCRT-LU*, in «Psicoterapia», 27, luglio-dicembre, 31-40.
- Albani C., Pokorny D., Blaser G., Grüninger S. (2003), *Predicati del sistema di categorie CCRT-LU*, in «Psicoterapia», 27, luglio-dicembre, 41-43.
- Albani C., Pokorny D., Blaser G., Grüninger S., König S., Marshke F., Geissler I., Körner A., Geyer M., Kächele H. (2002), *Reformulation of the core conflictual relationship theme (CCRT) categories: the CCRT-LU category system*, in «Psychotherapy Research» 12(3) 319-338.
- Albani C., Kächele H., Pokorny D., Modica C., Sacchi M. C. (2003), *Modello relazionale e conflitti relazionali*, in «Psicoterapia», 27, luglio-dicembre, 7-18.
- Aliprandi M., Vigorelli M. (2004), *Analisi della relazione terapeutica col paziente difficile: un'applicazione del metodo SASB*. manoscritto non pubblicato.
- Aliprandi M., Vigorelli M., Sala M., Fava E., Schadee H. (2006), *Utilizzare la*

- valutazione empirica per fornire indicazioni al terapeuta. Studio di un single case con un paziente non-responder. Poster presentato Congresso annuale AIP Sezione Dinamico-Clinica, 15-17 Settembre, Rovereto, Italia.*
- Azzone P., (1995), *Defense mechanisms and CCRT in 15 supportive-expressive psychotherapies. International Workshop on the CCRT. Universitat Ulm.*
- Benjamin L. S. (1974), *Structural Analysis of Social Behavior*, in «Psychological Bulletin», 81, pp. 392-425.
- Cohen J. A. (1960), *A coefficient of agreement for nominal scales*, in «Educational and Psychological Measurement», 20, pp. 37-46.
- Derogatis L. R. (1977), *The SCL-90-R: Administration scoring and procedures manual*. In «Clinical Psychometric Research», Baltimore.
- Fava E., Masserini C. (2002), *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Freni S., Azzone P., Bartocchetti L., Molinari G., Piasentin V., Verga M. C., Viganò D. (1998), *Modelli relazionali e meccanismi di difesa: uno studio empirico di venti psicoterapie supportivo-espressive*, in «Ricerca in Psicoterapia», 1 (2) 101-114.
- Freud S. (1910), *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1974, vol.VI.
- Hinshelwood R. D. (1999), *The difficult patient*, in «British Journal of Psychiatry», 174, 187-196.
- Kernberg O. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Luborsky L. (1977), *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme*, in Freedman N., Grand S. (a cura di), *Communicative structures and psychic structures*, Plenum Press, New York, pp. 367-395.
- Luborsky L., Crits-Cristoph P. (1990), *Understanding Transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Luborsky L. (1996), *The symptom-context method. Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Masserini C., Fava E., Arduini L., Borghetti S., Calini P., Corbellini G., Ferri A., Fontolan M., Gatta S., Mazzariol M., Pazzi E., Spoletini E., Pazzaglia P. (1998), *Drop out in psicoterapie psicodinamicamente orientate: uno studio con il metodo del CCRT*, in «Ricerca in psicoterapia», 1. SPR Italia.

- Neill J. (1979), *The difficult patient: identification and response*, in «Journal of Clinical Psychiatry», 40(5), 209-212.
- Orefice S. (2002), *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ortu F., Cascioli S., Piscicelli S., Williams R., Dazzi N. (2004), *A proposal of extension of the CCRT: an empirical study on psychodynamic psychotherapy. Paper presented at the 35th Annual meeting of SPR Italia, Roma*.
- Ortu F. (2006), *Il transfert e la ricerca con il CCRT*, in DAZZI N., LINGIARDI V., COLLI A. (a cura di), *La ricerca in Psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 271-299.
- Pokorny D., Blaser G., Vicari A., Geyer M., Kächele H., Albani C. (2003), *Struttura logica del sistema di categorie CCRT-LU: teoria e applicazione ad un caso singolo*, in «Psicoterapia», 27, luglio-dicembre, 2003, 18-30.
- Sala M., Vigorelli M. (2005), *Ipotesi di ampliamento del CCRT-LU - Applicazione all'analisi di processo di un paziente "difficile"*. manoscritto non pubblicato.
- Sala M., Vigorelli M., Schadee H., Williams R., Ortu F., Brenna V. (2005), *Ipotesi di ampliamento del CCRT-LU - Applicazione all'analisi di processo di un paziente "difficile"*. Poster presentato al V Congresso Nazionale SPR Italia, 16-18 Settembre, 2005 S. Benedetto del Tronto, Italia.
- Sala M., Vigorelli M., Fava E., Aliprandi M., Schadee H. (2006), *The use of empirical valuation to provide indications to the therapist - A single case study with a non-responder patient. Paper presented at the 37th SPR International meeting "From research to practice" June 21 to 24, 2006 Edinburgh, Scotland*.
- Sala M., Vigorelli M., Schadee H., Williams R., Ortu F., Aliprandi M. (2006), *Amplifying the CCRT-LU: a proposal and an analysis of a "difficult" patient. Poster presented at the 37th SPR International meeting "From research to practice" June 21 to 24, 2006 Edinburgh, Scotland*.
- Sala M., Vigorelli M., Pokorny D., Vicari A. (2006), *Amplifying the CCRT-LU: a proposal and an analysis of a "difficult" patient. Paper presented at the 1st European SPR Summer School in Clinical-Psychology and Psychotherapy Research 19-23 July, Rome - University La Sapienza, Italy*.
- Vigorelli M. (a cura di) (2005), *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Franco Angeli Editore.
- Vigorelli M. (a cura di) (2008), *Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia*. Libreria Raffaello Cortina Editore, Milano. (in corso di stampa).

OSSERVAZIONI CIRCA LA DINAMICA DI FORMAZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA¹

*Alberti G.G. *, Rognoni F.**, Alfieri L.**, Carozzi A.**,
Martorano A.**, Ricchi L.**, Martini S.***

Riassunto

Di 81 psicoterapie individuali con disturbi depressivi medio-lievi, in parte integrate con farmacoterapia, condotte da tre psicoterapeuti, due di orientamento psicoanalitico, uno cognitivo-comportamentale, sono esaminati l'andamento dell'alleanza di lavoro nel corso delle prime 5 sedute, oltre ad alcuni fattori possibilmente influenti sull'alleanza stessa.

Questa è stata misurata mediante Working Alliance Inventory-12 items-versione paziente, con uso del punteggio totale e dei punteggi parziali (accordo sugli obiettivi - Goal, accordo sulle procedure - Task, e legame affettivo col terapeuta - Bond).

Il punteggio totale cresce progressivamente nel corso delle prime sedute, raggiungendo valori massimi in 5° seduta, e poi in 15°. Le componenti dell'alleanza crescono analogamente ma si differenziano per l'intensità: la maggiore è quella di Task, la più bassa quella di Bond, con Goal in posizione intermedia.

Si è evidenziata una significativa influenza negativa di depressione e ansia iniziali dei pazienti sull'alleanza che svilupperanno, specie in Bond. Ma in 15° seduta l'effetto anti-alleanza della sintomatologia iniziale appare esaurito.

I tre terapeuti inducono alleanze di diversa intensità e di diversa composizione: l'uno attivando fortemente e contemporaneamente Goal, Task e

¹ Il presente lavoro è stato presentato al Congresso SPR-Italia di Modena - 26, 27, 28 settembre 2008.

* Professore AC Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi, Milano. Studio Medico di Psicoterapia, Milano.

** Centro Distimie, AO San Carlo Borromeo, Milano.

Bond, l'altro promuovendo principalmente Task e Goal e mantenendo basso Bond, il terzo svolgendo un'azione intermedia.

Queste differenze individuali tra i terapeuti sono discusse anche in rapporto alla funzione che esse possono svolgere del punto di vista della facilitazione della costruzione dell'alleanza con tipologie diverse di pazienti.

Parole chiave: Alleanza terapeutica, Working Alliance Inventory, formazione dell'alleanza terapeutica, Fattori d'alleanza.

Summary

81 individual therapies, conducted by three different psychotherapists – one cognitive-behaviorally and two psychoanalytically oriented - in a public psychotherapy center were studied with respect to working alliance in therapy initial phase (sessions 1-5) and to some factors presumably influencing it.

Alliance was measured by Working Alliance Inventory (12-items, patient version) and utilizing both total and partial scores (Goal, concordance on therapy goals; Task, concordance on session activities; Bond, affective and emotional bond with therapist).

Total score course shows a clear increase trend in the initial phase of therapy, with the highest level in session 5, although further continuing growth until session 15.

Alliance subscales show a similar course but strongly differentiate as regards overall intensity, with Task having the highest scores, Bond the lowest, and Goal an intermediate position.

A significant negative influence of initial patient depression and anxiety levels on alliance intensity was evident, particularly with respect to the Bond aspect. But by session 15 this anti-alliance effect of initial symptoms has disappeared.

Therapists evoked alliances of different intensities and different compositions: the one strongly and simultaneously activating Goal, Task and Bond, the other evoking strong Task and Goal reactions but low Bond levels, the third exerting an intermediate influence.

These individual therapist effects are discussed and examined with reference to a possibly facilitating action in building an alliance relationship with particular patient categories.

Key words: Therapeutic alliance, Working Alliance Inventory, Alliance development, Alliance factors.

Osservazioni circa la dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica

Introduzione

Ormai da tempo, soprattutto in seguito all'evoluzione della teoria patogenetica e terapeutica psicoanalitica nel senso di una psicoanalisi relazionale (Mitchell, 1988) la relazione terapeuta-paziente è riconosciuta come un fattore di efficacia comune alle diverse psicoterapie.

Entro il concetto sovraordinato di relazione quello di alleanza, terapeutica o di lavoro, si è venuto affermando come un costrutto teorico dotato di caratteristiche che lo rendono particolarmente idoneo alla ricerca in campo psicoterapeutico: l'alleanza è infatti operazionalmente definibile, misurabile con adeguati strumenti psicometrici (v. Lingiardi 2002) e quindi rapportabile ad altre grandezze scientificamente trattabili, quali le diverse misure di esito.

Proprio il rapporto tra alleanza ed esito psicoterapeutico è uno dei dati empirici ormai ampiamente acquisiti, non soltanto nel senso di una correlazione sincronica (a buon esito si accompagna buona relazione tra paziente e terapeuta), ma soprattutto nel senso di una correlazione diacronica, per cui a buona alleanza iniziale si accompagna, in fase avanzata o a fine terapia, un buon esito. Ciò significa che una buona alleanza in fase iniziale permette di prevedere il futuro esito della terapia.

Almeno tre meta-analisi attestano di questa correlazione, quella di Horvath e Symonds (1991), relativa a 20 ricerche su terapie con adulti, quella di Martin Gaske e Davis (2000), su 79 ricerche su terapie, ancora con adulti, e quella di Shirk e Karver (2003), riguardante 23 ricerche su terapie con bambini e adolescenti. Tutte e tre queste meta-analisi hanno dimostrato una correlazione significativa positiva tra alleanza precoce ed esito a lungo termine.

Tabella 1: Terapie prese in esame in due meta-analisi relative a psicoterapie di adulti

Horvath e Symonds (1991):	Martin, Garske e Davis (2000):
terapie dinamiche	terapie dinamiche
terapie cognitive	terapie cognitive
terapie gestaltiche	terapie esperienziali
terapie miste o eclettiche	terapie eclettiche
	terapie interpersonali
	terapie dinamiche "anxiety- provoking" sec. Sifneous.

Una peculiarità di queste meta-analisi è che esse esaminano molte diverse psicoterapie (v. Tabella 1) e che, di conseguenza, l'alleanza terapeutica risulta essere loro caratteristica comune, a sua volta connessa al loro esito. E' lecito quindi definire l'alleanza terapeutica come il primo fattore d'efficacia comune alle principali psicoterapie che è stato empiricamente validato.

Il ruolo centrale e, per così dire, universale dell'alleanza terapeutica nelle più diffuse e diverse terapie rende particolarmente acuto il problema di approfondire un aspetto che a nostro vedere resta a tutt'oggi non pienamente chiarito, quello della dinamica della sua formazione nella fase iniziale della psicoterapia. A questo scopo abbiamo ritenuto utile partire dall'esame dell'andamento dell'alleanza e di alcune sue componenti nel corso delle prime sedute, per poi evidenziare come questo andamento sia eventualmente influenzato da fattori presenti a priori nel paziente e nel terapeuta.

La ricerca

Sulla base di dati relativi a 81 psicoterapie individuali effettuate in un centro pubblico, si sono indagati a questo scopo:

- a) gli andamenti temporali, nell'arco delle prime cinque sedute di ogni terapia, dell'alleanza misurata, in base alle percezioni dei pazienti, me-

diante il Working Alliance Inventory di Horvath e Greenberg (1989), nonché delle sue tre componenti, relative all'accordo tra terapeuta e paziente sugli obiettivi a lungo termine (Goal), sulle procedure messe in atto in seduta (Task) e sul legame affettivo che si stabilisce tra i due agonisti (Bond).

- b) due ordini di fattori possibilmente influenti sulla dinamica di formazione dell'alleanza e collocati rispettivamente nei due ambiti, il paziente e il terapeuta, in cui secondo la letteratura, si collocano le determinanti a priori della successiva alleanza (per una rassegna sui fattori preesistenti alla terapia che influenzano l'alleanza v. Alberti 2004). Abbiamo preso in esame in particolare: 1) due aspetti della condizione sintomatica iniziale dei pazienti, depressione e ansia, e 2) il fattore terapeuta globalmente inteso, cioè l'influenza esercitata dai diversi terapeuti sui vissuti d'alleanza dei loro stessi pazienti.

La nostra casistica è quella raccolta nel corso dell'attività svolta per circa due anni e mezzo nel Centro Distimie dell'AO San Carlo di Milano, una struttura ambulatoriale autorizzata dalla Regione Lombardia come "iniziativa innovativa" e da essa finanziata per un triennio a partire dalla fine del 2005. Esso ha la mission di rispondere al bisogno di psicoterapia di una categoria di pazienti per cui il servizio psichiatrico tradizionale non sembra una valida opzione. Si tratta infatti di pazienti affetti da disturbi depressivi medio-lievi che, per quanto in costante crescita numerica, tendono per diversi motivi a non ricorrere alle prestazioni dei centri psichiatrici territoriali, i CPS (Alberti *et al.* 2006, Miragoli 2007, Alberti *et al.* 2008a).

In tale struttura si è messo a punto un approccio curativo fondato su psicoterapia individuale di breve-media durata – tra sei mesi e un anno - e, ove necessario, farmacoterapia integrata. I pazienti con disturbi depressivi medio-lievi sono ammessi, previo primo colloquio di orientamento, se rientrano nelle categorie diagnostiche riportate in Tabella 2 (v. Alberti *et al.* 2008a). Come è desumibile dalla stessa Tabella 2 la gravità iniziale della patologia dei pazienti presi in trattamento, misurata con le scale di Beck e Hamilton per la depressione, e di Hamilton per l'ansia, rientra nel range della sofferenza depressiva e ansiosa medio-lieve.

Le terapie sono condotte da tre psicoterapeuti di diverso orientamento: psicoanalitico tradizionale, psicoanalitico relazionale e cognitivo-comporta-

mentale. Il primo terapeuta è anche psichiatra, e ove ritenuto utile provvede ad avviare i pazienti a una farmacoterapia, per lo più antidepressiva e ansiolitica, che si integra sinergicamente con la psicoterapia, fatta dallo stesso o da un diverso terapeuta.

Il trattamento psicoterapico ha una durata modale di circa 25 sedute il che, con una cadenza per lo più settimanale, e tenuto conto di assenze e festività, porta a durate temporali delle terapie in prevalenza di 6-8 mesi (Alberti *et al.* 2008°)

Tabella 2: Criteri diagnostici di ammissione al trattamento e punteggi medi di depressione e ansia a inizio psicoterapia

Diagnosi d'ammissione DSM-IV
Disturbo distimico
Disturbi dell'adattamento
Disturbi d'ansia
Disturbi somatoformi
Disturbi della personalità del gruppo C
Livello sintomatico iniziale (1° seduta):
Beck Depression Inventory, punteggio medio: 19,08
Hamilton Depressione, punteggio medio :19,93
Hamilton Ansia, punteggio medio:20,67

Durante il trattamento si somministravano ai pazienti diversi strumenti di misura volti a quantificare tutta una serie di aspetti sintomatologici e l'intensità dell'alleanza.

In 1°, 15°, 30°, 45° seduta e a fine terapia venivano somministrate le scale elencate nella Tabella 3. Come si può notare, si tratta di strumenti sia

auto-(Beck, Zung, SCL-90) che etero-somministrati (Hamilton, BPRS), in parte specificamente focalizzati sull'area sintomatologica ansioso-depressiva (Hamilton, Zung, Beck), in parte invece volti a misurare uno spettro sintomatologico più ampio (SCL-90 e BPRS). I pazienti venivano informati che con questi test si voleva da un lato precisare la loro problematica, dall'altro se ne voleva documentare le variazioni nel corso del tempo.

Con questa batteria abbiamo ritenuto di poter mettere bene a fuoco la sintomatologia target, corrispondente alla mission del Centro, di controllare eventuali bias connessi alla somministrazione e infine di misurare una più ampia gamma di sintomi, in chiave sia esplorativa sia anche di cautela a livello di ammissione, specialmente nel senso di evitare assunzioni in cura – segnatamente di patologie gravi - a cui il Centro non poteva dare idonee risposte curative.

Tabella 3: Scale sintomatologiche somministrate in 1°, 15°, 30°, 45° seduta e a fine terapia

Scala Hamilton Ansia
Scala Hamilton Depressione
Beck Depression Inventory
Scale Zung Ansia
Scala Zung Depressione
Brief Psychiatric Rating Scale
Symptom Check List – 90

Le misurazioni dell'alleanza terapeutica

Le misurazioni dell'alleanza mediante somministrazione del Working Alliance Inventory a 12 item, versione per il paziente, seguiva una cadenza inizialmente diversa in quanto esse venivano fatte sequenzialmente nella pri-

me cinque sedute e solo poi insieme alle misurazioni sintomatologiche, alla fine della 15°, 30° e 45° seduta, oltre che a fine terapia.

Anche la modalità della somministrazione era diversa per il WAI: alla fine della seduta prestabilita una tirocinante psicologa provvedeva a presentare il questionario, specificando ai pazienti che le loro risposte sarebbero restate in un archivio e non sarebbero state comunicate ai rispettivi terapeuti.

Tabella 4: Item del WAI a 12 items. (Traduzione italiana di Lingiardi 2002, modificata). Gli items Goal sono 4, 6, 10, 11. Gli items Task sono 1, 2, 8, 12. Gli items Bond sono 5, 7, 9.

1. ...e siamo d'accordo sulle cose di cui ho bisogno in terapia per migliorare la mia situazione
2. ciò che sto facendo in terapia mi dà la possibilità di guardare in modo diverso ai miei problemi
3. credo di piacere a...
4. ...non capisce ciò che io sto cercando di ottenere dalla terapia
5. ho fiducia nella capacità di ... nell'aiutarmi
6. ...e siamo impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati
7. sento che ... mi apprezza
8. siamo d'accordo sulle cose su cui è importante che io lavori
9. ...e io ci fidiamo l'uno dell'altro
10. ...e io abbiamo idee differenti su quali sono i miei reali problemi
11. abbiamo stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per me
12. credo che la strada intrapresa per risolvere i miei problemi sia quella giusta

Il WAI è tra gli strumenti di misura dell'alleanza più diffusi anche perché, oltre a risultare particolarmente maneggevole, è il meno ancorato a una particolare visione teorica della psicoterapia. Esso si ispira alla concezione "panteorica" dell'alleanza proposta da Bordin (1979), secondo cui questa è un fattore comune a tutte le psicoterapie, al di là delle diverse basi teoriche

e tecniche operative, ed è costituita da tre componenti caratterizzanti il rapporto tra paziente e terapeuta: il reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento (goal) e ai compiti da svolgere in terapia al fine di raggiungerli (task), nonché il legame affettivo (bond) che si instaura tra i due agonisti impegnati nel lavoro terapeutico.

Nella sua versione a 12 item quattro di essi afferiscono rispettivamente alla componente Goal, quattro alla componente Task e quattro alla componente Bond (v. Tabella 4). Ogni item richiede una risposta che può assumere sette diversi livelli e la somma dei valori fornisce il punteggio totale di alleanza, mentre quella dei quattro sottogruppi dà i punteggi rispettivamente di Goal, Task e Bond.

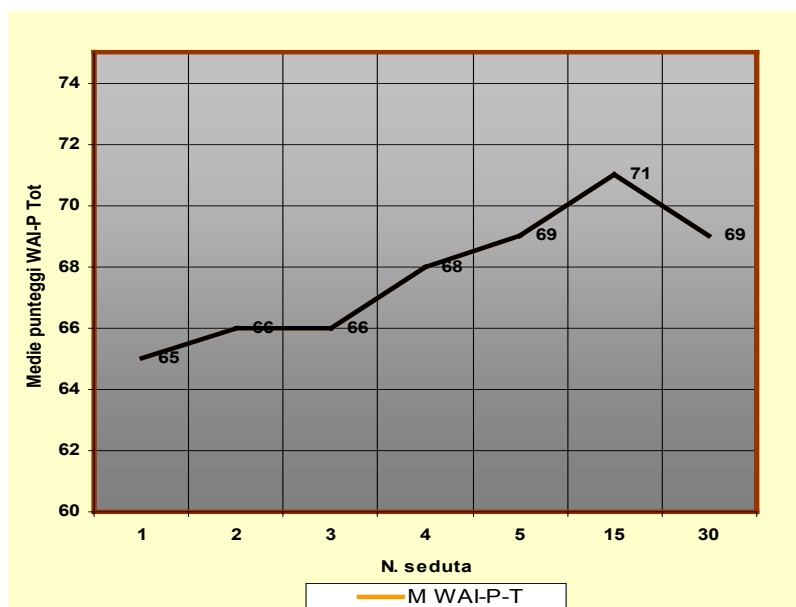
Risultati

L'andamento temporale dell'alleanza totale

L'andamento temporale dei punteggi medi di alleanza (WAI, punteggio totale) tra 1° e 5° seduta (Figura 1) è caratterizzato da una fase iniziale, fino alla 3° seduta compresa, di sostanziale invarianza del livello di alleanza. Solo con la 4° seduta il vissuto medio di alleanza cresce apprezzabilmente, per poi consolidarsi in 5° seduta. Per quanto questo pattern si fondi su valori di uguale attendibilità in ragione del numero di osservazioni, che è sempre intorno alle 80, e, sebbene questa crescita sia graficamente evidente, la differenza tra il valore WAI in 1° seduta e quello in 5° non raggiunge ancora la significatività ($D=3,53$; $t=1,84$; $0,10 > p > 0,05$).

Per quanto più lentamente (l'incremento è di 0,274 per-seduta, rispetto allo 0,882 per-seduta del tratto 1°-5° seduta) solo nel tratto 5°-15° seduta il punteggio medio WAI-totale cresce al punto da raggiungere una significativa differenza con quello della 1° seduta ($D=6,00$; $t=5,99$; $p < 0,01$), ed è solo allora che i pazienti segnalano la massima intensità del loro vissuto di alleanza col proprio terapeuta. Infatti in 30° seduta il vissuto di alleanza, seppur ancora significativamente superiore a quello della 1° seduta ($D=4,17$; $t=3,01$; $p < 0,01$), diminuisce ed è anche scemata l'attendibilità del dato, che si fonda su 28 osservazioni soltanto.

Figura 1: Andamento WAI-Pazienti Totali Sedute 1°-5°, 15° e 30°



Sembra quindi che il vissuto di alleanza col terapeuta cresca progressivamente, con una fase iniziale di sostanziale inerzia, una centrale (3°-5° seduta) di massima rapidità e una successiva, fino alla 15° seduta, di crescita più lenta. Dopo il vissuto di alleanza cala, pur mantenendosi ancora alto. Tuttavia questo dato è meno attendibile dei precedenti, in ragione del minor numero di osservazioni, e potrebbe cambiare col progredire delle terapie in corso.

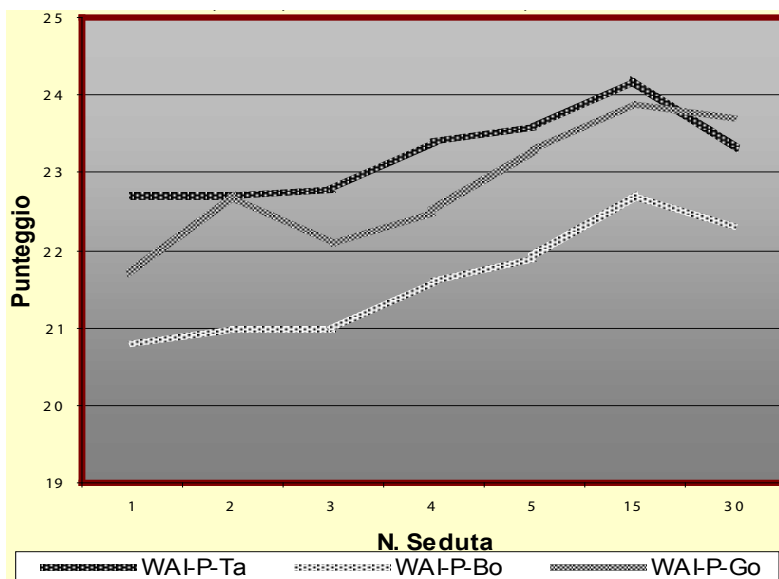
L'andamento temporale delle tre componenti dell'alleanza

Come è evidente dalle Figure 2 e 3, e, come è anche comprensibile, le tre componenti dell'alleanza hanno un decorso tendenzialmente parallelo a quello del punteggio totale: incremento iniziale modestissimo, poi decisamente più rapido, in corrispondenza della 4° e 5° seduta, e poi crescita più lenta culminante in 15° seduta, e infine flessione.

Tuttavia vi sono delle differenze che, seppur per lo più non significative, sono a nostro avviso rilevanti. La più evidente è la differenza d'intensità tra

da un lato un Bond costantemente più basso e dall'altro Task e Goal, sempre più elevati e tra loro molto vicini e quasi sovrapposti. Sebbene nel corso della terapia Bond sia in costante crescita esso non raggiunge mai la l'intensità delle altre due componenti.

*Figura 2: Andamento medie componenti WAI-P:
Task, Goal, Bond. Sedute 1°-5°, 15° e 30°*

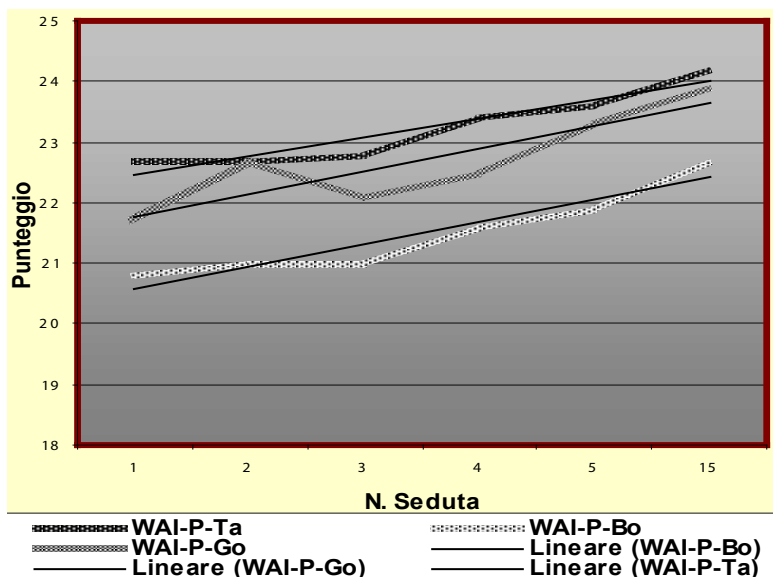


Un altro aspetto è dato dal fatto che Task, più intensa delle altre componenti fin dalle primissime sedute, ha un incremento minore di quello di Goal e Bond: mentre infatti questi, come il punteggio di alleanza totale, arrivano a differenziarsi significativamente dal valore in 1° seduta quando la terapia arriva alla 15° (D= +2,20 e +1,92 rispettivamente, con t cui corrispondono probabilità inferiori a 0,05) Task non arriva mai a differenziarsi dal valore in 1° seduta in misura significativa (D=+1,47; t=1,37; 0,10>p>0,05).

Sembra quindi che l'alleanza tra pazienti e terapeuti in fase iniziale si fondi soprattutto sull'accordo circa le cose da fare in seduta, un po' meno

sull'accordo circa gli obiettivi della terapia e solo scarsamente sul legame affettivo tra paziente e terapeuta.

Figura 3: Andamento medie componenti WAI-P: Task, Goal, Bond. Con linee di tendenza in fase ascendente. Sedute 1°-5° e 15°



In fase più avanzata (dalla 15° seduta in avanti), con l'incremento di Bond e il ridursi – seppur non significativo – della differenza tra questa e le altre due componenti, l'alleanza si basa sempre più anche sul legame affettivo, anche se l'accordo su procedure e obiettivi resta comunque l'elemento più importante.

Influenza dello stato sintomatico iniziale sull'alleanza totale

Data la tipologia dei nostri pazienti abbiamo ritenuto utile ricercare eventuali correlazioni tra l'alleanza in fase iniziale e l'intensità delle sintomatologie depressiva e ansiosa riscontrate nei pazienti alla prima seduta. Il risultato mostra che sia se misurata con il Beck (Figura 4) sia con la scala de-

pressione dell'SCL-90 (Figura 5) la depressione dei pazienti in prima seduta correla negativamente con il punteggio di alleanza totale: quanto più intensa è la depressione del paziente in inizio terapia tanto più bassa è l'alleanza in fase iniziale.

Inoltre, come è desumibile dai grafici, questa negativa correlazione, pur se presente fin dalla prima seduta, è massima (e statisticamente significativa, con r di Pearson rispettivamente a $-0,266$ e $-0,269$, e $p < 0,05$) solo in 4° e 5° seduta.

Successivamente essa si attenua fortemente e in 15° seduta l'effetto negativo sull'alleanza della depressione iniziale è più basso che non in 1° seduta.

Analogo andamento, sebbene meno marcato e mai significativo, ha la correlazione tra l'ansia in 1° seduta, misurata mediante la scala Zung-Ansia, e i successivi valori di alleanza (v. Figura 4).

Figura 4: Correlazione tra alleanza (WAI-P-Tot) e quadro sintomatico iniziale (1° seduta): depressione (BDI) e ansia (Zung A)

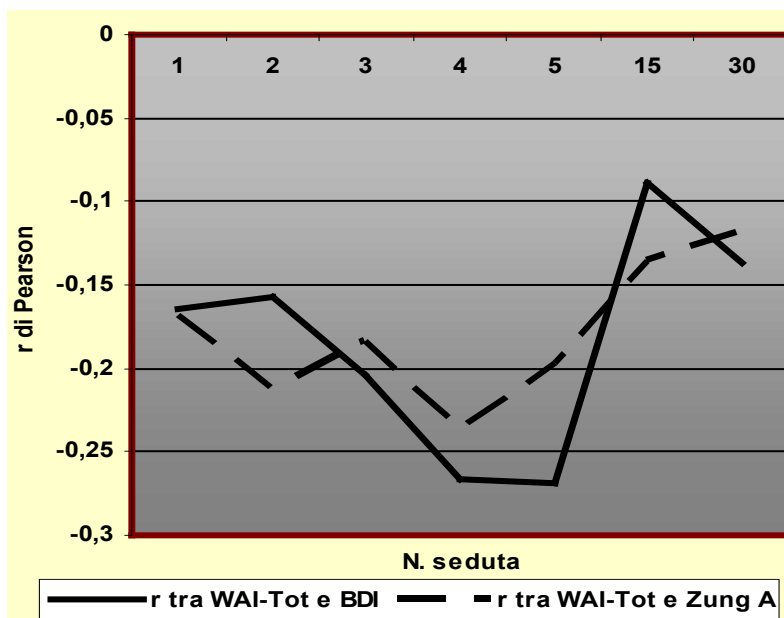
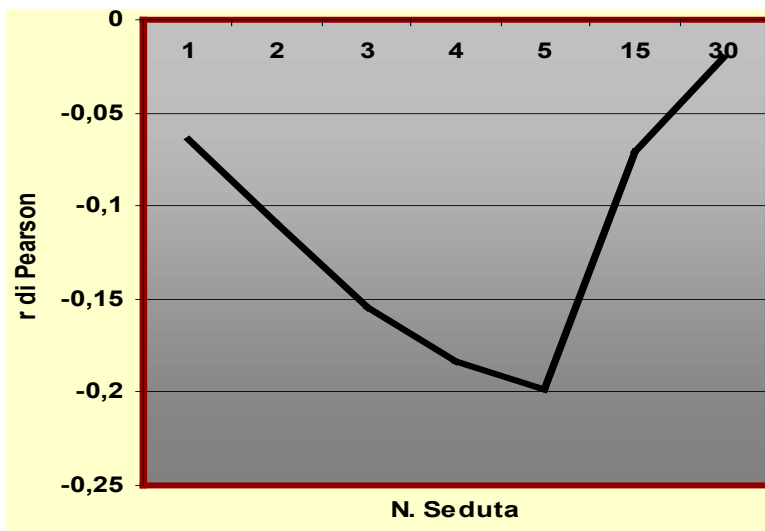


Figura 5: Correlazione tra alleanza (WAI-P-Tot) e livello di depressione (SCL90/Depressione) in 1° seduta



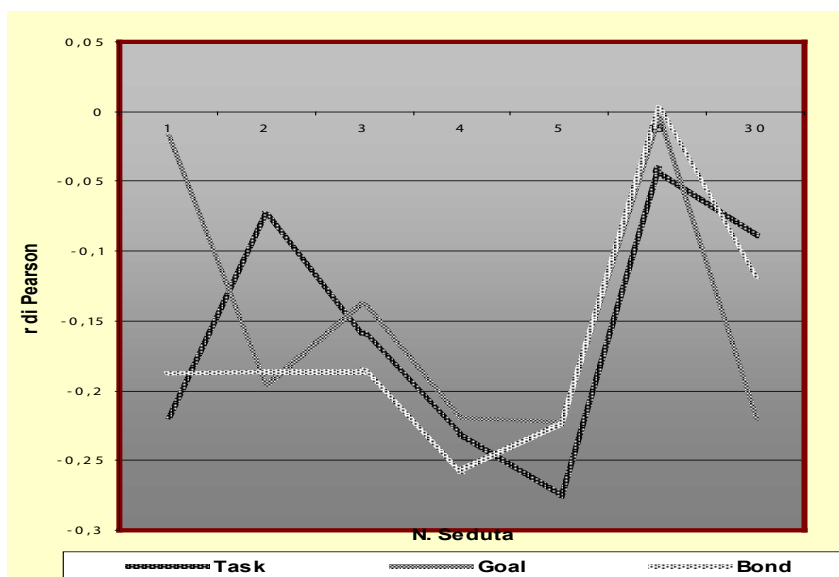
Possiamo dedurre che: a) quanto più sofferente è il paziente tanto più difficile è ottenerne l'alleanza; b) che la piena influenza dello stato sintomatico negativo iniziale sull'alleanza si esprime con latenza di 4-5 sedute, quasi che la sfiducia depressiva torni prepotentemente ad affermarsi dopo una primissima fase d'aspettativa positiva. Peraltro, va anche detto che l'influenza negativa della depressione sull'alleanza tende ad esaurirsi nell'arco di circa 15 sedute, anche se chi era più depresso in 1° seduta tende ad avere un minore vissuto d'alleanza anche a terapia più avanzata.

Influenza della condizione sintomatica iniziale sulle componenti dell'alleanza

Se ora esaminiamo (v. Figura 6) come le tre componenti dell'alleanza siano influenzate dall'intensità dello stato depressivo iniziale, la dimensione sintomatica più significativa tra le due esaminate, troviamo delle differenze rilevanti.

In primo luogo non vi è correlazione con il goal in 1° seduta, mentre ve n'è una nettamente negativa con Task e Bond: più i pazienti sono depressi meno essi concordano sulle procedure e meno sentono un legame affettivo con il terapeuta, già in prima seduta, tuttavia la condizione psicopatologica non impedisce loro di concordare con gli obiettivi generali della terapia. Forse questa specifica "insensibilità" iniziale di Goal alla depressione dei pazienti dipende dal fatto che in esordio di trattamento l'accordo sugli obiettivi è relativamente scontato.

Figura 6: Correlazione tra i tre fattori d'alleanza (WAI-P-Task, Goal e Bond) e la depressione iniziale (BDI 1° seduta)



Un'analogha buona adesione alle procedure indipendentemente dal grado di depressione iniziale si ha in 2° seduta. Poi tutte tre le componenti dell'alleanza si avviano verso una correlazione negativa con la depressione iniziale, che raggiunge il suo massimo in 4° e 5° seduta: qui il coefficiente r raggiunge la significatività statistica, per Bond in 4° e per Task in 5° seduta.

In questo processo di costruzione dell'alleanza la componente Bond ha un andamento particolare: essa è fin dalla 1° seduta in forte correlazione negativa con la depressione iniziale e tale resta fino in 5° seduta.

Sembra quindi che dopo alcune concordanze iniziali su obiettivi e procedure il paziente, quanto più è depresso, tanto meno si senta alleato col proprio terapeuta man mano che fa l'esperienza della terapia nelle prime cinque sedute. E che sia il legame affettivo la componente dell'alleanza che da subito e più fedelmente rispecchia i vissuti negativi dei pazienti circa la terapia e il terapeuta. La depressione iniziale quindi prima influenza negativamente il legame affettivo col terapeuta e subito dopo l'accordo sulle cose da fare in seduta e gli obiettivi.

Tuttavia, come già si è visto per l'alleanza totale, alla 15° seduta l'effetto della depressione iniziale dei pazienti è grandemente scemato al punto che tutte e tre le componenti e, soprattutto il legame affettivo, si sono svincolate dall'effetto dello stato sintomatico.

Si può affermare che qualcosa deve essere successo, nelle prime 15 sedute di terapia, che ha affrancato i pazienti dalle loro negative aspettative circa terapia e terapeuta.

Il terapeuta come fattore influente sull'alleanza

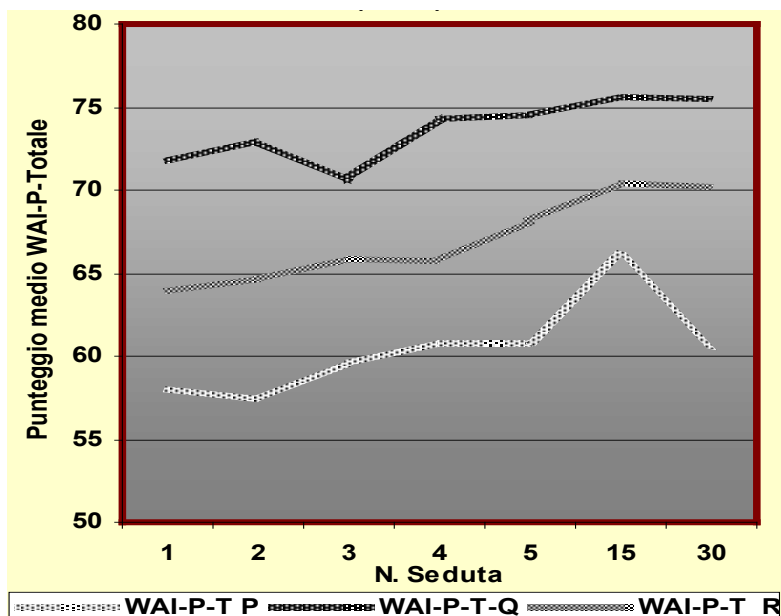
Dalla letteratura sappiamo che anche certe caratteristiche del terapeuta, preesistenti all'inizio della cura, influiscono sull'alleanza – e quindi sull'esito (Alberti 2004). Nella nostra realtà operativa non abbiamo potuto inserire indicatori riferibili alla personalità o all'esperienza dei terapeuti e tali misurazioni sarebbero state probabilmente di scarso rilievo dato il numero molto modesto di curanti, in tutto tre.

Abbiamo perciò pensato di considerare le eventuali differenze tra di loro rispetto ai parametri d'alleanza fin qui considerati, che sono stati quindi trattati alla stregua di indici di un diverso "effetto globale" attribuibile ad ogni terapeuta in funzione dei vissuti dei suoi stessi pazienti.

La Figura 7 mostra la differenza d'intensità e di andamento temporale dell'alleanza evocata dai tre terapeuti nei propri pazienti. Appare evidente che se l'andamento generale è sostanzialmente uguale e in crescita progressiva fino in 15° (Terapeuta P) e anche 30° seduta (Terapeuti Q ed R), nettamente e co-

erentemente diversa è l'intensità dell'alleanza evocata da ognuno: fin dall'inizio più alta quella dei pazienti di Q, intermedia quella di R e costantemente più bassa quella di P. I valori riportati sono le medie di gruppi di valori individuali tra i 21 e i 26, quindi certamente rappresentativi del "paziente medio" di ognuno dei tre terapeuti.

Figura 7: Andamento generale WAI-P-Totale dei tre terapeuti P(n=21), Q(n=26) ed R(n=26)



La Tabella 5 riporta le differenze tra le medie WAI-P-tot dei terapeuti nelle diverse sedute. E' evidente che nel loro andamento esse si differenziano significativamente, soprattutto quelle di Q ed R, oltre ovviamente a quelle di Q e P, che qui non sono comparate analiticamente ma che certamente sono significativamente diverse in tutte le sedute.

I tre terapeuti evocano quindi nei loro pazienti vissuti di alleanza, in fase iniziale, ben diversi per intensità. Ma va anche evidenziato che col progredire

delle terapie le differenze tendono a divenire prevalentemente non significative, a conferma del dato ispettivo di un avvicinamento tra i vissuti d'alleanza verso la 15° e poi 30° seduta.

Tabella 5: Differenze tra le medie WAI-P-tot dei tre terapeuti P, Q ed R alle sedute 1°-5°, 15° e 30°

Differenza punteggio WAI-totale tra terapeuta Q e terapeuta R								
seduta	1	2	3	4	5	15	30	
val. ass.	7,59	8,36	4,65	8,52	6,37	5,18	5,25	
t	2,528	3,161	1,516	9,336	2,292	1,823	1,294	
p	0,05	0,01	n.s.	0,01	0,05	n.s.	n.s.	
Differenza punteggio WAI-totale tra terapeuta R e terapeuta P								
seduta	1	2	3	4	5	15	30	
val. ass.	6,2	7,19	6,32	4,9	7,34	4,46	9,7	
t	1,765	2,520	1,864	1,434	2,453	1,400	1,713	
p	n.s.	0,05	n.s.	n.s.	0,05	n.s.	n.s.	

Una possibile spiegazione alternativa a quella di una differente evocazione di vissuti d'alleanza da parte dei terapeuti era quella che i pazienti fossero fin dall'inizio diversi e quindi pronti a sviluppare vissuti d'alleanza più o meno intensi anche a prescindere dai loro terapeuti. I dati disponibili offrivano un'unica possibilità di confrontare i tre gruppi di pazienti rispetto a caratteristiche precedenti la terapia, e cioè le loro caratteristiche sintomatologiche alla prima seduta. Tra le diverse scale abbiamo ritenuto che fosse da utilizzare, per il confronto tra i tre gruppi di pazienti, il Beck Depression Inventory, che si era già rivelato la misura più sensibile e più significativamente correlata all'alleanza.

Tabella 6: Confronto tra i tre gruppi di pazienti trattati dai tre terapeuti P, Q, R

Terapeuta	N. Pazienti	Media BDI 1°seduta
P	16	19,50
Q	23	16,956
R	26	18,769
Differenze		
P-Q= 0,869; t : n.s.		
P-R = 0,731; t : n.s.		
R-Q= 0,682; t : n.s.		

La Tabella 6 presenta i confronti tra le medie BDI dei pazienti dei tre gruppi riferibili ai loro tre terapeuti: nessuna delle tre differenze è significativa e, appare quindi impossibile attribuire alle modestissime differenze nella depressione iniziale le costanti e significative differenze tra i gruppi in termini d'alleanza.

Possiamo quindi concludere che i tre terapeuti tendono ad evocare nei propri pazienti vissuti d'alleanza di diversa intensità, coerenti nel tempo, e che queste risposte dei pazienti si attuano probabilmente secondo pattern caratteristici dei singoli terapeuti. In questa prospettiva acquistano rilevanza particolare gli andamenti delle componenti dell'alleanza.

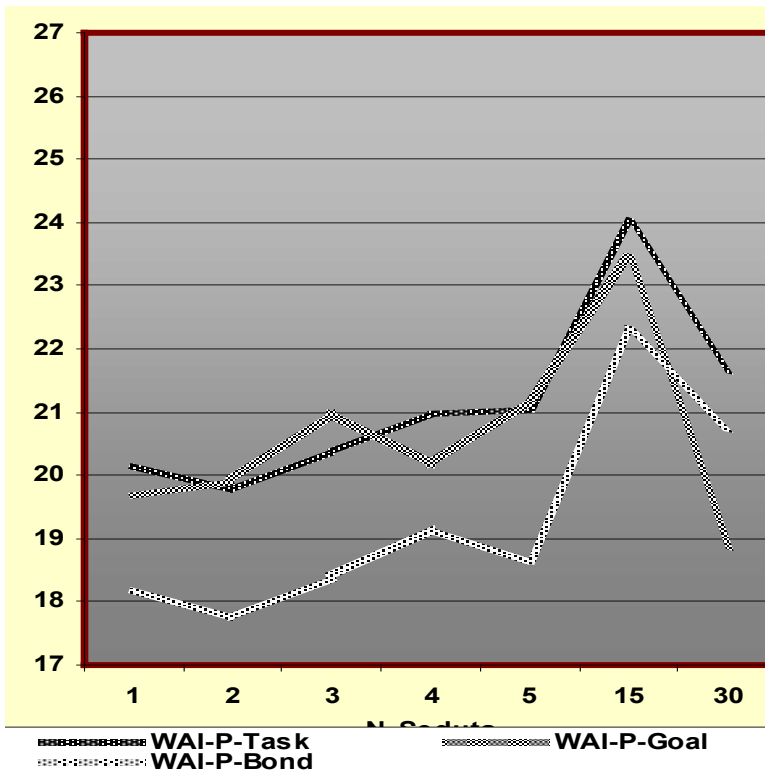
I terapeuti e le tre componenti del vissuto d'alleanza

Dalle Figure 8a, 8b e 8c appare molto evidente che oltre che per l'intensità dell'alleanza i tre terapeuti si differenziano per il diverso modo con cui ne attivano le tre componenti, Task, Goal e Bond.

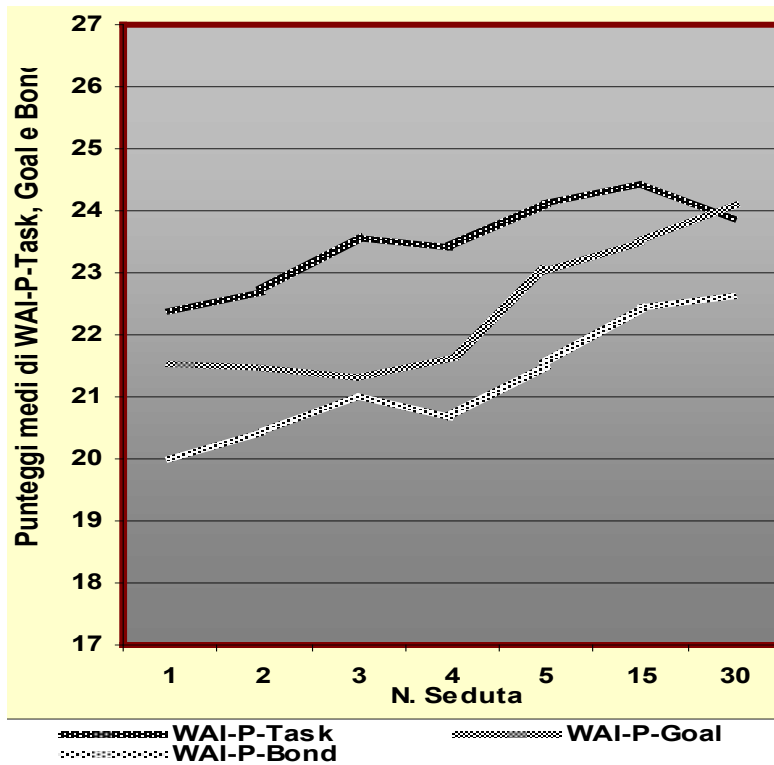
Il terapeuta Q (Figura 8c) attiva precocemente, simultaneamente e molto intensamente tutte e tre le componenti, Task, Goal e Bond, che hanno un

decorso embricato specie dalla 4° seduta in avanti. Q sembra cioè promuovere in fase iniziale e contemporaneamente sia l'accordo col paziente su ciò che si fa in terapia (Task), sia l'accordo sugli obiettivi a lungo termine (Goal), sia infine anche un legame affettivo intenso con i propri pazienti (Bond).

Figura 8a: Terapeuta P - Andamento di Task, Goal e Bond



All'estremo opposto, il terapeuta P (Figura 8a) attiva simultaneamente ma moderatamente Task e Goal, e alquanto scarsamente Bond, che si avvicina loro solo in 15° seduta. In altre parole, P promuove in fase iniziale principalmente l'accordo su ciò che si fa in terapia e sugli obiettivi, mentre crea solo in fase avanzata un legame affettivo coi propri pazienti, che si manifesta tangibilmente solo dopo la 5° seduta.

Figura 8b: Terapeuta R - Andamento di Task, Goal e Bond

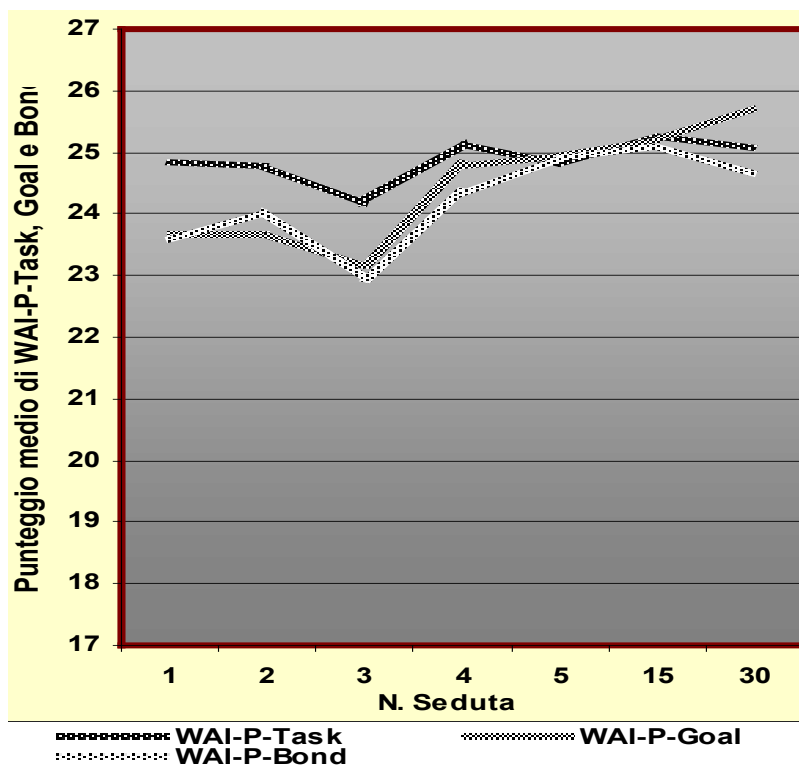
Il terapeuta R infine (Figura 8b) attiva precocemente e intensamente Task, moderatamente Goal e molto moderatamente Bond che, pur crescendo, resta sempre staccato da Task e Goal. Quindi, R promuove in fase iniziale l'accordo su cosa si fa in terapia e in fase più avanzata tanto l'accordo sugli obiettivi quanto un legame affettivo coi propri pazienti.

Crediamo di poter parlare di uno stile personale con cui i tre terapeuti costruiscono la relazione terapeutica, stile caratterizzato da alcuni parametri. In primo luogo la promozione del legame affettivo, su cui si divaricano Q da un lato e P ed R dall'altro. E poi, pur con minor evidenza, il distacco tra l'accordo sui compiti e l'accordo sugli obiettivi: mentre P, fermo restando il

basso legame affettivo iniziale, attiva in modo intrecciato l'accordo sui compiti e sugli obiettivi, R ed anche Q (pur con le differenze minori dettate dalla "compressione verso l'alto" di tutte e tre le componenti) stimolano primariamente l'accordo sui compiti più che quello sugli obiettivi. Un terzo parametro potrebbe essere quello della stretta embricatura tra l'attivazione di tutte e tre le componenti, che Q raggiunge prima degli altri due terapeuti, in 3°-4° seduta, mentre R e P la realizzano solo verso la 15°.

Naturalmente occorre qui sottolineare che le cause di questi diversi stili di costruzione dell'alleanza non sono necessariamente collocabili nel metodo psicoterapeutico o in altri aspetti tecnici, e che certamente, a parità di casistica, concorrono a determinarlo anche fattori riferibili alla personalità dei terapeuti.

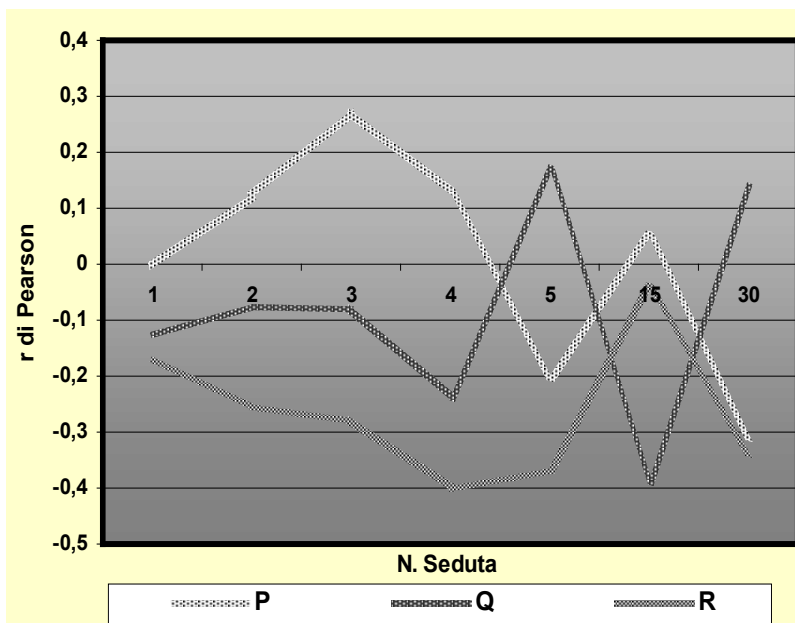
Figura 8c: Terapeuta Q - Andamento di Task, Goal e Bond



I terapeuti, l'alleanza evocata e la depressione iniziale dei pazienti

Appare a questo punto necessario approfondire se le due variabili che abbiamo trovato influenzare l'alleanza, lo stato sintomatologico iniziale e il terapeuta interagiscono tra loro. Si sono quindi calcolati i coefficienti di correlazione tra depressione iniziale (Beck DI) dei pazienti ed alleanza totale (WAI-P-totale) separatamente per i tre terapeuti. Purtroppo questa ulteriore frammentazione del pool dei dati, con la costituzione di gruppi di osservazioni troppo esigui, ha portato alla scomparsa di valori significativi. Nondimeno, la rappresentazione grafica (Figura 9) dell'andamento delle correlazioni permette di notare delle evidenti differenze tra i pazienti dei tre terapeuti.

Figura 9: Correlazione tra alleanza e condivisione sintomatica iniziale (BDI in 1° seduta) per i tre terapeuti P, Q ed R



Come è segnalato dalla prevalenza degli r negativi, nel loro complesso i terapeuti evocano minore alleanza se i pazienti sono più depressi. Ciò è evidente soprattutto per il terapeuta R.

Ma vi è un terapeuta, P, che mostra una tendenza opposta e cioè riesce a sviluppare tanto maggiore alleanza, quanto più i pazienti sono inizialmente depressi, come è evidente dagli *r* positivi che si trovano nelle sedute 2°, 3° e 4° di questo terapeuta. Sembra cioè che P riesca meglio degli altri due terapeuti ad evocare una sensazione d'alleanza con i pazienti più depressi.

Quanto si è appena visto su come P costruisce l'alleanza può aiutarci a formulare un'ipotesi esplicativa.

Poichè, diversamente da R e soprattutto da Q, P opera inizialmente principalmente promuovendo l'accordo su procedure e obiettivi, posponendo la creazione del legame affettivo, si può presumere che sia proprio questa rinuncia a stabilire precocemente un rapporto affettivo ciò che facilita i pazienti più depressi nell'aderire a una alleanza. L'essere per così dire esonerati da un investimento affettivo concreto, con le relative aspettative e responsabilità, e invece l'essere invitati ad agire insieme al terapeuta in una collaborazione operativa tesa a un obiettivo ancora vagamente definito, è probabilmente più accettabile per persone che hanno scarsa fiducia in se stesse, nella vita e nel futuro.

Discussione e conclusioni

Sulla base dell'assunto che, come emerge dalla letteratura (Alberti 2004), l'alleanza terapeutica sia il prodotto tanto di atteggiamenti e atti facilitatori del terapeuta quanto di fattori presenti a priori in questi e nel paziente, abbiamo esaminato alcuni di questi ultimi, lo stato sintomatico dei pazienti, nella fattispecie il loro livello di ansia e depressione alla prima seduta, e l'effetto globale esercitato dal terapeuta sull'alleanza.

Il primo dato emerso dalla nostra indagine è quello dell'influenza negativa svolta dalla condizione depressiva e ansiosa iniziale sull'alleanza che i pazienti svilupperanno con i loro terapeuti. Questo dato, specificamente riferito alla sintomatologia e alla sua gravità, è solo parzialmente concordante con la letteratura in quanto questa tende a privilegiare aspetti strutturali della personalità dei pazienti come fattori di alleanza, ad esempio lo stile di attaccamento, la capacità di buone relazioni oggettuali, il tipo di difese cui il paziente prevalentemente ricorre. Dal canto nostro non riusciamo a trovare

una spiegazione di questa relativa discordanza, se non nel fatto che se avessimo indagato più estesamente la personalità dei nostri pazienti sarebbero forse emerse correlazioni ancora più elevate con l'alleanza, le quali avrebbero riequilibrato il quadro nel senso già delineato in altre ricerche.

Peraltro, se diversi autori riconoscono alla condizione sintomatica, per lo più depressiva e ansiosa, un'influenza scarsa sull'alleanza (Gaston *et al.*, 1988; Horvath e Luborsky, 1993; Paivio e Bahr, 1998; Joyce e Piper, 1998), altri l'hanno trovata interferire con l'alleanza quando raggiunge una rilevante gravità (Eaton, Abeles e Gutfreund, 1988; Raue, Castonguay e Goldfried, 1993).

Dobbiamo quindi sottolineare che, sebbene nel nostro caso ci muoviamo complessivamente in un ambito di moderata gravità sintomatica, anche qui rileviamo un rapporto di proporzionalità inversa tra gravità sintomatica e alleanza.

D'altra parte, certi altri aspetti della correlazione tra depressione iniziale e successiva alleanza rendono plausibile il nostro dato: a) l'effetto solo iniziale seguito poi dal suo dissolversi col progredire della terapia, b) l'azione più intensa della depressione iniziale sul legame affettivo piuttosto che sulle altre due componenti, c) il differente sviluppo dell'alleanza dei più depressi a seconda del terapeuta. Crediamo perciò di poter dire che questa area meriterebbe ulteriori approfondimenti.

L'altro dato è quello della differente modalità di attivare vissuti di alleanza che hanno i tre terapeuti qui studiati. Ogni terapeuta evoca nei propri pazienti vissuti di alleanza tra loro diversi per intensità, per andamento temporale, per l'attivazione differenziata delle componenti dell'alleanza.

Ovviamente i nostri dati non permettono di parlare di un confronto nè tra metodi terapeutici nè tra personalità dei terapeuti, anche se in altra sede (Alberti *et al.* 2008a) abbiamo avanzato alcune ipotesi suscettibili di ricondurre le differenti alleanze promosse dai terapeuti a certi loro diversi modi di porsi verso i propri pazienti.

Ma questo svantaggio "campionario" può essere ribaltato in vantaggio se si considerano queste differenze come espressioni di un modo del tutto individuale di costruire la relazione e l'alleanza da parte dei singoli terapeuti. Di un terapeuta possiamo dire che riesce ad attivare tutte e tre le componenti simultaneamente e precocemente, di un altro che egli appare privilegiare una

moderata attivazione dell'accordo su procedure e obiettivi, posponendo la creazione del legame affettivo a fasi più avanzate della terapia. Del terzo che promuove l'accordo sulle procedure, ritardando sia l'accordo sugli obiettivi che la creazione del legame affettivo.

Ma questa potrebbe essere non solo una caratterizzazione del modo di creare l'alleanza da parte di ogni singolo, essa potrebbe aiutare a meglio comprendere quali tra questi, ed altri probabili, pattern possano meglio funzionare con l'un tipo o l'altro di paziente. Interessante ci appare una delle ultime tra le nostre osservazioni, e cioè che proprio quel terapeuta che tiene più basso il legame affettivo iniziale riesce a creare una migliore alleanza con i pazienti più depressi in inizio terapia, verosimilmente perchè li impegna meno attivamente sul piano di una reciprocità affettiva che i depressi più gravi tendono a rifuggire.

Ringraziamento

Gli autori ringraziano il Prof. A. O. Horvath per le informazioni gentilmente fornite in merito all'applicazione del questionario WAI.

Bibliografia

- Alberti G. G., Alfieri L., Rognoni F., Carozzi A., Omboni A. C. (2006), *La psicoterapia nel servizio pubblico e il problema dei pazienti difficili*, in: "Psichiatria Oggi", 19, pp. 21-28.
- Alberti G. G., Rognoni F., Alfieri L., Carozzi A., Martorano A., Ricchi L. (2008a), *Considerazioni sullo studio scientifico della psicoterapia (in margine a una ricerca sulle variazioni individuali dell'alleanza terapeutica)*, in corso di stampa su: "Atti del III Congresso Nazionale SEPI-Italia", Roma 18-20.4.2008.
- Alberti G. G., Rognoni F., Carozzi A., Alfieri L. (2008b), *Un servizio pubblico di psicoterapia: il Centro Distimie del DSM del San Carlo a due anni dal suo avvio*, in corso di stampa su: "Psichiatria Oggi".
- Beck A. T., Steer R. A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inven-*

- tory, The Psychological Corporation, San Antonio.
- Bordin E. S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in: "Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 16, pp. 252-260.
- Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. (1976) *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: preliminary report*, in: Guy W. (a cura di) *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Revised 1976*. DHEW Publication No. (ADM) pp. 76-338.
- Eaton T. T., Abeles N., Gutfreund M. J. (1988) *Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology*, in: "Psychotherapy", 25, pp. 536-542.
- Gaston L., Marmar C.R., Thompson I. W., Gallagher D. (1988) *Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 56, pp. 483-489.
- Hamilton M. (1959), *The assessment of anxiety states by rating*, in: "British J. Medical Psychology", 32, p. 50.
- Hamilton M. (1960), *A rating scale for depression*, in: "J. Neurology, Neurosurgery and Psychiatry", 23, p. 56.
- Horvath A. O. & Greenberg L. S. (1989), *Development and validation of the Working Alliance Inventory*, in: "J. Counseling Psychology", 36, pp. 223-233.
- Horvath A. O., Luborsky L. (1993), *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 61, pp. 561-573.
- Horvath A. O., Symonds B. D. (1991), *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*, in: "J. Counseling Psychology", 38, pp.139-149.
- Joyce A. S., Piper W. E. (1998), *Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy*, in: "J. Psychotherapy Practice. Research", 7, pp. 236-248.
- Martin D., Garske J. P., Davis M. K. (2000), *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 68, pp. 438-450.
- Miragoli P. (2007), *Report 2007 Sull'attività dei CPS. UOP 53 e 54*, Nucleo

- Valutazione Qualità, DSM AO San Carlo Borromeo.
- Mitchell S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge/London, trad. it. (1993), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Overall J. E. & Gorham D. R. (1962), *The Brief Psychiatric Rating Scale*, in: "Psychological Reports", 10, p. 799.
- Paivio S. C., Bahr L. M. (1998), *Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy*, in: "Psychotherapy Research", 8, Pp. 392-407,
- Piano regionale triennale per la salute mentale (2004), in: "Bollettino Ufficiale Regione Lombardia", n. 24, Secondo Supplemento Straordinario, 10.6.2004, pp. 3-40.
- Raue P. J., Castonguay L. G., Goldfried M. R. (1993), *The working alliance: a comparison of two therapies*, in: "Psychotherapy Research", 3, pp. 197-207.
- Shirk S. R., Karver M. (2003), *Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 71, pp. 452-464.
- Zung W. W. K. (1965), *A self-rating depression scale*, in: "Archives of General Psychiatry", 12, pp. 63-70.
- Zung W. W. K. (1971), *A rating instrument for anxiety disorders*, in: "Psychosomatics", 12, pp. 371-379.

LA DINAMICA DI FORMAZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA E L'ESITO A BREVE E MEDIO TERMINE¹

*Alberti G.G. *, Rognoni F.**, Carozzi A.**, Alfieri L.**,
Martorano A.**, Ricchi L.**, Martini S.***

Riassunto

In un centro pubblico di psicoterapia sono state esaminate 81 terapie in parte integrate con farmacoterapia, e condotte da tre terapeuti, due a orientamento dinamico e uno cognitivo-comportamentale, rispetto alla formazione dell'alleanza di lavoro, misurata mediante il Working Alliance Inventory a 12 items, nel corso delle prime 5 sedute.

L'esito terapeutico in 15° e 30° seduta è stato misurato con le scale Hamilton Ansia e Depressione, Zung Ansia e Depressione, Beck Depression Inventory, SCL-90, BPRS.

Alla 15° e alla 30° seduta i punteggi sintomatologici sono risultati calare rispettivamente del 25% e 31% circa.

L'entità dell'esito così misurato correla significativamente con il punteggio medio WAI totale rilevato in 1° seduta e poi in 4° e 5° seduta, sì che è possibile parlare di una predittività bimodale dell'esito a partire dall'alleanza precoce. Sono discusse possibili interpretazioni di tale doppia predizione dell'esito.

Rispetto alle tre componenti del WAI si è evidenziato che il più precoce e stabile predittore significativo dell'esito è la componente Bond, che misura il legame affettivo che il paziente avverte con il terapeuta, mentre la compo-

¹ Il presente lavoro è stato presentato al Congresso SPR-Italia di Modena - 26, 27, 28 settembre 2008.

* Professore AC Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi, Milano. Studio Medico di Psicoterapia, Milano.

** Centro Distimie, AO San Carlo Borromeo, Milano.

nente Task, accordo sui compiti in terapia, diventa predittiva dell'esito solo in 5° seduta. Minore è il ruolo svolto dalla componente Goal.

L'esame dell'esito evidenzia anche una differenza modestamente significativa tra i pazienti dei tre terapeuti. Il terapeuta i cui pazienti hanno la maggiore riduzione del punteggio della depressione (BDI) evoca più degli altri due tutte e tre le componenti WAI fin dalla prima seduta di terapia.

Con riferimento all'osservazione, riportata in letteratura, della correlazione positiva tra andamento a U del punteggio iniziale WAI e outcome, si sono calcolate le correlazioni tra la deviazione standard dei punteggi WAI iniziali con i punteggi BDI, Zung-Depressione e Zung-Ansia. Nessuna delle correlazioni così calcolate è risultata significativa.

Parole chiave: Alleanza terapeutica, Working Alliance Inventory, Predittori d'esito, Fattori d'alleanza.

Summary

81 psychotherapies, partly combined with pharmacotherapy and conducted in a public general hospital facility by three therapists - one cognitive-behaviorally and two psychodynamically oriented - have been studied in the process of alliance development, measured by the Working Alliance Inventory 12 items patient version, which was administered to patients at the end of the first five sessions.

Therapeutic outcome was measured at session 15 and 30 with the following scales: Hamilton Anxiety and Depression Scales, Zung Anxiety and Depression Scales, Beck Depression Inventory, SCL-90, BPRS.

At session 15 and 30 the symptomatic scores had decreased respectively by about 25% and 31%. This symptomatic decrease significantly correlates with the average WAI total score as measured in session 1 and then in sessions 4 and 5. It is so possible to speak of a bimodal predictivity of initial alliance. Some possible interpretations of that bimodal predictivity are discussed.

As regards the three WAI components, evidence shows that the most early, stable and significant outcome predictor is Bond, measuring the affective bond between patient and therapist, while Task, i.e. agreement about

sessions tasks, reaches outcome predictivity only by session 5. A minor role is played by the Goal component.

Outcome measures also show a moderately significant difference between the three therapists' patients. The therapist whose patients show the highest decrease in depression score (BDI) activates more than the other two all the three WAI components already by the first therapy session.

With reference to the positive correlation between an U-form course of initial alliance and better outcome, as mentioned in the literature, correlations between initial WAI scores standard deviations and outcome scores (BDI, Zung Depression and Zung Anxiety) have been calculated. None of these correlations have been found significant.

Key words: Therapeutic alliance, Working Alliance Inventory, Outcome predictors, Alliance factors

La dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica e l'esito a breve e medio termine

Introduzione

Il rapporto tra alleanza terapeutica ed esito psicoterapeutico è un dato empirico ormai ampiamente acquisito: almeno tre meta-analisi attestano di questa correlazione (Horvath e Symonds, 1991; Martin Gaske e Davis, 2000; Shirk e Karver, 2003), ed hanno dimostrato una correlazione significativa positiva tra alleanza precoce e esito a lungo termine.

Questo dato correlativo diacronico, per cui a buona alleanza iniziale si accompagna, in fase più avanzata o a fine terapia, un buon esito, è stato interpretato principalmente come dimostrazione del potere predittivo dell'alleanza rispetto all'esito. Tuttavia il meccanismo con cui la buona alleanza iniziale si traduce in un migliore esito resta poco chiaro, sia per ragioni epistemologiche - il dato correlativo non spiega un meccanismo causale ma si limita a dimostrare una concomitanza -, sia anche perchè non sembra ancora chiarito cosa intercorra tra alleanza iniziale ed esito, quale sia la catena di eventi e fatti che dall'una porta all'altro.

Ad oggi sono state espresse sostanzialmente due posizioni diverse sul rapporto tra alleanza ed esito.

Secondo la prima, la sola elevata alleanza, cioè la buona relazione col terapeuta, agisce di per sé terapeuticamente e promuove il cambiamento del paziente anche in assenza di interventi più specifici (Henry *et al.*, 1994; Martin *et al.*, 2000). Appare ovvio che in questa prospettiva, affinché l'esito sia positivo l'alleanza deve necessariamente mantenersi elevata per tutta la durata della terapia, o almeno fino a un punto intermedio ma essenziale perché si avvii un cambiamento che si autoperpetua.

Vanno in questa direzione le ricerche secondo cui requisiti sufficienti per il buon esito sono certi atteggiamenti del terapeuta che sono rivolti solo o quasi solo a promuovere un buon rapporto col paziente. Ricerche come quelle di Rogers (1957) e poi del gruppo di Truax (Truax 1963; Truax *et al.* 1965, 1966a, 1966b) portano elementi in favore di questa tesi, così come anche più recenti ricerche sulle terapie supportive (Hellerstein *et al.* 1998) che attribuiscono rilevanza centrale alla promozione di un buon rapporto col paziente.

Tuttavia, se consideriamo quali siano le conseguenze, per il paziente, di tipici atteggiamenti favorevoli la buona relazione, quali l'empatia o la considerazione positiva, troviamo che essi, oltre a promuovere un buon rapporto, attivano nel paziente processi mentali ed emozionali e apprendimenti che appaiono essenziali ai fini del cambiamento: tra questi ad esempio l'attività autoesplorativa, l'abbondanza e la tempestività dell'eloquio, (Truax *et al.* 1965, 1966a, 1966b, Tourney *et al.* 1966; Staples e Sloane 1976).

Un'analogha ampiezza d'azione troviamo per la supportività, che si manifesta non solo nel creare un buon rapporto ma anche nell'aiutare il paziente a risolvere problemi (tramite una funzione detta anche di "Io ausiliario") e soprattutto nel fargli imparare, più o meno esplicitamente, a risolverli da sé.

Infine, è ormai acquisito, grazie alle ricerche di Safran e Muran (2000) che l'alleanza, anche se inizialmente buona, non resta tale per tutta la terapia, e che gran parte del lavoro terapeutico consiste nel ripristinarla e soprattutto nel mettere a frutto la riparazione delle crisi d'alleanza ai fini di una crescita nella consapevolezza, nell'esperienza ed espressione emotiva, nell'apprendimento di nuovi modi d'interagire e agire.

Secondo l'altra posizione l'alleanza non funziona direttamente e da sola in quanto fattore terapeutico, ma agisce positivamente in quanto interagendo

con altri interventi terapeutici ne facilita l'azione, fungendo quindi da condizione necessaria ma non sufficiente a determinare il risultato terapeutico (Martin *et al.* 2000; Alberti 2004).

Vanno in questa direzione quelle ricerche secondo cui determinate procedure terapeutiche, come ad esempio le interpretazioni del transfert, notoriamente ansiogene (McCullough *et al.* 1991; Milbrath *et al.* 1999; Bond *et al.* 1998; Banon *et al.* 2001; Piper *et al.* 1991; Ogrodniczuk *et al.* 1999; Connolly *et al.* 1999), possono essere meglio accettate dal paziente se iscritte in un rapporto di buona alleanza, in un'atmosfera calda e empatica (Gabbard *et al.* 1994; Bond, Banon e Grenier 1998; Banon, Evan-Grenier e Bond, 2001). E un discorso analogo può essere fatto per procedure ansiogene di altra matrice teorica, come la promozione dell'esposizione a situazioni evitate, che richiedono da parte del terapeuta cognitivo-comportamentale una forte promozione di alleanza, come dimostrato da Raue *et al.* (1993).

E' quindi più plausibile che la buona alleanza iniziale funga da facilitatore di procedure più specificamente indirizzate verso i nuclei patogenetici e che sebbene essa debba essere reiteratamente promossa e magari utilizzata per far fare al paziente esperienze correttive, essa sia predittiva dell'esito in quanto predittrice di se stessa nelle fasi più avanzate della terapia, e quindi della sua funzione di costante facilitazione dell'azione di altre procedure.

La ricerca

In questa cornice teorica va collocata la presente ricerca, la seconda di due (per la prima, dedicata alla dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica, si veda Alberti *et al.* 2008c) condotte su 81 psicoterapie effettuate da tre psicoterapeuti – due a orientamento psicoanalitico e uno cognitivo-comportamentale - operanti nel Centro Distimie (CD) dell'AO San Carlo B. di Milano, una struttura ambulatoriale autorizzata dalla Regione Lombardia come "iniziativa innovativa" e da essa finanziata per un triennio a partire dalla fine del 2005. Il CD ha la mission di rispondere al bisogno di psicoterapia di una categoria di pazienti per cui il servizio psichiatrico tradizionale non sembra una valida opzione in quanto pazienti affetti da disturbi depressivi medio-lievi che tendono per diversi motivi a non ricorrere alle prestazioni

dei centri psichiatrici territoriali, i CPS (Alberti *et al.* 2006, Miragoli 2007, Alberti *et al.* 2008a).

Per una descrizione più dettagliata del Centro rimandiamo al precedente lavoro (Alberti *et al.* 2008c). Qui ci limitiamo a ricordare la struttura dell'apparato misurativo, sostanzialmente articolato in una batteria sintomatologica (comprendente le scale: Hamilton Ansia e Depressione, Beck Depression Inventory, Zung Ansia e Depressione, Brief Psychiatric Rating Scale, Symptom Check List 90) che veniva somministrata alle sedute 1°, 15°, 30° e 45°, oltre che a fine terapia, e in una misurazione dell'alleanza terapeutica, effettuata mediante il Working Alliance Inventory (Horvath e Greenberg 1989) - versione a 12 items, per il paziente - alle sedute 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 15°, 30°, 45° e a fine terapia.

Questa ricerca ha lo scopo di esplorare l'area della correlazione tra alleanza iniziale (misurata mediante WAI alle prime cinque sedute) e l'esito alla 15° e alla 30° seduta, e più specificamente di rispondere ai seguenti tre quesiti:

- 1) se vi siano differenze nella capacità predittiva delle misure d'alleanza fatte in diverse sedute iniziali e eventualmente in quale di queste sedute si collochi la misurazione più predittiva degli esiti;
- 2) quale delle componenti dell'alleanza iniziale meglio predica l'esito: WAI-Task, WAI-Bond o WAI-Goal;
- 3) quale estensione temporale abbia la previsione fatta sulla base del WAI in una delle prime cinque sedute.

Crediamo che in base alle risposte potremo meglio caratterizzare il ruolo dell'alleanza nel prodursi del risultato terapeutico.

Risultati

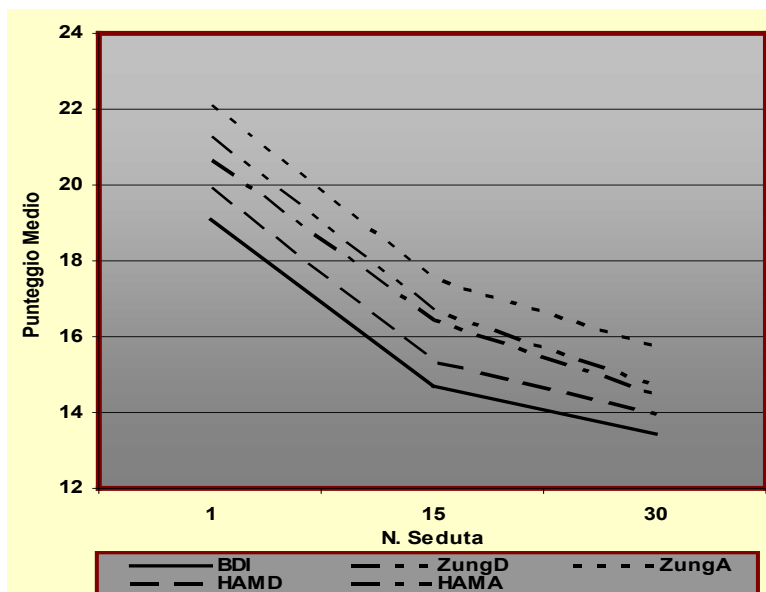
Gli esiti in 15° e 30° seduta

Come si desume dalle Figure 1 e 2 tutte le misure applicate attestano di un calo evidente della relativa sintomatologia. Di maggior entità appare la diminuzione dei punteggi di depressione e ansia, le aree per così dire

“target” del nostro tipo di intervento psicoterapeutico, sia secondo le scale autosomministrate (BDI, Zung, SCL90) che secondo le eterosomministrate (Hamilton).

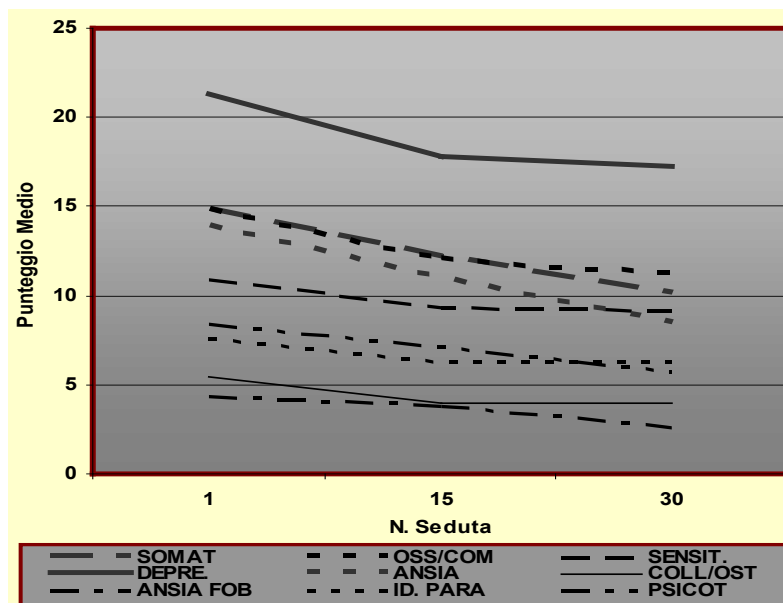
Una minore risposta alla terapia è rilevabile per dimensioni sintomatologiche, misurate dall'SCL 90, da un lato neuroticamente più strutturate come ossessività e ansia fobica, dall'altro di maggior gravità psicopatologica quali l'ideazione paranoide, e lo psicoticismo.

Figura 1: Andamento tra 1° e 30° seduta di scale per depressione e ansia auto- ed etero-somministrate



Un elemento evidente e da rilevare è che la diminuzione sintomatica è maggiore nelle prime 15 sedute, arrivando a -25% circa, e che essa persiste, ma in misura attenuata - arrivando a -31% circa - nelle successive 15 sedute, cioè fino alla 30°.

Figura 2: Andamento tra 1° e 30° seduta delle scale parziali SCL90



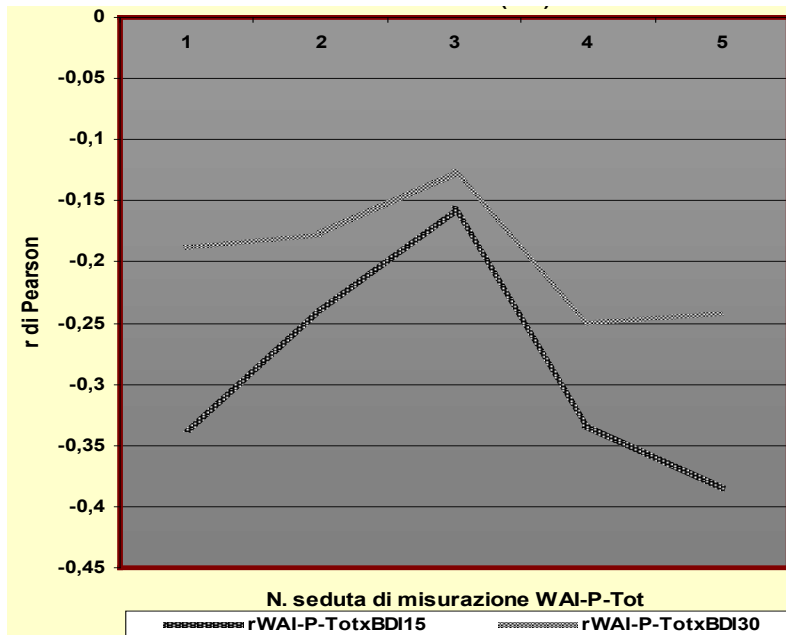
La previsione degli esiti in 15° e 30° seduta in base al punteggio WAI totale

La Figura 3 mostra i coefficienti di correlazione (r di Pearson) riferiti al punteggio medio di depressione (BDI), rilevato rispettivamente in 15° seduta e in 30° seduta, a partire dai punteggi WAI-P-Tot misurati nelle prime cinque sedute.

Appare evidente che le correlazioni con la depressione successiva sono massime a partire dai WAI di 1°, 4° e soprattutto 5° seduta, mentre le correlazioni dei WAI di 2° e 3° seduta hanno modesta rilevanza.

Questo andamento bimodale delle correlazioni vale sia per i punteggi di depressione in 15° sia per quelli in 30° seduta, con l'unica differenza che le correlazioni a distanza di 30 sedute non raggiungono le significatività statistiche mentre quelle a distanza di 15 sedute lo sono a livello di $p=0,05$: WAI in 1° con $r=-0,337$, in 4° con $r=-0,333$ e in 5° seduta con $r=0,386$.

Figura 3: Correlazioni (r) tra intensità alleanza iniziale (Punteggio WAI-P-Totale 1°-5° seduta) e depressione in 15° e 30° seduta (BDI)



Questi dati dimostrano da un lato che il punteggio di alleanza precoce permette di prevedere l'esito alla 15° seduta in misura significativa. Dall'altro che, il potere predittivo dei punteggi di alleanza precoce, pur mantenendo una struttura identica (massimi in 1° e 4-5° seduta), si riduce con l'allontanarsi nel tempo della condizione sintomatica prevista. Su questo attenuarsi della predittività torneremo più avanti.

Per non appesantire l'esposizione ci limitiamo a riferire che anche un'altra misura di depressione applicata in 15° e 30° seduta, la scala Zung Depressione, si è rivelata correlare negativamente con il punteggio WAI-P-tot iniziale, come anche la scala Zung Ansia, anche se con valori inferiori. In questa casistica quindi la depressione risulta l'aspetto sintomatico meglio prevedibile in base all'intensità dell'alleanza percepita inizialmente dai pazienti.

Tuttavia, i dati dicono anche una seconda cosa, e cioè che la previsione è significativa sia dalla 1° seduta che dalla 4° e 5°, ma non dalla 2° e 3°. Curiosamente la predittività dell'alleanza precoce non cresce progressivamente tra la 1° e la 5° seduta, ma ha una netta caduta a metà della fase iniziale della terapia. Le misurazioni d'alleanza fatte in 2° e 3° seduta sono infatti sostanzialmente non predittive della depressione non solo in 30° ma anche in 15° seduta.

Questa bimodalità delle correlazioni WAI-P-tot rispetto ai successivi punteggi di depressione merita una riflessione che si collega con un problema metodologico di fondo della ricerca sulla predittività dell'esito da parte dell'alleanza: affinché la previsione sia veramente tale è necessario escludere che l'alleanza misurata non sia influenzata da un esito anche iniziale e parziale della terapia stessa. In questo caso infatti la correlazione si trasformerebbe in quella tra due diverse misure dell'esito, l'una esplicita e l'altra sub specie d'alleanza.

Pertanto la misurazione dell'alleanza deve essere quanto più precoce possibile. Ma è altrettanto vero che, se l'alleanza risulta dalle primissime transazioni tra paziente e terapeuta, cioè da un reciproco sondarsi e testarsi, la misurazione deve avvenire dopo un certo tempo, la cui definizione non è del tutto chiara. Crediamo però che già alla fine della prima seduta si possa pensare che un'intesa su cosa fare per andare dove sia abbozzata nella mente del paziente, e forse anche una sensazione di gradimento o meno dell'avere a che fare con quel particolare terapeuta.

In fase più avanzata, ed anche in 5° seduta, è invece presumibile che già alcuni atti specifici, per esempio qualche riflessione di stato emotivo, qualche interpretazione di atteggiamento difensivo, qualche consiglio di rilevanza interpersonale, siano stati compiuti dal terapeuta, sì che il vissuto del paziente rifletterà già dei cambiamenti iniziali dovuti alla terapia.

Trovandoci quindi davanti a due dati correlativi, quello della 1° e quelli più avanzati della 4° e 5° seduta, dobbiamo ritenere che la previsione più autentica, cioè meno "falsata" da un risultato iniziale dell'azione terapeutica, sia quella della 1° seduta. Per contro è probabile che la previsione di 4° e 5° seduta sia determinata, come testè suggerito, almeno in parte anche da un primo risultato dell'azione terapeutica.

È quindi possibile che la diversa predittività del WAI nelle due fasi di inizio terapia si spieghi con diversi meccanismi interpersonali: nel WAI di 1°

seduta si esprime quasi solo l'accoglienza più o meno empatica ricevuta dal paziente, con la conseguente evocazione di speranza e motivazione del paziente a impegnarsi; nel WAI di 2°-3° seduta si riflette invece probabilmente una negoziazione, con frustrazioni e incertezze, reazioni negative e anche più accentuata variabilità tra i pazienti, da cui anche la minore predittività WAI; nel WAI di 4°-5° seduta si manifesta infine la diretta e ripetuta esperienza che il paziente ha fatto del terapeuta e del suo modo di lavorare.

Una riflessione merita anche il calo della predittività con l'aumento della distanza temporale della misura WAI dal momento in cui viene misurata la sintomaticità, e segnatamente la depressione, del paziente in terapia. Sebbene la minor numerosità delle misurazioni di depressione (29 rispetto alle 44 della 15° seduta) contribuisca verosimilmente ad abbassare la correlazione, è possibile anche che la predittività cali in ragione di un'attenuazione nel corso del tempo dell'effetto della buona alleanza sull'esito. In questo caso si può ritenere che l'azione di una buona alleanza espliciti il proprio effetto entro un orizzonte temporale di 10-20 sedute, dopo di che esso subirebbe una progressiva attenuazione.

Una tale attenuazione confermerebbe il secondo dei due meccanismi delineati in introduzione circa l'azione pro-terapeutica della buona alleanza, e cioè quello per cui l'alleanza serve a facilitare altri processi terapeutici, fondati su procedure specifiche che essa rende possibili.

La predittività delle tre componenti del WAI

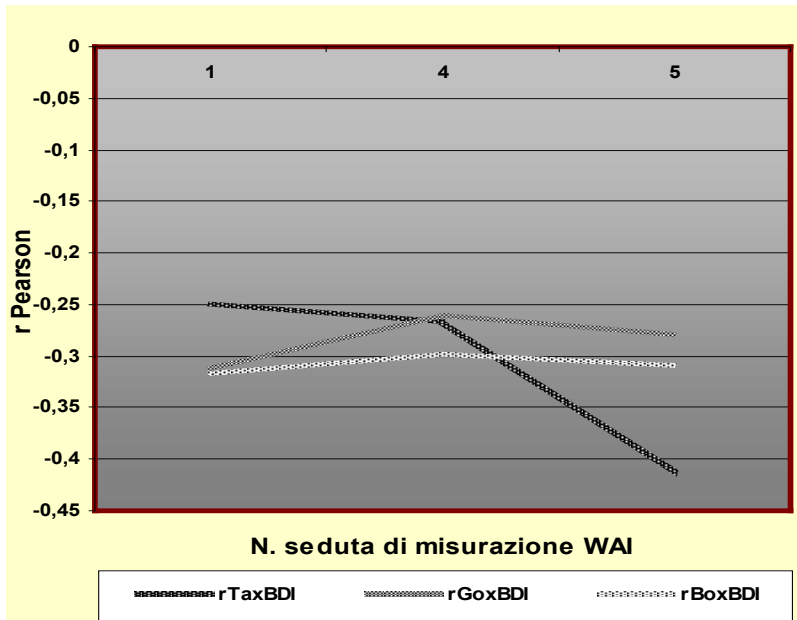
Dalla Figura 4 desumiamo che le tre componenti del WAI hanno una predittività diversa nella sua struttura temporale.

Un buon legame affettivo (Bond) tra paziente e terapeuta predice significativamente un buon esito fin dalla 1° seduta e resta altamente predittivo di buon esito fino alla 5° seduta.

L'accordo sugli obiettivi (Goal) è significativamente predittivo di buon esito solo in 1° seduta, e poi perde questo potere.

L'accordo sulle cose che si fanno in terapia (Task) è inizialmente poco predittivo, ma cresce progressivamente per cui in 5° seduta è il predittore significativo di buon esito più potente dei tre.

Figura 4: Andamento delle correlazioni tra i fattori WAI (Task, Goal e Bond, misurati alle sedute 1°, 4° e 5°) e l'intensità della depressione in 15° seduta (BDI)



La Tabella 1 ci aiuta a meglio interpretare la Figura 5 in quanto ci fornisce la probabilità dei valori r di correlazione del WAI con la depressione in 15° seduta.

Risulta particolarmente bene evidente la costante significatività degli r per Bond, fin dalla 1° seduta, e poi in 4° e 5°: a parte la zona centrale (2° e 3° seduta) della fase iniziale della terapia, quella che abbiamo pocanzi denominato della negoziazione, Bond è sempre fortemente predittivo della depressione in 15° seduta.

Diverso è l'andamento di Goal, che risulta significativamente predittivo solo in 1° seduta per poi scendere a livelli di irrilevanza. E ancora diverso è quello di Task, che in fino in 4° seduta è non significativamente predittivo, mentre lo diventa molto fortemente in 5°.

Tabella 1: Correlazioni tra le componenti Task, Goal e Bond e il livello di depressione (BDI) in 15° seduta, in rapporto alla seduta iniziale di misurazione

Seduta di misurazione:	1°	4°	5°
r WAITask x BDI-15	-0,249	-0,266	-0,414*
r WAIGoal x BDI-15	-0,311 *	-0,26	-0,279
r WAIBond x BDI-15	-0,316 *	-0,297*	-0,308*

* significativo ($p < 0,05$)

Sembra quindi che per un miglioramento clinico si richieda una iniziabilissima adesione del paziente all'obiettivo prospettato - adesione che diventa poi relativamente irrilevante - e nel contempo un rapporto affettivo, di fiducia, simpatia, sensazione di piacere, altrettanto intenso, che possa instaurarsi sulla base delle primissime transazioni col terapeuta e che deve restare fondamentalmente stabile nel tempo anche se si riduce nella successiva fase della negoziazione, quando la predittività dell'alleanza sul futuro esito praticamente scompare.

Il legame affettivo riappare in 4° seduta e subito dopo, in 5° seduta gli si associa il Task, l'accordo su ciò che si fa in seduta, il quale può instaurarsi verosimilmente solo se il soggetto ha fatto delle esperienze concrete col terapeuta.

Questa ricostruzione del processo di formazione dell'alleanza e poi del suo rapporto con l'esito può essere ulteriormente elaborata. Si può ipotizzare che i tre fattori oltre a seguire una propria dinamica interna, interagiscano anche tra loro. Possiamo ad esempio ipotizzare che un alto Goal iniziale sia una precondizione, insieme ad altre, per un alto Bond, e che poi resti per così dire "acquisito" divenendo secondario rispetto al legame affettivo e poi al Task. Questo peraltro, che come s'è visto richiede tempo per divenire predittivo d'esito, può instaurarsi solo se il buon legame affettivo favorisce la continuazione della fase iniziale della terapia, permettendo quindi che il paziente faccia quell'esperienza diretta del modo di lavorare in terapia che gli permetterà di aderire alla collaborazione col terapeuta anche su questo piano.

Sembra quindi che il buon esito richieda fin dal suo inizio un buon legame affettivo tra paziente e terapeuta, favorito dall'adesione all'obiettivo

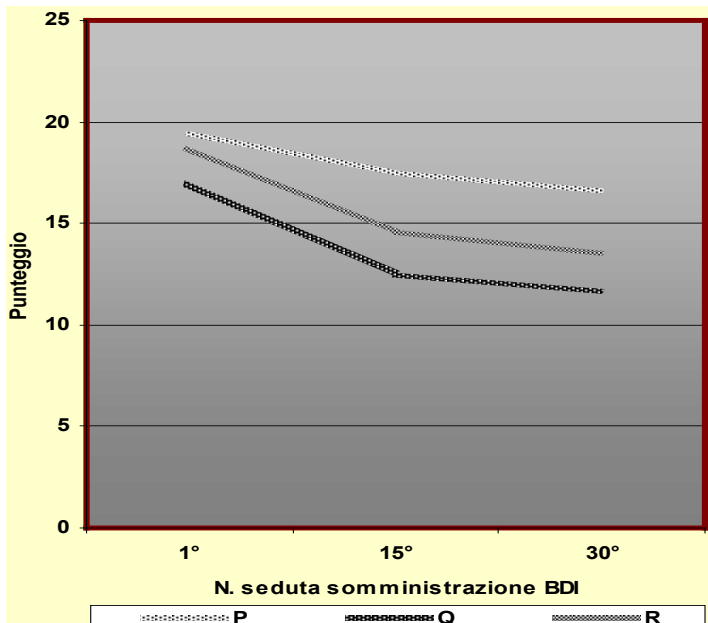
prospettato, e che solo su questa base si formi, nel tempo di circa cinque sedute, l'accordo sulle procedure terapeutiche e sul lavoro in seduta.

La predittività delle componenti dell'alleanza iniziale nei pazienti dei tre terapeuti

Nel precedente nostro lavoro su questa stessa casistica, dedicato alla formazione dell'alleanza (Alberti *et al.* 2008c) si è dimostrato che il terapeuta è un fattore importante nel determinare diverse dinamiche di formazione dell'alleanza. E' pertanto interessante verificare se un analogo effetto terapeuta possa riscontrarsi anche nella predittività dell'esito, ed anche con riferimento alle tre componenti dell'alleanza.

La Figura 5 mostra come i trattamenti dei tre terapeuti comportino in media un calo progressivo del punteggio di depressione al Beck DI. E' altresì evidente che la pendenza delle tre curve è diversa.

Figura 5: Andamento della depressione (BDI) tra 1° e 30° seduta per i tre terapeuti, P, Q, R



Il calo del punteggio depressione dei pazienti di P è meno ripido di quello dei pazienti di R e soprattutto di Q. Tuttavia una differenza significativa tra la media BDI dei pazienti di P e Q viene raggiunta solo in 30° seduta, e con un valore di t al limite della p di 0,05 (Differenza P-Q a 30° seduta = 4,965, $t=2,090$, $p<0,05$). Infatti, ancora in 15° quella stessa differenza è non significativa (Differenza P-Q=5, $t=1,863$, $0,10>p>0,05$).

È quindi con notevole latenza che la differenza iniziale tra i terapeuti rispetto al punteggio di alleanza (v. Alberti *et al.* 2008c) si traduce in una differenza nel calo della depressione dei pazienti. Ma questo andamento conferma, focalizzandola sul singolo terapeuta, il dato acquisito secondo cui quanto migliore è l'alleanza iniziale tanto migliore è l'esito terapeutico.

È possibile che la conoscenza di come i tre terapeuti attivano le tre componenti dell'alleanza ci aiuti a comprendere questa, pur modesta, differenza di esito?

Tabella 2: Correlazioni (r) tra i punteggi Task, Goal e Bond dei pazienti dei tre terapeuti P, Q ed R, misurati nelle sedute

N. Seduta misurazione WAI	1°	4°	5°
Task P: r Ta x BDI15	-0,242	0,086	-0,407
Task Q: r Ta x BDI15	-0,417°	-0,290	-0,322
Task R: r Ta x BDI15	0,196	-0,294	-0,322
Goal P: r Go x BDI15	-0,090	0,232	0,032
Goal Q: r Go x BDI15	-0,387°	-0,044	-0,111
Goal R: r Go x BDI15	-0,175	-0,478°	-0,450*
Bond P: r Bo x BDI15	-0,325	-0,146	-0,267
Bond Q: r Bo x BDI15	-0,487*	-0,391°	-0,236
Bond R: r Bo x BDI15	0,102	-0,035	-0,106

1°, 4° e 5°, e i punteggi di depressione (BDI) in 15° seduta

° $0,10>p>0,05$ * $p<0,05$

La Tabella 2 riporta le correlazioni tra i punteggi delle tre componenti dell'alleanza evocate dai tre terapeuti nei propri pazienti e il punteggio di depressione di quegli stessi pazienti alla 15° seduta. Oltre alla netta prevalenza dei valori negativi, in coerenza con la tendenza generale già vista, si nota che in maggioranza i valori di r sono non significativi. Ciò è certo dovuto alla forte riduzione della numerosità delle osservazioni in ogni sottogruppo, a seguito della spinta frammentazione del pool dei dati. Perciò abbiamo evidenziato anche valori di probabilità non propriamente significativi, e cioè quelli in cui p è tra 0,10 e 0,05. Ma qualche osservazione è possibile.

La prima è che il terapeuta Q, quello dei tre che ha promosso la più alta alleanza iniziale favorendo la maggior diminuzione del punteggio di depressione alla 15° e alla 30° seduta, mobilita più degli altri anche tutte e tre le componenti WAI, principalmente Bond (r significativo con $p \leq 0,05$), ma anche Task e Goal, e già in prima seduta.

Gli altri due terapeuti hanno valori correlativi in crescita andando dalla 1° alla 4° e poi 5° seduta: essi quindi mobilitano l'alleanza dei propri pazienti con maggior lentezza, e comunque non raggiungono valori significativi se non nel caso di R con Goal. In effetti anche questo andamento di R rispecchia la maggior efficacia del suo intervento sui sintomi depressivi alle sedute 15° e 30° rispetto a P.

Possiamo quindi dire che un'alleanza predittiva, e verosimilmente causata, di un buon risultato terapeutico implica una reazione rapida che coinvolge fin dalla prima seduta tutte le componenti dell'alleanza e soprattutto il legame affettivo.

Variabilità dei punteggi iniziali di alleanza e esito

Alcuni autori (Gelso e Carter 1994, Kivlighan e Shaughnessy 2000) hanno ipotizzato che andamenti a "U" dei punteggi di alleanza nelle prime quattro sedute di terapia correlino positivamente con l'esito.

Al fine di testare in via preliminare questa ipotesi si è calcolata la correlazione tra le deviazioni standard dei punteggi WAI-P-Totale misurati in 1°-2°-3°-4°-5° seduta con l'entità dei punteggi BDI, Zung-D E Zung-A in 15° seduta.

Come è evidente dalla Tabella 3, nessuna di queste misure di esito correla con la deviazione standard del punteggio Wai-P-Totale. Ciò induce a

pensare che non vi sia rapporto tra la variabilità iniziale dell'alleanza, tra cui anche l'andamento a "U", e l'esito della terapia.

Tabella 3: Correlazioni tra le deviazioni standard dei punteggi WAI-P-Tot nelle prime 5 sedute di ogni terapia e diverse misure di esito in 15° seduta.

Dev. St. WAI-Tot-01-05 x BDI15: $r = 0,142$ $n = 44$ $p = 0,359$

Dev st. WAI-Tot-01-05 x Zung-D15: $r = -0,018$ $n = 44$ $p = 0,908$

Dev st. WAI-Tot-01-05 x Zung-A15: $r = 0,072$ $n = 44$, $p = 0,643$

Discussione e conclusioni

Al di là dei limiti connessi alla numerosità delle osservazioni, in calo sia perchè solo parte della terapie - iniziate in tempi successivi - avevano raggiunto lunghezze tali da permettere calcoli sufficientemente dimostrativi, sia anche perchè per affrontare certi problemi si è dovuto suddividere il pool delle osservazioni in sottogruppi sempre più piccoli, un limite fondamentale si è prospettato al gruppo dei ricercatori quando si è arrivato a dimostrare che l'intensità della depressione iniziale dei pazienti influiva sul punteggio di alleanza.

Ci si domandò subito se, oltre a influire sull'alleanza, il grado di depressione iniziale non potesse influire sull'esito. E in effetti risultò chiaro che la correlazione tra depressione iniziale ed esito era ben presente e significativa, come risulta dalla Tabella 4.

Il coefficiente di correlazione r è altamente significativo, il che dimostra che, al di là del trend generale verso il miglioramento, i pazienti meno depressi tendono a risultare tra i meno depressi anche dopo 15 sedute, e che i più depressi restano più depressi degli altri anche alla 15° seduta. D'altra parte, come si è già mostrato, la depressione iniziale correla significativamente anche con l'alleanza iniziale.

Tabella 4: Correlazione tra depressione iniziale (1° seduta) e depressione in 15° seduta.

Correlazione tra depressione (BDI) in 1° e in 15° seduta:

$$r = 0,781 \quad n = 39 \quad p < 0,01$$

Da queste due correlazioni si deve necessariamente dedurre che lo stato depressivo iniziale dei pazienti influenza sia l'alleanza che l'esito alla 15° seduta. Ciò potrebbe far pensare che l'alleanza non sia in sè e per sè attiva nel determinare l'esito ma che sia un fenomeno concomitante e irrilevante.

Per sostenere un'autonoma influenza dell'alleanza terapeutica precoce sull'esito è necessario valutare la correlazione tra questa e la variazione del punteggio sintomatico, nel nostro caso il BDI, tra la 1° e la 15° seduta. Questo calcolo ha dato il risultato riportato nella Tabella 5.

Tabella 5: Correlazione tra alleanza iniziale (5° seduta) e variazione del livello depressivo dei pazienti tra 1° e 15° seduta

Correlazione tra WAI-P-Tot in 5° seduta e variazione BDI tra 1° e 15° seduta (BDI1-BDI15):

$$r = 0,234 \quad n=37 \quad 0,20 > p > 0,10$$

È evidente che la correlazione, qui positiva, va nel senso giusto: tanto più alto il WAI tanto maggiore il calo BDI tra 1° e 15° seduta. Tuttavia r non è significativo. Ciò significa che la correlazione tra alleanza e calo della depressione esiste come tendenza autonoma ma che essa è molto più debole dell'altra tendenza, significativa, che collega lo stato clinico iniziale dei pazienti con quello in cui si troveranno dopo 15 sedute. Poichè è ben noto che la correlazione tra alleanza ed esito è relativamente debole (Martin *et al.* 2000) è

da presumersi che una casistica più ampia permetterebbe di raggiungere correlazioni significative tra alleanza iniziale e variazione del livello sintomatico dei pazienti.

Ma secondo noi vi sono anche altri elementi che attestano di una autonomia rilevanza dell'alleanza, e cioè tutte quelle variazioni peculiari che non possono essere determinate dal solo livello iniziale di depressione. Tre soli esempi.

Uno è quello della predittività bimodale dell'esito a partire dai WAI totali di 1°, 4° e 5° seduta. Non è spiegabile, in base alla sola influenza della depressione iniziale, perchè il WAI in 2° e 3° seduta non correla (negativamente) col punteggio BDI in 15° e 30° seduta.

L'altro è quello delle differenze di predittività dei WAI rilevati nei tre diversi gruppi di pazienti, trattati dai terapeuti P, Q ed R rispettivamente: anche qui, non appare spiegabile come effetto del livello iniziale di depressione i pazienti di Q predicano il successivo punteggio BDI fin dalla 1° seduta, mentre quelli degli altri terapeuti lo fanno a partire da sedute successive.

E analogamente, non appare spiegabile in base alla sola depressione iniziale che quella in 15° seduta sia prevista soprattutto da Bond e molto meno da Goal e Task.

Certamente il livello di depressione iniziale "trascina", per così dire, il successivo livello depressivo in 15° seduta, ma con modulazioni particolari che solo l'influenza dell'alleanza, cioè l'azione dei terapeuti, può spiegare.

Torniamo ora ai quesiti formulati inizialmente, nella presentazione della ricerca.

Possiamo affermare che effettivamente le misure d'alleanza fatte in diverse sedute iniziali portano a previsioni difformi. In particolare, alcune sedute, la seconda e la terza, che abbiamo ritenuto poter far rientrare in una fase intermedia di negoziazione, non consentono di prevedere l'esito a distanza di 15 e 30 sedute. Per contro l'alleanza in prima e poi in quarta e quinta seduta è fortemente predittiva, anche se sulla base di componenti diverse: la prima di intensi Bond e Goal, la quarta e quinta di intensi Bond e Task.

Sulla predittività delle componenti dell'alleanza si è già in parte risposto. Possiamo aggiungere che in tutta la fase delle prime cinque sedute l'elemento portante rispetto all'esito è il legame affettivo Bond, che appare essere in sinergia prima con Goal e poi, soprattutto con Task, il quale diventa, ma solo

in quinta seduta, il predittore più potente dell'esito.

Infine sull'estensione temporale della predittività. Per quanto i dati siano non del tutto univoci è verosimile che essa abbia un orizzonte limitato alle 20-30 sedute dal momento della misurazione dell'alleanza. E che dopo questo momento la sua influenza sull'esito si perda.

Bibliografia

- Alberti G. G. (2004), *L'antinomia relazione/procedure e l'integrazione tra le psicoterapie*, in: "Ricerca in Psicoterapia", 7, pp. 7-33.
- Alberti G. G., Alfieri L., Rognoni F., Carozzi A., Omboni A. C. (2006), *La psicoterapia nel servizio pubblico e il problema dei pazienti difficili*, in: "Psichiatria Oggi", 19, pp. 21-28.
- Alberti G. G., Rognoni F., Alfieri L., Carozzi A., Martorano A., Ricchi L. (2008a), *Considerazioni sullo studio scientifico della psicoterapia (in margine a una ricerca sulle variazioni individuali dell'alleanza terapeutica)*, in corso di stampa su: "Atti del III Congresso Nazionale SEPI-Italia", Roma 18-20.4.2008.
- Alberti G. G., Rognoni F., Carozzi A., Alfieri L. (2008b), *Un servizio pubblico di psicoterapia: il Centro Distimie del DSM del San Carlo a due anni dal suo avvio*, in corso di stampa su: "Psichiatria Oggi".
- Alberti G. G., Rognoni F., Alfieri L., Carozzi A., Martorano A., Ricchi L., Martini S. (2008c), *Osservazioni circa la dinamica di formazione dell'alleanza terapeutica*, in corso di stampa su "Ricerca in Psicoterapia".
- Banon E., Evan-Grenier M., Bond M. (2001), *Early transference interventions with male patients in psychotherapy*, in: "J. Psychotherapy Practice Research", 10, pp. 79-92.
- Bond M., Banon E., Grenier M. (1998), *Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders*, in: "Psychotherapy Practice and Research", 7, pp. 301-318.
- Connolly M. B., Crits-Christoph P., Shappell S., Barber J. P., Luborsky L., Shaffer C. (1999), *Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy*, in: "Psychotherapy Research", 9, pp. 485-495.

- Gabbard G. O., Horwitz L., Allen J. G. *et al.* (1994), *Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon*, in: "Harvard Review of Psychiatry", 4, pp. 59-69.
- Gelso C. J., Carter J. A. (1994), *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment*, in: "J. Counseling Psychology", 41, 296-306.
- Hellerstein D. J., Rosenthal R., Pinsker H., Samstag W. L., Muran J. C., Winston A. (1998), *A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies: outcome and alliance*, in: "J. Psychotherapy Practice Research", 7, pp. 261-271.
- Horvath A. O., Symonds B. D. (1991), *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*, in: "J. Counseling Psychology", 38, pp.139-149.
- Kivlighan D. M., Shaughnessy P. (2000), *Patterns of working alliance development: a typology of client's working alliance ratings*, in: "J. Counseling Psychology", 47, 362-371.
- Martin D., Garske J. P., Davis M. K. (2000), *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 68, pp. 438-450.
- Mccullough L., Winston A., Farber B. A., *et al.* (1991), *The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy*, in: "Psychotherapy", 28, pp. 525-533.
- Milbrath C., Bond M., Cooper S., Znoj H. J., Horowitz M. J., Perry J. C. (1999), *Sequential consequences of therapists' interventions*, in: "J. Psychotherapy Practice Research", 8, pp. 40-54.
- Miragoli P. (2007), *Report 2007 Sull'attività dei CPS. UOP 53 e 54*, Nucleo Valutazione Qualità, DSM AO San Carlo Borromeo.
- Ogrodniczuk J. S., Piper W. E., Joyce A. S., Mccallum M. (1999), *Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy*, in: "J. Nervous Mental Disease", 187, pp. 572-579.
- Paivio S. C., Bahr L. M. (1998), *Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy*, in: "Psychotherapy Research", 8, pp. 392-407.
- Piper W. E., Azim H. F. A., Joyce A. S., Mccallum M. (1991), *Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual*

- psychotherapy*, in: "Archives General Psychiatry", 48, pp. 946-953.
- Raue P. J., Castonguay L. G., Goldfried M. R. (1993), *The working alliance: a comparison of two therapies*, in: "Psychotherapy Research", 3, pp.197-207.
- Rogers C. (1957), *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, in: "J. Consultant Psychology", 21, pp. 95-103.
- Safran J. D., Crocker P., Mcmain S. *et al.* (1990), *The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation*, in: "Psychotherapy", 27, pp. 154-165.
- Safran J. D., Muran J. C. (1996), *The resolution of ruptures in the therapeutic alliance*, in: "J. Consulting Clinical Psychology", 64, pp. 447-458.
- Safran J. D., Muran J. C. (2000), *Negotiating the therapeutic alliance*, Guilford, New York.
- Shirk S. R., Karver M. (2003), *Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review*, in: "J. Consulting and Clinical Psychology", 71, pp. 452-464.
- Spence D., Dahl H., Jones E. E. (1993), *Impact of interpretation on associative freedom*, in: "J. Consulting Clinical Psychology", 61, pp. 395-402.
- Staples F. R., Sloane R. B. (1976), *Truax factors, speech characteristics, and therapeutic outcome*, in: "J. Nervous Mental Disease", 163, pp. 135-140.
- Tourney G., Bloom V., Lowinger P. L., Schorer C., Auld F., Grisell J. (1966), *A study of psychotherapeutic process variables in psychoneurotic and schizophrenic patients*, in: "American J. Psychotherapy", 20, pp. 112-124.
- Truax C. B. (1963), *Effective ingredients in psychotherapy: an approach to unravelling the patient-therapist interaction*, in: "J. Counseling Psychology", 10, pp. 256-263.
- Truax C. B., Carkhuff R. R. (1965), *Experimental manipulation of therapeutic conditions*, in: "J. Consulting Psychology", 29, pp. 119-124.
- Truax C. B., Wargo D. G., Frank J. D., Imber S. D., Battle C. C., Hoehn-Saric R., Nash E.H., Stone A. R. (1966a), *Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome*, in: "J. Consulting Psychology", 30, pp. 395-401.
- Truax C. B., Wargo D. G., Frank J. D., Imber S. D., Battle C. C., Hoehn-Saric R., Nash E. H., Stone A. R. (1966b), in: *The therapist's contribution to accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness in psychotherapy*, in: "J. Clinical Psychology", 22, pp. 331-334.

LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI PERCORSI DI CURA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

*Stirone V.**, *Vigorelli M.***, *Conte M.****, *Erlicher A.*****, *Lora A.******

Riassunto

Obiettivi: Il progetto mira a valutare il miglioramento dei soggetti, a individuare percorsi di cura standardizzabili e a specificarne i relativi costi. Vengono osservati i cambiamenti nel tempo in relazione al variare della classe di gravità, del percorso di cura e dei relativi costi. **Metodo:** il campione è composto da 2500 pazienti. Gli strumenti utilizzati sono la scala *HoNOS*; la raccolta dei dati demografici e di trattamento. **Risultati:** si evidenzia un miglioramento significativamente differente per classe di gravità, tra le classi di gravità vi è inoltre una significativa differenza di punteggio iniziale che permane nel tempo. I pazienti del campione non migliorano in modo significativamente diverso a seconda del percorso di cura seguito. Vi è però una significativa differenza di gravità iniziale. Si osserva un miglioramento diverso per le classi di costo: il miglioramento è maggiore per le classi di costo più basse. **Conclusioni:** la scala *HoNOS* si è dimostrata uno strumento di outcome capace di valutare percorsi di cura e monitorare lo stato del paziente; con l'integrazione di altri dati può diventare uno strumento di valutazione di routine nei DSM. Si ipotizza una corretta assegnazione dei pazienti al percorso di cura

* Psicologa, collabora all'insegnamento di Interventi psicologici nei servizi pubblici socio-sanitari

** Psicologa e Psicoterapeuta SIPP, Docente a contratto per i corsi Interventi psicologici nei servizi pubblici socio-sanitari e Valutazione dell'efficacia in psicoterapia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca

*** Psicologa, socio fondatore di Zoe Associazione per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche

**** Psichiatra direttore del DSM di Niguarda e membro SIEP

***** Psichiatra, DSM di Desio e presidente SIEP

a seconda della gravità e una corretta allocazione di risorse che permette un miglioramento significativo e importante anche per quelli più gravi.

Parole chiave: Valutazione routinaria di efficacia, Servizi di Salute Mentale, *HoNOS*, percorsi di cura, distribuzione risorse.

Summary

Aim: The research aim to evaluate patient improvement, to identify standardized care pathways and to specify their costs. We observe the improvement depending on class of gravity, care pathway, costs. **Method:** The sample is composed by 2500 patients. We used *HoNOS* and collect demographic data and treatment interventions. **Results:** we find a different improvement for different class of gravity, even the initial score was different and it remains different in time. *Subjects* do not improve differently depending on care pathway, they start anyway from a different level of gravity. We can observe a different improvement for different class of costs: patients with lower costs improve more than patient with higher costs. **Conclusion:** *HoNOS* is an instrument useful to evaluate care pathways and patient outcome; with other data it could be a useful instrument for routine outcome assessment in mental health services. Observing the results we can say that resources seem to be well distributed assigning patients to the correct pathway and spending more for seriously ill patients.

Key-words: Routine Outcome Assessment, Mental Health Services, *HoNOS*, Care Pathway, resource distribution

Introduzione

Sono passati ormai trenta anni da quando un radicale cambiamento ha rivoluzionato a livello legislativo il sistema delle cure italiano, ed in particolar modo il settore della salute mentale.

La Legge 180/1978, conosciuta come “Legge Basaglia”, ha introdotto importanti innovazioni nella cura e gestione delle persone affette da disturbi psichiatrici.

Dal momento del costituirsi del SSN, diverse normative sono state emanate al fine di garantire un continuo miglioramento dei nuovi servizi istituiti. Dopo quasi trenta anni dalla prima riforma del sistema sanitario italiano e dalla legge che ha portato a ripensare non solo il sistema di cure dei pazienti affetti da disturbi mentali, ma anche il modo di pensare ai pazienti stessi e al loro disturbo, si può cercare di fare il punto sulla condizione attuale dei servizi.

Non molti studi scientifici sono stati pubblicati a riguardo, un importante progetto che ha cercato di delineare la situazione attuale dei servizi di cura per la salute mentale, relativamente alle residenze, è lo studio PROGRES curato da De Girolamo (De Girolamo G. *et al.*, 2002). Una rassegna sullo stato attuale della cura della salute mentale in Italia è stato pubblicato dallo stesso gruppo ed evidenzia una realizzazione delle indicazioni della legge 180/1978 pressoché totale sul territorio nazionale, con qualche disuguaglianza tra regioni. Tuttavia, fanno notare gli autori, passare da un servizio basato sul custodialismo manicomiale ad un servizio basato sui dipartimenti di salute mentale con strutture dislocate sul territorio non può limitarsi alla sola chiusura degli Ospedali psichiatrici; questo processo deve essere accompagnato da una pianificazione e da un'implementazione dei servizi.

Gli autori affermano l'importanza della pianificazione, del monitoraggio e della valutazione (purtroppo ancora poco numerosi) come aspetti che facilitano il cambiamento, per fondare su dati certi il proprio intervento presente e per dare basi epidemiologiche agli interventi futuri.

La revisione degli interventi, della qualità degli stessi e della tempistica della loro attuazione è auspicabile anche per evitare di allontanare i pazienti dal SSN e obbligarli ad accedere a servizi più costosi e di cui spesso non si conosce l'efficienza.

Le recenti normative in tema di salute, e in particolare di salute mentale, sollecitano l'introduzione della valutazione nella routine clinica. A tal fine è necessario che i servizi di salute mentale si premuniscano di strumenti standardizzati per poter valutare la propria pratica clinica e poter fondare la stessa su evidenze empiriche.

Da qualche anno si è diffuso l'interesse per studi di tipo economico in ambito sanitario. Il processo di aziendalizzazione ha reso inevitabile orientare lo sguardo oltre i classici strumenti di misurazione dell'*outcome* o del processo

degli interventi psico-sociali. Questo ambito di ricerca è sicuramente interessante e promettente, soprattutto nell'ambito degli studi prospettici che permettono di pianificare e valutare in anticipo le risorse necessarie per una corretta progettazione degli interventi (Knapp M., 1999; Jones J. *et al.*, 2007).

Il lavoro presentato si inserisce in un più ampio progetto denominato "HoNOS-3", facente seguito i precedenti lavori HoNOS-1 (Rossi *et al.*, 1999) e HoNOS-2 (Arrighi *et al.*, 2002).

Obiettivi

Il progetto *HoNOS 3* è uno studio longitudinale il cui obiettivo è di individuare percorsi di cura standardizzabili legati a gravità e costi degli interventi analizzando un ampio campione di differenti Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) italiani.

Al fine di raggiungere l'obiettivo del progetto è stato necessario valutare il miglioramento dei soggetti del campione tenendo conto della classe di gravità iniziale, dei differenti ambiti di trattamento (*setting*) e dei costi.

Nel lavoro qui presentato, esaminando i cambiamenti nel tempo (T0, T1-6 mesi, T2-1 anno) si vuole verificare l'ipotesi di una variazione della gravità nel corso dell'anno di ricerca, e se la gravità, e il cambiamento di questa, vari al variare del percorso di cura e dei relativi costi.

Metodi

Campione e modalità di reclutamento

Il campione è composto da 2500 pazienti in cura nei dieci Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti nella ricerca:

- Regione Lombardia: U.O. Psichiatria 47 A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano, U.O. Psichiatria di Saronno e U.O. Psichiatria di Busto Arsizio
- Campania: ASL Caserta 2 "Aversa" e ASL Napoli 1 U.O.S.M. Distretti 48 e 50

- Emilia Romagna: DSM di Imola
- Molise: DSM ASL 3 "Centro Molise"
- Toscana: DSM Zona Aretina ASL n. 8 di Arezzo.

La raccolta è stata effettuata sui **primi 400 pazienti** che, a partire dal 3 giugno 2003 (TO), sono entrati o erano già in contatto con una qualsiasi struttura del DSM. Per paziente in contatto si intende un paziente di competenza territoriale che abbia ricevuto una prestazione in CSM (Centro di Salute Mentale) o una presenza semiresidenziale in CD (Centro Diurno) o fosse ricoverato in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura-sia ricovero ordinario che *day hospital*) o in SR (Struttura Residenziale). Sono compresi i pazienti degenti al 3 giugno in SPDC o SR.

Il reclutamento prevedeva 400 pazienti per ogni U.O. partecipante, per un totale di 4000 pazienti complessivi. I pazienti reclutati sono stati in realtà 2665, 2500 dei quali con dati completi.

Strumenti (*HoNOS*) e somministrazione

Gli strumenti utilizzati per lo studio sono:

- *HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales-Wing J. K. et al., 1998, trad. It. Lora A. et. al., 2001).*
- Raccolta di dati demografici e di trattamento.

La gravità dei pazienti è stata misurata attraverso la scala *HoNOS*. Si tratta di una scala a 12 *item*, realizzata in Gran Bretagna (Wing *et al.*, 1998), utilizzata in vari Paesi e validata per l'Italia in occasione dello studio *HoNOS 2* (Lora *et al.*, 2001)

ITEM 1: Comportamenti aggressivi, iperattivi, distruttivi o agitati;

ITEM 2: Comportamenti deliberatamente autolesivi;

ITEM 3: Problemi legati all'assunzione di alcool e droghe;

ITEM 4: Problemi cognitivi;

ITEM 5: Problemi di malattia somatica o disabilità fisica;

ITEM 6: Problemi legati ad allucinazioni e deliri;

ITEM 7: Problemi legati all'umore depresso;

ITEM 8: Altri problemi psichici e comportamentali (codice del problema più grave);

ITEM 9: Problemi relazionali;

ITEM 10: Problemi nelle attività della vita quotidiana;

ITEM 11: Problemi nelle condizioni di vita;

ITEM 12: Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative.

I 12 *item* possono essere raggruppati in quattro sottoscale: comportamenti, disabilità, sintomatologia, sociale.

Ciascun item prevede un punteggio compreso tra 0 (nessun problema) e 4 (problema grave o molto grave).

COMPILAZIONE: Alcune Unità Operative hanno deciso di affidare la compilazione solo a psichiatri e psicologi, altre anche ad infermieri professionali, educatori e assistenti sociali.

TRAINING: A tutti i servizi sono stati inviati: il testo della *HoNOS*, l'articolo pubblicato su *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* con la presentazione della versione italiana (Lora *et. al.*, 2001), ed una videocassetta con un filmato di presentazione al fine di fornire agli operatori conoscenze di base per sfruttare con più efficacia l'evento formativo.

Ai pazienti che costituivano la coorte di riferimento per ciascun DSM la scala *HoNOS* è stata somministrata dalla struttura che seguiva continuamente il paziente dopo sei (T1) e dopo dodici mesi (T2) dalla prima somministrazione (T0).

HoNOS è stata somministrata, in aggiunta alle somministrazioni T0, T1 e T2, ad ogni cambiamento di setting (passaggio ad una diversa tipologia di servizio: da CSM a SPDC e viceversa, da CSM a SR e viceversa, da CSM a CD e viceversa), all'ammissione e alla dimissione in SR e in SPDC e se il trattamento si concludeva nell'arco dell'anno sia in caso di conclusione concordata che di *drop out*.

Variabili selezionate per lo studio

Delle numerose variabili raccolte sono state selezionate per questo lavoro quelle necessarie al raggiungimento degli obiettivi sopra esposti. In particolare nelle analisi statistiche presentate sono state utilizzate le seguenti variabili:

- Punteggio *HoNOS* totale: dato dalla somma dei punteggi nei singoli *item*;
- Classi di gravità;
- Percorsi assistenziali;
- Costi.

Si illustrano le ultime tre variabili per definire meglio la classificazione di ognuna e le modalità adottate per ottenerle.

LE CLASSI DI GRAVITÀ : La divisione in classi di gravità è stata proposta da Arrighi *et al.* (2002) nell'ambito della ricerca sui *pattern* di trattamento e costi in Lombardia.

Tali classi sono mutuamente escludentesi e permettono la classificazione di tutti i pazienti del campione al Tempo 0 e sono così divise:

- Nella classe “subclinici” troviamo i pazienti che hanno punteggi inferiori a 2 in tutti gli *item* (il punteggio 1 non prevede la necessità di intervento clinico);
- Nella classe “lievi” sono inclusi i pazienti con un punteggio uguale a 2 per almeno un *item*;
- Nella classe “moderatamente gravi” si trovano i pazienti con un punteggio uguale o maggiore di 3 in un solo *item*;
- Nella classe “molto gravi” sono compresi i pazienti con un punteggio uguale o maggiore di 3 in due *item* o più.

I PERCORSI ASSISTENZIALI: Questa variabile è stata costruita seguendo l'esperienza del gruppo di ricerca *HoNOS 2* (Arrighi *et al.*, 2002):

- percorso territoriale: pazienti che hanno avuto solo l'erogazione di prestazioni ambulatoriali da parte del CSM;

- percorso semiresidenziale: pazienti che hanno avuto almeno un trattamento semiresidenziale ma non ricoverati in strutture residenziali o SPDC;
- percorso ospedaliero: pazienti che hanno avuto nel corso dell'anno almeno un ricovero in SPDC;
- percorso residenziale: pazienti che hanno avuto almeno una presenza in strutture residenziali, ad eccezione di quelli che hanno avuto almeno un ricovero in SPDC.

Analisi statistiche utilizzate

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software SPSS Ver. 16.0.

Le analisi effettuate sono Analisi di Varianza (ANOVA) con procedura "Modello Lineare Generalizzato". Volendo analizzare il diverso miglioramento/peggioramento a fronte delle diverse variabili sopra esposte si sono utilizzati modelli misti con fattore *within* "tempo" e fattore *between* rispettivamente "classe di gravità", "percorso di cura" e "classe di costo".

Risultati

Analisi del miglioramento rispetto alle classi di gravità

Per evidenziare differenze nel miglioramento dei pazienti (usando come indice la diminuzione del punteggio *HoNOS* totale) durante l'anno di ricerca è stato effettuato uno studio tramite modello ANOVA a misure ripetute con fattore *within* TEMPO e fattore *between* GRAVITÀ DELL'ARRUOLAMENTO (la divisione nelle classi subclinici, lievi, moderatamente gravi, molto gravi è stata effettuata seguendo i criteri proposti da Arrighi *et al.*, 2002).

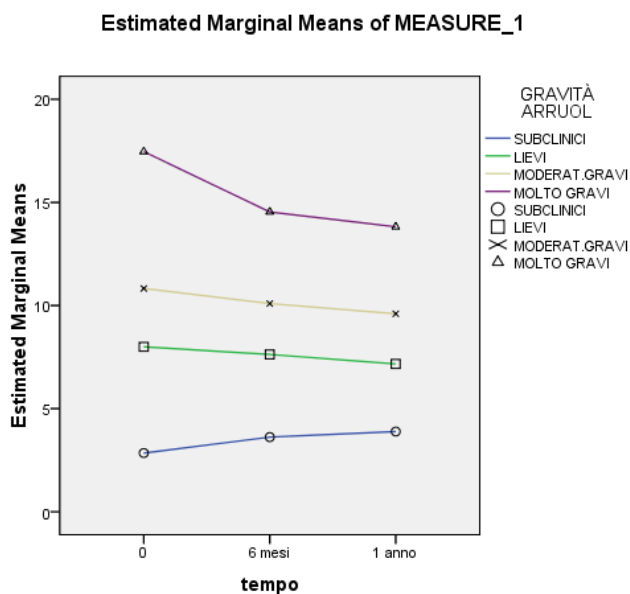
Tabella 1

Gravità T0	N
Subclinici	266
Lievi	855

Moderatamente gravi	521
Molto Gravi	754

Come si osserva dalla Tabella 1 i pazienti del campione sono in maggioranza di gravità lieve, secondo la classificazione sopra riportata, un numero consistente appartiene alla classe “molto gravi”, in minor numero sono stati classificati come “moderatamente gravi” e “subclinici”.

Figura 1



Dall’analisi emerge una significatività ($p < 0,01$) per il fattore tempo ($F(2,4784) = 77,276$, $p\eta^2 = 0,031$), così come per l’interazione tempo-gravità dell’arruolamento ($F(6,4784) = 59,839$, $p\eta^2 = 0,070$), il miglioramento risulta maggiore per la classe “molto gravi” e minore per le altre classi; per la classe “subclinici” si osserva un lieve peggioramento (Fig. 1).

Tra le classi di gravità vi è una significativa ($p < 0,01$) differenza di punteggio iniziale e tale differenza si mantiene significativa nel tempo, come osservabile dagli effetti tra soggetti ($F(1,2392) = 8983,917$, $p\eta^2 = 0,790$; $F(3,2392) = 685,034$, $p\eta^2 = 0,462$).

Si riportano le medie di gruppo per ogni tempo per osservare il punteggio *HoNOS* totale iniziale e il cambiamento nel tempo.

Tabella 2

Gravità classe	T0	T6	T12
Lievi	8,03	7,63	7,2
Mod. gravi	10,8	10,1	9,63
Molto Gravi	17,49	14,59	13,87
Subclinici	2,83	3,66	3,9
Tot.	11,03	9,89	9,47

Si osserva un miglioramento progressivo ed importante per la classe “molto gravi” ($T_0=17,49>T_1=14,59>T_2=13,87$), un miglioramento, sebbene più moderato, per la classe “moderatamente gravi” ($T_0=10,80>T_1=10,10>T_2=9,63$), miglioramento presente anche per la classe “lievi” ($T_0=8,03>T_1=7,63>T_2=7,20$); per la classe “subclinici”, come osservato in precedenza dal grafico relativo all’analisi ANOVA, vi è un progressivo, se pur lieve peggioramento ($T_0=2,83<T_1=3,66<T_2=3,90$).

Analisi del miglioramento rispetto al percorso di cura

Allo scopo di osservare eventuali differenze nel miglioramento di soggetti rispetto all’assegnazione di percorsi terapeutici differenti si è effettuato uno studio con ANOVA a misure ripetute con fattore *within* TEMPO e fattore *between* PERCORSO. I percorsi individuati sono 4: CSM, SPDC, RES (residenziale) e SEMIRES (semiresidenziale).

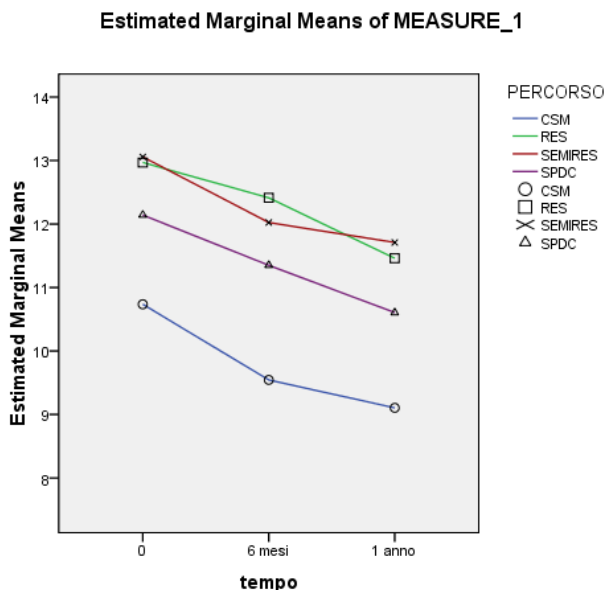
Tabella 3

Percorso	N
Missing	161
CSM	1785

RES	63
SEMIRES	210
SPDC	177

Dalle analisi risulta significativo ($p < 0,01$) il fattore tempo ($F(2, 4782) = 46,067, p\eta^2 = 0,019$).

Figura 2



Dall’analisi del grafico (Fig. 2) si evince un significativo miglioramento per i soggetti del campione.

Tuttavia l’interazione tempo-percorso non risulta significativa ($F(8,4782) = 0,433$), ciò significa che il miglioramento non è significativamente diverso a seconda del percorso terapeutico intrapreso.

Osservando il test *between subjects* si osserva una differenza significativa nei punteggi dei quattro gruppi ($F(4,2391) = 15,834, p\eta^2 = 0,026$), in particolare il gruppo “CSM” ha punteggi di gravità totale minore, seguito dal gruppo

“SPDC”, infine troviamo “semiresidenziali” e “residenziali” che hanno punteggi di gravità simili, più elevati rispetto ai precedenti.

Analisi della distribuzione delle risorse (costi)

Per osservare il miglioramento dei pazienti diviso per classi di costo è stata effettuata un’analisi con il metodo ANOVA misure ripetute (fattore *within* TEMPO, fattore *between* CLASSI DI COSTO).

Le classi di costo sono state divise in quartili seguendo l’analisi delle frequenze del costo totale.

Dall’analisi delle statistiche descrittive (min=5, max=96214; media=3577,41 e dev.standard=9161,73) e dall’analisi delle frequenze dei costi emerge una grande dispersione dei costi, un divario notevole tra i costi minori e quelli maggiori, una concentrazione notevole sui costi minori e un’assimetricità per la curva.

Per diminuire l’assimetricità si è provveduto ad eliminare i casi estremi, che sono risultati essere solo tra i costi più alti. L’analisi è quindi stata effettuata su 2163 casi (tolti i *missing* e i casi con punteggio $z > |3|$). Nonostante questa pulizia dei dati le classi risultano essere non omogenee per intervallo di costo (Tab. 4).

Tabella 4

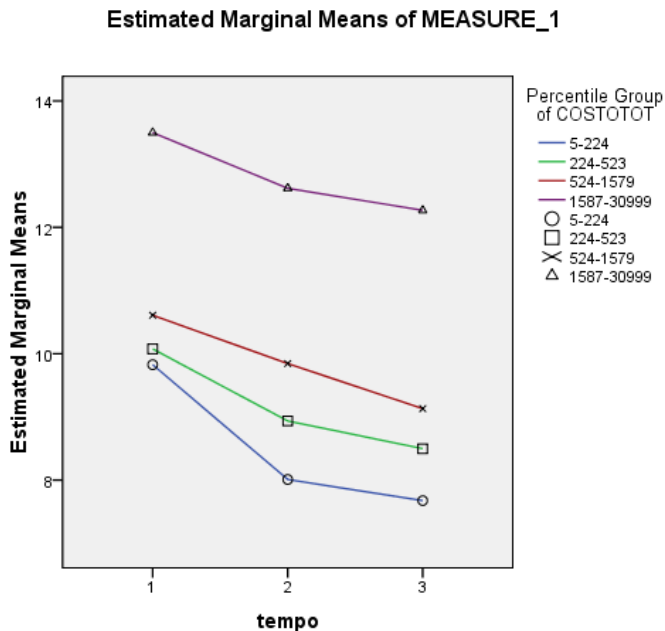
Classe di costo	N
1 (5-224 €)	529
2 (225-523 €)	558
3 (524-1579 €)	537
4 (1587-30999 €)	539

Dall’analisi emerge una significatività ($p < 0,01$) del fattore tempo ($F(2, 4318) = 153,768$, $pn^2 = 0,066$), interpretabile come un miglioramento progressivo per i pazienti del campione (Fig. 3). Miglioramento che risulta essere significativamente ($p < 0,01$) diverso per le classi di costo, come dimostrato

dalla significatività dell'interazione tempo-classe di costo ($F(6,4318)=3,710$, $p\eta^2=0,005$).

La differenza di gravità tra le classi di costo (intercetta: $F(1,2159)=7190,527$, $p\eta^2=0,769$), consistente soprattutto tra le prime tre classi e la quarta classe, caratterizzata da un costo nettamente superiore, indica un maggior costo per i pazienti di gravità maggiore.

Figura 3



Dall'analisi del grafico e dei parametri stimati emerge un miglioramento maggiore per le classi di costo più basse.

Il miglioramento della classe di gravità e di costo maggiore è risultato significativo da un'analisi ANOVA misure ripetute che includesse soltanto la quarta classe ($F(2,1076)=22,617$, $p\eta^2=0,040$).

Riassumendo dall'analisi emerge un miglioramento significativo per le quattro classi di costo in cui il campione è stato diviso, il decremento del pun-

teggio *HoNOS* totale è maggiore per le classi di minor costo, tuttavia la gravità della classe di maggior costo è nettamente superiore e anche per questa è stato trovato un miglioramento statisticamente significativo.

Conclusioni

L'utilizzo di uno strumento di *outcome* di semplice utilizzo e con tempo di compilazione breve permette la valutazione dei percorsi di cura e il monitoraggio dello stato del paziente. La scala *HoNOS* può essere utilizzata, se affiancata dalla raccolta di altri semplici dati (come i costi), come strumento di valutazione dell'operato dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Nella ricerca presentata si osserva un'importante differenza di gravità tra i pazienti del campione, così come il loro miglioramento si differenzia in base ad essa: più marcato per i pazienti "gravi". Se a questo dato affianchiamo i risultati relativi al miglioramento differenziato per percorso di cura e per costi si conclude che non vi è una differenza significativa nel miglioramento dei pazienti assegnati a diversi percorsi, sia perché partono da livelli di gravità differenti, sia perché è ipotizzabile una corretta assegnazione al percorso di cura specifico a seconda della gravità che permette un miglioramento dei soggetti indipendentemente dal percorso. Conseguentemente a questo si osserva un maggior impiego di risorse (individuate in costi specifici) per i pazienti più gravi, che, plausibilmente grazie a questo, migliorano in modo significativo e importante nel corso dell'anno di studio.

Una nota di riflessione può essere fatta sul peggioramento, se pur lieve, della classe "subclinici". Tale dato può essere letto secondo due differenti punti di vista. Il primo relativo allo strumento di misurazione che, come osservato in precedenza (Bonsack C. *et al.*, 2002) è poco sensibile a cogliere le differenze e i cambiamenti per i punteggi più bassi (ovvero le situazioni di minor gravità). Il secondo relativo al lavoro dei servizi di salute mentale pubblici spesso orientati al trattamento della psicopatologia grave e mancanti delle risorse necessarie per svolgere anche un lavoro sulla patologia meno grave e orientata alla prevenzione e promozione della salute individuale.

Prospettive

Ulteriori studi che utilizzano lo strumento *HoNOS* sono in corso di pubblicazione nel DSM di Niguarda in Lombardia, nel DSM di Messina, e in un CSM di Roma B, in merito a una valutazione più dettagliata del miglioramento in relazione alle diagnosi dei pazienti, all'appropriatezza degli interventi, all'utilizzo delle figure professionali implicate e alla consistenza del drop-out.

La diffusione e l'utilizzo di un medesimo strumento in ricerche diverse potranno consentire confronti interessanti, per riflettere sui modelli organizzativi e sulla specificità dei percorsi di cura e sulle loro condizioni facilitanti, in vista di un miglioramento della qualità delle cure e di una personalizzazione dei trattamenti dei nostri pazienti.

Bibliografia

- Arrighi, E., Baj, G., Bezzi, R., Cavazza M., Civalenti, G., Di Maio, A., Erlicher, A., Farinazzo, C., Lora, A., Mapelli, V., Miragoli, P., Monzani, E., Panetta, B., Ravasio, R., Von Morghen, D., Torri, V. (2002). Pattern Di Trattamento E Costi Nei Dipartimenti Di Salute Mentale Della Regione Lombardia. Il Progetto di Ricerca *HoNOS 2*. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, supplemento al n. 4, Vol 11.
- Bonsack, C., Borgeat, F., Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique: Une étude sur le terrain du health of nation outcome scales en français: (*HoNOS-F*) measuring patients' problems severity and outcomes in a psychiatric sector: A field study with the french version of the health of nation outcome scales (*HoNOS-F*). *Annales Médico-Psychologiques*, 160(7), 483-488.
- De Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., Morosini, P. (2002). Residential care in italy: National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 181(3), 220-225.
- Jones, J., Amaddeo, F., Barbui, C., Tansella, M. (2007). Predicting costs of mental health care: A critical literature review. *Psychological Medicine* 37, 467-477.

- Knapp, M. (1999). Economic evaluation and mental health: Sparse past... fertile future? *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2(4), 163-167.
- Lora, A., Bai, G., Bianchi, S., Bolongaro, G., Civalenti, G., Erlicher, A., Maresca, G., Monzani, E., Panetta, B., Von Morgen, D., Rossi, F., Torri, V., Morosini, P. (2001). La versione italiana della *HoNOS* (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 3, 198-204.
- Rossi, F., Blaco, R., Castelli, C., Civalenti, G., Cocchi, A., Contini, A., Erlicher, A., Lanzara, D., Lora, A., Marcandalli, S., Morosini, P., Pisapia, D. (1999). Il costo dei pazienti psichiatrici per classi di gravità. / cost of psychiatric patients by disability groups. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 8(3), 198-208.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., Burns, A. (1998). Health of the nation outcome scales (*HoNOS*): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Riferimenti normativi

- Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 16 maggio 1978.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 360 del 28 dicembre 1978.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 30 dicembre 1992, Supplemento Ordinario.
- Decreto Legislativo 07 Dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria. Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 293 del 15 dicembre 1993, Supplemento Ordinario.
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del Pro-

- getto Obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994.
- Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999. Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000". Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999, Supplemento ordinario.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998, Supplemento Ordinario.
- Piano Sanitario Nazionale 2001-2003. Dalla sanità alla salute. Testo approvato, in via preliminare, dal Consiglio dei Ministri il 7 febbraio 2001.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003, Supplemento Ordinario.
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Gazzetta Ufficiale n. 139 del 17 giugno 2006, Supplemento Ordinario.

