

Ricerca multistrumentale in psicoterapia, valutazione in psicosomatica e nei servizi psichiatrici: gruppo di ricerca coordinato da Marta Vigorelli

Marta Vigorelli¹

Sommario

Il nostro gruppo di ricerca è nato nel 2001, nel contesto degli insegnamenti esterni all'Università di Milano-Bicocca: "Valutazione dell'efficacia in psicoterapia" e "Interventi psicologici nel servizio pubblico". Inizialmente era formato da me, Mariangela Villa e Riccardo Scognamiglio per quanto riguardava le ricerche sull'outcome in area clinica; da me, Valentina Stirone e Ilaria Peri per gli interventi nei centri di salute e nelle comunità terapeutiche. Le aree di ricerca che abbiamo approfondito in questi anni sono state: 1) La valutazione multi-strumentale del processo psicoterapeutico in "single cases"; 2) Alessitimia e psicosomatica: ricerca che ha portato allo sviluppo della scala di intelligenza emotiva (Scognamiglio, 2008, 2009); 3) Contributo alla validazione di nuove tecniche psicoterapeutiche, in particolare l'EMDR; 4) Monitoraggio del percorso clinico degli interventi nelle istituzioni (DSM e comunità terapeutica): ricerca che ha portato alla costruzione del Community Functioning Questionnaire, CFQ-28 *image* (Vigorelli, Zanolini, Belfontali, Tatti, Buratti, & Peri, 2008).

Parole chiave

Efficacia dei trattamenti, valutazione multistrumentale, single case, psicosomatica, istituzioni

¹ Università di Milano-Bicocca

Corrispondenza: Marta Vigorelli

E-mail: marta.vigorelli@libero.it

Introduzione

Il nostro gruppo di ricerca è di recente formazione ed è stato composto inizialmente da me, Riccardo Scognamiglio e Mariangela Villa: dopo una ventennale esperienza di clinici con formazione psicoanalitica su un'ampia gamma di psicopatologie (in particolare psicosi, disturbi di personalità e psicosomatosi) e con funzioni di formazione di allievi in training, abbiamo sentito l'esigenza di approfondire anche la validazione di quanto andavamo realizzando in campo clinico, con buoni risultati, ma anche con grandi difficoltà nell'approccio ai pazienti gravi; sentivamo anche l'importanza di trasmettere agli allievi strumenti di ricerca che consentissero di osservare e partecipare al processo psicoterapeutico in un modo più oggettivo rispetto alla tradizionale e pur efficace "narrazione dei casi clinici".

Il gruppo è nato nel 2001 nel contesto degli insegnamenti esterni presso l'Università di Milano-Bicocca, *Valutazione dell'efficacia in psicoterapia* parallelamente alla collaborazione con Emilio Fava presso il *Centro di Psicoterapia della clinica universitaria* diretto da Salvatore Freni e con l'*Istituto di psicosomatica Integrata* di Riccardo Scognamiglio. Attraverso il lavoro delle tesi di laurea è iniziata una feconda collaborazione con due statistici della Facoltà di Psicologia: Hans Schadee e Marcello Gallucci. Come soci della *Society of Psychotherapy Research* e inizialmente anche *dell'Associazione Italiana di Psicologia* abbiamo avviato significative collaborazioni con Vittorio Lingiardi e Antonello Colli, con Pokorny, Mergenthaler, Omar Gelo, Wilma Bucci e Rachele Mariani e recentemente con Diego Sarracino e il gruppo di Alessandro Zennaro. L'occasione è stata la partecipazione ai congressi nazionali: con l'AIP a Bari nel 2003, Aosta 2004, Cagliari 2005, con la SPR Milano 2003, San Benedetto del Tronto 2005, Reggio Calabria 2006, Modena 2008, Perugia 2010 e ad alcuni congressi internazionali (Roma 2004, Edimburgo 2006, Barcellona 2008) e a

quelli europei di Ginevra 2007 e Bolzano 2009. In seguito abbiamo pubblicato alcuni dei nostri lavori sulla *Rivista Ricerca in Psicoterapia e Psichiatria di Comunità* e il volume *Laboratorio didattico per la ricerca in Psicoterapia* con la Libreria Raffaello Cortina (2009b) che riassume pienamente la nostra ottica di lavoro e gran parte delle ricerche scaturite dalla collaborazione con i numerosi laureandi che si sono appassionati a questo tipo di interesse (continuato poi nelle scuole di specializzazione in psicoterapia a orientamento, per lo più cognitivo e psicodinamico) in particolare: *Maria Aliprandi, Elisa Buratti, Laura Capelli, Susanna Conserva, Hanna Fischer, Elisa Fogliato, Laura Marchesi, Cristina Mastronardi, Ylaria Peri, Filippo Rapisarda, Marta Sala, Valentina Stirone, Francesca Trussoni.*

Nel contesto dell'insegnamento *Interventi psicologici nei servizi pubblici socio-sanitari* presso l'Università Milano-Bicocca è scaturito un altro filone di ricerca orientato alla valutazione dell'out-come e alla valutazione dell'appropriatezza degli interventi nei Centri di Salute Mentale e nelle Comunità terapeutiche pubbliche o private convenzionate. Le collaborazioni più significative e continuative sono state con il DSM di Milano Niguarda, di Roma B, e di Messina e con alcuni epidemiologi della SIEP: Antonio Lora e Arcadio Erlicher. Le aree di ricerca che abbiamo approfondito sono state:

- 1) valutazione multistrumentale dei processi psicoterapeutici con ricerche su "single case";
- 2) area alessitimia e psicosomatica (Scala dell'intelligenza emotiva, Scognamiglio, 2008, 2009);
- 3) contributo alla validazione di nuove tecniche psicoterapeutiche in particolare l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*);
- 4) ricerche per monitorare l'andamento clinico degli interventi nelle istituzioni (Centri di salute Mentale pubblici e Comunità terapeutiche).

1) Valutazione multistrumentale dei processi psicoterapeutici con ricerche su “single case”

Finalità: individuare indicatori nella coppia psicoterapeuta-paziente, che aiutino a cogliere aspetti predittivi di buono o negativo esito con la lente di ingrandimento sul microprocesso, soprattutto con pazienti “difficili”.

Metodi e strumenti: parallelamente allo studio su casi singoli, attraverso i quali abbiamo contribuito alla validazione dell'IVAT di Colli e Lingiardi (2002; oggi Collaborative Interactions Scale – CIS; Colli & Lingiardi, 2009a) per la valutazione dell'alleanza terapeutica (Villa, Colli, Vigorelli, Cirillo, Manzoni, Schadee, & Lingiardi, 2005; Villa, Colli, Manzoni, Schadee, Vigorelli, & Lingiardi, 2006; Villa, Porta, Schadee, Colli, Manzoni, Rapisarda, & Vigorelli, 2006) e del *Countertransference Assessement Q-sort* (CTA Q sort; Colli e Lingiardi, 2009b; Colli & Prestano, 2006) che valuta il controtransfert del terapeuta, nonché alla collaborazione con il gruppo di Emilio Fava su SASB fino al 2006 (Aliprandi, Sala, Taglietti, & Conserva, 2006; Aliprandi, Vigorelli, Sala, Fava, & Schadee, 2006; Capelli, Fava, Taglietti, Aliprandi, Arduini, Freni, Schadee, & Vigorelli, 2005; Capelli, 2006; Fava & Vigorelli, 2006; Vigorelli, 2006; Marchesi, 2006; Marchesi, Vigorelli, Schadee, Fava, & Capelli, 2007) il nostro interesse si è orientato alla valutazione multistrumentale del processo, a partire dall'ottica del trattamento “su misura del paziente” (Roth & Fonagy, 1996); questo perché, in accordo con le riflessioni condotte in questi ultimi anni sul funzionamento della relazione terapeutica e sulla valutazione dell'efficacia attraverso l'analisi del processo-esito (Norcross & Hill, 2004; Lambert & Ogles, 2004; Dazzi, Lingiardi, & Colli, 2006; Lingiardi & De Bei, 2007; Fava, 2007), riteniamo che la valutazione dell'esito e del processo debba essere il più possibile aderente all'esperienza reale e multidimensionale, considerando i risultati da diversi punti di vista e per un periodo di tempo sufficientemente lungo (Fava, 2007).

Studio pilota

Siamo partiti da un caso “esemplare” di schizofrenia paranoide, un trattamento integrato che ci ha permesso, innanzitutto, di individuare i limiti degli strumenti di ricerca più utilizzati nell’applicazione alla psicosi (Vigorelli, Scognamiglio, Villa, Corona, & Traini, 2003b; Vigorelli, Scognamiglio, Villa, Corona, Traini, Fogliato, & Schadee, 2004). Solo il modello RA di Bucci ha consentito, infatti, una rilevazione del processo sin dall’inizio, quella che, generalmente, corrisponde alla fase francamente psicotica (Vigorelli, Fogliato, Traini, Scognamiglio, Villa, & Corona, 2004). Il DMRS invece, si è dimostrato utilizzabile con attendibilità solo quando inizia un primo miglioramento: si è aperta quindi la discussione relativa alla mancanza di un cluster per le difese psicotiche nella Rating Scale di Perry, tema di ricerca di notevole interesse messo in campo da Lingiardi e Madeddu nel loro volume su “*I meccanismi di difesa*” (Lingiardi & Madeddu, 2002) e solo in parte esplorato dal gruppo di ricerca di Freni a Milano (Freni, Azzone, Bartocetti, Molinari, Piasentin, Verga, & Viganò, 1998). A questo proposito attendiamo e sosteniamo il gruppo di ricerca di Lingiardi che con Maria Grazia Di Giuseppe, sta promuovendo questa possibile amplificazione della griglia di Perry.

Inoltre, poiché la comunicazione dei pazienti psicotici è spesso frammentata, iterativa e manca di un sufficiente numero di episodi relazionali, anche il CCRT è risultato applicabile solo in fase conclusiva. Partendo da questo e da un altro caso di psicosi con disturbo delirante, abbiamo quindi realizzato l’adeguamento di uno strumento di valutazione di processo utilizzabile per la comunicazione specifica di pazienti psicotici e con gravi disturbi di personalità, con l’ampliamento del CCRT- LU (CCRT- LU- RM; Sala, Vigorelli, Schadee, Williams, Ortu, & Brenna, 2005; Sala, Vigorelli, Fava, Aliprandi, & Schadee, 2006;

Sala, Vigorelli, Schadee, Williams, Ortu, & Aliprandi 2006; Sala, Vigorelli, Pokorny, & Vicari 2006; Sala & Vigorelli, 2008).

In riferimento alla valutazione del processo trasformativo realizzato nella psicoterapia a lungo termine con esito positivo del caso di Candida, l'analisi multistrumentale ha previsto l'applicazione a 5 trascritti tratti da 5 differenti fasi del trattamento dei seguenti strumenti: la DMRS (Perry, 1990) per la valutazione dell'evoluzione delle difese; il CCRT (Luborsky, 1977), il CCRT-LU (Albani, Kächele, Pokorny, Modica, & Sacchi, 2003; Scognamiglio, Vigorelli, Villa, Corona, & Traini, 2005) e la nuova versione per le patologie gravi CCRT-LU-RM (Sala & Vigorelli, 2008) per la valutazione del cambiamento del tema relazionale centrale e dei pattern d'interazione disfunzionali, degli oggetti ed episodi relazionali; l'IVAT (Colli & Lingiardi, 2002) per valutare il cambiamento dell'alleanza di lavoro nella coppia e lo stile di rottura della paziente e i tipi di risoluzione del terapeuta, l'AR (Bucci, 1995) per valutare la progressiva integrazione che si realizza nel corso del trattamento tra livelli inizialmente dissociati nella paziente (subsimbolici, simbolici non verbali e verbali).

Risultati: l'analisi con gli strumenti utilizzati ha consentito di delineare la corrispondenza in parallelo tra il miglioramento complessivo sintomatologico, cognitivo e relazionale della paziente nel percorso clinico e il cambiamento in alcune aree della personalità e nella relazione terapeutica attraverso la valutazione di strumenti empirici. Le correlazioni cliniche più evidenti sono tra l'evoluzione delle difese, il cambiamento di pervasività del CCRT nelle varie fasi del processo terapeutico con il passaggio da Cluster disarmonici a Cluster più armonici, l'incremento dell'Attività Referenziale, dell'alleanza terapeutica e la risoluzione dei sintomi psicotici, mentre a una scarsità di episodi e di oggetti relazionali corrisponde una prevalenza di difese psicotiche, l'indice minimo di RA e i punteggi più bassi nell'HSRS e l'Indice di Gravità più alto nella SCL-90-R nella prima fase del trattamento.

La corrispondenza tra questi indici parrebbe mantenersi sincronica soprattutto nella fase critico-intensiva e nelle due fasi finali, segnalando nella paziente un aumento delle capacità autoregulative, riflessive e integrative, che le hanno consentito il complessivo miglioramento sul piano sintomatico e adattativo, dovuto soprattutto alla trasformazione delle modalità relazionali esperite nella relazione duale, evidenziata soprattutto dalla nuova versione del CCRT-LU-RM e dalla scala IVAT.

a) Partendo dall'ipotesi che nel corso della psicoterapia si dovrebbe modificare l'*assetto difensivo*, con una riduzione delle difese primitive e una comparsa o aumento delle difese più mature, si è osservata un'importante modificazione dalla prima fase della psicoterapia, caratterizzata da una massiccia presenza di difese primitive: il 38% di difese psicotiche (proiezione delirante persecutoria, proiezione allucinatoria, depersonalizzazione, distorsione psicotica, frammentazione, congelamento motorio), il 23% di difese di disregolazione (acting, ipocondriasi, aggressione passiva, ritiro nell'apatia), il 31% di difese Borderline (scissione dell'immagine del se e dell'oggetto, identificazione proiettiva, dissociazione maggiore) e un 8% di Diniego, a una *fase finale* che vede l'incremento graduale delle difese mature (autoaffermazione, auto-osservazione, affiliazione, sublimazione, altruismo, anticipazione, umorismo) che nella fase finale raggiungono la significativa presenza del 78% e l'assenza di difese psicotiche.

b) Partendo dall'ipotesi che il *tema relazionale centrale* e le interazioni disfunzionali si dovrebbero modificare passando da cluster disarmonici a cluster armonici, con un aumento degli episodi e degli oggetti relazionali, dalla valutazione del CCRT totale di tutte le sedute di questo caso è emerso il modello relazionale conflittuale tipico di questa paziente: il desiderio di essere vicina agli altri, il sentire l'Altro rifiutante e distante e la delusione, la rabbia e la depressione che ne consegue. E questo risultato è in linea con la

ricerca realizzata da Freni et al. (1998) sul rapporto tra CCRT e quadri psicopatologici; infatti il CCRT della paziente è coerente con i temi relazionali conflittuali più pervasivi nel gruppo diagnostico degli psicotici. Nella fase finale questo tema si trasforma nel desiderio di essere rispettata, nel riconoscere gli altri disposti ad aiutare e in un vissuto del Sé di sentirsi a proprio agio. Inoltre aumentano sia gli oggetti che gli episodi relazionali. Con l'analisi più approfondita del CCRT-LU-RM i cambiamenti a livello dei desideri partono inizialmente dal *voler amare e sentirsi bene* all'essere *autodeterminata nella fase finale*. Interessante l'analisi delle Risposte del Sé, indice di miglioramento terapeutico: in fase iniziale la paziente risponde principalmente con l'allontanamento, il rifiuto, mentre in fase finale invece i cluster dominanti sono (amare e sentirsi bene) e (essere autodeterminata), in linea con il desiderio finale e quindi egosintonici. Per quanto riguarda le Risposte dell'Altro, troviamo una situazione più sfaccettata, soprattutto in fase iniziale, data la diversa natura delle relazioni che la paziente riporta in seduta. In fase critica intensiva, cioè in un momento di ristrutturazione interna importante, la paziente descrive tutti gli oggetti relazionali utilizzando cluster fortemente disarmonici (I essere inaffidabile, J rifiutare, K dominare e L far arrabbiare qualcuno, attaccare, allontanarsi) mentre in fase finale, quando la ristrutturazione interna è in via di definizione, utilizza solo i cluster armonici (A interessarsi e dedicarsi a, B sostenere, C amare e sentirsi bene, D essere autodeterminato).

- c) Partendo dall'ipotesi che l'*alleanza terapeutica* alla fine della psicoterapia dovrebbe essere positiva, bilanciando i processi di rottura, anche in questo caso si è rilevato che l'andamento complessivo dell'alleanza manifesta un decremento, sia di marker di rottura, che di risoluzione da parte del terapeuta. Questo si spiega ipotizzando che, il trascorrere del tempo e della terapia abbiano portato miglioramenti, evidenziati anche dall'affievolirsi graduale degli

attacchi rivolti alla terapia e alla terapeuta, tanto che nelle ultime sedute non è stato rinvenuto alcun marker di rottura dell'alleanza terapeutica. Questi valori confermano i risultati presenti in letteratura sull'andamento dell'alleanza (Safran, Crocker, Mcmain, & Murray, 1990; Horvath & Greenberg, 1994): un progressivo peggioramento durante le fasi centrali della terapia, a cui fa seguito una ripresa positiva nella relazione durante l'ultima parte del trattamento.

- d) Partendo dall'ipotesi che i *processi integrativi* dovrebbero aumentare nel corso della psicoterapia e la presenza di residui dissociativi a fine trattamento dovrebbe segnalare aree di vulnerabilità da monitorare anche dopo la fine del percorso per evitare rischi di ricadute, in questo studio è risultato che la crescita dei punteggi dell'Attività Referenziale nelle sedute, indicative delle diverse fasi del trattamento, sembra segnalare una maggiore integrazione fra i codici sub-simbolici e simbolici che permette una rielaborazione delle emozioni precedentemente disconnesse dagli stati di frammentazione, confusione e dalle difese dissociative, che caratterizzano la personalità e la comunicazione psicotica. Il linguaggio dei trascritti infatti, nelle ultime fasi diventa più evocativo, chiaro, preciso, immaginifico. Al contempo i decrementi improvvisi in due unità nelle fasi finali della psicoterapia in relazione a temi quali il lutto per la morte del padre e del compagno idealizzato e il commiato dalla psicoterapeuta segnalano un movimento dissociativo tra il livello subsimbolico e il simbolico della comunicazione; ciò fa supporre la persistenza di un nucleo dissociato e un'area di vulnerabilità connessa alla fine del trattamento, da monitorare con incontri periodici di verifica e di supporto.

In seguito abbiamo applicato questa metodologia ai trascritti di sedute di alcuni pazienti borderline (Lo Verde, Gelo, Mariani, Sarracino, & Vigorelli, 2010; Lo Verde, Gelo, Mariani, Sarracino, & Vigorelli, in press)

e ad un caso con Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato sull'Asse I del DSM (Vigorelli, Golia, Schadee, Zani, Giannopoulos, & Villa, 2009). I risultati hanno confermato l'utilità del metodo, attraverso la complessità che le sfaccettature dei singoli modelli hanno messo a fuoco; ci hanno permesso, inoltre, di elaborare nuove idee sulla relazione tra i vari aspetti del processo terapeutico e di esplorare sin dall'inizio, nell'interazione terapeuta-paziente, l'intreccio tra possibili indicatori predittivi di esito e aspetti che rivelano resistenze al cambiamento, intese come ripetizioni di modelli relazionali disfunzionali: tutto questo con la finalità di focalizzare il più efficacemente possibile gli interventi e monitorare il processo (Vigorelli & Villa, 2006; Vigorelli & Villa, 2010a, 2010b).

Prospettive: dopo queste prime ricerche che confermano l'efficacia di questa metodologia e la sua utilità per la didattica anche degli allievi in training di psicoterapia, sarà ovviamente opportuno proseguire applicandola prospetticamente ad un maggior numero di casi. Sarà inoltre necessario utilizzare, come già abbiamo iniziato a fare, strumenti sia auto che etero-somministrati, che si possano integrare quantitativamente, vale a dire creando un database che contenga le variabili relative alle codifiche dei trascritti tramite tutti gli strumenti.

È nostro intento inoltre far nascere all'interno dell'IdF della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica*, un gruppo ricerca su questo tema; un primo nucleo si è formato con Gianfranco Marano e Laura Capelli portando un contributo finalizzato alla costruzione di uno strumento Q-Sort per esercitare gli allievi a formulare possibili modalità di intervento del terapeuta e criteri di validazione dello stesso, presentato alla recente Giornata di studio SPR Italia "La clinica fa bene alla ricerca quanto la ricerca fa bene alla clinica" a Urbino.

2) Area alessitimia e psicosomatica

La collaborazione con il gruppo di ricerca dell'Istituto di Psicosomatica Integrata (IPSI-UNIMIB) nasce nel 2001 con ricerche single-case, concentrandosi particolarmente su area cliniche di confine (borderline, comorbidità, psicosomatica) in cui il sistema simbolico del linguaggio verbale e della rappresentazione psichica non riesce del tutto ad arginare, legare, significare il dolore psichico o quello di un corpo malato, disabitato da un'implicazione soggettiva. Dopo i convegni SPR di Milano e AIP di Bari del 2003 (Vigorelli, Scognamiglio Villa, Corona, Schadee, & Fogliato, 2003b, 2003a), nei convegni SPR del 2004 e 2005 a Roma, Losanna e San Benedetto del Tronto presentammo il work in progress di una ricerca single-case di paziente alessitimico affetto da Sclerosi Multipla (Scognamiglio, 2003; Vigorelli, Scognamiglio, Villa, Corona, & Traini, 2004a, 2004b; Vigorelli Scognamiglio, Villa, Corona, Porcelli, & Traini, 2004) che metteva particolarmente in evidenza le prospettive di *effectiveness* di un particolare modello di psicoterapia psicosomatica integrata a mediazione corporea sperimentato per anni presso il nostro Istituto (Scognamiglio, 2005), applicabile ai quadri clinici con gravi comorbidità.

Nel 2005, a partire da un'insoddisfazione clinica rispetto alla definizione quantitativa di alessitimia che forniva la TAS-20, abbiamo dato il via a un impegnativo disegno di ricerca che voleva approfondire la specificità qualitativa del rapporto che il paziente organico intrattiene col corpo e con l'espressione emozionale. Nella nostra esperienza clinica in ambito psicosomatico, questo tipo di pazienti, percepisce le sensazioni fisiologiche come entità non correlate a processi di rappresentazione psichica e la focalizzazione sulla fenomenologia somatica sembra, a volte, essere l'unica via d'uscita dallo stato di confusione fra segnali interni di natura viscerale e quelli emozionali. Nasceva così l'ipotesi di un nuovo costrutto di "Intelligenza Somatica" che indagasse i livelli di competenza metacognitiva sui fenomeni del

corpo, in rapporto sia all'attività referenziale che a quella riflessiva. La prospettiva era di creare uno strumento di *assessment* nella diagnosi psicosomatica capace di orientare il paziente verso approcci psicoterapeutici integrati, in grado di includere la dimensione del corpo come agente terapeutico trasformativi (Scognamiglio, Fisher, Vigorelli, & Flebus, 2006a, 2006b, 2006c).

I dati incoraggianti della prima fase di questa ricerca sono stati presentati nel 2006 ai congressi di Edimburgo (SPR-International) e di Cesena (GRP – Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica, affiliato all'*International College of Psychosomatic Medicine*), relativamente a un primo campione composto da un gruppo di pazienti con disturbi alimentari, uno con Sclerosi Multipla e uno con pazienti affetti da quadri misti di somatizzazione, ma in trattamento psicoterapeutico secondo il modello integrato dell'Istituto di Psicosomatica Integrata. I risultati hanno evidenziato come il tratto alessitimico, pur essendo il denominatore comune, presentasse diverse modalità qualitative nei differenti campioni. Abbiamo, infine, potuto verificare come nonostante la procedura di autosomministrazione del questionario valutativo, la qualità della percezione corporea correlata all'alessitimia fosse più accessibile alla valutazione testologica, aggirando così la principale aporia della TAS-20: che il paziente alessitimico possieda quella metacognizione sui processi emotivi necessaria a rispondere veridicamente agli stessi item che ne dovrebbero invece verificare il deficit (Scognamiglio, Zerbini, Zoccarato, Vigorelli, & Gallucci, 2008; Scognamiglio, Zoccarato, Vigorelli, & Gallucci, 2008; Scognamiglio, Zerbini, Schiavolin, Zoccarato, Vigorelli, & Gallucci, 2008). Per dare forza e rigore metodologico alla stessa ricerca, nella seconda fase, presentata a convegni SPR a Barcellona e a Modena nel 2008, abbiamo proceduto a una "ripetizione sistematica" con l'allargamento del campione clinico a pazienti con disturbo d'ansia, con depressione e dipendenza da alcool. Dalla terza fase, presentata ai congressi

internazionali di Torino (ICPM – International College of Psychosomatic Medicine) e Bolzano (SPR) nel 2009, abbiamo creato una nuova Scala di Focalizzazione/Intelligenza Somatica, arricchendo progressivamente il campione, che oggi ha superato i 2000 casi (Scognamiglio, Zoccarato, Vigorelli, Gallucci, & Zerbini, 2008; Scognamiglio, 2009). Un quarto e ultimo step, tuttora *in progress*, riguarda uno specifico disegno di ricerca sull'applicazione della Scala sperimentale in ambito preventivo in adolescenza, indagando i rapporti fra “competenza corporea e aggressività”, presentato al convegno internazionale della SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*) di Firenze nel 2010.

3) Contributo alla validazione dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) per la cura del PTSD

L'interesse per le più recenti tecniche per la cura del PTSD, che si manifesta a seguito di disastri collettivi o di traumi individuali cumulativi per abuso o maltrattamento, ci ha sollecitato a specializzarci nella psicoterapia con EMDR e a condurre alcuni studi di validazione su campioni diversi: 1) 22 bambini vittime del terremoto di S. Giuliano in Molise del 2002, con reazioni posttraumatiche trattati con EMDR e valutati in 5 tempi con SCID-I; 2) 30 bambini vittime dell'incidente di Stroppiana del 2007, con diagnosi di PTSD, trattati con EMDR e valutati in 4 tempi con follow up (SCID-I, CROPS, CDC) con superamento della sindrome; 3) single case: valutazione dell'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale (12 sedute) con EMDR su un disturbo Post Traumatico da Stress in un'adolescente di 15 anni, conseguente a un trauma da abuso e indagine sulla correlazione tra il decremento dei sintomi e l'aumento dei livelli di cortisolo urinario; 4) valutazione dell'alleanza terapeutica in un trattamento cognitivo-costruttivista confrontato con un caso trattato EMDR (Riberto, Fernandez, & Vigorelli, 2007).

Risultati e prospettive: i risultati della ricerca che abbiamo presentato in parte in un simposio al Congresso SPR Italia di Modena del 2008 “Il modello psicotraumatologico: un ponte tra indicatori neurobiologici e psicoterapia” confermano l’ipotesi iniziale di efficacia dell’EMDR nel trattamento del PTSD, che si traduce in miglioramenti non solo in termini di modificazioni psicologiche, ma anche neurobiologiche. Questi risultati vanno ad aggiungersi a quelli di numerosi altri studi a conferma della evidence-based (Vigorelli, Mastronardi, & Fernandez, 2008).

4) Ricerche nei contesti dei Servizi psichiatrici pubblici e nelle Residenzialità terapeutiche

“L’epoca dell’autovalutazione delle esperienze psichiatriche è definitivamente tramontata ” (La Salvia & Ruggeri, 2005) e la valutazione degli interventi è una necessità ormai sottolineata da diversi autori (Roth & Fonagy, 1996). Complessa e indubbiamente difficile, la valutazione di interventi offerti dai Servizi di Salute Mentale pubblici sta diventando una pratica importante, soprattutto in seguito al processo di aziendalizzazione dell’area sanitaria e della trasformazione degli ospedali in aziende ospedaliere che ha comportato un ridimensionamento delle risorse, ma anche un impegno nella promozione dell’utilizzo di interventi di cura efficaci. Se nel passaggio dal Welfare State al Welfare Community, il motto pare essere “Tutto a tutti coloro che hanno bisogno, ma solo ciò che è efficace”(Lg 29/1999), d’altro canto l’introduzione di questa pratica nei servizi, già oberati dal carico del lavoro clinico e burocratico, è un’operazione delicata che esige una metodologia in grado di aiutare gli operatori a superare le resistenze e i vissuti persecutori per considerarla invece un’utile opportunità di riflessione: per conoscere i risultati e conferire *valore* a

quello che si fa, per migliorare la *qualità* della cura e infine per apprendere e applicare *innovazione* (Vigorelli, 2005).

Pur riconoscendo i punti di forza di una valutazione informale, i risultati di queste valutazioni intuitive sono difficilmente giustificabili se, dal livello duale della relazione terapeutica, devono essere portati nel gruppo di lavoro o confrontati con quelli di altri tipi di intervento. Le funzioni di una valutazione strutturata infatti sono quelle di trasferire su un piano esplicito ciò che normalmente viene realizzato in modo implicito, utilizzando un *linguaggio comune* che consenta a tutti i membri dello stesso gruppo di lavoro di comunicare sullo stesso fenomeno in modo comprensibile, lasciando una *traccia condivisa* del lavoro fatto per chi sarà chiamato in causa successivamente nel processo di cura. Si propongono inoltre come filtro che struttura la relazione e il progetto terapeutico-riabilitativo, come possibilità di integrazione tra clinica e programma riabilitativo e come protezione dal rischio di cronicità dovuto al ripetersi di pratiche obsolete (Fava & Masserini, 2002).

Studi longitudinali nei DSM

Diverse ricerche sono state realizzate in tre Dipartimenti di Salute Mentale (Niguarda di Milano, RM/B di Roma, DSM di Messina) che seguono un modello bio-psico-sociale con interventi diversificati e scelti a seconda dei bisogni del singolo paziente; sono state pensate dal gruppo di lavoro come mezzi per introdurre gradualmente in modo ecologico la valutazione degli interventi clinici nella prassi del lavoro reale (*effectiveness*) di routine nei Servizi. Fondamentale è stato il coinvolgimento di tutti gli attori del processo valutativo, dai vertici aziendali, agli staff e a tutti i vari gruppi di operatori dei CSM, per la scelta degli obiettivi, del campione e dei referenti interni del progetto.

Finalità: Promuovere una cultura comune e una prassi condivisa tra tutti gli operatori rispetto alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza

degli interventi. Avviare un processo di valutazione continua (ROA) degli interventi del Servizio. Acquisire e utilizzare uno strumento standardizzato e validato - HoNOS - per rilevare l'esito dei trattamenti. In particolare: verificare il miglioramento dei pazienti del campione; verificare l'appropriatezza dei trattamenti in rapporto alla gravità della diagnosi dei pazienti; possibilità di applicare HoNOS come predittore delle risorse (numero di operatori e tipologia di interventi); per una riflessione sui fattori terapeutici e i modelli clinici utilizzati.

I disegni di ricerca sono stati proposti in modo da essere vissuti come meno intrusivi possibili, secondo una ottica naturalistica e longitudinale. Inizialmente il gruppo ha proposto ricerche con un singolo strumento (HONOS),¹ successivamente, familiarizzando i Servizi alla ricerca, è stato possibile ampliare l'ambito degli studi raccogliendo altri indicatori secondo un criterio multidimensionale (psicopatologia, disabilità sociale, bisogni di cura, qualità della cura, soddisfazione verso i Servizi, carico familiare) e multiassiale, introducendo altri strumenti che prendessero in considerazione punti di vista diversi rispetto a quello dell'operatore (DASII, QPF, ROQ).

In particolare:

1. Un primo studio longitudinale in 3 tempi (14 mesi) è stato effettuato nei *Servizi di salute mentale dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda* allo scopo di contribuire alla validazione della versione italiana della scala HoNOS (Lora, Bai, Bianchi, Bolongaro, Civalenti, Erlicher, Maresca, Monzani, Panetta, Von Morgen, Rossi, Torri, & Morosini, 2001) e sensibilizzare gli operatori circa l'importanza di una valutazione standardizzata degli esiti. Per quanto concerne la validazione della scala (ANOVA, regressione logistica e correlazione di Pearson), l'analisi fattoriale e correlazionale ha rilevato una struttura a 4 fattori in T0 e a 2 in T1eT2, una buona affidabilità e coerenza

¹ *Health of the Nation Outcome Scales*, creata in Gran Bretagna dal gruppo di lavoro di Wing e Co. su richiesta del Ministero della Sanità al fine di valutare il disagio iniziale e il miglioramento nelle varie fasi dei trattamenti effettuati nei Servizi.

interna, una buona sensibilità al cambiamento, confermando gli studi sulla sua applicabilità alla pratica clinica. Quanto ai risultati sul miglioramento (criterio clinicamente significativo di 7 punti) dei pazienti (campione = 263): i pazienti migliorati corrispondono al 45,3% del campione in T2 (n=216). In particolare: i pazienti con disturbo affettivo e con disturbo di personalità registrano le percentuali più alte di miglioramento (decremento medio della scala 3,01) rispetto ai pazienti schizofrenici (decremento medio della scala 1.5). I pazienti che mostrano un più netto miglioramento appartengono alle categorie diagnostiche con spettro affettivo e disturbi di personalità. Inoltre i soggetti che lavorano, che sono in possesso di un diploma superiore e che vivono con la famiglia acquisita rivelano un più significativo miglioramento. La presenza di 2 operatori nel progetto integrato è associata ad un più consistente miglioramento (Buratti, Vigorelli, Gallucci, Morganti, Schiavolin, & Peri, 2006).

2. Altri due studi longitudinali in 3 tempi e un follow up a due anni, sono stati implementati in un *Centro di Salute Mentale di Roma B*:
 - a) considerando un campione di 118 pazienti gravi in carico, con ANOVA-one way, sono stati analizzati: il rapporto tra la gravità rilevata da HoNOS e la diagnosi ICD-9-CM: convergenza tra i due strumenti; il rapporto tra gravità HoNOS e tipologie degli interventi utilizzati dal CSM (Colloquio psichiatrico, Colloquio psicologico, Psicoterapia, Farmacoterapia, Visite domiciliari, Riabilitazione, Inserimento in CD, Inserimento in Strutture Residenziali) per valutare una la distribuzione delle risorse e infine il miglioramento dei pazienti in un anno. I risultati hanno rilevato la convergenza tra HoNOS e ICD-9, un uso appropriato degli interventi in rapporto alla specificità e gravità della diagnosi e un miglioramento dei pazienti con un decremento significativo di 5.9. Con il Reliable Change Index è stato riscontrato che al Tempo 2 il 22,8% dei

soggetti è migliorato, il 76,1% è rimasto stabile e l'1,1% è peggiorato. Tra l'assessment e il *follow up* invece il 19,8% dei pazienti del campione è migliorato e l'8,2% è rimasto stabile. Tra l'assessment e il *follow up* invece il 19,8% dei pazienti del campione è migliorato e l'8,2% è rimasto stabile. Per quanto concerne la riflessione sul modello intervento, i punti critici sono relativi alla riabilitazione in strutture residenziali e al coinvolgimento dei familiari, mentre i punti di forza del servizio rilevati sono stati: la buona organizzazione ambulatoriale e lo spazio dato alla psicoterapia. Tra il T0 e il *follow up* infatti emerge un miglioramento più lineare e continuo per i pazienti che seguono la psicoterapia rispetto a quelli che non la seguono che presentano invece un andamento di tipo quadratico, dopo un iniziale netto miglioramento c'è un minore decremento del punteggio totale *HoNOS* che si innalza addirittura al *follow up*; i pazienti che seguono la psicoterapia risultano quindi migliorare di più rispetto a quelli che non la seguono ma nel più lungo periodo (Correale, Vigorelli, Criconia, Bacigalupi, Schlosser, Cinciripini, Conte, & Stirone, 2005; Vigorelli, Correale, Conte, Stirone, Criconia, Bacigalupi, Schlosser, & Cinciripini, 2006; Correale, Vigorelli, Criconia, & Stirone, 2007).

- b) Considerando un campione di 127 *primi colloqui* condotti nell'arco di un anno di tempo, per inquadrare più puntualmente le tipologie diagnostiche all'assessment e i drop out, i disturbi diagnostici risultati prevalenti sono stati quelli di tipo ansioso-depressivo. In particolare: il Disturbo distimico (codice ICD-9 300.4) rappresenta il 30% del totale; il Disturbo d'ansia non altrimenti specificato (300,0), pari al 12%; i Disturbi di personalità, pari all'11% (301); la Schizofrenia (295), pari all'8%. Per il drop-out: il 42% è drop-out, ha abbandonato la terapia in modo non concordato (dato che rientra nella media internazionale che è dal 42-60%). Tra questi è

rilevante la percentuale assoluta che non torna dopo il primo colloquio (22%); il 31% è ancora in trattamento dopo 18 mesi; il 16% ha sospeso il trattamento concordandolo con l'operatore di riferimento; l'11% ha dovuto abbandonare il trattamento per motivi indipendenti dalla sua volontà o ha previsto il proseguimento dell'intervento in un'altra sede. Tra le variabili che si ipotizza possano influenzare l'interruzione risulta significativo solo la variabile "nucleo familiare attuale" ($\chi^2(5)=13,321$ $p.<0,05$) e "figli" ($\chi^2(2)=6,152$ $p.<0,05$). In particolare sembra che vivere con la famiglia d'origine sia più correlato alla probabilità di abbandono della terapia rispetto a vivere con un proprio nucleo familiare; mentre la presenza di figli sembra più correlato al proseguimento della terapia. Miglioramento pazienti: vi è una differenza significativa tra la gravità rilevata al tempo 0 e la gravità del tempo 1 ($\chi^2(6)=14,821$ $p.<0,05$), nella direzione di un netto miglioramento alla seconda rilevazione. Infatti nessun paziente peggiora, il 37.5% rimane stabile e il restante 62.5% migliora (Vigorelli, Correale, Criconia, Bolzoni, Stirone, & Schlosser, 2008; Vigorelli, 2009a).

3. Successivamente una serie di studi ha coinvolto *tutti i C.P.S. del D.S.M. dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda* nell'ambito della introduzione di uno strumento che permettesse la formalizzazione del Piano di Trattamento Individuale (P.T.I.) in cui HoNOS è usata per l'assessment, la decisione del tipo di intervento e il monitoraggio dell'efficacia di questo (Manfrè, Simoncini, Scordari, Segato, Vigorelli, & Re, 2009). In questa ricerca con un campione iniziale di 1243 pazienti, sono stati valutati diversi aspetti: tipo di intervento previsti (consulenza, assunzione in cura, presa in carico) i trattamenti effettuati (farmacoterapia, psicoterapia, inserimento lavorativo, coinvolgimenti dei familiari, etc.) l'esito dell'intervento (rivalutazione a 6 mesi in caso di presa in carico e assunzione in cura), il drop-out, i

costi, il ruolo del case-manager, l' impatto sul lavoro degli operatori.

Risultati:

- a) una tendenza a prendersi maggiormente cura dei pazienti con il passare del tempo;
- b) un miglioramento statisticamente e clinicamente significativo dei punteggi di gravità (che però non raggiunge il criterio clinico di 7 punti);
- c) l'efficacia dei trattamenti sul lungo periodo;
- d) uno sbilanciamento medico-infermieristico dei trattamenti erogati: i trattamenti psicologici, sociali, riabilitativi e di coinvolgimento dei familiari risultano infatti ancora in numero troppo esiguo;
- e) scarsità di risorse a disposizione dei Servizi di Salute Mentale: dai dati presentati emerge una realtà in cui l'importanza della relazione paziente-operatore e l'estrema complessità dei bisogni di cura dei pazienti psichiatrici sembrano essere passati in secondo piano rispetto alle necessità di riduzione delle spese di gestione nel DSM.
- f) Predominanza della figura professionale e delle prestazioni dei medici psichiatri, quindi dell'approccio biologico-farmacologico ai disturbi mentali con interventi "monoprofessionali"
- g) Scarsa presenza di psicologi/psicoterapeuti nei servizi psichiatrici, nonostante la psicoterapia si dimostri in grado di apportare cambiamenti maggiori e più costanti nel tempo rispetto al solo uso dei farmaci.

Per quanto riguarda l'*analisi dei costi*, lo studio è stato circoscritto all'analisi dei costi - efficacia cioè il rapporto che intercorre tra il costo di un intervento, espresso in termini monetari e i risultati conseguiti. Per stimare i costi delle prestazioni è stato impiegato un metodo di natura top down, in base al quale i costi di periodo delle strutture sono stati ripartiti sulle prestazioni, ponderate secondo un sistema di pesi relativi. Si è quindi calcolato il tutto, grazie ai dati ottenuti direttamente

dall'ufficio Programmazione e Controllo di Gestione dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, ponendo in relazione il tempo medio con il costo standard. Gli interventi considerati sono 18 e le tariffe ottenute vanno da un minimo relativo alla farmacoterapia (senza il costo del farmaco) al ricovero ospedaliero, il più costoso perché comporta un insieme complesso di più prestazioni. Risultati: tra le diverse variabili considerate (diagnosi, gravità, variabili socio-demografiche, programma di cura, offerta delle strutture, percorso assistenziale) l'unica variabile correlata ai costi è il tipo di *percorso terapeutico (territoriale-ospedaliero-semiresidenziale-residenziale)* seguito dal paziente nell'anno di trattamento, che nel caso del campione di 1243 pazienti è per l'80% territoriale.

Per quanto riguarda la *valutazione del drop-out*, all'interno del DSM di Milano, i pazienti drop-out dal servizio dopo un intervallo osservazionale di un anno dal primo colloquio, sono il 19%, prevalentemente di genere femminile, con una diagnosi di sindrome affettiva o disturbo di personalità, in particolare il Disturbo Borderline di Personalità. Queste variabili sono risultate dei fattori predittivi il drop-out. L'80% dei pazienti drop-out dal servizio si trova in una fase di trattamento già avviato, di *assunzione in cura*, mentre il 16% è preso in carico dal servizio grazie a un intervento di tipo integrato dal punto di vista clinico, sociale e riabilitativo. Sembrerebbe che i pazienti presi in carico (i gravi) abbiano meno possibilità di interrompere le cure, grazie al trattamento integrato ricevuto. In particolare il basso numero di pazienti drop-out con una diagnosi di psicosi o Schizofrenia per cui è prevista una presa in carico multi professionale, costituisce un eccellente risultato auspicabile anche nei casi di pazienti con un disturbo di personalità maggiormente a rischio. Dal confronto tra i due gruppi di pazienti, "drop-out" e "non drop-out", si evidenzia una differenza statisticamente significativa: i pazienti "non drop-out", infatti, avrebbero dei punteggi alla scala HoNOS maggiormente gravi, in

particolare negli items che valutano i problemi cognitivi, problemi relazionali e difficoltà nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative. Più in generale all'inizio del percorso di cura i pazienti "non drop-out" hanno un livello maggiore di gravità della patologia rispetto ai pazienti che abbandonano il servizio per tutti gli items della scala. Da un'intervista semi-strutturata (costruita per la ricerca) somministrata a 45 dei 110 drop-out, emerge che la motivazione principale dell'abbandono del trattamento è un generale miglioramento della sintomatologia del paziente autoriferita (40%), seguita da un'insoddisfazione per il trattamento clinico ricevuto (27%), in particolare per l'esclusivo trattamento farmacologico non associato a dei colloqui psicologici o psicoterapeutici. E' possibile quindi ipotizzare la presenza di due differenti profili di pazienti che abbandonano il trattamento: la prima tipologia di pazienti è rappresentata da soggetti con diagnosi caratterizzate da sintomi meno eclatanti ma più stabili e pervasivi, come ad esempio i disturbi di personalità, eventualmente in comorbidità con l'utilizzo di sostanze psicoattive (doppia diagnosi). Questi pazienti, proprio in merito a un livello iniziale di sintomatologia inferiore rispetto ad altre tipologie di soggetti, riescono a stabilire un'iniziale alleanza con il servizio (confermata dall'alta percentuale di soggetti con un profilo di assunzione in cura); tuttavia la stabilità e la pervasività della sintomatologia presentata, dopo un certo periodo di trattamento soprattutto costituito dal solo intervento psicofarmacologico e da colloqui psichiatrici, porta a un aumento dell'insoddisfazione di questi pazienti. Un'ipotesi è che non trovando un trattamento appropriato alla complessità della patologia, come ad esempio per il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) per cui una psicoterapia è fortemente indicata (dato confermato dalla bassa percentuale di colloqui psicoterapici effettuati nei diversi CPS), questi soggetti abbandonino senza preavviso il CPS. Una seconda tipologia di paziente drop-out è rappresentata da soggetti che manifestano sintomatologie più eclatanti

ma circoscritte a specifici ambiti di funzionamento; inoltre questi sintomi risultano più facilmente trattabili attraverso interventi di tipo somatico. Questi pazienti, che ad esempio sviluppano un episodio depressivo maggiore o sintomatologie di tipo ansioso e che ricevono interventi clinici di tipo psicofarmacologico, più frequentemente percepiscono un miglioramento soggettivo della sintomatologia e, ritenendo di non aver bisogno di ulteriore aiuto, decidono di abbandonare il Servizio. È comunque possibile che, sottovalutando le possibili ricadute ed equiparando il disagio psichico al solo aspetto sintomatologico, questi soggetti siano altamente vulnerabili a successivi disadattamenti. In questo caso la possibilità di ricontattare i pazienti successivamente al drop-out per somministrare un'intervista semi-strutturata consente di avere a disposizione anche questi dati (Vigorelli, Gallucci Buratti, Foglia, Merlino, Moschetti, Peri, Segato, & Simoncini, in press).

In Sicilia (DSM di Messina) è stata realizzata una valutazione multistrumentale di un campione di 288 schizofrenici, che oltre alla valutazione della gravità del quadro psicopatologico, sociale e comportamentale del paziente (misurata con HoNOS) ha preso in considerazione il punto di vista del paziente sul proprio livello di disabilità; il livello di soddisfazione dei pazienti rispetto a qualità professionale degli operatori, informazioni ricevute e ambiente fisico delle strutture; il livello di carico familiare determinato dalla patologia del paziente (somministrato ai familiari del paziente).

Considerando il miglioramento complessivo dopo 12 mesi: l'analisi della varianza fatta su HoNOS considerando come fattore within il TEMPO ($F [2,440] = 36,978, p = 0,000$) mostra un miglioramento complessivo, che non raggiunge però il criterio clinico (7 punti sul punteggio totale) che per la schizofrenia richiederebbe un range temporale più ampio. Per quanto riguarda la riproducibilità del

miglioramento (RCI=8,92) è stato possibile calcolare che a T2 l'8,8% dei pazienti è migliorato, l'89,4% è rimasto stabile, l'1,8% è peggiorato.

L'analisi della varianza a misure ripetute mostra un aumento statisticamente significativo dei punteggi della *scala ROQ* ($F [1,223] = 12.418, p = 0.001$), i cui valori medi passano da 87.61 in T0 a 90.10 in T2. I pazienti risultano perciò più soddisfatti. Il *QPF* rileva una diminuzione globale del carico familiare che si esprime sia nei termini di una diminuzione del carico, sia nell'aumento delle risorse personali ed emotive dei parenti del paziente.

Viene confermata che la peculiarità dell'intervento di questo dipartimento è l'attenzione alla *rete sociale* in cui è inserito il paziente: infatti la presenza di interventi lavorativi e l'inserimento nelle Comunità ad alta intensità riabilitativa STAR, risultano discriminanti per il miglioramento del paziente. Le analisi mostrano inoltre alcune incongruenze nella scelta degli interventi, che suggeriscono di potenziare la valutazione iniziale dei pazienti e la conseguente scelta "su misura" dei progetti terapeutici, tra cui l'introduzione della psicoterapia indicata dalle linee guida (SNLG) (Giovannetti, Grossi, Vigorelli, Fogliato, Palermo, Gennaro, & Motta, 2008; Giovannetti, Vigorelli, Grossi, Gallucci, Gennaro, & Motta, 2009).

Un ulteriore studio denominato HoNOS-3 pianificato dagli autori che per primi hanno introdotto lo strumento in ambito italiano (Lora, Bai, Bianchi, Bolongaro, Civenti, Erlicher, Maresca, Monzani, Panetta, Von Morgen, Rossi, Torri, & Morosini, 2001) ha coinvolto *Dieci Dipartimenti di Salute Mentale* (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)

con l'obiettivo di estenderne l'uso su un più ampio territorio e individuare percorsi di cura standardizzabili legati a gravità e costi degli interventi analizzando un ampio campione di differenti D.S.M. Italiani. L'analisi ha considerato 2163 casi, utilizzando 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 (Arrighi, Baj, Bezzi, Cavazza, Civalenti, Di Maio, Erlicher, Farinazzo, Lora, Mapelli, Miragoli, Monzani, Panetta, Ravasio, Von Morghen, & Torri, 2002) e fattore *between* PERCORSO. I percorsi individuati sono 4: CSM, SPDC, RES (residenziale) e SEMIRES (semiresidenziale) e infine fattore *between* PERCORSO e fattore *between* CLASSI DI COSTO). Risultati: si osserva una 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 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 (Stirone, Vigorelli, Conte, Erlicher, & Lora, 2008; Stirone, Vigorelli, Conte, Erlicher, & Lora, 2009).

Risultati e prospettive: le ricerche hanno portato ad interessanti risultati che hanno costituito spunto di discussione e riflessione nei diversi DSM. Si è stimolato il bisogno di valutazione del lavoro svolto quotidianamente nei Servizi pubblici di Salute Mentale in vista del miglioramento e del cambiamento di alcune prassi cliniche e organizzative. Importante è sottolineare come nei Servizi implicati negli studi, che hanno ricevuto restituzioni del lavoro svolto e spazi di riflessione sugli aspetti di criticità emersi, ci sia stato un proseguimento dell'utilizzo degli strumenti introdotti e talvolta un ampliamento del contesto di utilizzo della valutazione, talora anche in ambienti tendenzialmente restii alla valutazione da parte di ricercatori esterni (vedi OPG). Per i risultati specifici di ogni ricerca si rimanda alla lettura delle specifiche pubblicazioni.

Studio sulla valutazione delle residenzialità terapeutiche

Dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici nel 2000, la realtà delle strutture residenziali finalizzate ad accogliere in modo intensivo pazienti con disturbi mentali caratterizzati da maggiori livelli di gravità clinica o disabilità, è aumentata in Italia in modo esponenziale (De Girolamo, Picardi, Santone, Semisa, & Morosini, 2004). Nonostante il rapido sviluppo della rete di strutture, il loro costo e la rilevanza clinico-istituzionale anche a livello internazionale pochi sono gli studi che ne hanno valutato l'efficacia (Lees, Manning, & Rowling, 1999). Anche nell'ambito della metodologia comunitaria, nonostante esistano sperimentazioni significative che documentano l'efficacia di questo intervento di cura, la crescita quantitativa non è stata accompagnata da una riflessione metodologica sistematica. La *comunità terapeutica* infatti

è ancora caratterizzata da culture organizzative e cliniche diverse e contrastanti, tecniche poco definite e utilizzate con discrezionalità, procedure non validate in cui la qualità dipende in larga misura dagli investimenti e dalla sensibilità delle persone che lo erogano (Olivetti Manoukian, 1998).

Premesso che l'effetto terapeutico di una CT dipende da diversi fattori e che la sua efficacia a livello di cambiamento è sia intrapsichico, che comportamentale, che le CT hanno molti obiettivi che mutano con il tempo di cui l'esito è solo uno di questi, è sconsigliabile fare ricerche comparative tra istituzioni tradizionali e CT. Può essere invece utile:

- 1) confrontare un gran numero di CT così da evidenziare relazioni tra variabili (durata permanenza, patologia dell'utenza, etc.);
- 2) studiare singoli aspetti che contribuiscono a creare un ambiente terapeutico (lavoro in gruppo, leadership, processi di responsabilizzazione, contatto con i familiari, con l'esterno ecc. e influenza sulla terapia dei pazienti) livello di competizione o cooperazione fra gli operatori, etc.;
- 3) mettere a fuoco le caratteristiche dei pazienti che maggiormente rispondono alla terapia di CT e definire che cosa sia miglioramento.

Partendo dall'esperienza di clinici impegnati nei trattamenti residenziali per pazienti psicotici, borderline e adolescenti, in collaborazione con Mito&Realtà, associazione per le comunità e residenzialità terapeutiche, è stata avviata una riflessione sui fattori terapeutici che caratterizzano il metodo comunitario e sugli principali indicatori del suo funzionamento: la capacità di lavorare in gruppo, la leadership e i processi di responsabilizzazione (Vigorelli, 2010). A questo scopo è stato costruito un questionario in corso di validazione il *Community Functioning Questionnaire CFQ-28 image* (Vigorelli et al., 2008; Stirone, Azzolina, Bescapè, Vigorelli, & Gallucci, 2010) composto da 28 Item con affermazioni da valutare secondo una scala Likert a 6

punti, e un disegno che rappresenti la riunione di équipe e le caratteristiche che definiscono meglio le CT e gli operatori che hanno compilato il questionario. Campione: 27 Comunità Terapeutiche del centro-nord Italia pubbliche, private, miste e private convenzionate con diversi livelli di protezione e collocazione ambientale, differente tipologia di ospiti e di modelli teorici. Risultati: dall'analisi fattoriale, effettuata ai fini della validazione, trova spazio una soluzione a 3 fattori. La varianza spiegata dai 3 fattori estratti corrisponde al 51% della varianza totale. Nella valutazione della coerenza interna è stata trovata un'elevata coerenza (alpha di Cronbach 0.95) per il fattore 1: Capacità di lavoro in gruppo e adeguatezza della leadership; Fattore 2: clima emotivo negativo dell'équipe (alpha di Cronbach 0.74) Fattore 3: responsabilizzazione rispetto agli ospiti (alpha di Cronbach 0.81). I 299 disegni sono stati valutati da 3 giudici indipendenti a partire da alcuni binomi (es: cooperazione/agonismo, strutturazione/confusione, senso di appartenenza/isolamento ecc.). Conclusioni e prospettive: Il CFQ-28 *I* si prospetta come strumento in grado di valutare il funzionamento delle Comunità Terapeutiche, distinguendo quelle che possiedono migliori capacità di lavoro in gruppo e una leadership più adeguata, il cui clima emotivo è prevalentemente positivo e che attuano migliori processi di responsabilizzazione rispetto agli ospiti, da quelle che risultano essere più disfunzionali riguardo questi aspetti. Relativamente ai disegni, il campione risulta troppo ristretto per poter giungere a considerazioni generalizzabili, inoltre è necessaria una revisione dei binomi. Nel proseguo sarà necessario un allargamento del campione nelle CT di altre regioni, in particolare del centro-sud Italia. Il gruppo di lavoro che proseguirà la ricerca è composto da Marta Vigorelli, Valentina Stirone, Ylaria Peri, Samuele Moschetti, Marcello Gallucci.

Bibliografia

- Albani, C., Kächele, H., Pokorny, D., Modica, C., & Sacchi, M.C. (2003). Modello relazionale e conflitti relazionali. *Psicoterapia*, 27, 7-18.
- Aliprandi, M., Sala, M., Taglietti, S., & Conserva, S. (2006). *Esemplificazioni di valutazione multistrumentale del processo psicoterapeutico*. Relazione presentata alle due giornate di studio sulla Ricerca in Psicoterapia e in Psichiatria Dinamica organizzate dall'Unità di Psichiatria e Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale-Struttura Complessa di Psichiatria 4, DSM Niguarda, Milano.
- Aliprandi, M., Vigorelli, M., Sala, M., Fava, E., & Schadee, H. (Settembre 2006). *Utilizzare la valutazione empirica per fornire indicazioni al terapeuta. Studio di un single case con un paziente non-responder*. Poster presentato al VII Congresso Nazionale AIP Sezione Dinamico-Clinica, Rovereto, Italia.
- Arrighi, E., Baj, G., Bezzi, R., Cavazza M., Civenti, 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*, 4(11), supplemento.
- Bucci, W. (1995). The power of the narrative: a multiple code account. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Buratti, E., Vigorelli, M., Gallucci, M., Moranti, C., Schiavolin, S., & Peri, Y. (2006). *Valutazione con HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) nei servizi territoriali di Niguarda a Milano: uno studio longitudinale*. Relazione presentata al VI Congresso Nazionale S.P.R.-Italia "Tra Scilla e Cariddi", Reggio Calabria.
- Capelli, L. (2006). *Moti problematici e loro gestione nei casi poor outcome*. Relazione presentata alle due giornate di studio sulla Ricerca in Psicoterapia e in Psichiatria Dinamica organizzate dall'Unità di Psichiatria e Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale-Struttura Complessa di Psichiatria 4, DSM Niguarda, Milano.
- Capelli, L., Fava, E., Taglietti, S., Aliprandi, M., Arduini, L., Freni, S., Schadee, H., & Vigorelli, M. (2005). Relazione interpersonale ed esiti terapeutici: applicazioni del metodo S.A.S.B. *Ricerca in psicoterapia*, 8(2), 195-237.
- Colli, A. & Lingiardi, V. (2002). Indice di valutazione dell'alleanza terapeutica. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica e ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2009a). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718-734.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2009b, October). *Toward the construction of empirically derived countertransference prototypes: The countertrasferenza assessment Q- sort*. Paper presented at the 7th European Meeting SPR, Bozen.
- Colli, A., & Prestano, C. (2006). La ricerca empirica sul controtrasfert. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 301-328). Milano: Raffaello Cortina.
- Correale A., Vigorelli M., Criconia M., Bacigalupi M., Schlosser S., Cinciripini C., Conte, M., & Stirone, V. (2005). *Valutazione degli esiti (Routine Outcome Assessment-ROA) in un Servizio di Salute mentale di Roma*. Poster

- presentato al V Congresso Nazionale S.P.R.-Italia "La qualità della cura", San Benedetto del Tronto.
- Correale, A., Vigorelli, M., Criconia, M., & Stirone, V. (Ottobre 2007). *Potenzialità della ricerca longitudinale per la valutazione dei bisogni e dei percorsi di cura con pazienti gravi nel CSM*. Atti del VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, La salute mentale nella popolazione. Analisi dei bisogni e governo clinico, Firenze.
- Dazzi, N., Lingiardi V., & Colli, A. (Eds.). (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Girolamo, G., Picardi, A., Santone, G., Semisa, D., Morosini, P., PER IL GRUPPO ITALIANO PROGRES (2004). Le strutture residenziali e i loro ospiti: i risultati della fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria sociale*. Monograph supplement, 7.
- Fava, E. (2007). Strumenti di analisi. In G. Nicolò & S. Salvatore (Eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Carlo Amore.
- Fava, E., & Masserini, C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milano: Franco Angeli.
- Fava, E., & Vigorelli, M. (2006). La valutazione del processo terapeutico attraverso un modello circomplesso: la SASB di Lorna Benjamin. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, (Eds.), *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- 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. *Ricerca in Psicoterapia*, 1(2), 101-114.
- Giovannetti, A., Grossi, C., Vigorelli, M., Fogliato, E., Palermo, S., Gennaro, B., & Motta, G. (2008). Valutazione multistrumentale degli esiti ed efficacia (effectiveness) degli interventi con pazienti schizofrenici nel DSM USL 5 di Messina. Relazione presentata al VII Congresso Nazionale SPR Italia, Modena.
- Giovannetti, A., Vigorelli, M., Grossi, C., Gallucci, M., Gennaro, B., & Motta, G. (2009). Multi instrumental evaluation of outcome and effectiveness of schizophrenic patients in the department of mental health of Messina. Paper presented at the 7th European Conference of the Society for Psychotherapy Research, Bolzano/Bozen, Italy.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (Eds.). (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley and Sons.
- 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*. New York: Wiley.
- La Salvia, A., & Ruggieri, M. (2005). Un programma sistematico di valutazione degli esiti dell'assistenza psichiatrica nella routine clinica. Il progetto Outcome di Verona Sud. In F. Asioli & M. Purpura (Eds.), *La comunità terapeutica. Istruzioni per l'uso*. Roma: Biblink Omnia.
- Lees, J., Manning, N., & Rowling, B. (1999). *A systematic Review of Therapeutic Community, treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders*. Available on: www.therapeuticcommunities.org/briefingpaper.htm.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (2007). Una proposta di integrazione delle variabili relazionali nella ricerca empirica in psicoterapia. In G. Nicolò & S. Salvatore (Eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Edizioni Carlo Amore.

- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lora, A., Bai, G., Bianchi, S., Bolongaro, G., Civenti, 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.
- Lo Verde, R., Gelo, O., Mariani R., Sarracino, D., & Vigorelli, M. (2010). *Valutazione di un trattamento "single case" con il modello dei cicli terapeutici (Mergenthaler) e la misura computerizzata dell'attività referenziale (Bucci): predittori d'esito e resistenze al cambiamento*. Relazione presentata al VIII Congresso Nazionale SPR Italia, Perugia, Italia.
- Lo Verde, R., Gelo, O., Mariani, R., Sarracino, D., & Vigorelli, M. (in press). *Cicli terapeutici e attività referenziale nell'analisi del processo terapeutico: uno studio "single case"*.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicatives Structures and Psychic Structures* (pp 367–395). New York: Plenum Press.
- Manfrè, S., Simoncini, L., Scordari, S., Segato, C., Vigorelli, M., & Re, E. (2009). Pratica clinica strutturata e valutazione di esito: l'esperienza del DSM di Milano *Niguarda. Psichiatria di Comunità*, 8(4), 31–40.
- Marchesi, L. (2006). *La valutazione della relazione interpersonale in un caso di disturbo narcisistico di personalità*. Relazione presentata alle Due giornate di studio sulla Ricerca in Psicoterapia e in Psichiatria Dinamica organizzate dall'Unità di Psichiatria e Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale-Struttura Complessa Niguarda di Psichiatria 4, Milano.
- Marchesi, L., Vigorelli, M., Schadee, H., Fava, E., & Capelli, L. (2007). L'analisi interpersonale del processo terapeutico. Applicazione del modello SASB al caso di Katja. In G. Nicolò & S. Salvatore (Eds.), *La ricerca in Psicoterapia. Materiali e prospettive dal contesto italiano*. Roma: Carlo Amore, Firera Liuzzo Group.
- Norcross, J.C., & Hill, C.E. (2004). Empirically supported Therapy Relationships. *The clinical Psychologist*, 57(3), 19–24.
- Olivetti Manoukian, F. (1998). *Produrre Servizi*. Bologna: Il Mulino.
- Perry, J.C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale. Tr. it. in V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa* (nuova ed.) (pp. 379-458). Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Riberto, S., Fernandez, I. & Vigorelli, M. (2007). L'alleanza terapeutica nel trattamento cognitivo-costruttivista e nell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). *Newsletter italiana EMDR it*, VIII(14), 9–13.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *Psicoterapia e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.
- Safran, J.D, Crocker, P., Mcmain, S., & Murray, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 27, 154–165.
- Sala, M., & Vigorelli, M. (2008). Ipotesi di ampliamento del CCRT-LU - Applicazione all'analisi di processo di un paziente difficile. *Ricerca in Psicoterapia*, 11(2), 119–138.

- 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", 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, University La Sapienza, Rome Italy.
- 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", Edinburgh, Scotland.
- Sala, M., Vigorelli, M., Schadee, H., Williams, R., Ortu, F., & Brenna, V. (Settembre 2005). *Ipotesi di ampliamento del CCRT-LU - Applicazione all'analisi di processo di un paziente "difficile"*. Poster presentato al V Congresso Nazionale SPR Italia, San Benedetto del Tronto.
- Scognamiglio, R.M., (2003). *Un Caso di Sclerosi Multipla: Approccio Psicosomatico Secondo il Modello Somatologico*. Available on <http://www.psychomedia.it> Sito Web Editoriale on-line. (Testata registrata: T.C. Roma n° 349/96- 5 Lug 1996).
- Scognamiglio, R.M. (2005). Un'istituzione per la clinica psicosomatica: nuovi modelli somatologici. In M. Vigorelli (Ed.), *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Milano: Franco Angeli.
- Scognamiglio, R.M. (2008). *Il male in corpo. La prospettiva somatologica nella psicoterapia della sofferenza del corpo*. Milano: Franco Angeli.
- Scognamiglio, R.M. (2009). Dalla focalizzazione sul corpo all'intelligenza somatica: la nascita di un nuovo costrutto nel quadro alessitimico. In M. Vigorelli (Ed.), *Laboratorio didattico per la ricerca*. Milano: Raffaello Cortina
- Scognamiglio, R. M., Fisher, H., Vigorelli, M., & Flebus, G. (2006a). *Somatic vulnerability and alexithymia: A research on clinical assessment and therapeutic perspectives*. Paper presented at the 37th Annual Meeting International Society for Psychotherapy Research (SPR), Edinburgh.
- Scognamiglio, R.M., Fisher, H., Vigorelli, M., & Flebus, G. (2006b). *Distorsioni del vissuto corporeo e vulnerabilità somatica: la valutazione della sensibilità somatica nel costrutto alessitimico*. Relazione presentata al III Congresso Nazionale Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica (GRP), Cesena.
- Scognamiglio, R.M., Fisher, H., Vigorelli, M., & Flebus, G. (2006c). *Distorsioni del vissuto corporeo e vulnerabilità somatica: la valutazione della sensibilità somatica nel costrutto alessitimico*. *Med. Psicosom.*, 51, 1(2), 10.
- Scognamiglio, R.M., Vigorelli, M., Villa, M., Corona, D., & Traini, S. (2005). *Valutazione del processo psicoterapeutico attraverso l'analisi della modalità relazionale di pazienti con disturbo dell'umore: un'applicazione del metodo CCRT-LU*. Relazione presentata al V Congresso Nazionale SPR Italia: Ricerca in psicoterapia e qualità della cura, San Benedetto del Tronto.
- Scognamiglio R.M., Zerbini C.A., Schiavolin S., Zoccarato A., Vigorelli M., & Gallucci, M. (2008). *From Focalization to Somatic Intelligence: new horizons in the alexithymic construct*. Paper presented at the XX World Congress on Psychosomatic Medicine (ICPM), Torino.
- Scognamiglio, R.M., Zerbini, C.A., Zoccarato, A., Vigorelli, M., & Gallucci, M. (2008). *La distorsione della qualità della percezione del corpo nel paziente*

- organico alessitimico*. Relazione presentata al VII Congresso Nazionale SPR Italia, Modena.
- Scognamiglio, R.M., Zoccarato, A., Vigorelli, M., & Gallucci, M. (2008). *Somatic vulnerability and distortion of the body self-perception quality: An investigation of particular aspects of the alexithymic condition*. Paper presented at the 39th International Meeting, Society for Psychotherapy Research (SPR), Barcelona, Spain.
- Scognamiglio, R.M., Zoccarato, A., Vigorelli, M., Gallucci, M., & Zerbini, C.A. (2008). *Intelligenza Somatica e Alessitimia: una ricerca sulla valutazione clinica e le prospettive terapeutiche*. Relazione presentata al V Congresso Nazionale, Gruppo Ricerca Psicosomatica (GRP). I percorsi della psicosomatica, Clinica, Ricerca, Terapia, Foligno.
- Stirone, V., Azzolina, S., Bescapè, L., Vigorelli, M., & Gallucci, M. (2010). *Indicatori di funzionamento delle comunità terapeutiche: capacità di lavorare in gruppo, leadership e processi di responsabilizzazione*. Relazione presentata al VIII Congresso nazionale SRP Italia, Perugia.
- Stirone, V., Vigorelli, M., Conte, M., Erlicher, A., & Lora, A. (2008). La valutazione dell'efficacia dei percorsi di cura nei Servizi di salute Mentale. *Ricerca in Psicoterapia*, 11(2), 189–205.
- Stirone, V., Vigorelli M., Conte M., Erlicher, A., & Lora, A. (2009). *Honos 3-a longitudinal study in Italy - standing between care and costs*. Paper presented at the 7th European Conference of the Society for Psychotherapy Research, Bolzano.
- Vigorelli, M. (Ed.). (2005). *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Milano: Franco Angeli.
- Vigorelli, M. (2006). *La valutazione della relazione interpersonale: il metodo SASB (Structural Analysis of Social Behavior)*. Relazione presentata alle Due giornate di studio sulla Ricerca in Psicoterapia e in Psichiatria Dinamica organizzate dall'Unità di Psichiatria e Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale-Struttura Complessa di Psichiatria 4.
- Vigorelli, M. (2009a). *La valutazione dei trattamenti in un DSM*. Relazione presentata alla giornata di studio del DSM Roma B, Roma.
- Vigorelli, M. (Ed.). (2009b). *Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia*. Milano: Edizioni Libreria Raffaello Cortina.
- Vigorelli, M. (2010). *Il processo di valutazione nelle comunità terapeutiche*. Intervento introduttivo al simposio, VIII Congresso Nazionale SPR Italia, Perugia.
- Vigorelli M., Correale A., Conte M., Stirone V., Criconia M., Bacigalupi M., Schlosser, S., & Cinciripini, C. (2006). *Routine Outcome Assessment-ROA in a Psychiatric Service in Rome*. Poster presented at the 37th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research "From research to practice", Edinburgh.
- Vigorelli, M., Correale, A., Criconia, M., Bolzoni, C., Stirone, V., & Schlosser, S. (2008). *Accoglimento nei primi colloqui, profili diagnostici e di cura: una ricerca sul campo in 2° area*. Relazione presentata alla Giornata di studio "Il servizio conosce se stesso? Ricerca sugli esiti e appropriatezza degli interventi", DSM, Roma B.
- Vigorelli, M., Fogliato, E., Traini, S., Scognamiglio, R., Villa, M., & Corona, D. (2004). *The contribution of research in the analysis of a psychotherapeutic process assessed with the W.Bucci's Model*. Paper presented at the 35th Annual Meeting Paper SPR, Roma, Italy.

- Vigorelli M., Gallucci M., Buratti E., Foglia C., Merlino I., Moschetti S., Peri Y., Segato, C., & Simoncini, L. (in press), *Valutazione con HoNOS: risultati di un'indagine svolta presso il D.S.M. dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda*.
- Vigorelli, M., Golia, G., Schadee, H., Zani, L., Giannopoulos, Y., & Villa, M. (2009). Valutazione multistrumentale del processo psicoterapeutico di una paziente con BPD. Numero monografico dei *Quaderni CPD*, M. Sambin & E. Benelli (Eds.), *Il processo referenziale. Studi clinici e ricerca empirica*. Padova: CLEUP.
- Vigorelli, M., Mastronardi, C., & Fernandez, I. (2008). *Valutazione psicologica e neurobiologica di un trattamento con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) di Disturbo Post Traumatico da Stress*. Relazione presentata al VII Congresso Nazionale SPR Italia, Modena.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R.M., Villa, M., Corona, D., Porcelli, C., & Traini, S. (2004). *A case of alexithymia and multiple sclerosis in psychoanalytic psychotherapy*, Poster presented at the 5th Meeting della Neuro-Psychoanalysis Association, Splitting, Denial and Narcissism, Roma.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R., Villa M., Corona, D., & Traini, S. (2003a). *Valutazione empirica dei passaggi trasformativi di un single case trattato con psicoterapia psicodinamica nel contesto istituzionale*. Poster presentato al V Congresso Nazionale AIP, Bari.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R., Villa M., Corona, D., & Traini, S. (2003b). *Quali strumenti di valutazione su misura per le psicosi? Potenzialità e limiti del modello di W. Bucci*. Relazione presentata al IV Congresso Nazionale SPR Italia, Milano.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R., Villa M., Corona, D., & Traini, S. (2004a). *Effectiveness e efficacy in an alexitimy with organic pathology (multiple sclerosis) single case analysis, treated with psychodynamic psychotherapy in an integrated context*. Paper presented at the 35th Annual Meeting Paper SPR, Roma, Italy.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R., Villa M., Corona, D., & Traini, S. (2004b). *Psychotherapeutic Network and somato-visceral, emotional and cognitive integration in a case of multiple sclerosis*. Paper presented at the 5th European Conference of the Society for Psychotherapy Research, Losanna, Switzerland.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R.M., Villa, M., Corona, D., Traini, S., Fogliato, E., & Schadee, H. (2004). Quali strumenti di valutazione su misura per la psicosi? Potenzialità e limiti del modello di W. Bucci. *Ricerca in Psicoterapia*, 7(1), 51-66.
- Vigorelli, M., & Villa, M. (2006). *Formazione alla ricerca*. Relazione presentata al 2° Incontro "Ricerca in Psicoterapia" SPR Italia, Centro Studi Cognitivi, Milano.
- Vigorelli, M., & Villa, M. (2010a). *Ricerca empirica e valutazione dell'efficacia in psicoterapia*. Relazione presentata alla giornata di studio di Psiche e Ricerca, Bergamo.
- Vigorelli, M., & Villa, M. (2010b). *Ricerca empirica e valutazione dell'efficacia in psicoterapia. Quaderni di Psiche e Ricerca*.
- Vigorelli, M., Zanolini, S., Belfontali, A., Tatti, G., Buratti, E., & Peri, Y. (2008). *I primi risultati della ricerca pilota sul lavoro in équipe, la leadership e i processi di responsabilizzazione in un campione di residenzialità terapeutiche italiane*. Relazione presentata alla Giornata di studio "Le dimensioni della responsabilità nelle comunità terapeutiche e nelle strutture intermedie", di

Mito & Realtà, associazione per le comunità e residenzialità terapeutiche, Milano.

Villa, M., Colli A., Manzoni D., Schadee, H., Vigorelli, M., & Lingiardi, V. (2006). *The Reliability of IVAT I for evaluation of the therapeutic alliance*. Poster presented at the 37th SPR International meeting “From research to practice”, Edinburgh, Scotland.

Villa, M., Colli, A., Vigorelli, M., Cirillo, L., Manzoni, D., Schadee, H., & Lingiardi, V. (2005). *Contributo alla validazione dell'indice IVAT per la valutazione dell'alleanza terapeutica*. Relazione presentata al V Congresso SPR Italia, San Benedetto del Tronto.

Villa, M., Porta, T., Schadee, H., Colli, A., Manzoni, D., Rapisarda, F., & Vigorelli, M. (2006). *Contributo alla validazione dell'indice IVAT-II per la valutazione dell'alleanza terapeutica: analisi di processo di un single case trattato in psicoterapia breve*. Relazione presentata al VI Congresso nazionale SPR Italia, Reggio Calabria.

Abstract

Our research group was born in 2001, in the context of the external teachings at the university of Milano-Bicocca: “Evaluation of effectiveness in psychotherapy” and “Psychological interventions in the public services”. It was initially formed by me, Riccardo Scognamiglio e Mariangela Villa for researches on process outcomes in the clinical area; me, Valentina Stirone and Ilaria Peri for the interventions in Centers of Mental Health and in Therapeutic Communities. The areas of research that we have deepened are: 1) Multi-instrumental evaluation of the psychotherapeutic process in “single cases”; 2) Alexithymia and psychosomatic: research that brought to the development of the Emotional Intelligence Scale, (Scognamiglio, 2008, 2009); 3) Contribution to the validation of new psychotherapeutic techniques, in particular EMDR; 4) Surveillance of the clinical course of interventions in institutions (DSM and Therapeutic Community): research that brought to the building of the Community Functioning Questionnaire CFQ-28 *image* (Vigorelli, Zanolini, Belfontali, Tatti, Buratti, & Peri, 2008).

Keywords

Efficacy research, multistrumentale evaluation, single case, psychosomatics, institutions