



Università degli Studi  
Milano-Bicocca  
Facoltà di Psicologia

**A.O. Niguarda Cà Granda, Milano**  
**U.O.P.48-Unità di Psichiatria Dinamica e Psicoterapia**



Università degli  
Studi di Milano  
Facoltà di Medicina  
e Chirurgia

**9-11 novembre 2006**  
**Congresso OPIFER -Firenze**

# **Moti Problematici e loro gestione nei casi poor outcome**

**Emilio Fava, Marta Vigorelli, Hans Schadee**

**“Processo Interpersonale  
ed Outcome”:  
Progetto Milano**

# Obbiettivi di ricerca

Costruire ipotesi, empiricamente fondate, su ciò che distingue i casi good outcome da quelli poor outcome dal punto di vista dello sviluppo della **relazione interpersonale tra paziente e terapeuta**

# Relazione interpersonale (I)

- ❑ La scelta della relazione interpersonale come **campo d'indagine** è giustificata dai risultati degli studi sulla varianza dei risultati (Lambert e Barley, 1994, 2001).
- ❑ Nella relazione paziente-terapeuta è difficile differenziare, praticamente e concettualmente, l'alleanza terapeutica, la relazione interpersonale e la relazione transferale nella sua accezione originaria. Si tratta di **fattori simultaneamente attivi e interdipendenti**.

# Relazione interpersonale (II)

□ Nei procedimenti di ricerca è necessario isolare una variabile dalle altre, tuttavia l'uso clinico dei dati della ricerca prevede la loro integrazione nella mente del terapeuta (competenza del terapeuta).

□ In questo studio, viene considerata la “**relazione terapeutica reale**” (Gelso, 2004). Essa viene definita come quella parte della relazione che è altro rispetto la relazione transferale; è connessa con l'esperienza dell'altro (terapeuta) in quanto persona reale e con la capacità del terapeuta di essere autenticamente quello che è. **Esperienza emozionale correttiva**

# Relazione interpersonale e metodo SASB

- **Profilo interpersonale** del terapeuta e del paziente (analisi descrittiva: di frequenze, temporale).
- **Dinamica relazionale** tra terapeuta e paziente (analisi log-lineare, analisi sequenziale).

# Campione di ricerca

- **Numerosità:** 20 coppie di pazienti, 10 terapeuti.
- **Struttura:** Due sotto-gruppi di pazienti ad esito differente.
- **Composizione:** Rappresentativo per categoria diagnostica e modello psicoterapeutico.

# Materiale clinico

## □ Criteri metodologici adottati per a scelta del materiale clinico:

- Quattro sedute a intervalli di 4 mesi sul primo anno di trattamento;
- Criterio random per la selezione di 20 minuti di seduta, per un totale di almeno 150 unità di pensiero.

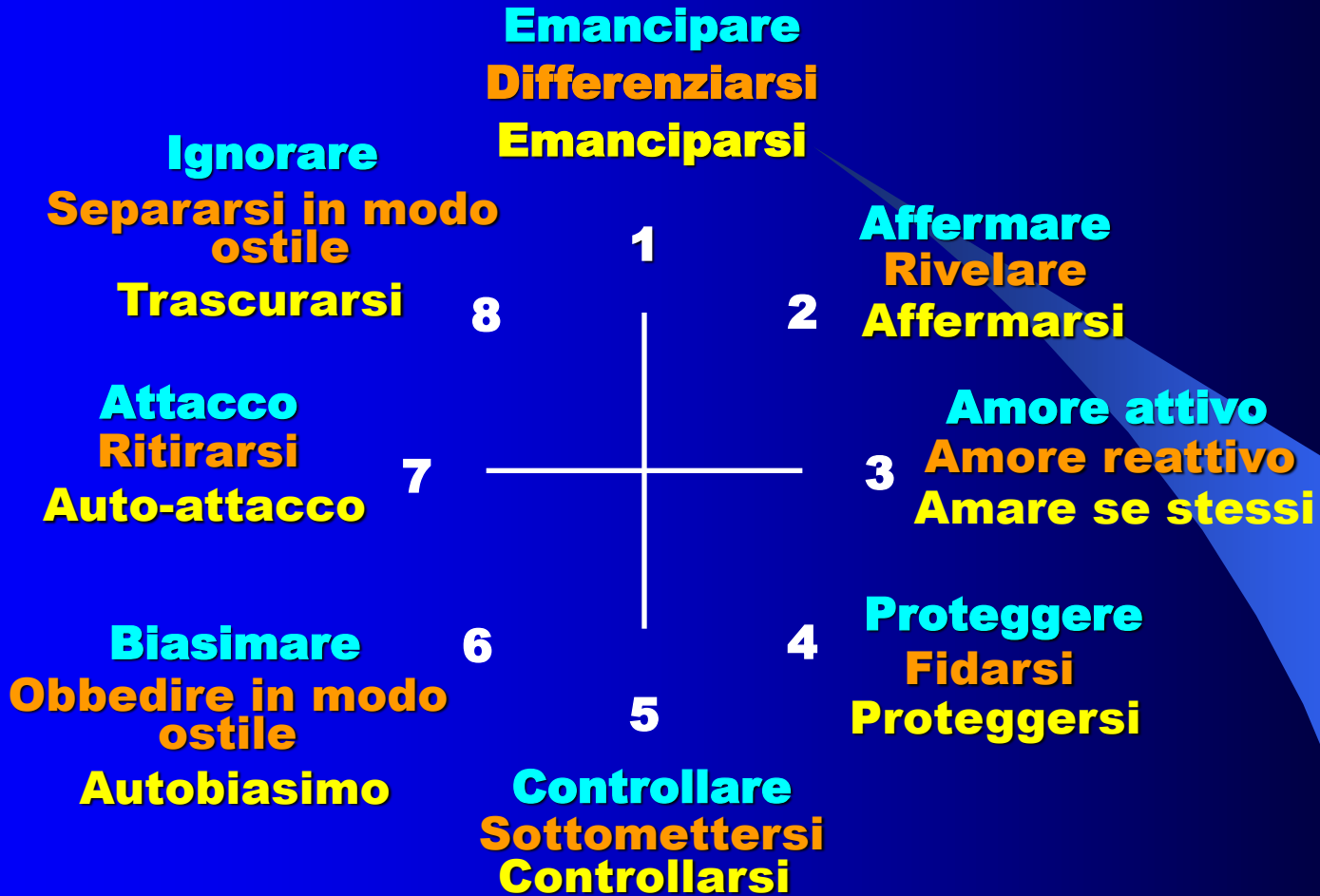
## □ Livello di Affidabilità tra giudici:

**Weighted Kappa Lineare=0,74\***

\*Calcolato su codifiche non distinte per focus



# Modello S.A.S.B semplificato (Benjamin, 1993)



**1) Focus sull'altro**

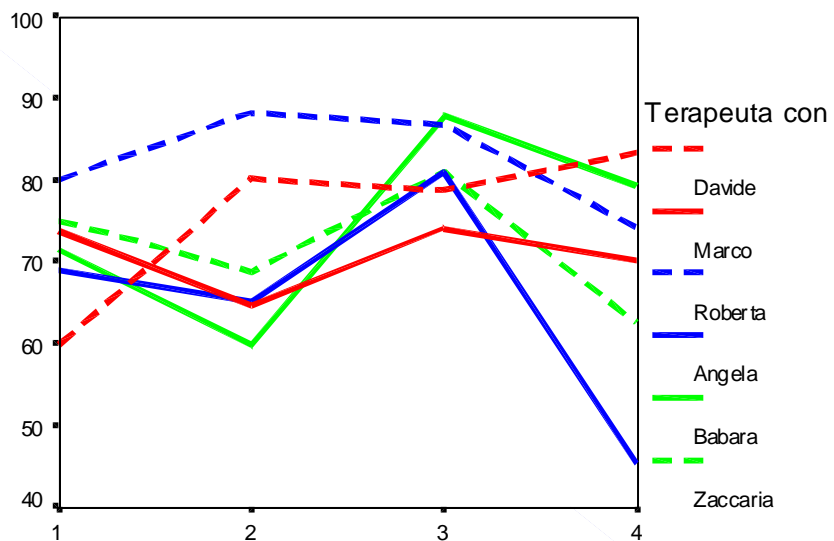
**2) Focus sul Sè**

**3) Introietto**

# Analisi descrittiva: Obbiettivi

- ❑ Evidenziare dissomiglianze nel comportamento interpersonale dei pazienti e dei terapeuti: **stili interpersonali**.
- ❑ Rilevare **variazioni nel profilo interpersonale** sui due gruppi d'esito nel corso del primo anno di terapia.

# Atteggiamento dei Terapeuti



SEDUTA

Terapeuta su prima e seconda

100=max controllo, 50=neutro, 0=max indipendenza

I livelli di controllo mostrati dai terapeuti verso i pazienti good outcome seguono un andamento temporale funzionale agli obiettivi terapeutici

L'atteggiamento terapeutico sostenuto con i pazienti poor outcome è, complessivamente e costantemente, più direttivo

# Analisi descrittiva: Conclusioni

Configurazione interpersonale caratterizzata dal **rapporto di corrispondenza** tra le modalità relazionali mostrato dai pazienti verso il terapeuta e l'atteggiamento sostenuto verso il Sè



# Analisi log-lineare: Obiettivi

Definire l'atteggiamento intrapsichico sostenuto dai pazienti verso il proprio Sè in corrispondenza dei moti di presa di autonomia neutrale o disaffiliativa

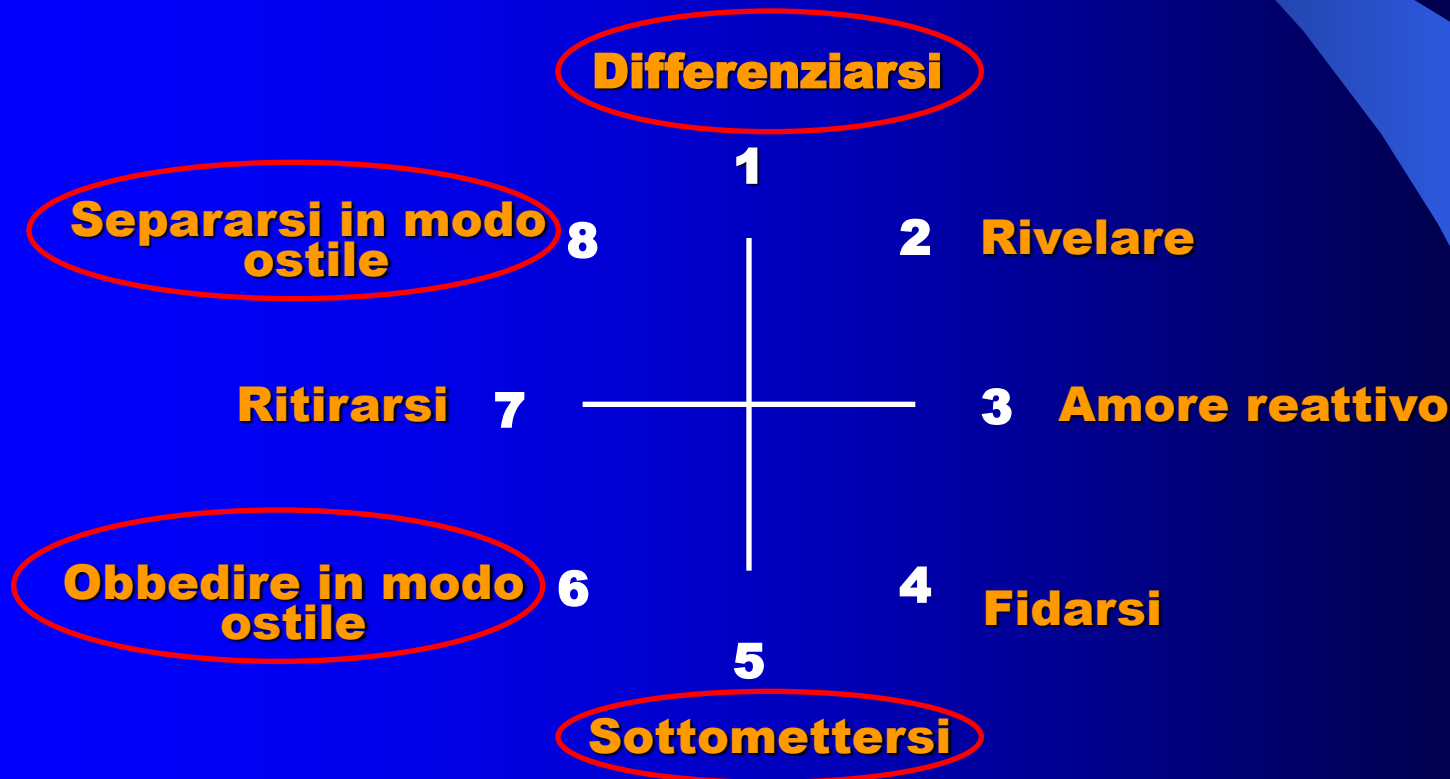
# Analisi log-lineare: Conclusioni

Il movimento di presa di autonomia si mostra spesso associato ad una riduzione di auto-controllo



# Analisi sequenziale: Obbiettivi

Contesto relazionale attiguo ai **moti problematici** di III e IV quadrante del paziente (Henry e Strupp, 1994):  
moti caratterizzati da ostilità o neutrali rispetto alla dimensione dell'Affiliazione



# Analisi sequenziale: Procedura

Quali sono gli atteggiamenti terapeutici che favoriscono una posizione problematica?

**Antecedente del  
terapeuta**



**Moto problematico**



Come viene gestito il momento problematico nella relazione con il paziente?

**Gestione del Terapeuta**

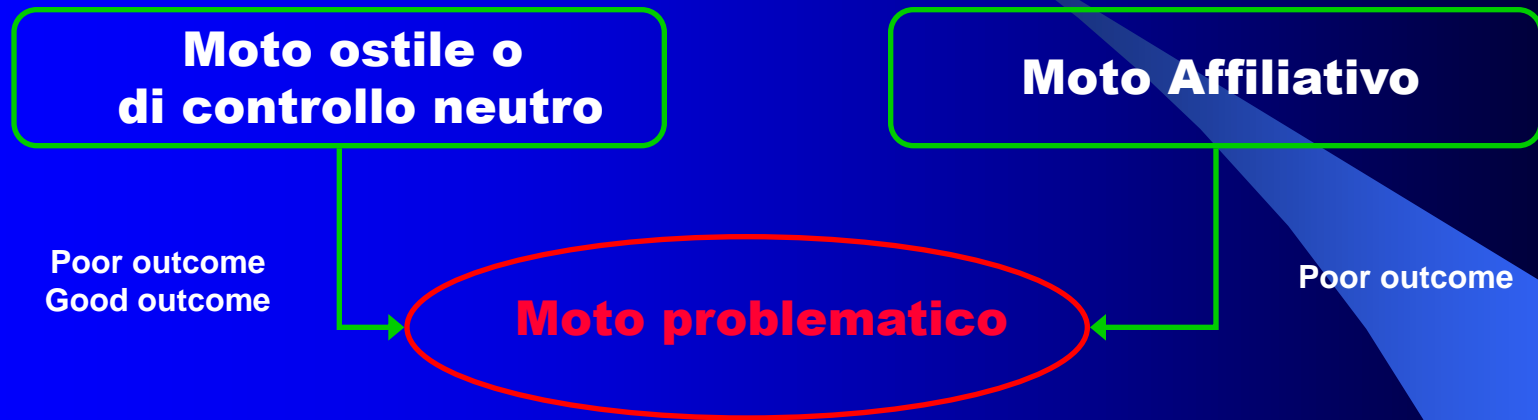


Qual'è la valenza terapeutica degli atteggiamenti del terapeuta?

**Reazione del paziente**

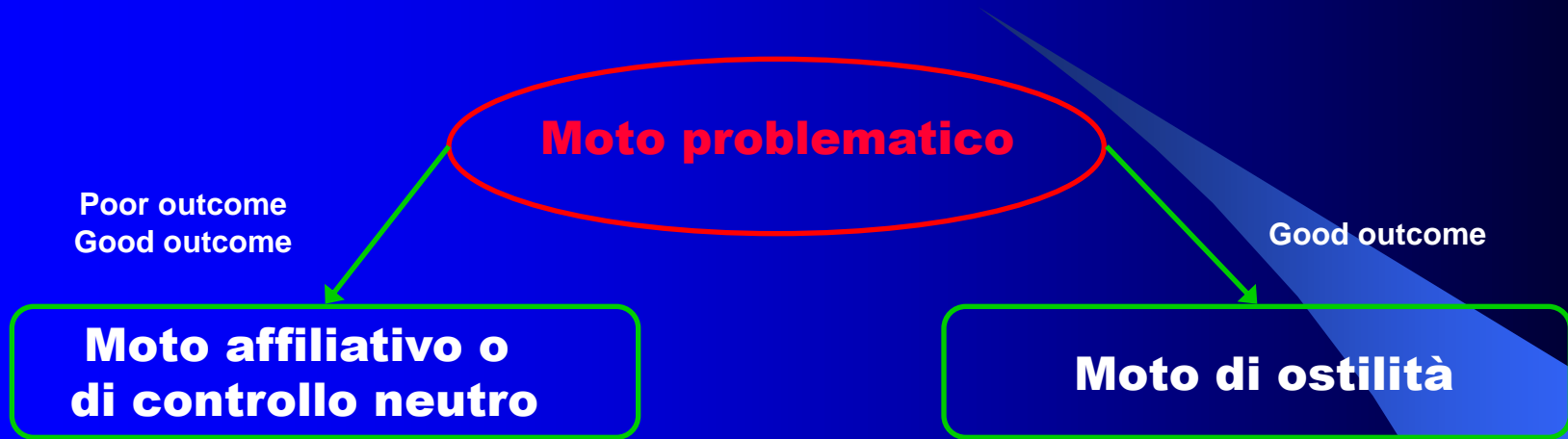


# Antecedente del terapeuta

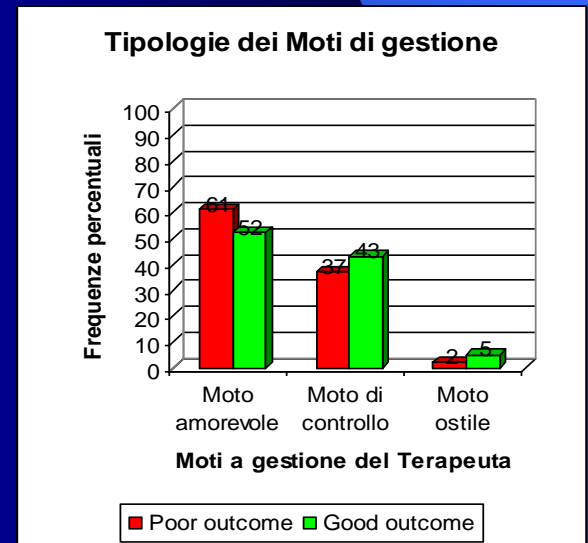


I pazienti Poor outcome mostrano un livello di complementarietà negativa significativamente superiore e una minor coerenza al contesto relazionale in atto

# Gestione del Terapeuta



I terapeuti mostrano un atteggiamento terapeutico non diversificato sui due gruppi d'esito, gestendo i moti problematici per lo più con interventi affiliativi, ma in dose discreta anche con moti di controllo neutro



# Risposta del paziente



Gli atteggiamenti di controllo neutro determinano la conferma della posizione problematica, soprattutto nella relazione con i pazienti poor outcome.

# Conclusioni

- ❑ Maggior problematicità della relazione terapeutica con i pazienti poor outcome che si evidenzia sin dall'inizio.
- ❑ I pazienti poor outcome risultano meno predisposti ad impegnarsi in una relazione di dipendenza dalla figura del terapeuta.
- ❑ L'atteggiamento sostenuto dai terapeuti per gestire le modalità relazionali disfunzionali dei pazienti è caratterizzato da alti livelli di controllo benevolo e neutrale, che tuttavia non produce buoni effetti terapeutici.
- ❑ I pazienti poor outcome non utilizzano il modello relazionale offerto dal terapeuta in senso introiettivo.
- ❑ Le diadi poor outcome sono caratterizzate da livelli significativamente maggiori di complementarietà negativa e minori livelli di complementarietà positiva.

# Suggerimenti clinici

Nel caso di pazienti che presentano tendenze non affiliative, gli interventi di controllo, anche benevolo, dovrebbero essere sostituiti da **modalità più flessibili orientate al dare autonomia ai pazienti**, cioè a basso livello di direttività.