

Le caratteristiche dei pazienti come predittori dell'interruzione prematura della psicoterapia in un Servizio di salute mentale: Metodologia e primi risultati

di Giuseppe Vetrone^{*}, Ennio Fusco^{**}, Caterina Lombardo^{***}, Alessandra De Coro^{****}

Malgrado la grande frequenza delle interruzioni delle psicoterapie e la loro importanza sia dal punto di vista clinico che da quello scientifico, la nostra conoscenza dei possibili predittori di questo fenomeno è tuttora insoddisfacente (Clarkin & Levy, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Ciò è vero soprattutto per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti: anche se questo tema è stato oggetto di numerose ricerche, è difficile organizzare studi sistematici che prevedano un post-test, laddove il paziente abbandoni improvvisamente e senza spiegazioni il contesto clinico. In particolare, il fenomeno del *drop-out*, come si è ormai soliti definirlo, risulta ancor più rilevante nelle psicoterapie che si svolgono nelle istituzioni, dove le caratteristiche di flessibilità del setting psicoterapeutico, la mancata scelta del terapeuta da parte del paziente e la molteplicità di contesti terapeutici, a volte attivati senza una adeguata coordinazione, rendono meno stabile l'affidamento del paziente alla relazione diadica della psicoterapia. Individuare i fattori responsabili delle interruzioni premature in una scarsa motivazione del cliente o in un fallimento terapeutico da parte del clinico appare troppo semplicistico: lo studio milanese di Fava e Masserini (2002) sulle psicoterapie istituzionali mette in luce che occorre analizzare con più precisione le caratteristiche sia dei pazienti che dei terapeuti nelle situazioni di drop-out.

Per dare un'idea dei principali risultati degli studi finora condotti su questo argomento e dei loro limiti, faremo riferimento, in modo estremamente sintetico, alla rassegna della letteratura proposta da S. Garfield (1994) nella quarta edizione dell'*Handbook of psychotherapy and behavior change* e successivamente integrata da Clarkin e Levy nella quinta edizione del manuale, curata da M.J. Lambert (2004); in tale rassegna sono riportati i risultati delle principali ricerche sulle differenze fra le caratteristiche personali dei pazienti che portano a termine il trattamento e quelle di coloro che invece lo interrompono.

Le variabili relative al cliente che sono state maggiormente studiate negli ultimi decenni sono le seguenti:

1) *Età, sesso e diagnosi psichiatrica*: Garfield (1994) riferisce che i risultati delle ricerche da lui prese in esame non hanno messo in evidenza una relazione chiara ed univoca fra queste caratteristiche del paziente e l'interruzione del trattamento. Clarkin e Levy (2004) concordano sul fatto che età e sesso non costituiscono un fattore di rischio specifico per l'interruzione prematura, ma rilevano che la diagnosi di Disturbo di personalità si accompagna ad un alto rischio di interrompere la terapia. Alcuni studi (fra i più recenti: Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999; Gunderson, 1996.) specificano che la diagnosi di Disturbo di personalità borderline, o anche la presenza di spiccati tratti di personalità di questo tipo, sono da annoverarsi fra gli indicatori di rischio.

2) *Classe sociale, scolarità, razza*: Secondo Garfield le ricerche relative a queste tre variabili, studiate sia insieme che separatamente, indicano che i pazienti che non sono di razza bianca, che appartengono alle classi sociali più basse e/o hanno una scolarità più bassa sono quelli che hanno le maggiori probabilità di abbandonare la terapia (fra l'altro, in molti studi effettuati negli USA queste tre caratteristiche si ritrovano nello stesso paziente).

Contribuiscono a produrre questo risultato altre variabili, collegate a queste, che agiscono anch'esse indipendentemente l'una dall'altra o contemporaneamente: ad esempio, secondo alcune ricerche, i pazienti di basso livello sociale e con bassa scolarità tendono a cercare soprattutto un sollievo sintomatico, mostrano uno scarso desiderio di intraprendere una psicoterapia, hanno difficoltà a comprendere la logica del processo terapeutico e, più in generale, fanno riferimento a valori diversi da quelli dei terapeuti, che appartengono invece soprattutto alla classe media.

^{*} Dipartimento di Ricerche Filosofiche, Università di Roma "Tor Vergata"

^{**} Unità Operativa Salute Mentale, III Distretto, ASL RM A

^{***} Dipartimento di Psicologia, Università di Roma "La Sapienza"

^{****} Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza"

Garfield sottolinea giustamente che tutto ciò può creare, fin dal primo momento, notevoli difficoltà nella comunicazione paziente-terapeuta.

Anche Clarkin e Levy confermano questi risultati e aggiungono che è sempre più chiara la necessità che, nella formazione dei terapeuti, queste specifiche difficoltà siano prese in considerazione da parte dei supervisori., soprattutto per quanto riguarda le problematiche legate all'identità razziale o etnica dei pazienti.

3) *Aspettative del paziente*: Garfield riferisce i risultati di varie ricerche che hanno messo in evidenza che la maggioranza dei pazienti si aspettano, al contrario della maggioranza dei terapeuti, che la psicoterapia avrà una durata molto breve (per esempio 10 sedute), e che ciò, come è intuitivo, favorisce sia un esito negativo del trattamento che un abbandono delle terapia dopo poche sedute.

Da parte loro, Clarkin e Levy riferiscono i risultati di alcuni studi dai quali si ricava che, se i pazienti si aspettano che la terapia non avrà buoni risultati, ciò aumenterà le probabilità di un esito negativo del trattamento.

Esaminando, oltre a queste due *review*, le ricerche effettuate negli ultimi anni, ci è sembrato che non vi siano sostanziali novità rispetto al problema del rapporto fra caratteristiche del cliente e interruzione della psicoterapia. ma anche, più in generale, rispetto a quello del rapporto fra esse e l'esito, più o meno positivo, del trattamento. Se confrontiamo questo dato con quello relativo al grande sviluppo degli studi sulle variabili interazionali (per es. sulla alleanza terapeutica) potremmo pensare che lo studio delle caratteristiche dei pazienti abbia perso ogni interesse. Inoltre Clarkin e Levy, nell'articolo già citato, affermano che, mentre la *review* di Garfield evidenziava il ruolo delle variabili relative al cliente considerandole isolatamente, vi è attualmente la tendenza, con la quale concordano, a sottolineare l'interazione fra queste variabili e quelle relative al terapeuta e al trattamento. A questo proposito Stiles e collaboratori (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998) scrivono:

“Le variabili del cliente già presenti prima del trattamento hanno un impatto sulla terapia ma, non appena la terapia inizia, entrano nel contesto dinamico e continuamente mutevole costituito dalle variabili e dai comportamenti del terapeuta [...] Le modalità di risposta del terapeuta alle variabili e al comportamento del cliente determineranno la relazione statistica fra queste variabili e l'esito del trattamento.” (p.441).

Sembrerebbe quindi che attualmente non vi sia spazio per ricerche che studino le caratteristiche del cliente considerandole isolatamente. Nella *review* del 1994 però Garfield, dopo aver messo in evidenza i limiti delle ricerche relative alle caratteristiche del paziente, aggiungeva anche un commento molto interessante:

“[...] tuttavia, le ricerche relative alle caratteristiche del cliente hanno prodotto dati che hanno un certo valore pratico [...]. Sulla base dei risultati esistenti, sembrerebbe utile che ogni struttura clinica effettuasse una valutazione del pattern specifico delle interruzioni e delle terapie portate a termine nell'ambito della propria attività: dal momento che le strutture sono differenti l'una dall'altra, questa ricerca diretta e relativamente semplice potrebbe fornire informazioni significative che possono aiutare a migliorare la qualità dei servizi offerti da quella particolare struttura clinica [...]” (p.441).

Su queste basi, e nell'ambito di un complesso progetto di ricerca-intervento che ha lo scopo di favorire lo sviluppo di una “cultura della verifica” in alcuni Dipartimenti di Salute Mentale della città di Roma, nel gennaio del 1999 abbiamo deciso di avviare, presso il III Distretto della ASL RM/A, una ricerca pilota sull'esito delle psicoterapie, che è tuttora in corso.

Dal punto di vista metodologico, abbiamo in primo luogo preso in considerazione le diagnosi psichiatriche dei diversi pazienti e, per misurare i possibili cambiamenti, la gravità della loro sintomatologia, valutata attraverso la scala psicopatologica SCL90-R (Derogatis, 1983). Abbiamo però concentrato la nostra attenzione su alcune caratteristiche della loro personalità, usando per questo scopo la versione italiana della *Adjective Check List* (ACL, Gough, Heilbrun, & Fioravanti, 1980), soprattutto perché questo classico test è di semplice somministrazione e nello stesso tempo ha il vantaggio di poter essere usato sia per l'autodescrizione che per la descrizione da parte di un osservatore esterno. Quest'ultima caratteristica ci è sembrata molto utile, in quanto il confronto fra l'autodescrizione e quella di un osservatore esterno (che nel nostro caso era il terapeuta) permette di ottenere, in modo molto semplice, alcuni indicatori relativi a variabili connesse alla relazione.

Gli autori stessi del test, infatti, suggeriscono la possibilità di calcolare tre indici “interazionali”, (definiti nel paragrafo relativo ai risultati), che possono, dal nostro punto di vista, costituire degli indicatori adeguati delle caratteristiche del cliente che interagiscono con le risposte del terapeuta, così come suggerivano Stiles e collaboratori (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998).

L’obiettivo principale di questo primo studio era quello di raccogliere informazioni che potessero aiutare i terapeuti dell’UOSM ad individuare quali caratteristiche dei pazienti potessero essere considerate predittori delle interruzioni delle psicoterapie non concordate col terapeuta nella struttura nella quale operano e, quindi, ad affrontare meglio questo problema.

Le nostre ipotesi erano le seguenti:

- 1) la diagnosi psichiatrica, come indicato dalla letteratura, avrebbe avuto uno scarso valore predittivo dell’interruzione con l’unica possibile eccezione della diagnosi di disturbo di personalità;
- 2) la gravità della sintomatologia, che pure influenza l’esito del trattamento, potrebbe non essere specificamente predittiva dell’interruzione prematura;
- 3) avrebbero invece potuto avere un buon valore predittivo sia la motivazione al cambiamento del paziente, valutata attraverso i punteggi di due scale dell’ACL (“Bisogno di cambiamento” e “Disposizione a migliorarsi psicologicamente”), che la discrepanza fra l’autodescrizione del paziente e la descrizione che di lei/lui dà il terapeuta, valutata attraverso i punteggi dei tre indici di discrepanza proposti dagli autori dell’ACL (descritti nel paragrafo relativo alle procedure).

Abbiamo pensato che fosse utile comunicare i primi risultati ottenuti dal nostro studio in quanto, malgrado il piccolo numero di soggetti esaminati, ci sono sembrati significativi e, forse, anche meritevoli di essere verificati in studi effettuati in altre strutture psichiatriche pubbliche italiane.

METODOLOGIA

Caratteristiche del campione

Tutti i pazienti che si rivolgono all’UOSM dove si è svolta la nostra ricerca vengono sottoposti ad un assessment costituito da un’intervista semi-strutturata relativa ad informazioni socio-demografiche e da due-cinque colloqui con uno psichiatra o con uno psicologo clinico.

Sono stati presi in considerazione per partecipare allo studio tutti coloro che si sono rivolti per la prima volta all’UOSM dal 1° Gennaio 1999 al 1° gennaio 2004 in periodi nei quali le liste d’attesa del Centro consentivano di iniziare il trattamento entro 30 giorni dalla fine dell’assessment. Questa limitazione è stata prevista dal nostro protocollo di ricerca per ridurre al minimo gli effetti della variabile costituita dalle differenze nella lunghezza dell’intervallo fra il momento dell’assessment e l’inizio del trattamento. Sono stati invitati a partecipare alla ricerca soltanto i soggetti che rispondevano ai seguenti criteri:

- 1) sulla base dei risultati dell’assessment venivano considerati adatti ad iniziare una psicoterapia;
- 2) accettavano di intraprenderla;
- 3) non erano sottoposti contemporaneamente a terapia psicofarmacologica;
- 4) accettavano di partecipare ad una ricerca sulla valutazione degli esiti delle psicoterapie, dopo essere stati informati sugli obiettivi del progetto, sul carattere volontario della partecipazione, sulla libertà di ritirarsi dallo studio in qualunque momento e sul fatto che i loro dati personali sarebbero stati trattati in modo da garantire la privacy, secondo il codice etico dell’Associazione Italiana di Psicologia.

Sulla base di questi criteri abbiamo inserito nella ricerca 28 pazienti di sesso femminile e 4 di sesso maschile che, al momento dell’analisi dei dati, avevano concluso la psicoterapia oppure l’avevano interrotta di propria iniziativa. A causa del numero troppo piccolo di pazienti di sesso maschile si è poi deciso di riferire, in questo articolo, soltanto i risultati relativi alle pazienti donne.

Il campione finale è quindi costituito da 28 donne con le seguenti caratteristiche:

età: l’età media era di $25,9 \pm 3,8$ anni (range 19-35);

- *stato civile*: 27 pazienti erano nubili, una era divorziata;
- *scolarità*: 21 avevano conseguito un diploma di scuola media superiore ed erano iscritte all’università, 5 erano laureate, 1 aveva seguito un corso professionale, 1 aveva un diploma di scuola media inferiore;

- *attività lavorativa*: 1 era disoccupata, 6 erano occupate in lavori precari, 21 erano studentesse universitarie (quest'ultimo dato è dovuto al fatto che l'Unità Operativa è situata in un quartiere molto vicino all'Università di Roma "La Sapienza").

Le pazienti che hanno concluso la terapia in accordo con il terapeuta erano 10, le pazienti che l'hanno interrotta erano 18.

Le diagnosi, effettuate secondo i criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) attraverso una discussione in gruppo dei resoconti dei colloqui clinici, sono riassunte nella Tabella 1.

PROCEDURA

Raccolta dei dati

In caso di accettazione della proposta sono stati somministrati alle pazienti, da uno psicologo diverso dal terapeuta, i seguenti test:

- Symptom Check List-90-R (Derogatis, 1983): è una scala psicopatologica autosomministrata, composta da 90 items relativi alla presenza e alla gravità dei sintomi psichiatrici che consente di ottenere un punteggio globale di gravità e punteggi parziali relativi a 9 sottoscale. Il test è stato compilato dalle pazienti per tre volte (a distanza di una settimana l'una dall'altra) alla fine dei colloqui diagnostici, in modo da stabilire una baseline relativa alla presenza e alla gravità dei sintomi psichiatrici;
- Adjective Check List (Gough, Heilbrun, & Fioravanti, 1980): è un test costituito da trecento aggettivi o frasi aggettivali comunemente utilizzate per descrivere le caratteristiche di una persona che consente di ottenere punteggi relativi a 37 scale costruite nel corso degli anni secondo vari criteri. Nella nostra ricerca questo test è stato utilizzato sia nella modalità dell'autodescrizione che nella modalità della descrizione delle caratteristiche delle pazienti da parte di un osservatore esterno. E' stato somministrato alle pazienti immediatamente prima dell'inizio della psicoterapia. Il terapeuta ha compilato la Adjective Check List dopo la seconda seduta, per descrivere le caratteristiche di ciascuna paziente con la quale aveva iniziato il trattamento.

Il protocollo di ricerca prevede che questa valutazione testologica del paziente sia ripetuta ogni sei mesi, per tutta la durata del trattamento, e alla fine della psicoterapia.

Nel nostro studio riferiremo soltanto i dati dell'assessment iniziale, considerandoli possibili predittori di una interruzione della terapia o di una conclusione concordata. Abbiamo considerato "interruzione della terapia", secondo i criteri proposti da Garfield (1994), la situazione nella quale un paziente, accettato per il trattamento e che ha effettuato almeno una seduta, lo interrompe di propria iniziativa non effettuando le sedute precedentemente concordate col terapeuta.

Come abbiamo già accennato, in coerenza col nostro protocollo di ricerca, per tutte le pazienti del nostro campione l'intervallo tra la fine del primo assessment e l'inizio delle terapie non è mai stato superiore a trenta giorni. I trattamenti (psicoterapie individuali con la frequenza di una seduta settimanale) sono stati effettuati da sette terapeuti esperti: tre di sesso maschile (tutti con un approccio psicodinamico) e quattro di sesso femminile (due con un approccio psicodinamico, una con un approccio cognitivo-comportamentale ed una con un approccio sistemico).

Analisi dei dati

Le differenze fra i due gruppi (pazienti che avevano interrotto la terapia vs pazienti che l'avevano conclusa) relative alle caratteristiche socio-demografiche e alle diagnosi sono state valutate attraverso il test di Mann-Whitney e il test del chi-quadrato.

La valutazione di quali caratteristiche del paziente fossero predittive di abbandono prematuro della terapia è stata effettuata attraverso analisi discriminante (metodo stepwise).

Tutte le analisi sono state effettuate attraverso il software Statistica 8.

RISULTATI

Il numero medio di sedute delle psicoterapie interrotte è 18,6 (ds = 20,91; range 4-91), quello delle terapie portate a termine è di 33,36 (ds = 22,34; range 13-71). Questa differenza risulta statisticamente significativa (Test di Mann-Whitney 32.05; p = 0.004).

Variabili sociodemografiche e diagnosi psichiatrica

Per quanto riguarda l'età, lo stato civile, la scolarità e l'occupazione, non si evidenziano differenze statisticamente significative fra il gruppo delle pazienti che hanno concluso la terapia e il gruppo di quelle che l'hanno terminata.

Diagnosi DSM IV	Interruzione prematura	Terapia conclusa	Numero dei soggetti
Disturbo d'ansia	2	2	4
Disturbo dell'umore	3	3	6
Disturbo dell'alimentazione	3	2	5
Disturbo di personalità borderline	4	0	4
Disturbo di personalità narcisistica	1	2	3
Disturbo di personalità non altrimenti specificato	3	1	4
Disturbo di personalità istrionico	1	0	1
Disturbo di personalità schizoide	1	0	1
Totale Disturbi appartenenti all'asse I	8	7	15
Totale Disturbi di Personalità	10	3	13
Totale	18	10	28

Tabella 1 - Distribuzione delle diagnosi nei due gruppi. Sulla porzione inferiore (evidenziata in grigio) della tabella è stato calcolato il Chi-quadrato (Chi = .82; n.s.).

Come si vede dalla tabella 1, il numero delle interruzioni della terapia sembra maggiore nel sottogruppo delle pazienti con disturbo di personalità mentre, per quanto riguarda le pazienti affette da disturbi appartenenti all'asse I del DSM-IV-TR, coloro che concludono la terapia e coloro che la interrompono si distribuiscono in modo abbastanza omogeneo. Per valutare se una diagnosi di Disturbo di personalità fosse un possibile predittore di interruzione prematura, le frequenze delle interruzioni e delle conclusioni concordate in queste pazienti sono state confrontate attraverso il test del Chi-quadrato (con correzione di Yates). L'analisi ha evidenziato l'assenza di differenze statisticamente significative (Chi-quadrato = 0.82; $p = 0.37$).

Per valutare se la gravità delle varie dimensioni sintomatiche misurate dalla SCL-90-R fosse un predittore della interruzione della terapia, abbiamo in primo luogo calcolato la sensibilità e la specificità di una classificazione basata sulle medie dei punteggi del Global Severity Index (Interruzioni: 1.42 ± 0.57 , range 0.62-2.72. Conclusioni concordate: 1.24 ± 0.67 , range 0.60-2.60). Utilizzando come miglior punto di cut-off il valore di 1 si è ottenuta una sensibilità del 72.2% (13/18 soggetti correttamente individuati fra coloro che avevano interrotto la terapia), una specificità del 60% (4 falsi positivi su 10) e una percentuale di soggetti correttamente classificati pari al 67.8% (19 soggetti su 28). La classificazione delle pazienti sulla base del GSI è riportata nella Tabella 2.

GSI	Interruzione prematura	Terapia conclusa	Numero dei soggetti
<1	5	6	11
1 o maggiore	13	4	17
Totale	18	10	28
GSI medio (e ds) del gruppo	1,42 (0,57)	1,24 (0,67)	

Tabella 2 - Classificazione dei pazienti dei due gruppi sulla base del GSI e usando come punto di cut-off il punteggio di 1.

Per valutare se le motivazioni al cambiamento autovalutate dal paziente attraverso le scale dell'ACL "Bisogno di cambiamento" e "Disposizione a migliorarsi psicologicamente" fossero dei predittori di abbandono prematuro, queste variabili sono state usate come predittori in una analisi discriminante che ha incluso anche il GSI ed ha considerato come criterio l'appartenenza ad uno dei due gruppi (abbandono prematuro e terapia conclusa). I risultati hanno evidenziato che nessuna combinazione delle variabili considerate permette di prevedere meglio del caso l'appartenenza di gruppo. La funzione discriminante, infatti, non risulta statisticamente significativa. L'analisi è stata allora ripetuta considerando come predittori oltre al GSI, le scale "Bisogno di cambiamento" e "Disposizione a migliorarsi psicologicamente" dell'ACL compilato dal terapeuta. Anche in questo caso, l'analisi non ha evidenziato una funzione discriminante statisticamente significativa.

Si è voluto, infine, valutare se le discrepanze fra i punteggi degli ACL compilati rispettivamente da ciascuna paziente e dal terapeuta all'inizio del trattamento permettessero di prevedere l'appartenenza di gruppo. I predittori considerati sono stati i seguenti tre indici, suggeriti dal manuale dell'ACL (Gough, Heilbrun, & Fioravanti, 1980):

- I_1 - Insight 1, ottenuto con il seguente rapporto: $a/(a+b)$
dove:
a= Numero degli items contrassegnati in entrambe le descrizioni,
b= Numero degli items contrassegnati nell'autodescrizione ma non nell'eterodescrizione).
- I_2 – Insight 2, ottenuto con il seguente rapporto: $a/(a+c)$
dove:
a= Numero degli items contrassegnati in entrambe le descrizioni,
c= Numero degli items contrassegnati nell'eterodescrizione ma non nell'autodescrizione.
- IP – Intrapuntività, ottenuto con il seguente rapporto: $(d+e)/(d+e+f+g)$
dove:
d= Numero degli aggettivi sfavorevoli contrassegnati solo nell'autodescrizione,
e= Numero degli aggettivi favorevoli contrassegnati solo nell'eterodescrizione,
f= Numero degli aggettivi favorevoli contrassegnati solo nell'autodescrizione,
g= Numero degli aggettivi sfavorevoli contrassegnati solo nell'eterodescrizione.

I risultati dell'analisi evidenziano una funzione discriminante statisticamente significativa (Wilks' Lambda=.64; $F(2,25)=7.05$ $p<.004$) che include soltanto le variabili I_2 e IP, i cui rispettivi indici di significatività e le cui medie e deviazioni standard sono riportate nella Tabella 3.

	Lambda di Wilks	F rimot.	p-level	Interruzione prematura Media (DS)	Conclusions Media (DS)
IP	0,94	11,82	0,002	0,44 (0,16)	0,53 (0,17)
I_2	0,85	8,34	0,008	0,30 (0,17)	0,51 (0,18)

Tabella 3 - Risultati dell'analisi discriminante che ha considerato come predittori gli indici interattivi (IP, I_1 ed I_2) dell'ACL. Le ultime due colonne riportano la media (e la deviazione standard) dei punteggi riportati dai due gruppi.

La funzione classifica correttamente il 78.6% delle pazienti. In particolare, vengono classificate correttamente l'88.9% delle pazienti che abbandonano la terapia e il 60% delle pazienti che concludono la terapia.

DISCUSSIONE

Il nostro studio è stato condotto allo scopo di approfondire la conoscenza delle caratteristiche dei pazienti che potrebbero essere predittive del fenomeno dell'interruzione prematura della terapia. Il nostro interesse per questo problema è stato motivato dal fatto che, pur essendo d'accordo con i molti ricercatori che sottolineano che non tutte le interruzioni debbano essere considerate come

fallimenti del trattamento, riteniamo che la previsione del fenomeno in questione abbia un interesse non solo scientifico ma anche clinico. Infatti, come affermano Clarkin e Levy (2004):

“ [...] dal punto di vista del clinico, coloro che interrompono prematuramente la psicoterapia, non traggono profitto da una risorsa importante per la loro vita [...]” (pag.197).

Il primo dato sul quale riflettere è costituito dallo scarso valore predittivo delle diagnosi psichiatriche nel nostro campione; a questo proposito, pensiamo che la mancanza di significatività statistica della differenza fra le frequenze dei Disturbi di personalità nei due gruppi potrebbe essere dovuta allo scarso numero di soggetti esaminati che ha reso, fra le altre cose, impossibile un confronto puntuale fra le frequenze nei due gruppi dei singoli Disturbi appartenenti sia all'asse I che all'asse II del DSM-IV-TR.

Dobbiamo inoltre rilevare che il numero medio delle sedute effettuate dalle pazienti che hanno interrotto il trattamento è comunque più alto di quello generalmente riferito nella letteratura: la maggior parte degli abbandoni si verifica infatti nelle prime sedute, o addirittura dopo una sola seduta, tanto che Clarkin e Levy (2004) si chiedono se i clinici offrano molte volte una psicoterapia a persone che potrebbero farcela da sé o che potrebbero essere aiutati in altre maniere. Nella UOSM in cui è stato effettuato il nostro studio, invece, a causa della scarsità di risorse, i criteri di selezione non possono che essere molto selettivi e ciò potrebbe spiegare il dato rilevato nel nostro campione.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti con la somministrazione dello SCL-90-R e dell'ACL, l'insufficienza numerica del campione ci ha costretto a prendere in considerazione, per garantire una sufficiente validità ai risultati delle nostre elaborazioni statistiche, solo una percentuale minima delle variabili esplorate dai due test.

Per lo SCL-90-R ci siamo perciò limitati ad utilizzare il *Global Severity Index*, un indice i cui punteggi hanno, oltre ad una significatività statistica alla quale non si applicano le critiche portate alle sottoscale dello stesso test, anche una buona significatività clinica: ad esempio, un gran numero di ricerche ha mostrato che, usando come cut-off il punteggio di 1, si possono individuare adeguatamente i pazienti che presentano sintomi gravi (Lambert & Hill 1994). Come abbiamo visto, nel nostro campione le differenze nei valori di questo punteggio fra i due gruppi permettono di classificare correttamente solo il 68% circa (pari a 19 pazienti su 28) del campione.

Un valore predittivo nullo hanno invece mostrato i punteggi delle scale “Bisogno di cambiamento” e “Disposizione a migliorarsi psicologicamente”, sia quando sono usate per l'autovalutazione sia quando sono usate per l'eterovalutazione. Questi risultati smentiscono quindi una delle nostre ipotesi.

Al contrario, i risultati dell'analisi discriminante effettuata sui punteggi degli indici di discrepanza fra l'autodescrizione e l'eterodescrizione sono stati interessanti. In questo caso, infatti, l'analisi ha evidenziato una funzione discriminante statisticamente significativa nella quale sono inclusi solo due (Insight_2 e Intrapuntività) dei tre predittori considerati. Come abbiamo visto, la funzione permette di classificare correttamente una percentuale soddisfacente di pazienti dei due gruppi (circa il 79%, ossia 22 su 28) e, malgrado un aumento dei “falsi positivi”, una percentuale ancora maggiore di soggetti che hanno interrotto la terapia (l'89%, ossia 16 su 18). Riteniamo che, viste le caratteristiche del nostro studio, che nasce come ricerca-intervento, l'incremento dei falsi positivi potrebbe non essere considerato un dato troppo negativo, in quanto ha il solo effetto di aumentare l'attenzione del terapeuta rispetto ad alcune problematiche dei pazienti ai quali erroneamente viene attribuito un elevato rischio di interruzione della terapia. Esaminando le medie dei due gruppi (vedi Tabella 3), infatti, rispetto a coloro che concludono positivamente la terapia, le pazienti che la abbandonano sembrano caratterizzate da minore Insight_2 (ovvero da una maggiore tendenza a non riconoscere in se stesse caratteristiche che, invece, sono riconosciute dal terapeuta) e da minore Intrapuntività (ossia da una minore tendenza a dare di se stesse una valutazione peggiore di quella data dal terapeuta).

I risultati di questa analisi confermano quindi che, come era stato ipotizzato, gli indici di concordanza o discrepanza fra le valutazioni della paziente e quelle del terapeuta sono le variabili con maggiore validità predittiva, in quanto ci forniscono informazioni preziose sul modo in cui, non appena la terapia inizia, le caratteristiche del paziente e quelle del terapeuta cominciano a interagire fra loro.

Le discrepanze fra le due valutazioni possono, infatti, dipendere da caratteristiche intrinseche al paziente, da errate valutazioni del terapeuta o da entrambi i fattori e senza dubbio, se sono di grado elevato e se non sono riconosciute ed elaborate, possono ostacolare il costruirsi di un'adequata alleanza.

Ad esempio, per quanto riguarda la variabile Insight_2, si può dire che un soggetto che non è consapevole di proprie modalità di presentarsi (positive o negative) che, invece, vengono riconosciute da un osservatore esterno, avrà comunque una tendenza a sperimentare difficoltà in tutte le relazioni interpersonali nelle quali siano richieste capacità introspettive, e quindi anche nel lavoro psicoterapeutico, soprattutto se ad orientamento psicodinamico (da questo punto di vista, il notevole contributo di questa variabile ad una corretta classificazione dei soggetti da noi studiati dipende sicuramente dal fatto che cinque dei sette terapeuti che hanno partecipato allo studio utilizzano un approccio psicodinamico). E' però anche vero che, nell'ambito delle interazioni terapeutiche, una maggiore discrepanza fra paziente e terapeuta nella percezione del paziente, qualora il clinico non riesca a collocarsi anche nella prospettiva del cliente, aumenta la probabilità che gli interventi del terapeuta possano non raggiungere emotivamente il paziente, oppure possano farlo sentire "scoperto" o "smascherato" (nel caso di caratteristiche negative) o indebitamente "idealizzato" (nel caso di caratteristiche positive). Tali esperienze che il paziente fa della relazione terapeutica, soprattutto se il clinico non è in grado di sintonizzarsi empaticamente con le difficoltà del paziente e di tollerare le frustrazioni che esse provocano in lui, possono aumentare le probabilità di una interruzione prematura.

Analogamente, per quanto riguarda la variabile Intrapunitività, è possibile ipotizzare che un soggetto che ha la tendenza a considerare se stesso peggiore di come appare ad un osservatore (come le pazienti del nostro campione che hanno continuato la terapia) presenti, probabilmente, anche tratti di tipo depressivo che, come sappiamo dalla letteratura (Roth & Fonagy, 1996), si associano ad una minor tendenza ad interrompere il trattamento. D'altra parte, sempre in un'ottica interattiva, una discrepanza di questo tipo fra il giudizio del paziente e quello del suo terapeuta, a prescindere dai motivi che la determinano (per es. eccessiva intrapunitività del paziente o eccessiva idealizzazione del paziente da parte del terapeuta), fa aumentare la probabilità che gli interventi di quest'ultimo (compresi quelli interpretativi) possano far diminuire i sensi di colpa del paziente, incrementare la sua autostima ecc. Ciò, a sua volta, può abbassare la probabilità di una interruzione della terapia, anche se una eccessiva idealizzazione del paziente da parte del terapeuta può avere altri effetti molto negativi sul processo terapeutico.

Per comprendere questi dati da un punto di vista più generale, ci sembra ancora di grande utilità anche per le psicoterapie la distinzione, proposta più di 40 anni fa da Michael ed Enid Balint (Balint & Balint, 1961) sulla base della loro esperienza di formazione dei medici, fra "malattia autogena" (ossia il quadro che il paziente si fa delle sue nuove sensazioni, paure, sospetti e angosce) e "malattia iatrogena" (ossia il quadro che il medico si fa, sulla base dell'anamnesi e dell'esame clinico, della situazione patologica del paziente): secondo questi autori, infatti, la diagnosi psicologica iniziale deve servire anche a stabilire un nesso fra "malattia iatrogena" e "malattia autogena" che deve essere comprensibile sia al medico che al paziente e soddisfare emotivamente quest'ultimo che, altrimenti, si sentirà incompreso, deluso, irritato, abbandonato.

D'altra parte, le considerazioni da noi proposte sull'accordo fra le valutazioni del terapeuta e quelle del paziente sono largamente sostenute dalla letteratura recente a proposito del costrutto "alleanza terapeutica", considerato il fattore aspecifico più importante che contribuisce al cambiamento terapeutico (cfr. Lingiardi, 2002): in particolare, la capacità del paziente di affidarsi al terapeuta (dunque anche di riconoscere il proprio bisogno di aiuto) risulta un elemento determinante per la continuità del lavoro terapeutico, soprattutto nei pazienti gravi (Gunderson, 2001), e, d'altra parte, l'attenzione che il terapeuta mantiene sulla qualità della relazione clinica e sulle caratteristiche specifiche di quel paziente è considerata una componente fondamentale del costruirsi di un'alleanza terapeutica (Roth & Fonagy, 1996).

In conclusione, infine, qualche nota di cautela: come abbiamo già accennato nell'introduzione, i risultati presentati in questo studio necessitano ulteriori conferme empiriche su campioni più numerosi e con caratteristiche diverse dal nostro. Infatti, la scarsa numerosità del campione da noi studiato, composto soltanto da 28 giovani donne, che per la grande maggioranza sono studentesse universitarie, ne limitano la generalizzabilità a giovani donne con un livello di istruzione medio-alto. Dobbiamo però notare che questa insufficienza numerica non è attribuibile

ad un rifiuto di partecipare alla ricerca da parte dei soggetti interpellati, in quanto ciò si è verificato solo in un soggetto di sesso maschile. Riteniamo che invece i motivi siano altri: il primo è di carattere generale ed è costituito dal fatto che, malgrado gli sforzi degli psicologi e degli psichiatri che si oppongono a questa tendenza, anche nella UOSM dove si è svolta la nostra ricerca, come in tutti i servizi psichiatrici pubblici italiani, lo spazio delle psicoterapie si è progressivamente ridotto; il secondo è invece la limitazione dei periodi di reclutamento prevista dal nostro protocollo di ricerca per ridurre al minimo gli effetti della variabile "intervallo di attesa". La rappresentatività del campione non è quindi inquinata da *bias* di selezione.

Per questi motivi, stiamo cercando di estendere la nostra ricerca ad altre UOSM dell'Azienda Sanitaria Locale RM/A. Siamo consapevoli, proprio sulla base dell'esperienza finora maturata, delle difficoltà che incontreremo nella realizzazione di questo progetto, ma riteniamo anche, in accordo con che la riflessione sui risultati delle psicoterapie nelle strutture pubbliche sia oggi necessaria non solo dal punto di vista pratico, ma anche da quello del progresso scientifico (Fava & Masserini, 2002; Vigorelli, 2005). Infatti, negli ultimi anni si sta affermando una tendenza a moltiplicare i contesti nei quali verificare i risultati delle terapie farmacologiche e, più recentemente, anche delle psicoterapie. Scrivono a questo proposito Clarkin & Levy (2004):

" [...] attualmente, uno degli obiettivi più importanti per le ricerche è quello di allargare l'area degli studi sull'efficacia (*efficacy*) dei trattamenti condotti nei centri di ricerca su campioni altamente selezionati e con terapeuti selezionati altrettanto accuratamente, a studi che valutino l'efficacia nella pratica (*effectiveness*) di approcci terapeutici specifici su gruppi di pazienti più eterogenei appartenenti ad una determinata comunità, trattati da terapeuti che operano in strutture territoriali [...]" (2004, p.185).

Bibliografia

- Balint, M., & Balint, E. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. London: Tavistock Publications Ltd. Trad. it. (1970). *Tecniche psicoterapeutiche in medicina*. Torino: Einaudi.
- Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.165-187). New York: Wiley.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F., & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley. Trad. it. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano: Cortina.
- Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-382.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90. Administration, scoring and procedure manual for the Revised Version*. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research.
- Fava, E., & Masserini, C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milano: FrancoAngeli.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Gough, G.H., Heilbrun, B.A., & Fioravanti, M. (1980). *Manuale della versione italiana della Adjective checklist*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Gunderson, J.G. (1996). The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapists Availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Hill, C.E., & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapeutic processes and outcome. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.55-71). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 72-113). New York: Wiley.

Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.33-54). New York: Wiley.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.

Prochaska, C.O., & Di Clemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Dowjones/Irwin.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. London: Guilford Press. Trad. it. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Stiles, W.B., Honos-Webb, L., & Surko M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and Practice*, 5, 439-58.

Vigorelli, M. (Ed.). (2005). *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.