



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della  
Socializzazione (DPSS)**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia dello  
Sviluppo e dell'educazione**

**Tesi di laurea Magistrale**

**Indagine dell'alleanza terapeutica e del funzionamento  
di personalità nei giovani tossicodipendenti in comunità  
terapeutica: caratteristiche ed evoluzioni in un anno di  
trattamento**

**Survey on the therapeutic alliance and personality functioning in young  
drug addicts in therapeutic community: features and developments in one  
year of treatment**

*Relatrice*

**Prof.ssa Alessandra Simonelli**

*Correlatrice*

**Dott.ssa Micol Parolin**

*Laureando: **Marcello Di Giorgio***

*Matricola: **1202716***

Anno Accademico 2021/2022



<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 - LA TOSSICODIPENDENZA.....</b>	<b>3</b>
1.1 Il fenomeno della tossicodipendenza.....	3
1.2 Fattori di rischio e vulnerabilità .....	7
1.3 Basi biologiche della tossicodipendenza .....	9
1.4 Adolescenza, giovane età adulta e compiti evolutivi .....	10
1.4.1 <i>Compiti evolutivi degli adolescenti</i> .....	11
1.4.2 <i>Compiti evolutivi della giovane età adulta</i> .....	12
1.5 La situazione nel panorama Europeo.....	12
1.6 La situazione nel panorama Italiano .....	14
1.6.1 <i>La Popolazione studentesca</i> .....	16
1.7 Il trattamento .....	19
1.7.1 <i>I dati sul trattamento</i> .....	19
1.7.2 <i>La comunità terapeutica</i> .....	20
<b>CAPITOLO 2 - L'ALLEANZA TERAPEUTICA .....</b>	<b>22</b>
2.1 Alleanza terapeutica e l'evoluzione del suo costrutto .....	22
2.2 Misure dell'alleanza terapeutica .....	26
2.3 L'alleanza terapeutica oggi: le questioni attualmente oggetto di indagine .....	26
2.4 Alleanza terapeutica e rottura .....	29
2.5 Alleanza terapeutica con i giovani.....	31
2.5.1 <i>Alleanza terapeutica: focus sugli adolescenti</i> .....	32
2.6 Alleanza terapeutica e Disturbo da Uso di Sostanze .....	34
2.6.1 <i>Alleanza terapeutica e SUD: adolescenti</i> .....	35
2.6.2 <i>Alleanza terapeutica e SUD: giovani adulti</i> .....	36
2.7 Alleanza terapeutica, Disturbo da Uso di Sostanze e trattamento.....	37
2.7.1 <i>Alleanza terapeutica, SUD e trattamento: adolescenti e giovani adulti</i> .....	38
2.7.2 <i>Trattamento residenziale</i> .....	39
2.8 Alleanza terapeutica, Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbi di Personalità .....	40
<b>CAPITOLO 3 - LA RICERCA .....</b>	<b>44</b>
3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca.....	44
3.2 Il campione .....	45
3.3 Gli strumenti di ricerca .....	46

3.3.1 <i>Working Alliance Inventory</i> .....	47
3.3.2 <i>Shelder-Westen Assessment Procedure</i> .....	48
<b>CAPITOLO 4 - ANALISI DEI DATI E RISULTATI</b> .....	<b>53</b>
4.1 Verifica dell'affidabilità degli strumenti WAI .....	54
4.2 Analisi descrittive .....	54
4.3 Confronto tra valutazione all'ingresso, a 6 mesi e a 12 mesi di trattamento.....	56
4.4 Verifica dei cambiamenti dell'alleanza terapeutica tra ingresso, 6 mesi e 12 mesi dall'ingresso.....	57
4.5 Differenze nella valutazione dell'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta.....	58
4.6 Confronto tra gruppo di pazienti che abbandona e chi al 6° mese è presente al trattamento .....	58
4.7 Confronto tra gruppo di pazienti che abbandona e chi al 12° mese è presente al trattamento .....	59
4.8 Statistiche descrittive SWAP e analisi delle frequenze al T1.....	60
4.9 Statistiche descrittive SWAP e analisi delle frequenze al T3.....	66
4.10 Confronto caratteristiche di personalità all'ingresso e a 12 mesi dall'ingresso .....	71
4.11 Correlazioni fra alleanza terapeutica e stili personalità.....	72
<b>CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI</b> .....	<b>75</b>
5.1 Risultati della ricerca e commenti generali .....	75
5.2 Limiti e prospettive future .....	84
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>87</b>

## INTRODUZIONE

Questo elaborato di tesi si pone come obiettivo generale quello di studiare sia l'alleanza terapeutica che si instaura tra terapeuta e paziente tossicodipendente all'interno di una comunità residenziale per giovani adulti tossicodipendenti, sia i Disturbi di Personalità dei pazienti coinvolti rilevando una possibile associazione tra l'alleanza terapeutica ed i Disturbi di Personalità.

La volontà di approfondire questo tema nasce dall'interesse personale, coltivato negli ultimi anni, di comprendere le difficoltà che i giovani si trovano ad affrontare nei periodi di sviluppo importanti come l'adolescenza e la giovane età adulta e dalla personale esperienza accumulata nelle comunità residenziali con i giovani con varie problematiche come l'inserimento nella società, le difficoltà relazionali e l'abuso di sostanze.

Lo studio presenta, nei primi due capitoli, una rassegna della letteratura presente sul fenomeno della tossicodipendenza e sul costrutto dell'alleanza terapeutica.

Nel primo capitolo viene data una definizione della condizione di tossicodipendenza con l'elencazione dei criteri secondo i principali manuali diagnostici; vengono descritti i fattori di rischio e vulnerabilità, le basi biologiche della tossicodipendenza, i compiti evolutivi dei giovani, la diffusione dell'utilizzo di sostanze nel panorama europeo ed italiano, i dati sul trattamento ed una descrizione della comunità residenziale.

Nel secondo capitolo viene descritta l'evoluzione del costrutto dell'alleanza terapeutica, i metodi di misurazione, e vengono presentati i risultati principali in letteratura relativamente a diverse questioni come: l'alleanza terapeutica in generale e nelle diverse fasi evolutive, le rotture dell'alleanza, le singolarità dell'alleanza dei giovani nel trattamento residenziale, il rapporto dell'alleanza con giovani soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze e con Disturbi di Personalità. Viene inoltre evidenziato come le ricerche sui giovani tossicodipendenti presentano un numero esiguo di pubblicazioni.

Nel terzo capitolo viene descritto nel dettaglio il campione esaminato e si definiscono gli strumenti utilizzati nella ricerca e gli obiettivi prefissati.

Gli strumenti utilizzati per raggiungere questi obiettivi sono il questionario Working Alliance Inventory (WAI) di Horvath (1982), un questionario self report composto da 36 item e tre scale: *Task* (compiti), *Bond* (legame), *Goal* (obiettivi), con una parte per i terapeuti (WAI-T) e una per i pazienti (WAI-P); l'altro strumento è lo Shedler Westen

Assessment Procedure SWAP 200 (Shedler & Westen, 1999), che si basa su un metodo Q-Sort per la valutazione della personalità.

Il quarto capitolo espone l'analisi dei dati ricavati con il pacchetto statistico SSPS con l'applicazione dei test e degli indici statistici di tipo non parametrico.

Infine, nel quinto capitolo vengono analizzati ed esposti i risultati che vengono confrontati con la letteratura a conoscenza e vengono riportate le conclusioni finali dove si analizzano le implicazioni dei risultati, i limiti e le prospettive future.

# CAPITOLO 1

## LA TOSSICODIPENDENZA

### 1.1 Il fenomeno della tossicodipendenza

La tossicodipendenza è un problema largamente diffuso ed è un fenomeno sempre più in crescita. Si osservano gravi criticità sia nei singoli individui che nelle rispettive famiglie d'origine, coinvolte loro malgrado nella tossicodipendenza del familiare.

Per droga si intende un elemento, una sostanza stupefacente che può essere naturale o sintetica; inoltre drogarsi è anche un comportamento che, tramite il circuito della ricompensa, provoca sensazioni piacevoli e riduce quelle spiacevoli. Per quanto riguarda le sostanze, ne esistono di legali come l'alcol e la nicotina ed illegali come la cocaina, le anfetamine e l'eroina. Negli ultimi anni la comunità medica si è sempre più concentrata a mettere in evidenza questo problema (Treisman & Steven, 2009).

Il disturbo da uso di sostanze (SUD) è una condizione cronica, caratterizzata dall'assunzione compulsivo della sostanza con alto rischio di ricaduta, che crea effetti di perdita del controllo ed uno stato emozionale negativo. I meccanismi neurologici confermano la vulnerabilità e la predisposizione all'abuso. I clinici possono avere pazienti durante l'astinenza, l'intossicazione ed all'interno di un quadro psicopatologico (Ungar et al., 2016).

La tossicodipendenza è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *“una malattia di tipo cronico e recidivante che muove l'individuo, in maniera coatta, ad assumere sostanze a dosi costanti o sempre maggiori per avere degli effetti benefici temporanei e soggettivi, la cui durata è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza”* (World Health Organization, 1992).

È stata acclarata una significativa differenza fra utilizzo e abuso delle sostanze. Per utilizzo di una sostanza stupefacente s'intende un'assunzione episodica, con la consapevolezza da parte dell'individuo degli effetti negativi che ne possono derivare.

È invece definito abuso l'assunzione della sostanza che va a discapito di altre attività come il lavoro e compromette la salute e le relazioni sociali. Si parla di tossicodipendenza quando, da un uso episodico e consapevole, si entra in uno stato in cui l'assunzione della sostanza è compulsiva ed automatica. Ne conseguono i sintomi della tolleranza e della astinenza che sempre più si tramutano nel bisogno di maggiori quantità della sostanza e,

in caso di assenza della sostanza ed in base al tipo di sostanza, si associano alla presenza di stati negativi psico-fisici (Treisman & Steven, 2009).

L'ICD 10 nella categoria disordini dovuti all'uso di sostanze psicoattive, parla di "sindrome da dipendenza". Per essere definita come tale deve manifestare tre o più dei seguenti sintomi per almeno 1 mese o manifestarli insieme ripetutamente per un periodo di 12 mesi. I sintomi sono:

1. Il desiderio persistente e la compulsione a prendere quella sostanza.
2. Incapacità nel controllare il comportamento di ricerca della sostanza che viene assunta sempre in quantità maggiori per un periodo sempre più lungo.
3. Uno stato di astinenza quando la sostanza è ridotta, viene interrotto l'utilizzo o l'utilizzo è effettuato con l'intenzione di alleviare i sintomi dell'astinenza.
4. Uno stato di tolleranza agli effetti della sostanza dimostrato dal fatto che c'è il bisogno di aumentare le quantità della sostanza per avere gli stessi effetti, o gli effetti della sostanza diminuiscono continuando ad assumerne la stessa quantità.
5. L'utilizzo della sostanza porta ad abbandonare gli interessi e le attività dell'individuo perché il tempo, per forza di cose, trascorre nella ricerca della sostanza, nell'assunzione e nel riprendersi dai suoi effetti.
6. Uso persistente della sostanza nonostante la chiara evidenza e la consapevolezza delle conseguenze dannose.

La diagnosi per la sindrome da dipendenza può essere specificata anche come:

“è in astinenza”, “è in astinenza ma in ambiente protetto” (come in ospedale, in comunità terapeutica, in prigione ecc.), “è in regime di mantenimento ma con supervisione clinica” (con metadone, gomma o cerotto alla nicotina), “è in astinenza ma con trattamento tramite sostanze bloccanti” (naltrexone, disulfiram), “utilizza la sostanza” con o senza manifestazioni somatiche. La dipendenza nella fase di decorso può essere specificata con “uso continuo” o “uso episodico” (World Health Organization, 1992).

Nell'ICD-11, la versione più recente, la differenza sostanziale rispetto all'ICD-10 è il numero di criteri sintomatologici che da sei diventano tre. Per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze è necessaria la presenza di due o più sintomi per almeno 1 mese o manifestati insieme ripetutamente per un periodo di 12 mesi. I sintomi sono:

1. Difficoltà a controllare l'inizio e il livello di consumo della sostanza, che può essere associato al craving od all'impulso d'uso della sostanza.



2. L'uso della sostanza diventa l'unica attività importante della quotidianità dell'individuo a discapito delle altre passioni o attività.

3. Il consumo della sostanza continua a essere messo in atto dalla persona nonostante la presenza di effetti sfavorevoli (World Health Organization, 2018).

La quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) stipulata nel 2013, rispetto alla sua passata versione il DSM-IV, riunisce sotto i “Disturbi correlati all'uso di sostanze”, “Substance Use Disorders”, il “disturbo da dipendenza da sostanze” e il “disturbo da abuso di sostanze” e il termine “dipendenza” viene utilizzato per classificare le patologie comportamentali, “Addictive disorders”. Fra le novità che riporta il DSM-5, cade la distinzione fra abuso e dipendenza, cambiano i numeri di sintomi per una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, non più tre ma due con l'eliminazione del criterio dei problemi legali, e viene aggiunto il criterio del craving. Inoltre, i sintomi della tolleranza e dell'astinenza non valgono più per la diagnosi quando il paziente sta avendo un programma di trattamento medico per problemi come depressione o ansia. Questi pazienti possono avere diagnosi da disturbo di sostanze solo se hanno altri sintomi specifici, come la ricerca compulsiva della sostanza (O'Brien, 2010).

Un'altra importante novità è l'introduzione del continuum di gravità da lieve a grave, con la gravità basata sul numero dei criteri sintomatologici manifestati. Un disturbo da uso di sostanze con gravità lieve si verifica con la presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi. Sono anche presenti gli specificatori di decorso e gli specificatori per le caratteristiche descrittive “in remissione precoce”, “in remissione protratta”, “in terapia agonista” e “in ambiente controllato”.

I criteri per la diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze sono stati raggruppati come di seguito specificato:

- Il primo raggruppamento di criteri riguarda la compromissione del controllo dell'uso della sostanza (Criteri 1-4).

1. L'individuo può assumere la sostanza in quantità maggiori o per periodi più lunghi di quanto fosse nelle sue intenzioni.

2. L'individuo può esprimere un desiderio persistente di ridurre o regolare l'uso della sostanza e può riferire molteplici sforzi infruttuosi di diminuire o interromperne l'uso.

3. L'individuo può impiegare una grande quantità di tempo per procurarsi la sostanza, per usarla o per ristabilirsi dai suoi effetti. In certi casi di disturbi da uso di sostanze più gravi, le attività quotidiane dell'individuo ruotano intorno alla sostanza stessa.

4. Il craving si manifesta con un desiderio intenso o irresistibile per la sostanza che può verificarsi in qualsiasi momento, ma più probabilmente in un ambiente in cui questa veniva procurata o usata in precedenza.

- Il secondo raggruppamento di criteri riguarda la compromissione sociale (Criteri 5-7).

5. L'uso ricorrente della sostanza può causare il fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa.

6. L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante abbia persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.

7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza.

- Il terzo raggruppamento di criteri riguarda l'uso rischioso della sostanza (Criteri 8-9).

8. Può assumere la forma dell'uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.

9. L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante riconosca di avere problemi fisici o psicologici persistenti o ricorrenti, i quali, molto probabilmente, sono causati o esacerbati dalla sostanza stessa.

- L'ultimo raggruppamento sono i criteri farmacologici (Criteri 10 e 11).

10. La tolleranza è segnalata dall'aver bisogno di dosi marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato o da un effetto marcatamente ridotto quando si consuma la dose abituale.

11. Dopo aver sviluppato sintomi di astinenza, l'individuo tende a consumare la sostanza per attenuare i sintomi. I sintomi di astinenza variano notevolmente fra le classi di sostanze e sono previsti alcuni set di criteri separati per l'astinenza dalle diverse classi (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

## **1.2 Fattori di rischio e vulnerabilità**

La dipendenza è intesa come una “malattia genetica complessa”, che coinvolge fattori biologici, ambientali e sociali. Per quanto riguarda la componente genetica, molta letteratura basata sullo studio di gemelli, figli adottivi ecc. ha dimostrato che effettivamente l'assunzione delle sostanze è riconducibile ad una componente genetica. La dipendenza da alcol, sia per i maschi che per le femmine, ha una stima ereditaria che va dal 40 al 60%. Più in dettaglio, le stime di ereditabilità sono 0.4 per gli allucinogeni, 0,7 per la cocaina, 0.5 alcol (Sellman, 2009).

È dimostrato che è forte l'incidenza dei fattori sociali che rendono alcuni individui maggiormente esposti alla possibilità di sviluppare una dipendenza rispetto ad altri. Questi fattori includono il background socioeconomico, l'esposizione all'uso parentale di droghe, un'esposizione precoce alle droghe, un abuso fisico o sessuale, scarse prestazioni scolastiche e disturbi mentali come il disturbo di condotta, disturbi d'ansia e disturbi depressivi che si sviluppano durante l'adolescenza (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

La letteratura suggerisce che le caratteristiche sociodemografiche possono influire sull'utilizzo delle sostanze, specie per l'alcol, e gli autori hanno individuato la presenza di un consumo rilevante di sostanze nelle aree con status socioeconomico povero (Spooner, 1999).

Molte persone iniziano a sperimentare le droghe per divertimento, espressione di ribellione o perché i loro amici già utilizzano tali sostanze. In tanti affermano di fare uso di droghe in continuazione perché vogliono un cambiamento piacevole nel loro stato mentale, proprio come può esserlo uno stato di euforia causato dall'assunzione di sostanze stupefacenti. Altri utilizzano sostanze per fuggire da stati di umore basso o depressivo ed altri problemi personali come le difficoltà scolastiche o famigliari. Ne

deriva che l'utilizzo o l'abuso delle sostanze assume il significato di stato psichico di evasione dalla realtà. Le conseguenze dell'abuso delle sostanze sono sia fisiche che sociali. Gli effetti fisici di queste sostanze variano da individuo a individuo e possono portare alla morte. Le conseguenze sociali dell'abuso di sostanze più comuni sono la disoccupazione ed il fallimento nelle relazioni sociali.

L'utilizzo delle sostanze fra gli adolescenti è uno dei più forti predittori del disturbo da uso di sostanze in età adulta. Secondo le ricerche, la maggior parte degli adulti tossicodipendenti hanno iniziato a usare sostanze durante l'adolescenza. L'uso delle sostanze nella popolazione degli adolescenti sta crescendo ed è responsabile di tanti problemi come l'aumento della mortalità in questa fascia di età. Bisogna quindi porre la massima attenzione sui fattori di rischio, includendo le abitudini della famiglia, l'ambiente socioeconomico e le norme sociali (Countryman, 2005).

Nello studio degli adolescenti, Miller e Miller, (1997) hanno individuato nello stato socioeconomico e nei fattori psicologici i maggiori contributi all'iniziazione di utilizzo di marijuana, ed hanno verificato che lo status lavorativo, l'utilizzo quotidiano di alcol e marijuana sono indicatori dell'abuso di sostanze. Anche se alcuni studiosi affermano che la sperimentazione di sostanze stupefacenti in età adolescenziale sia una forma di comportamento deviante e rischioso associato alla normale transizione comportamentale durante l'adolescenza, è dimostrato che alcuni ragazzi fanno uso di sostanze perché le considerano parti distintive della cultura dei giovani, quindi le assunzioni diventano comportamenti che fanno parte delle norme sociali (Al-Kandari, Yacoub & Omu, 2001). I comportamenti devianti predittori dell'uso frequente di sostanze in adolescenza possono essere quelli di ribellione, di scarso senso di responsabilità sociali, di forte bisogno di emancipazione, come pure l'alienazione, la ricerca di esperienze forti, sensation-seeking. Un altro predittore dell'uso frequente delle sostanze riguarda l'ambiente familiare. Fattori come la qualità delle relazioni, le comunicazioni interpersonali, i modelli parentali sono stati identificati come predittori dell'utilizzo delle sostanze in adolescenza. Ma come può essere un fattore di rischio, l'ambiente familiare può diventare anche un importante fattore nella prevenzione dell'abuso di sostanze e una componente importante nel trattamento. È fondamentale che i comportamenti e le abitudini della famiglia e dell'adolescente siano un fattore protettivo e non di rischio. Le ricerche hanno evidenziato

che il coinvolgimento della famiglia in trattamento ha un effetto positivo sulla riuscita stessa del trattamento.

Anche eventi traumatici giocano un ruolo importante nei comportamenti devianti e nell'abuso di sostanze, ne consegue che ragazzi che hanno subito esperienze traumatiche utilizzano sostanze per alleviare stati di vergogna, rabbia e frustrazione. Se questi ragazzi, che sono in trattamento da disturbo da uso di sostanze, non ricevono idonea terapia per le esperienze traumatiche hanno un'alta probabilità di avere ricadute (Spooner, 1999).

### **1.3 Basi biologiche della tossicodipendenza**

È importante tenere conto delle basi biologiche della tossicodipendenza, in quanto le sostanze sono in grado di alterare le strutture cerebrali e di compromettere alcune funzioni come la gratificazione, l'apprendimento e la motivazione.

Ricerche sulle basi neurobiologiche della dipendenza hanno evidenziato come le proprietà di rinforzo della maggior parte delle sostanze sono mediate dall'attivazione del sistema dopaminergico (Büttner, 2011). La dopamina è un neurotrasmettitore fondamentale che svolge funzioni come il controllo motorio, il funzionamento cognitivo, l'attenzione, la memoria, l'apprendimento, la pianificazione e la motivazione. Il sistema dopaminergico è coinvolto nella dipendenza da sostanze come l'alcol, le anfetamine, la cannabis, la cocaina, che agiscono sul nucleo accumbens provocando il rilascio di dopamina che a sua volta provoca un aumento della quantità di dopamina che porta allo sviluppo della dipendenza. Inoltre, genera anche uno stato di benessere ed euforia che poi viene ricercato dall'individuo con una nuova assunzione di sostanza una volta che l'effetto finisce. Una cessazione improvvisa dell'uso cronico di droghe comporta una diminuzione del rilascio di dopamina che conduce l'individuo alla costante ricerca della sostanza per alleviare lo stato di astinenza, creando i presupposti per lo sviluppo delle dipendenze e dell'uso cronico delle sostanze (Serpelloni & Alessandrini, 2014).

Ogni sostanza provoca i suoi effetti specifici dannosi al sistema nervoso centrale; in base alla frequenza ed alla sostanza utilizzata, le complicazioni neuro-cognitive predominanti dell'abuso delle sostanze includono la prevalenza di depressione, la perdita di memoria, il declino cognitivo e la possibile predisposizione alla schizofrenia, (Büttner, 2011).

Fra le varie categorie di età ci sono differenze negli effetti dannosi, infatti la ricerca neuropsicologica suggerisce che il cervello degli adolescenti e dei giovani adulti possa

essere evolutivamente più vulnerabile alla dipendenza ed all'abuso di sostanze rispetto agli adulti. Quest'osservazione ha due implicazioni principali.

In primo luogo:

- Le aree prefrontali del cervello, responsabili dell'inibizione degli impulsi e del ragionamento sulle conseguenze, non sono completamente sviluppate, quindi gli adolescenti hanno più probabilità di incorrere in comportamenti rischiosi, trovano più difficile inibire gli impulsi, si impegnano nella ricerca di novità e non hanno una piena stima delle conseguenze future del loro comportamento, (Volkow & Li, 2005). Questo succede perché a livello neuronale, durante l'adolescenza, il sistema limbico è funzionalmente più sviluppato rispetto alle aree prefrontali. Quindi in situazioni emotivamente salienti, il sistema limbico avrà la meglio sui sistemi di controllo a causa della sua maturità rispetto alle aree prefrontali (Serpelloni & Alessandrini, 2014).

In secondo luogo:

- L'imaturità evolutiva del cervello adolescente comporta che i giovani possano essere particolarmente vulnerabili ai cambiamenti neurobiologici che avvengono come conseguenza di un uso continuo delle sostanze. I cambiamenti neuropsicologici in un periodo così sensibile evolutivamente possono ridurre le capacità cognitive dell'individuo di superare la dipendenza. Questo potrebbe spiegare il perché studi epidemiologici mostrano come le persone che abusano di sostanze nella prima adolescenza abbiano maggiori probabilità di sviluppare la dipendenza e di avere ricadute rispetto a chi ritarda l'uso fino alla prima età adulta (Volkow & Li, 2005).

#### **1.4 Adolescenza, giovane età adulta e compiti evolutivi**

L'adolescenza e la giovane età adulta rappresentano un periodo importante di transizione, di crescita fisica e psicologica (con cambiamenti che avvengono a livello cerebrale), e crescita cognitiva ed emotiva.

Il "World Drug Report" del 2021 afferma che la popolazione più a rischio nell'utilizzo delle sostanze stupefacenti è quella della fascia di giovani che va dai 15 ai 34 anni, che

comprende quindi gli adolescenti ed i giovani adulti, e che l'utilizzo delle sostanze in questa fascia di età è destinato a crescere in particolare nei Paesi con un reddito basso. Secondo i dati, il numero di giovani nei Paesi con un reddito basso o medio crescerà nei prossimi dieci anni, mentre invece è previsto che la crescita della popolazione nei Paesi ad alto reddito sarà in gran parte quella degli over 65, mentre la popolazione giovane 15-34 anni, ovvero quella più a rischio per consumo, è destinata a diminuire. Questo suggerisce che i Paesi a basso reddito vedranno una crescita maggiore nella popolazione che utilizza sostanze rispetto alla crescita calcolata sulla base della crescita totale della popolazione (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

#### *1.4.1 Compiti evolutivi degli adolescenti*

L'adolescenza è un periodo durante il quale intervengono nel bambino tutti i cambiamenti fisici, psicologici e sociali. Come già anticipato, a questo periodo di rapido e indispensabile mutamento si accompagna, tuttavia, un aumento della propensione ad assumere rischi, all'impulsività (Arnett, 1992). Rispetto agli adulti, gli adolescenti tendono a percepire meno l'entità reale dei rischi, e li avvertono come più controllabili. Di fatto, le tendenze a una scarsa capacità decisionale rendono gli adolescenti più vulnerabili nei confronti delle dipendenze (Serpelloni & Alessandrini, 2014).

Durante la fase dell'adolescenza si affrontano dei compiti importanti, innanzitutto lo sviluppo fisico durante il quale l'adolescente affronta un'enorme quantità di cambiamenti a livello corporeo, accompagnati da un sensibile incremento ormonale; c'è la scoperta della sessualità, ed è importante concepire la sperimentazione in ambito sessuale come parte di un processo di sviluppo verso una forma di sessualità matura; si acquisisce l'autonomia emotiva dai genitori e l'adolescente inizia a sperimentare la capacità di esistere in maniera separata dai propri genitori e dalla famiglia. Per il giovane è un periodo eccitante ma anche intriso di ansia ed angoscia, proprio perché si trova a passare dallo stato di sicurezza del nucleo familiare ad una collocazione personale, individuale, nel mondo circostante. Il processo che ha luogo è lo spostamento da un'identificazione primaria con la famiglia ad un'identificazione primaria con il gruppo di pari, fase necessaria nel processo di sviluppo e per la futura costituzione di una relazione affettiva di coppia. Durante questo periodo l'adolescente è solito rifiutare l'insieme delle norme

morali che appartengono ai genitori, atteggiamento che è parte del processo per poter accedere alla successiva fase ovvero la costruzione dell'identità.

Erikson (1950) ben descrive questo periodo nel quale l'adolescente verifica il mondo circostante, i propri credo e le proprie esperienze, stabilendo ed acquisendo un proprio spazio di vita e costituendo una propria identità in relazione agli altri. L'obiettivo finale dello sviluppo dell'adolescente è la formazione del pensiero razionale, fase in cui l'adolescente è in grado di pensare in maniera complessa e diviene capace di trarre deduzioni (Brunori & Raggi, 2011).

#### *1.4.2 Compiti evolutivi della giovane età adulta*

Dall'adolescenza si passa alla giovane età adulta che va dai 18 ai 25 anni. Innanzitutto, è l'età dell'esplorazione identitaria, il giovane adulto sperimenta la sensazione di essere in una fase di transizione, <<feeling in between>>, caratterizzata da una serie di eventi transitori come uscire via di casa, finire gli studi. È un'età che concede maggiori autonomie e meno obbligazioni dalle figure genitoriali, le vite dei giovani non sono strutturate dagli adulti. Anche questa età ha degli importanti compiti evolutivi, come la definizione della propria identità, la stabilità emotiva, l'intimità sessuale ed emotiva, la centratura su di sé, l'aumento dell'autonomia e lo sviluppo di un senso di tolleranza alla frustrazione. Quest'età è anche caratterizzata da un alto grado d'incertezza sia per i compiti di autonomia e definizione della propria identità, sia perché si entra nel mondo lavorativo che può essere un'esperienza stressante (Arnett, 2007). Inoltre, questa è l'età delle possibilità che comporta lo scontro fra la stabilità e l'instabilità e che causa un'incertezza che per il giovane adulto deve essere risolta. Questa incertezza può causare un senso di disagio ed instabilità che rende questa età particolarmente sensibile alla sperimentazione di sostanze. Come riportato da un'indagine dell'OMS (Auerbach et al., 2018) la giovane età adulta rappresenta un periodo critico per l'esordio e lo sviluppo di forme psicopatologiche. Una dipendenza da sostanze in questa età può interferire fortemente sui compiti evolutivi.

### **1.5 La situazione nel panorama Europeo**

Dalle informazioni contenute nella "Relazione Europea sulla Droga del 2021" (EMCCDA, 2021), emerge che le riduzioni del consumo di droga nel 2020, osservate



durante i primi lockdown a causa della pandemia COVID-19, sono rapidamente scomparse quando sono state allentate le misure di distanziamento sociale. Con le restrizioni per la pandemia, sembra che vi sia stato da parte dei consumatori un minore interesse per le droghe associate a eventi ricreativi, come l'MDMA, al contempo si assiste ad un cambiamento di tendenza per le sostanze legate al consumo domestico. Infatti, i dati a disposizione sulle emergenze ospedaliere mostrano un calo degli accessi ospedalieri correlati all'MDMA, mentre i dati dei sondaggi online delle persone che auto-dichiarano il consumo di sostanze, mostrano un maggiore consumo di alcol ed una maggiore sperimentazione di psichedelici, come l'LSD, e di droghe come la ketamina. Questo ultimo dato, appunto, coinciderebbe con una crescita della domanda di sostanze ritenute più adatte al consumo domestico. Tuttavia, l'allentamento delle restrizioni della circolazione ha fatto registrare una ripresa dei livelli di consumo delle sostanze in generale.

I dati dei sondaggi suggeriscono anche che probabilmente chi faceva uso saltuario di droghe prima del COVID-19 abbia ridotto o cessato il consumo durante la pandemia, mentre i consumatori più regolari l'abbiano aumentato.

Passando nella specifica dei dati in UE, sono disponibili informazioni sull'utilizzo delle sostanze principalmente nell'anno 2019. Le esperienze di uso di droga sono segnalate più frequentemente dai maschi (50,6 milioni) che dalle femmine (32,8 milioni). La sostanza provata più di frequente è la cannabis. Si stima che abbiano fatto uso di droghe 17,4 milioni di giovani adulti (15-34 anni), pari al 16,9% del totale. Si stima che la prevalenza del consumo di oppiacei ad alto rischio tra gli adulti (15-64 anni) nel 2019 rappresenti lo 0,35 % della popolazione dell'UE, equivalente a 1 milione di consumatori di oppiacei ad alto rischio. Nel 2019 nell'Unione europea ci sono stati 510 000 consumatori in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei. I consumatori di oppiacei rappresentano il 26% delle richieste di trattamento della tossicodipendenza. Gli oppiacei hanno comportato il 76% dei decessi per overdose segnalati nell'Unione europea nel 2019.

- Per la cannabis, le indagini sulla popolazione generale indicano che nell'Unione europea circa l'1,8% degli adulti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, la maggior parte dei quali (61%) ha meno di 35 anni, consuma questa sostanza tutti i giorni o quasi ogni giorno, per un consumo di 20 giorni o più nell'ultimo mese.

- Per la cocaina, dalle indagini effettuate nell'Unione Europea emerge che quasi 2,2 milioni di persone di età compresa tra i 15 e i 34 anni (il 2,1% di questa fascia di età) ne hanno fatto uso.
- Per l'MDMA, 2 milioni di giovani adulti hanno assunto questa sostanza, le stime di prevalenza aumentano per le persone nella fascia di età 15-24.
- Per quanto riguarda l'eroina e altri oppiacei, le stime di prevalenza nazionale oscillano tra meno di uno e più di sette consumatori di oppiacei ad alto rischio per 1000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, ovvero lo 0,35% della popolazione europea; in totale sono 1 milione i consumatori di oppiacei ad alto rischio nel 2019.

Il consumo ad alto rischio e la poli-assunzione di sostanze, continuano ad alimentare il numero dei decessi indotti dagli stupefacenti in Europa. La maggior parte dei decessi direttamente legati al consumo di stupefacenti riguarda gli oppiacei, principalmente l'eroina in combinazione con altre droghe, ma al momento destano particolare preoccupazione gli stimolanti come la cocaina e le amfetamine e, negli ultimi anni, anche i cannabinoidi sintetici. L'aumento dei decessi tra le diverse fasce di età evidenzia la diversità e la complessità delle sfide cui devono far fronte i servizi per le tossicodipendenze. Si stima che nel 2019, all'interno dell'Unione Europea, si siano verificati almeno 5141 decessi da overdose causati da sostanze illecite, ovvero un incremento pari al 3% rispetto al 2018. Confrontando il numero di decessi per un periodo di tempo più lungo, i decessi per overdose nell'Unione Europea sono in aumento dal 2012, sia in generale che tra gli adolescenti e tutte le classi di età superiore ai 35 anni, con un aumento particolarmente elevato del 74 % nella fascia di età degli ultra 50enni (EMCCDA, 2021).

### **1.6 La situazione nel panorama Italiano**

Nella relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2021), emerge con forza che bisogna tenere conto dell'impatto prodotto dalla pandemia COVID-19 sui mercati delle sostanze, sulle

modalità e le tendenze del consumo, sulle attività di riduzione della domanda e dell'offerta.

Il mercato delle sostanze stupefacenti muove attività economiche per 16,2 miliardi di euro, di cui circa il 39% è attribuito alla cannabis e derivati e quasi il 32% alla cocaina. Per quest'ultima, si è osservato nel commercio degli ultimi 3 anni un incremento medio del 2,5%.

La produzione ed il traffico di stupefacenti sembrano essersi rapidamente adattati alle restrizioni della pandemia. Nel 2020 la quantità di sostanze sequestrate in Italia è aumentata del 7,4%, malgrado un calo del 13% delle operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia.

Nel 2020 sono aumentati anche i sequestri delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) e ne sono state individuate ben 44 di nuove. Le misure del lockdown potrebbero aver favorito le modalità di distribuzione online delle sostanze, accelerando una tendenza registrata negli ultimi anni verso un mercato sempre più digitalizzato. Nel corso del primo semestre post-lockdown, si è evidenziato un aumento delle segnalazioni per sequestro di NPS del 200% circa rispetto allo stesso periodo del 2019. Risulta quindi evidente come i cambiamenti già in atto da qualche anno abbiano subito un'accelerazione grazie alla pandemia; questo fenomeno, specialmente nelle nuove generazioni, è ulteriormente dimostrato dalla tendenza sempre maggiore verso il poli-abuso, abbinato alla presenza di dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali.

Alle Prefetture sono pervenute 32.879 segnalazioni per detenzione di sostanze psicotrope per uso personale, il 74% delle segnalazioni ha riguardato cannabis e i suoi derivati. I soggetti segnalati sono soprattutto di genere maschile, il 19% per uso di cocaina e poco più del 5% per gli oppiacei, sostanze con percentuali superiori per il genere femminile. Il 29% dei segnalati ha meno di 20 anni, circa il 24% tra i 20 e i 29 anni e poco più di un terzo ha 40 anni o più. Nel 2020, quasi il 26% delle segnalazioni è avvenuto nelle regioni centrali e il 24% in quelle meridionali. Le regioni con il maggiore numero di segnalazioni e di persone segnalate sono state Veneto, Piemonte, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia.

Sono stati 10.578 i soggetti condannati nel 2020 per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti. Alla fine del 2020 i detenuti per reati droga-correlati erano 18.697 e rappresentavano oltre un terzo della popolazione carceraria. Nel 2020 i

soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga-correlati sono stati 3.622, circa un quinto del totale. In calo rispetto agli anni precedenti.

Nell'anno 2020, su un totale complessivo di 19.019 soggetti in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelli con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti sono stati 3.622 (19%); la maggior parte è di genere maschile (95%) e di nazionalità italiana (83%). Un andamento che ha visto una crescita fino al 2017, un periodo di stabilizzazione negli anni successivi per subire una lieve riduzione nel 2020. Il calo numerico potrebbe essere correlato alla situazione pandemica legata all'emergenza sanitaria in atto.

### *1.6.1 La Popolazione studentesca*

Lo studio ESPAD Italia, nel 2020 ha eseguito un campionamento di scuole rappresentativo della popolazione studentesca di età compresa fra 15 e 19 anni. Dalla rilevazione condotta nel 2020, è emerso che il 26% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una sostanza illegale (oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni o cannabis) nel corso della propria vita. In particolare, sono soprattutto gli studenti di genere maschile a utilizzarle (M=28%; F=24%). Il 19% degli studenti ha utilizzato almeno una sostanza illegale nel corso dell'ultimo anno, tra questi, il 91% ha assunto una sola sostanza illegale mentre i restanti ne hanno assunto due (5,3%) o almeno tre (4,0%). Questi ultimi possono quindi essere definiti "poliutilizzatori" (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2021). Analizzando nel dettaglio le tipologie di sostanze consumate, la cannabis risulta la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita dalle Nuove Sostanze Psicoattive, "New Psychoactive Substances" (NPS), dai cannabinoidi sintetici e dagli stimolanti. Meno diffuso l'utilizzo di cocaina, allucinogeni e oppiacei, ne fa uso soltanto 1,5% degli studenti.

Le sostanze nel dettaglio:

#### La Cannabis

- Nel 2020, un quarto degli studenti ha riferito uso di cannabis almeno una volta nella vita. Nel corso del 2020, si osserva che la percentuale di utilizzatori tende a crescere all'aumentare dell'età passando da una percentuale totale del 4,9% tra i quindicenni al 29% tra i diciannovenni.

- Gli studenti di genere maschile consumano più delle ragazze, soprattutto nella maggiore età. Tra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis, il 63% l'ha utilizzata meno di 10 volte, il 13% tra 10 e 19 volte, mentre il 24% l'ha consumata 20 o più volte, soprattutto tra i ragazzi.

#### Nuove sostanze psicoattive (NPS)

- Il 4,1% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni ha utilizzato almeno una volta nella vita una o più NPS, con percentuali più elevate fra i ragazzi.
- La categoria maggiormente diffusa è quella dei cannabinoidi sintetici, la cosiddetta "spice". Seguono la Salvia Divinorum, gli oppioidi sintetici, la ketamina e i catinoni sintetici. Ad eccezione dei cannabinoidi sintetici, si osservano per tutte le sostanze percentuali maggiori di utilizzatori fra gli studenti di genere maschile; gli oppioidi sintetici, invece, vengono consumati senza differenze significative di genere.

#### La Cocaina

- L'1,5% degli studenti ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita, con percentuali doppie fra gli studenti di genere maschile, e l'1,0% l'ha assunta nel corso del 2020. Lo 0,2% degli studenti ha riferito di aver utilizzato la sostanza frequentemente, 10 o più volte al mese.
- Il trend di consumo di cocaina risulta in diminuzione a partire dal 2017 per l'uso frequente della sostanza, con un'importante diminuzione nel 2020.

#### Gli Stimolanti

- Fra le sostanze stupefacenti stimolanti sono comprese amfetamine, ecstasy, MD e MDMA. L'1,9% degli studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni ha utilizzato almeno una di queste sostanze nel corso della vita.
- Nel corso del 2020 la quota di utilizzatori ha interessato l'1,1% degli studenti con un rapporto di genere doppio per i ragazzi. Lo 0,5% degli studenti ne ha fatto un uso frequente sempre con rapporto di genere doppio per i ragazzi.

## Gli Allucinogeni

- L'1,5% degli studenti di 15-19 anni ha utilizzato sostanze allucinogene come LSD e funghetti almeno una volta nella vita. Nel corso del 2020, il consumo ha interessato lo 0,9% degli studenti, con percentuali maggiori fra i ragazzi e un rapporto di genere doppio. Lo 0,4% ne riferisce un consumo frequente.

## Gli Oppiacei

- Nel corso della propria vita, l'1,5% degli studenti ha utilizzato oppiacei almeno una volta, senza differenze di genere. Lo 0,8% li ha invece utilizzati nel corso dell'anno 2020.
- Il consumo frequente di oppiacei (10 o più volte nel mese) ha coinvolto lo 0,3% degli studenti con un rapporto di genere più del doppio per i maschi. Analizzando i trend dei consumi, i dati si confermano per tutte le tipologie di consumo.

## L'Alcol

- L'82% degli studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nella vita senza alcuna differenza di genere; il 76% ha bevuto almeno una volta nei 12 mesi precedenti la ricerca e il 43% nel corso dell'ultimo mese.
- Il 2,1% degli studenti ha consumato bevande alcoliche 20 volte o più nell'ultimo mese, questa volta con un rapporto più che doppio in favore dei ragazzi.

## Binge-drinking

- Il 16% degli studenti riferisce di aver fatto 5 o più bevute di fila nel 2020, il cosiddetto fenomeno del binge-drinking. Fra essi, il 65% lo ha fatto meno di due volte nell'arco dei 30 giorni, il 28% dalle 3 alle 9 volte mentre il 6,5% 10 o più volte.

## Il Poliuso

- Il 91% degli studenti che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali

nell'ultimo anno ha utilizzato una sola sostanza; il 5,3% ha utilizzato 2 sostanze differenti e il 4,0% almeno 3 o più. Complessivamente, il 9,3% degli studenti che utilizzano sostanze può essere definito “poliutilizzatore”.

- La cannabis si conferma la sostanza più utilizzata da tutte le tipologie di consumatori. I poliutilizzatori, inoltre, fanno un maggiore uso di sostanze psicoattive legali. Si osservano infatti percentuali maggiori di chi beve alcolici tutti i giorni, ha praticato almeno una volta binge-drinking e/o si è ubriacato negli ultimi 30 giorni. Inoltre, fumano tabacco quotidianamente e consumano psicofarmaci senza prescrizione medica.

## **1.7 Il trattamento**

### *1.7.1 I dati sul trattamento*

È giusto tenere conto che l'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19, e le conseguenti restrizioni per contenerla, hanno reso più complessa la raccolta dei dati.

A livello mondiale, i dati del “World Drug Report 2021” dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (UNODC, 2021) mostrano che una persona su 8 con disturbo da uso di sostanze ha accesso al trattamento, che sono in aumento il numero di persone che fanno richiesta di trattamento per la cannabis, ma anche che gli oppioidi rimangono le sostanze per le quali il trattamento è più richiesto.

A livello Europeo, nel 2020 i servizi per la tossicodipendenza hanno ripreso le loro attività nel giugno 2020 a capacità ridotta, a causa delle misure di prevenzione per la pandemia. In sei Paesi che hanno segnalato dati mensili per il 2020, il numero di soggetti entrati in trattamento è diminuito bruscamente tra febbraio e marzo 2020 e si è mantenuto su livelli bassi per il resto dell'anno (EMCCDA, 2021).

In Italia, invece, nel 2020 la “Relazione Annuale sulle Politiche Antidroga” (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2021), mostra come i servizi pubblici abbiano assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti. L'età media degli assistiti in trattamento è stata di 42 anni per il genere maschile e di 40 anni per quello femminile. Nel 2020, il 62% circa degli utenti trattati ha usato eroina come sostanza primaria, il 22% cocaina e il 12% cannabinoidi. Per quanto riguarda le sostanze secondarie, le sostanze assunte più frequentemente sono state cocaina (17%), cannabinoidi (16%) ed alcol (8,6%). Considerando gli assistiti in trattamento per la singola sostanza primaria o secondaria, il quadro muta per quanto riguarda la cocaina, che sale al 39%, ed i

cannabinoidi che salgono al 28%, mentre rimane più o meno invariata la quota dei soggetti in trattamento per eroina (64%).

Per quanto riguarda la situazione nel 2020 delle strutture private di trattamento, dei 14.329 utenti presenti il 31 dicembre 2020 presso le 821 strutture riabilitative, il 68% risulta in carico presso servizi residenziali, il 9% semi-residenziali e il 23% di tipo ambulatoriale. Oltre la metà degli utenti (52%) risulta in carico presso le strutture riabilitative presenti nelle regioni settentrionali e quasi un terzo in quelle centrali: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Lazio sono le regioni con il maggior numero di utenti in carico. Il 35% circa degli utenti risulta in trattamento per uso primario di cocaina, in particolare quelli di genere maschile, un altro 35% per oppiacei ed eroina, senza distinzione di genere, e il 19% per uso primario di alcol, con percentuali che risultano superiori nel genere femminile (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2021).

### *1.7.2 La comunità terapeutica*

La comunità residenziale è un modello di cura che si rivolge ai pazienti più gravi che hanno bisogno di contenimento, di una forte strutturazione, di sostegno e controllo. La comunità comprende un percorso evolutivo della persona finalizzato a prendersi cura della sofferenza e ad avviare un cambiamento. All'interno della comunità opera un'equipe multidisciplinare che può comprendere psichiatri, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, educatori ed assistenti sociali. Il lavoro della comunità è centrato sull'apprendimento dall'esperienza, la quale prende forma entro una chiara definizione dei confini spazio-temporali della comunità e dei compiti assegnati dagli operatori (Kennard, 1998).

Anche per gli adolescenti la comunità terapeutica è concepita come un ambiente terapeutico, in quanto lo scopo primario è quello di creare un clima in cui i ragazzi siano in grado di continuare il loro percorso di sviluppo personale. Una sfida importante alla base del lavoro terapeutico è la capacità di gestire l'incertezza di questi giovani che stanno affrontando una fase delicata del loro sviluppo. È prioritaria la creazione di un ambiente sicuro e rassicurante che offra protezione dall'ambiente esterno e che implichi successivamente un inserimento nel mondo esterno. È importante che la comunità assicuri protezione al suo interno, garantendo la sicurezza fisica oltre che una continua rassicurazione ed un contenimento a livello emotivo. Altra componente chiave di una



comunità terapeutica è l'organizzazione che si applica sull'ambiente nel quale le persone vivono, dove la quotidianità è ben strutturata, dove gli ospiti si trovano ad operare organizzati tutti insieme in attività finalizzate, informali e non.

È essenziale il principio della coerenza, così come è fondamentale assumere un atteggiamento flessibile entro confini e limiti definiti all'interno di confini stabiliti; l'adulto deve cercare di spostarsi da una modalità di comportamento ripetitiva ed uguale in tutte le situazioni ad una modalità di comportamento dinamico in un contesto di interazione reciproca. Altro punto è il concetto di tempo, nella comunità ci devono essere elementi di ripetizione che sostengono la prevedibilità. Il tempo deve essere strutturato e bisogna alternare riposo, riflessione, condivisione e solitudine evitando però la passività, la noia o l'eccessiva eccitazione.

Altro punto è l'importanza della cooperazione tra il personale della comunità, la famiglia ed il giovane che si realizza solo con una chiara negoziazione dei rapporti e dei ruoli in gioco.

Nella comunità i giovani ricevono una gamma differenziata di percorsi terapeutici, questi approcci includono terapie come orientamento cognitivo e comportamentale, dinamica, terapia di gruppo (Brunori & Raggi, 2011).

## CAPITOLO 2

### L'ALLEANZA TERAPEUTICA

#### 2.1 Alleanza terapeutica e l'evoluzione del suo costrutto

Il termine “alleanza” negli anni è stato utilizzato in riferimento ad un numero relativo di costrutti, *alleanza terapeutica*, *alleanza di lavoro*, *alleanza d'aiuto*. Ad oggi non esiste una vera e propria definizione universale di alleanza, ma nella ricerca gli studiosi condividono la stragrande maggioranza degli aspetti fondamentali del costrutto.

Si può affermare che la definizione che ingloba il maggior numero di consensi sia quella di Bordin (1979). Infatti, la sua definizione di alleanza è verosimilmente applicabile a qualsiasi approccio terapeutico, tanto da essergli attribuito il termine “pan-teoretico”. L'alleanza terapeutica è definita dall'autore come la relazione che si instaura fra terapeuta e paziente nell'iter terapeutico e consiste in tre elementi fondamentali: l'accordo sugli obiettivi del trattamento, l'accordo sui compiti da svolgere e lo sviluppo di un legame personale stabile e positivo.

La ricerca empirica, negli anni, ha studiato in maniera sempre più approfondita l'alleanza terapeutica concentrandosi principalmente sulla validità predittiva del costrutto e le relative dinamiche del processo terapeutico (Muran & Barber, 2011). Dall'analisi dei testi si rileva comunque che alcuni aspetti non hanno ancora ricevuto grande attenzione.

Esaminando la sua evoluzione, si nota che il termine alleanza terapeutica ha avuto origine dalla teoria psicoanalitica. Infatti, a partire dal 1910, Freud pubblica una serie di saggi sulla tecnica psicoanalitica che sottolineano appunto l'importanza del transfert.

Nel suo elaborato *Dinamica della traslazione*, Freud (1912) aprì una discussione sulla figura dell'analista ed il suo valore nel processo terapeutico, affermando che l'analista, mantenendo un “serio interesse” ed “una comprensione simpatetica” del paziente, permette alla parte cosiddetta “sana” del paziente di realizzare un attaccamento positivo con l'analista. Da ciò derivano due concettualizzazioni della relazione paziente /terapeuta, definiti appunto col termine transfert, che Freud identifica in due aspetti rilevanti:

- “Una componente positiva ed irreprensibile, capace di raggiungere la coscienza, costituita da sentimenti amichevoli ed affettuosi che costituiscono la base per un fruttuoso lavoro terapeutico “.

- “Una componente negativa che rischia di “catapultare l’analizzato fuori dai rapporti reali con il medico” (De Coro & Ortu, 2010).

Un altro fondamento dell’alleanza terapeutica nella letteratura psicoanalitica si può trovare nella visione di Sterba (1934), che focalizza l’alleanza fra analista e la parte razionale dell’ego del paziente. Il suo studio approfondisce la comprensione dei meccanismi di difesa dell’ego, ponendo molta attenzione alla natura delle relazioni ed a quella che definisce “la porzione sana dell’ego”. Questi aspetti hanno contribuito negli studi successivi ad approfondire i diversi aspetti del comportamento del paziente nella relazione terapeutica, come per esempio il livello di cooperazione.

Nella sostanza, Sterba afferma che l’alleanza viene rinforzata, per quanto riguarda il paziente, tramite certi aspetti del transfert positivo con l’analista e che l’identificazione con l’analista rappresenta un promemoria; questa dimensione della relazione analitica si appoggia non solo sulle funzioni autonome dell’ego, ma anche su una varietà di fattori inconsci del transfert che includono necessariamente il contributo dall’analista stesso. Sterba ha coniato il termine “alleanza egocentrica”, concettualizzandola come una parte del processo che si alterna con l’esperienza del transfert.

Successivamente, Rogers (1951) contribuì nella ricerca definendo ciò che lui considerava fossero le componenti attive della relazione terapeutica: l’empatia, la congruenza e la considerazione positiva ed incondizionata.

Anche Zetzel (1956) e Greenson (1967) diedero un grande contributo per gli aspetti che riguardano la definizione di alleanza, focalizzandosi sul significato di “relazione vera” nel lavoro psicoterapeutico.

Zetzel (1956) ha esplicitato alcune delle distinzioni dell’alleanza rispetto al transfert, suggerendo che l’alleanza debba essere ricercata nella componente “non nevrotica” della relazione fra paziente e terapeuta; ciò permette al paziente di usare l’interpretazione che fa il terapeuta per distinguere meglio le reminiscenze delle relazioni passate dalla associazione reale che avviene fra sé e il terapeuta. L’autore afferma che, in una terapia di successo, il paziente oscilla fra periodi in cui la terapia è dominata dal transfert e periodi nei quali è prevalente l’alleanza terapeutica.

Greenson (1965, 1967) ha elaborato il concetto della collaborazione basata sulla realtà fra terapeuta e paziente ed ha coniato il termine “Working Alliance”, ovvero l’abilità del

paziente di allinearsi con i compiti fissati dall'analista. In seguito, distinse questa definizione dal termine "Alleanza Terapeutica", riferendosi alla capacità del terapeuta e del paziente di formare un legame personale. In ultimo, propose un modello composto da tre elementi: il transfert, l'alleanza e la relazione vera e propria (Gelso & Carter, 1985). Altri autori come Gitleson (1962), Horwitz (1974) e Bowlby (1988) hanno approfondito il concetto descritto da Bibring (1937) che definisce l'alleanza terapeutica come una "new-object relationship". Nei loro studi affermano che, entro il processo terapeutico, il paziente sviluppa la capacità di formare una relazione positiva e gratificante col terapeuta e definiscono questo tipo di relazione come qualitativamente diversa dalle relazioni basate sulle esperienze che si fanno durante l'infanzia. Descrivono inoltre il compito del terapeuta, ovvero quello di dare al paziente la possibilità di riflettere sulle discrepanze che emergono nella relazione paziente-terapeuta, fra le distorsioni della realtà e gli aspetti reali e concreti (Frieswyk et al., 1994).

Il riconoscimento del fatto che diversi tipi di psicoterapia spesso rivelino simili risultati, diede vita all'ipotesi dell'esistenza di variabili comuni a tutte le forme di terapia, riaccendendo l'interesse nell'alleanza considerata e definita come una variabile non specifica.

Luborsky (1976) propone uno sviluppo teorico al concetto di alleanza di Zetzel e Stone (1961), suggerendo che le variazioni nelle diverse fasi della terapia potrebbero essere giustificate in virtù della natura dinamica dell'alleanza. Afferma quindi che l'alleanza fra terapeuta e cliente si sviluppa in due fasi: la prima, denominata alleanza di tipo I, include la percezione che ha il paziente del terapeuta identificandolo come una persona confortevole e come una importante risorsa. Questo livello consente di iniziare la terapia in maniera favorevole, creando da subito una relazione supportiva. La seconda fase, denominata di tipo II, include l'impegno che profonde il paziente nel processo terapeutico e su sé stesso, col risultato di creare i prodomi per la relazione collaborativa fra paziente e terapeuta; nella sostanza, una condivisione di responsabilità nel lavoro per raggiungere gli obiettivi della terapia.

Come già riportato, Bordin (1979) elabora una definizione che è verosimilmente applicabile a qualsiasi approccio terapeutico, unendo precedenti contributi come quelli di Zetzel e Greenson. La formulazione di Bordin sottolinea la relazione collaborativa fra paziente e terapeuta, affermando che l'alleanza terapeutica consiste in tre elementi

fondamentali: accordo sugli obiettivi del trattamento (Goal), accordo sui compiti (Task) e lo sviluppo di un legame personale stabile e positivo (Bond). La caratteristica più importante della sua concettualizzazione è l'enfasi sulla collaborazione ed il consenso, in contrasto con le teorie precedenti che esaltavano il contributo del terapeuta alla relazione o alla distorsione inconscia della relazione. Secondo l'autore, nel processo terapeutico entrambi gli attori accettano di impegnarsi nei loro compiti specifici. Le altre due componenti dell'alleanza possono svilupparsi soltanto se esiste una personale relazione di confidenza e considerazione, dal momento che qualsiasi accordo sugli obiettivi e compiti richiede che il paziente creda nell'abilità del terapeuta di essere in grado di aiutarlo ed, in contropartita, il terapeuta deve essere fiducioso nelle risorse del paziente. Bordin evidenzia anche che l'alleanza condiziona significativamente il risultato della terapia, perché influenza il paziente ad accettare, seguire e credere nel trattamento.

Nella psicoterapia di gruppo, solo pochi studi hanno esaminato la relazione fra alleanza e l'outcome. Una concettualizzazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia di gruppo segue sempre la teoria di Bordin, trasferendo il suo costrutto multifattoriale da un individuo a un setting di gruppo, ma con alcune differenze. La prima, è che nella psicoterapia di gruppo si riscontrano agenti terapeutici multipli: il terapeuta, i membri del gruppo ed il gruppo come insieme. In aggiunta, si devono considerare più livelli relazionali entro i confini del gruppo: l'alleanza che si insatura tra ogni membro del gruppo ed il terapeuta, il rapporto fra i membri del gruppo, l'alleanza fra il gruppo come insieme ed il terapeuta. Rispetto alla complessità di adattare il concetto di alleanza al contesto di gruppo, alcuni autori hanno trovato una soluzione, identificata nel modello sistemico dell'alleanza di Pinsof e Catherall (1986). Questi autori hanno adottato il modello di Bordin ai sistemi multipli interpersonali. Sotto questo punto di vista una alleanza può essere concettualizzata come la totalità delle alleanze che si formano nel gruppo (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes, & Adinoff, 2002). Importante è però distinguere il concetto di alleanza da quello di coesione di gruppo. Su questo tema, Crowe e Grenyer (2008) fanno una importante distinzione, affermando che la coesione di gruppo riferisce alla relazione fra tutti i membri del gruppo includendo il terapeuta, mentre l'alleanza terapeutica di gruppo riferisce alla relazione fra terapeuta ed i membri del gruppo (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011).

## **2.2 Misure dell'alleanza terapeutica**

La crescente diffusione degli studi sull'alleanza terapeutica è supportata dallo sviluppo di nuovi metodi di misurazione. Ognuno di questi strumenti è disponibile in diverse versioni. Oltre a misurare il livello globale dell'alleanza, queste scale strumentali misurano punteggi su una varietà di componenti dell'alleanza. Inoltre, hanno proprietà psicometriche accettabili.

I primi importanti sviluppi includono la *Penn Helping Alliance Scale* di Luborsky e Alexander (PHAS; Alexander & Luborsky, 1986; Luborsky, 1976) che prevede la valutazione da parte di giudici esterni e si è dimostrato essere uno strumento che predice con buona approssimazione l'esito della terapia; la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* che valuta in maniera approfondita la collaborazione fra terapeuta e paziente (VTAS; Hartley & Strupp, 1983); la *Working Alliance Inventory* di Horvath e Greenberg (WAI; 1986) che rifacendosi a Bordin è stata sviluppata per valutare specificatamente le tre dimensioni del modello di Bordin ovvero l'accordo del terapeuta e del paziente sugli obiettivi (Goal), i compiti concordati fra terapeuta e paziente per raggiungere gli obiettivi (Task) e l'instaurarsi di un legame solido e positivo (Bond); la *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) di Gaston e Marmar (1988) che ha 4 scale che misurano l'alleanza terapeutica, l'alleanza di lavoro, la comprensione e il coinvolgimento del terapeuta, l'accordo sugli obiettivi ed i compiti della terapeuta. È composta da tre versioni: per il paziente, per il terapeuta e per un giudice esterno (Gaston & Ring, 1992; Marmar, Weiss & Gaston, 1989); l'*Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica* di Colli e Lingiardi IVAT (2002). Nella sua versione revisionata (IVAT-R,) lo strumento non soltanto analizza l'alleanza nel suo insieme, ma ne studia sia gli aspetti quantitativi che qualitativi, e cioè:

- Il livello di collaborazione del paziente e del terapeuta individualmente e fra di loro.
- Gli stili di rottura dell'alleanza e le modalità di riparazione.

## **2.3 L'alleanza terapeutica oggi: le questioni attualmente oggetto di indagine**

Diverse tematiche dell'alleanza terapeutica sono attualmente oggetto di indagine. Su alcune si è fatta ricerca e le conoscenze si sono sviluppate di conseguenza, mentre su altre, come per esempio l'alleanza terapeutica nella giovane età adulta e la condizione di

tossicodipendenza, non ci sono ancora studi a sufficienza e quindi non si ha ancora un quadro completo.

È opinione consolidata che l'alleanza terapeutica, oltre ad essere al centro della relazione paziente e terapeuta, è intesa come un'interazione fortemente collaborativa; ciononostante, molte ricerche sono concentrate nel chiarire in che modo paziente e terapeuta contribuiscono all'alleanza (Cook, Heather & McCambridge, 2015).

Da studi recenti come quello di Flückiger, Del Re, Wampold e Horvath (2018), si evince che il terapeuta ha un ruolo cruciale per lo sviluppo dell'alleanza, soprattutto quando detiene specifiche abilità e caratteristiche come empatia, confidenzialità, calore e amichevolezza, rispetto, flessibilità, buona capacità interpretativa, atteggiamento attivo. Viceversa, caratteristiche come rigidità e tendenza alla critica sfavoriscono l'instaurarsi dell'alleanza.

Vari studi dimostrano che anche il contributo del paziente è fondamentale nell'istaurarsi dell'alleanza terapeutica. Per fare in modo che ciò accada, il paziente deve possedere od acquisire caratteristiche come la capacità di un pensiero introspettivo, avere l'aspettativa di cambiamento, relazioni oggettuali ed uno stile di attaccamento. Molto importante è considerare la severità del disturbo presentato, perchè può compromettere la relazione (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006).

Un secondo aspetto dell'alleanza che ancora oggi è oggetto di indagine è il monitoraggio, nel percorso terapeutico, della sua evoluzione nel tempo. Al riguardo esistono diverse posizioni:

- L'alleanza ha un andamento crescente lineare durante il corso del trattamento, quindi nel progredire delle sedute l'alleanza diventa più forte. I risultati sono contrastanti, ricerche mostrano come l'alleanza abbia una fase iniziale di formazione e crescita per poi rimanere stabile nel tempo (Stiles & Goldsmith, 2010).
- L'alleanza ha un andamento a "U", quindi nella formazione iniziale della relazione l'alleanza è forte; diventa debole nella fase centrale, ovvero a metà trattamento, perchè si intensifica il lavoro sugli aspetti disfunzionali; cresce, quindi diventa più forte, verso il termine del lavoro terapeutico. Tutto sommato, questo trend a U non è ancora supportato da solide evidenze empiriche.

- L'alleanza ha un andamento a "V" con fasi di alleanza debole, più ristrette e meno estese nel tempo, con un susseguirsi di rotture e riparazioni (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001).
- L'alleanza ha un andamento stabile durante il trattamento (Kramer et al., 2008).

Altri studi propongono invece uno sviluppo dell'alleanza secondo trend diversi in base alle diverse caratteristiche dei gruppi clinici.

Un terzo aspetto ancora oggetto di indagine riguarda la valutazione dell'alleanza, con due questioni oggetto di dibattito. La prima questione riguarda i tempi di valutazione e quali siano quelli più adeguati. Dall'analisi di molti studi è emerso che l'alleanza misurata precocemente è predittiva dell'esito della terapia rispetto ad altre misurazioni, quindi gli autori suggeriscono che sia più efficace misurare l'alleanza durante il terzo incontro (Castonguay et al., 2006). Altri studi, invece, concludono che misurazioni in tempi diversi mostrano stessi livelli di predittività. Altri studi ancora riportano che la relazione fra alleanza terapeutica e outcome del trattamento è più forte quando si utilizzano misurazioni nelle fasi avanzate del trattamento (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011).

La seconda questione ancora oggetto di dibattito riguarda lo strumento di valutazione dell'alleanza. Gli strumenti di assessment consentono di fare tre valutazioni diverse: *self-report*, *clinician-report* (da parte del terapeuta), *observer-report* (da parte di un osservatore esterno). Gli studi sono in linea nel descrivere le diverse valutazioni dell'alleanza come non equivalenti, come evidenziano degli studi sulle valutazioni della stessa seduta fra paziente e terapeuta (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007). In generale, le valutazioni dell'alleanza da parte del terapeuta hanno di media punteggi più bassi rispetto alle valutazioni dei pazienti (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014; Zilcha-Mano, Snyder & Silberschatz, 2017). Le due valutazioni mostrano delle correlazioni non significative o moderata con un range da 0,09 a 0,43 (Marmarosh & Kivlighan, 2012; Tryon, Blackwell & Hammel, 2007; Zilcha-Mano et al., 2017), punteggi inferiori al livello di correlazione minimo richiesto nella misurazione del costrutto. Le ricerche mostrano poi risultati contrastanti



nell'individuare differenze fra le due valutazioni nel corso del tempo e riscontrare se queste si mantengono o tendono a diminuire.

Questi risultati hanno una serie di spiegazioni in funzione di diverse variabili, come ad esempio le differenze esistenti fra paziente e terapeuta nella modalità in cui si rappresentano e sanno descrivere i propri processi interpersonali (Zilcha-Mano et al., 2017). Per questo motivo, è importante avere una misurazione dell'alleanza terapeutica sia del paziente che del clinico.

Un ultimo aspetto prende in esame la predittività dell'alleanza per l'outcome del trattamento. La meta-analisi recente di Flückiger e colleghi (2018), mostra come le valutazioni del paziente e del terapeuta abbiano entrambe un buon grado di predittività per l'outcome; stessa cosa si può dire per le valutazioni dell'osservatore esterno. Questi risultati vanno in controtendenza rispetto al pensiero comune precedente, che assegnava alle valutazioni del terapeuta una minore valenza.

Si hanno invece pochi risultati, per giunta contrastanti, per quanto riguarda il contributo specifico delle rispettive valutazioni (Knuuttila, Kuusisto, Saarnio & Nummi, 2012).

#### **2.4 Alleanza terapeutica e rottura**

Come in ogni tipo di relazione, anche nell'alleanza terapeutica può avvenire la rottura. Una "rottura" dell'alleanza è un *break-down* importante della relazione, un deterioramento che si crea in presenza di una mancanza di collaborazione tra il paziente ed il terapeuta sugli obiettivi, sui compiti o a causa della caduta del legame emotivo che si è creato fra di loro (Safran, 1990).

Le rotture possono rappresentare un ostacolo nel processo terapeutico, fino a spingere il paziente ad abbandonare precocemente il trattamento (drop out). È bene sottolineare però, che il superamento della rottura nell'alleanza può svolgere la funzione di "esperienza emozionale correttiva" (Patterson, 1948), offrendo così una importante opportunità di cambiamento terapeutico. Nelle rotture, di solito, avviene che i pazienti non comunicano il loro stato d'animo al terapeuta, celando il loro disagio e la relativa frustrazione nei confronti del terapeuta. Il terapeuta deve quindi lavorare sul riconoscimento dei segnali "non verbali" che mostra il paziente, per monitorare la qualità dell'alleanza e, eventualmente, effettuare un lavoro di "riparazione" delle rotture. Gli stili di rottura possono variare a seconda del disturbo del paziente. Pazienti con disturbo d'ansia o

evitanti, tendono ad avere rotture caratterizzate da modalità comunicative più indirette, definite anche rotture “Withdrawal; i pazienti con Disturbo di Personalità Borderline tendono ad avere rotture caratterizzate da comunicazioni più dirette ed esplicite, definite anche rotture “Confrontation” (Safran & Muran, 2000).

Le rotture possono essere dovute all’incapacità del terapeuta di interpretare i segnali del paziente sulla mancanza di alleanza o di percepire i sentimenti negativi che il paziente nutre verso il processo terapeutico erogato dal terapeuta stesso. Secondo alcune ricerche, il riconoscimento precoce da parte del terapeuta di sentimenti negativi può influenzare l’outcome (Fuler & Hill, 1985).

Ricerche hanno evidenziato che di fronte alle rotture alcuni terapeuti possono reagire in modo difensivo, riducendo la propria flessibilità verso il paziente e ancorandosi al proprio modello teorico (Castonguay et al., 1996). Questo, ovviamente, influisce negativamente sull’outcome come ha ben dimostrato una ricerca di Piper e colleghi (1991), che ha palesato un significativo incremento delle interpretazioni di transfert in risposta a segni di rottura dell'alleanza, accompagnato da un peggiore outcome. In linea con questi risultati, altre ricerche hanno dimostrato che, se il terapeuta reagisce affrontando la rottura con un atteggiamento più flessibile e riconoscendo per tempo gli episodi di rottura, la qualità dell’alleanza percepita dal paziente migliora (Foremar & Marmar, 1985).

Esistono 3 metodi principali per fare ricerca sulle rotture dell’alleanza:

- Il paradigma del *Randomized Controlled Trial* (RCT)
- Il paradigma della *task analysis*
- L’osservazione naturalistica.

Il paradigma del *Randomized Controlled Trial* (RCT) viene utilizzato per integrare le tecniche di risoluzione delle rotture, per capire se queste possano migliorare l’efficacia di un particolare trattamento e se, nell’analisi, emerga un trattamento o un training migliore rispetto ad altri coinvolti.

Il paradigma della *task analysis* analizza sia i processi coinvolti nelle rotture dell’alleanza, sia la loro risoluzione. Il modello basato sul paradigma della task analysis (Safran & Muran, 2000) è suddiviso in quattro stadi: nello Stadio 1, il terapeuta riconosce una rottura col paziente e lo invita a ragionare sull’evento; nello Stadio 2, paziente e terapeuta analizzano le loro percezioni della rottura; nello Stadio 3, paziente e terapeuta analizzano

le strategie di evitamento e la loro funzione; nello Stadio 4, analizzano e cercano di far chiarezza sui comportamenti interpersonali problematici del paziente. Questa modalità di ricerca, ha portato gli autori a definire il loro modello clinico stabilendo un modello di intervento, il *Brief Relational Psychoanalytic Treatment*, modello che si è dimostrato valido e molto affidabile (Safran, 2002; Muran, 2002).

Nell'osservazione naturalistica, i ricercatori approfondiscono il processo di rotture dell'alleanza e la loro risoluzione in psicoterapia, analizzando il legame tra i due eventi e l'esito del trattamento. L'osservazione naturalistica comprende due metodi per l'identificazione delle rotture e la loro risoluzione: i *self-report* dati da paziente e terapeuta ed i *self-report* indiretti che si basano su misure dell'alleanza globale (Muran & Barber, 2011).

## **2.5 Alleanza terapeutica con i giovani**

In tema di alleanza, lo studio in questione si focalizza principalmente sull'età adolescenziale e la giovane età adulta caratterizzata da "Disturbo da Uso di Sostanze (SUD)" ed esamina aspetti come i predittori dell'alleanza, la qualità dell'alleanza fra terapeuta e paziente ed il rapporto fra alleanza terapeutica e variabili di outcome.

Non è semplice studiare questi soggetti o fare delle previsioni in ambito terapeutico, perché si trovano in un'età particolare, infatti l'adolescenza e la giovane età adulta rappresentano un periodo importante di transizione, di crescita fisica e psicologica e crescita cognitiva ed emotiva. L'adolescenza è un periodo durante il quale intervengono nel bambino tutti i cambiamenti fisici, psicologici e sociali e risulta particolarmente importante capire il funzionamento dell'alleanza terapeutica. Stesso discorso vale anche per i giovani adulti, i quali hanno i loro specifici bisogni terapeutici basati sulle sfide dello sviluppo associato al passaggio all'età adulta. Questa è infatti l'età dell'esplorazione identitaria, una fase di transizione che, oltre a definire la propria identità è accompagnata da una forte centratura su di sé (Arnett, 2007).

Motivo per il quale, molti studi evidenziano le difficoltà che questi pazienti mostrano nell'approccio alla terapia e nella formazione di un legame stabile e duraturo con il terapeuta (Fernandez, Krause & Pérez, 2016). Purtroppo bisogna annotare che, per quanto sia importante studiare queste due categorie, solo negli ultimi anni si è cominciato a parlare dell'alleanza terapeutica in associazione con l'adolescenza e la giovane età adulta,

perché gli studi precedenti si sono concentrati principalmente sugli adulti. Va da sé che il numero di studi che si è occupato di questa fascia d'età, specie in situazioni di abuso di sostanze, è piuttosto limitato. Una revisione di Green e colleghi (2013), sottolinea appunto la mancanza di meta analisi che esaminano l'associazione fra alleanza terapeutica e gli outcomes della terapia, specificamente per giovani adulti dai 18 ai 34 anni.

### *2.5.1 Alleanza terapeutica: focus sugli adolescenti*

L'adolescenza è quindi riconosciuta come un periodo turbolento rispetto ad altri periodi di sviluppo. Per questo motivo gli adolescenti sono considerati difficili da approcciare in terapia e di conseguenza il lavoro terapeutico può risultare più complesso rispetto a quello sugli adulti, specie per la riluttanza degli adolescenti ad impegnarsi nel processo terapeutico. Questo anche perché i giovani spesso entrano in trattamento per motivazioni familiari o per questioni legali e, di conseguenza, mostrano bassi livelli di motivazione intrinseca (Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley & Tims, 2006) che rende ben più difficile creare un legame con loro. Inoltre, ci sono evidenze importanti che dimostrano che un fattore importante nel drop out riguarda proprio la difficoltà dei terapeuti nel creare una relazione con i giovani (Garcia & Weisz, 2002).

Risulta dunque doveroso fare delle considerazioni specifiche sull'alleanza con i giovani rispetto agli adulti, per non cadere nell'errore di generalizzare i risultati della ricerca che si fa sull'alleanza degli adulti quando invece i soggetti osservati sono i giovani. Per esempio, rispetto agli adulti, i diversi aspetti dell'alleanza (Bond, Task e Goal) possono avere diversa importanza nei diversi stadi di sviluppo. Se è vero che l'aspetto che riguarda il Bond, il legame, fra le due parti risulta essere molto rilevante, le difficoltà riguardano anche l'accordanza sugli obiettivi ed i compiti per raggiungere gli obiettivi. L'aspetto dei compiti è molto importante per gli adolescenti, perché sono sensibili alle limitazioni della propria autonomia ed al timore che qualcuno possa stabilire degli obiettivi per loro (Fitzpatrick & Irannejad, 2008).

Alcune ricerche dimostrano come la fase iniziale della terapia e la relazione che si instaura fra paziente e terapeuta siano considerate come un momento fondamentale per l'outcome del trattamento (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993; Oddli & Halvorsen,

2014; Oddli & Rønnestad, 2012) per gli adolescenti come gli adulti (Oetzel & Scherer, 2003; Thompson, Bender, Lantry & Flynn, 2007).

L'aspetto relazionale è ancora più delicato ed importante nei giovani. Evidenze indicano che molti giovani, avendo sperimentato difficoltà a stabilire la relazione col terapeuta o non essendo riusciti a creare con lui un legame di rispetto e fiducia, abbandonano il trattamento durante le fasi iniziali (Baruch, Gerber & Fearon, 1998; Bronstein & Flanders, 1998). Infatti, è da tenere in considerazione che le tipiche caratteristiche di questo gruppo di età come il bisogno di autonomia, l'autodeterminazione, l'autoaffermazione e la mancanza di fiducia nell'autorità dell'adulto (Russell, Shirk & Jungbluth, 2008), in aggiunta al livello di sviluppo cognitivo del ragazzo, porta i giovani a dare poco peso alle opinioni dell'adulto ed a svalutarne il contributo terapeutico (Fernandez, Krause & Pérez, 2016).

Una ricerca di Everall e Paulson (2002), ha analizzato i fattori che gli adolescenti identificano come importanti nella formazione della relazione e il suo mantenimento con il terapeuta. Nello studio in questione gli adolescenti esaminati affermano sentimenti di sfiducia e malessere per il fatto che si devono relazionare col terapeuta, figura vista da loro come rigida ed autoritaria. La loro mancanza di fiducia trova spiegazione anche nel loro bisogno di indipendenza e separazione e ne consegue che vedono gli adulti come controllanti e dominanti. Le tre principali tematiche emerse nello studio sono state: il setting terapeutico, l'unicità della relazione terapeutica, le caratteristiche del terapeuta. I partecipanti hanno identificato sia gli aspetti positivi che negativi. Dai risultati è emerso che il fattore necessario per una alleanza forte è la percezione del terapeuta come elemento supportivo ed affidabile. Questo fattore influenza la valutazione dell'adolescente sull'adeguatezza degli obiettivi e dei compiti. Inoltre i partecipanti accentuavano l'importanza della natura supportiva della relazione nella loro volontà di collaborare nel trattamento.

In virtù della difficoltà che hanno gli adolescenti nell'instaurarsi di un legame, un aspetto importante è il ruolo che svolge il terapeuta nella formazione dell'alleanza. Altre evidenze suggeriscono che le qualità del terapeuta sono associate alla formazione dell'alleanza e l'outcome in terapia (Mallinckrodt & Nelson, 1991; Taylor, Adelman & Kaser-Boyd, 1985). Per esempio, Taylor e colleghi (1985) hanno dimostrato che l'affidabilità è un importante elemento nella formazione dell'alleanza con adolescenti, mentre la ricerca di

Hanna e colleghi (1999) ha identificato l'abilità di essere genuini come importante caratteristica per lo sviluppo di una alleanza di qualità. La ricerca di Everall e Paulson (2002) concorda con l'osservazione che le qualità del clinico sono importanti e giocano un ruolo importante nel processo terapeutico. In particolare, quando i terapeuti adottano uno stile egualitario gli adolescenti sono più propensi a formare una relazione perché sentono il terapeuta più empatico e rispettoso.

Il terapeuta, quindi, deve prestare attenzione ad alcuni accorgimenti: deve avere un atteggiamento supportivo e comprensivo, deve essere un alleato esperto e non un'autorità potente, deve avere un ascolto attento e rispettoso, deve attivare un senso di partecipazione (Byers & Lutz, 2015).

## **2.6 Alleanza terapeutica e Disturbo da Uso di Sostanze**

Analizzando gli studi sull'alleanza terapeutica nei giovani in condizione di tossicodipendenza, ci si accorge che gli studi sono ancora più limitati. Per questo elaborato vengono riportati gli studi che hanno analizzato i predittori dell'alleanza, la qualità dell'alleanza e l'outcome del trattamento tramite il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1982), perché si è dimostrato essere uno strumento valido e solido nella valutazione. Anche per quanto riguarda le ricerche che hanno utilizzato questo strumento la letteratura è piuttosto limitata.

La premessa è che occorre partire dalla considerazione che il Disturbo da Uso di Sostanze rende il lavoro terapeutico complicato con questi pazienti per diverse problematiche, come la bassa motivazione e la scarsa consapevolezza dei problemi, la ritenzione del trattamento, la facilità di abbandonare prematuramente il trattamento (Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997b; Stanton, 1997; Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 1999; Joe, Simpson & Broome, 1999a). Esistono studi che hanno esaminato le caratteristiche dei pazienti tossicodipendenti prima di iniziare il trattamento ed hanno analizzato le variabili che si aspettavano essere associate con lo sviluppo dell'alleanza terapeutica nel trattamento del Disturbo da Uso di Sostanze; il risultato è che non hanno trovato in associazione con l'alleanza terapeutica relazioni in variabili sociodemografiche come il genere, l'età, l'etnia, o lo stato civile e lo stato lavorativo e le variabili diagnostiche come l'utilizzo di sostanze prima del trattamento o problemi psicologici (Meier, Barrowclough & Donmall 2005).

### *2.6.1 Alleanza terapeutica e SUD: adolescenti*

Per gli adolescenti con Disturbo da Uso di Sostanze, è necessario partire da alcune osservazioni: una metanalisi di Shirk e Karver (2003) su 23 studi sull'alleanza e fattori terapeutici relazionali nel trattamento di bambini e adolescenti, ha portato a conclusioni interessanti. Si è stabilito che, come negli studi con adulti, le misure dell'alleanza e della relazione terapeutica sono molto importanti nel predire l'outcome del trattamento. In contrasto però con gli studi sugli adulti, la valutazione dell'alleanza dei terapeuti era più forte nel predire la qualità dell'alleanza rispetto alla valutazione dei pazienti. Inoltre, i punteggi dell'alleanza riportata dagli adolescenti tendevano ad avere un bias positivo nelle valutazioni (Diamond et al., 2006).

In uno studio longitudinale di Tetzlaff e colleghi (2005) è stata esaminata la relazione fra alleanza terapeutica e Disturbo da Uso di Sostanze, e l'outcome in vari trattamenti. Gli adolescenti (n=430) sono stati divisi in 5 gruppi di trattamento diverso come la terapia motivazionale, la terapia cognitivo comportamentale e le terapie familiari di varia durata e intensità. L'alleanza terapeutica è stata misurata tra la seconda e la quinta sessione terapeutica tramite la versione corta del WAI. I risultati hanno indicato che l'alleanza terapeutica non era associata con le variabili di utilizzo prima del trattamento da parte dei soggetti (severità iniziale di utilizzo sostanze, media di utilizzo sostanze). Un altro risultato emerso è che gli individui che non hanno avuto una ricaduta mostravano punteggi più alti nell'alleanza rispetto a chi aveva avuto una ricaduta, indicando un trend positivo fra ricaduta e qualità dell'alleanza (Darchuk, 2007).

Un altro studio con la WAI sugli adolescenti dai 12 ai 19 anni con problemi di abuso di sostanze, ha analizzato le valutazioni dell'alleanza terapeutica precoce del paziente e del terapeuta. Dai risultati della ricerca emerge come la percezione dell'alleanza dei pazienti tende a essere più forte dei terapeuti specialmente per la scala Task (compito). Altro risultato emerso è che i sentimenti di affiliazione fra paziente e terapeuta predicevano punteggi alti nella WAI per entrambi i partecipanti con una associazione forte nei punteggi della sottoscala Bond (Auerbach, May, Stevens & Kiesler, 2008).

Più recentemente la ricerca di Santisteban e colleghi (2015) ha analizzato l'alleanza terapeutica fra terapeuta ed adolescente tramite lo strumento WAI, indagando adolescenti (n=40) dai 14 a 17 anni con Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbo di Personalità Borderline che rispecchiano i criteri del DSM-IV. Da questa analisi risulta che il 91% dei

terapeuti e l'84% degli adolescenti ha riportato un'alleanza forte durante la terapia in entrambe le condizioni del trattamento. Risultato curioso è questo trend maggiore riscontrato per i terapeuti nel considerare l'alleanza terapeutica più positivamente degli adolescenti, che sembra in contrasto con altre ricerche che mostrano come i terapeuti valutano l'alleanza iniziale più negativamente.

Un'altra indagine recente di Daniels, Holdsworth e Tramontano (2017), indaga le caratteristiche del terapeuta come i livelli di stress, l'empatia, come potenziali predittori della alleanza terapeutica con adolescenti (n=84) in programma di trattamento per Disturbo da Uso di Sostanze. Come l'analisi precedente, anche questa ha riscontrato la presenza di una alleanza forte per terapeuta ed adolescente. C'è però una sostanziale differenza: l'alleanza valutata dal ragazzo è più positiva e risulta quindi più importante nel predire il coinvolgimento nel trattamento. Questo risultato supporta diverse ricerche precedenti (Tichenor & Hill, 1989; Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh & Donovan, 2000) a dimostrazione dell'importanza nel misurare entrambi i punteggi dell'alleanza paziente e terapeuta (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll, 2001).

### *2.6.2 Alleanza terapeutica e SUD: giovani adulti*

Ancora più limitata è la letteratura che ha analizzato i predittori dell'alleanza terapeutica ed il ruolo che ha nel trattamento e nel outcome nei giovani adulti con Disturbo da Uso di Sostanze. Uno studio di Urbanoski, Kelly, Hoepfner e Slaymaker (2012), tramite la forma ridotta e revisionata WAI-S su giovani adulti (n=303) di età 18-24 anni in trattamento residenziale, ha analizzato i predittori dell'alleanza misurati a metà del trattamento, e testato se alcune variabili dell'alleanza terapeutica, come il distress psicologico, la motivazione, l'autoefficacia, le strategie di coping ed il coinvolgimento nel trattamento, influenzavano dei cambiamenti nel processo terapeutico. Dai risultati è emerso che tutti questi aspetti, in aggiunta ad un'età più elevata, sono predittori efficaci dell'alleanza terapeutica. Inoltre, è emerso che i partecipanti che sviluppavano un'alleanza più forte riducevano il livello di distress durante il trattamento, a dimostrazione del fatto che l'alleanza influisce sul processo terapeutico promuovendo cambiamenti e riducendo il distress.

Un altro studio ancora più recente di Berry, Gregg, Lobban e Barrowclough (2016) ha esaminato il ruolo dell'alleanza terapeutica nel predire l'outcome in giovani adulti con



Disturbo da uso di Cannabis e che manifestavano sintomi psicotici. I risultati mostrano la valutazione dell'alleanza dei pazienti è associata con più sintomi negativi, ovvero insight al maggiore utilizzo di cannabis. Mentre si hanno punteggi più bassi, quindi una valutazione più bassa dell'alleanza valutata dal terapeuta associata all'utilizzo maggiore di Cannabis.

Uno studio di Meier, Barrowclough e Donmall (2005), su giovani adulti e adulti della fascia di età 18-52 ed età media di 29,6 con problema di utilizzo quotidiano di eroina e problemi di alcol, indaga le caratteristiche del paziente e del terapeuta con lo scopo di verificare se predicono l'alleanza terapeutica precoce nel trattamento, con particolare attenzione ad alcune variabili come l'attitudine che si ha verso il trattamento da parte del paziente, le sue relazioni sociali e l'esperienza del terapeuta. Inoltre, indaga anche se queste variabili influiscono sull'outcome nel trattamento. Risultati mostrano che una combinazione di caratteristiche del paziente e, in misura minore, di caratteristiche del terapeuta contribuiscono all'instaurarsi dell'alleanza precoce. Le variabili caratteriali del paziente incluse nello studio presente emergono come predittori più forti dell'alleanza specialmente per quanto riguarda la motivazione, la disponibilità di strategie di coping, il supporto sociale ed uno stile di attaccamento sicuro. In linea con la prima analisi dello studio, è emerso che migliori risorse psicologiche e motivazione sono associate all'outcome del trattamento.

## **2.7 Alleanza terapeutica, Disturbo da Uso di Sostanze e trattamento**

Sulle implicazioni dell'alleanza terapeutica nel trattamento è necessario fare delle considerazioni.

I primi studi risalgono agli anni 90', con le pubblicazioni di Horvath e Symonds (1991) sulle relative implicazioni dell'alleanza nel trattamento. Rilevanze che in seguito sono state esaminate ed approfondite da ulteriori metanalisi (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Martin, Garske & Davis, 2000). Gli studi hanno evidenziato una buona correlazione fra outcome e trattamento (Horvath & Bedi, 2002:  $r = .21$ ; Horvath et al., 2011:  $r = .28$ ; Horvath & Symonds, 1991:  $r = .26$ ; Martin et al., 2000:  $r = .22$ ). Anche da metanalisi successive sono emersi risultati simili che hanno confermato la buona correlazione (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012:  $r = .27$ ; Flückiger et al., 2012:  $r = .29$ ). È acclarato che gran parte dei ricercatori sono ormai d'accordo

sull'importanza che ha l'alleanza terapeutica nella buona riuscita del trattamento (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn & Priebe, 2012; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Le metanalisi di studi su adulti e adolescenti ha mostrato una forte associazione fra l'alleanza terapeutica e l'outcome del trattamento (Martin et al., 2000; Shirk & Karver, 2003), soprattutto quando l'alleanza è misurata nelle primissime fasi di trattamento (Horvath & Symonds, 1991). Anche da altri studi è emerso che l'alleanza genera un effetto molto positivo sul trattamento in diverse tipologie (Martin et al., 2000; Krupnick et al., 1996; Zuroff & Blatt, 2006). Queste evidenze sono supportate dai questionari dei pazienti e del terapeuta (Johansson & Eklund, 2003; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997) che hanno descritto l'alleanza come determinante per il successo del trattamento (Elvins & Green, 2008). È bene sottolineare che sembrano essere più numerosi gli studi che attribuiscono una capacità predittiva maggiore alla valutazione del paziente (Horvath, 1994; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991).

Per una corretta visione, è necessario tenere in considerazione che molte ricerche non mostrano dati univoci nel valutare l'alleanza come un forte predittore dell'outcome. Ad esempio, alcuni studi sottolineano risultati positivi (Martin et al., 2000; Priebe & McCabe, 2006; Shirk & Karver, 2003) al contrario altre ricerche (Connors, Carroll, Di Clemente, Longabaugh & Donovan, 1997; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll, 2001) evidenziano risultati contrastanti riguardo il ruolo che gioca l'alleanza nell'iter terapeutico. Infatti, alcune ricerche mettono in luce delle significative difficoltà nei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze (Barber, Delfabbro & Cooper, 2001; Belding, Iguchi, Morral & McLellan, 1997; Long, Williams, Midgley & Hollin, 2000; Raytek, McCrady, Epstein & Hirsh, 1999), rilevate dai punteggi più bassi nelle valutazioni, che dimostrano una correlazione meno significativa fra alleanza e outcome del trattamento (Flückiger et al., 2018). A rendere ancora più difficile il lavoro terapeutico sono i pazienti di giovane età (McLeod, 2011).

### *2.7.1 Alleanza terapeutica, SUD e trattamento: adolescenti e giovani adulti*

Per queste due fasce d'età si rileva scarsa attività di ricerca, particolarmente in coloro che hanno utilizzato il Working Alliance Inventory come strumento. Un contributo

importante è stato dato dal Cannabis Youth Treatment study (CYT), del 2006, che si è focalizzato sull'alleanza e la sua associazione con adolescenti di età media di 15,7 con disturbo da uso di cannabis; lo strumento utilizzato nell'outcome del trattamento è stato il WAI, somministrato sia agli adolescenti che ai terapeuti. Dallo studio emerge chiaramente che la percezione dell'alleanza è predittiva del successo terapeutico: la percezione dell'alleanza valutata alta per i pazienti, prediceva come conseguenza un numero inferiore di giorni di utilizzo di cannabis a tre o sei mesi dal trattamento e meno problemi relativi all'uso delle sostanze a 6 mesi. Occorre rilevare che l'alleanza valutata dal paziente non prediceva risultati dopo i sei mesi di trattamento. Adolescenti con problemi più severi di utilizzo hanno avuto necessità di un periodo di trattamento più lungo, ma la severità non ha impedito lo sviluppo di una buona alleanza (Diamond G. S. et al., 2006). Altri studi confermano questi risultati dando però più importanza alla percezione dell'alleanza valutata dal terapeuta (Auerbach et al., 2008).

Il ruolo della alleanza terapeutica in trattamento e outcome con giovani adulti con SUD rileva scarsa attività di ricerca.

Alcuni studiosi, riprendendo lo studio di Urbanoski e colleghi (2012), hanno verificato che partecipanti che sono riusciti a sviluppare una alleanza più forte hanno beneficiato di maggiori riduzioni nel distress durante il trattamento; hanno così dimostrato che l'alleanza influisce sul processo terapeutico promuovendo cambiamenti e riducendo il distress. Risultati simili sono mostrati dalla ricerca di Kelly, Greene e Bergman (2016) tramite il WAI-S. La ricerca, che ha coinvolto giovani adulti di età fra i 18 e i 24 anni (n=302), evidenzia come la qualità dell'alleanza sia correlata con l'outcome del trattamento.

### *2.7.2 Trattamento residenziale*

Molti ragazzi con Disturbo da Uso di sostanze ricevono il trattamento nelle strutture residenziali. Pochi studi hanno analizzato il ruolo dell'alleanza terapeutica in un setting terapeutico residenziale (Hurley, Lambert, Van Ryzin, Sullivan & Stevens, 2013; Handwerk et al., 2008), in quanto il trattamento in questo setting porta ad alcune sfide dell'alleanza terapeutica:

- Bisogna considerare che nel trattamento residenziale non esiste solo il terapeuta ma un'intera equipe con la quale il paziente deve relazionarsi (Roest, Van Der Helm, Strijbosch, Van Brandenburg & Stams, 2016).
- È necessario curare il setting terapeutico, perché un ambiente che offre protezione, sicuro e rassicurante, può influire positivamente sull'esito del trattamento.
- Occorre ben ponderare una frequenza alta di drop-out (Williams & Chang, 2000).

Alcuni studi longitudinali hanno esaminato l'alleanza terapeutica nel trattamento residenziale per giovani, con l'obiettivo di esaminare il suo sviluppo nel tempo. Da queste ricerche è emerso che l'alleanza terapeutica è fortemente correlata all'esito positivo del trattamento (Hawley & Garland, 2008; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005); è da sottolineare che questo risultato è in contrasto, per esempio, con uno studio precedente di Eltz, Shirk, e Sarlin (1995) che non ha trovato correlazioni fra i punteggi dell'alleanza valutata all'inizio del trattamento e l'outcome del trattamento.

La ricerca di Duppong-Hurley e colleghi (2015), presenta importanti risultati; infatti, la percezione dell'alleanza dei giovani e dei terapeuti, vista come positiva, si associa all'outcome del trattamento con conseguente decrescita di comportamenti problematici. Questo è in linea con la ricerca di Shirk, Karver e Brown (2011), che confermano come l'alleanza terapeutica sia predittiva dell'outcome.

## **2.8 Alleanza terapeutica, Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbi di Personalità**

I Disturbi di Personalità sono stati definiti in diverse versioni del DSM come “un pattern stabile ed inflessibile del modo di pensare, percepire e comportarsi, associato ad un significativo livello di disfunzione e/o distress” (APA, 1980; APA, 2000; APA, 2013).

È importante sottolineare che, nel processo terapeutico, questi soggetti mostrano notevoli difficoltà nello stabilire e mantenere un'alleanza di qualità con il clinico (Nakash & Nagar, 2018).

La ricerca sull'alleanza terapeutica in associazione con i Disturbi di Personalità, si è concentrata principalmente sulla relazione fra la qualità dell'alleanza fra terapeuta e paziente, tenendo in considerazione i diversi stili di personalità del paziente.

Le metodologie di indagine principali utilizzate nelle ricerche sono lo *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-II, Spitzer et al., 1985), il *Millon Clinical Multiaxial*

*Inventory-3* (MCMI-3, Millon, 2008) con la versione per adolescenti, la *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI, 1993) (Kernberg & Clarking, 1994; Lingardi et al., 2010) e Shelder-Westen Assessment Procedure - 200 item, SWAP 200 (Shelder & Westen, 1999) , che consiste nell'applicazione di un metodo Q-Sort clinical report composto da 200 item "descrittivi delle principali caratteristiche della personalità normale e patologica" (Gazzillo, 2006, 2009; Lingardi & Gazzillo, 2002, 2010; Westen & Shedler, 1999a, 1999b; Westen, Shedler & Lingardi, 2003).

Gli studi si sono concentrati sul come i molteplici aspetti della personalità del paziente si relazionano all'alleanza; più precisamente, le pubblicazioni hanno interessato gli stili interpersonali (Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005; Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009; Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend, 2010; Muran, Zindel, Samstag & Crawford, 1994), i primi ricordi (Hersoug et al., 2002, 2010), i meccanismi di difesa (Gaston et al., 1988), gli stili di attaccamento (Diener & Monroe, 2011; Smith et al., 2010) e la qualità delle relazioni (Pinsker et al., 2007; Piper et al., 1991).

E' doveroso ricordare che alcune precedenti ricerche su pazienti che descrivevano i loro problemi interpersonali come conseguenza dell'essere sottomessivi, non assertivi e troppo affiliati, hanno dimostrato la loro tendenza ad avere un'alleanza più forte con i terapeuti (Constantino & Smith-Hansen, 2008; Dinger et al., 2009; Muran et al., 1994; Paivio & Bahr, 1998). Viceversa, alleanze deboli sono state riscontrate fra i report di pazienti con problemi interpersonali di prepotenza/controllo, con stile vendicativo/centrato su di se, con atteggiamenti freddi/distanti e con i punteggi dell'alleanza terapeutica precoce in trattamento (Gibbons et al., 2003; Hersoug et al., 2002; Johansson & Eklund, 2006).

Uno studio di Lingardi e colleghi (1999), ha analizzato la relazione fra alleanza e disturbi di personalità sulla valutazione dell'alleanza da parte del terapeuta. Lo studio in questione, ha riscontrato che alcuni Disturbi di Personalità del cluster A (Paranoide, Schizotipico,) e del cluster B (Narcisistico, Antisociale e Istrionico) si correlano con una valutazione dell'alleanza terapeutica negativa da parte del terapeuta; viceversa, i disturbi Depressivo, Evitante e Oppositivo si correlano con l'alleanza positiva.

Per quanto riguarda i soggetti con un quadro di tossicodipendenza, inizialmente soltanto pochi studi si sono dedicati all'esamina della relazione di pazienti ricoverati per un

Disturbo da Uso di Sostanze e con Disturbi di Personalità, e dell'eventuale outcome del trattamento.

Negli anni c'è stato un crescente riconoscimento della comorbidità fra i due disturbi, confermata da diverse ricerche come lo studio di Thomas e colleghi (1999), che ha rimarcato, in pazienti in trattamento per SUD, una forte relazione fra ricaduta e comorbidità con i disturbi di personalità.

In una ricerca di Torgersen e colleghi (2001), gli autori hanno riscontrato alti livelli di tratti antisociali, borderline evitante e paranoide, in soggetti in trattamento per abuso di alcol.

Capire la comorbidità fra Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbo di Personalità è importante per ottimizzare i programmi di trattamento, soprattutto per i trattamenti residenziali, e capire meglio i fattori di prognosi che riguardano il ricovero e la ricaduta. Lo studio di Smith e colleghi (2014), ha analizzato, tramite lo SWAP, gli stili di personalità del paziente e la loro correlazione con la propria valutazione dell'alleanza terapeutica. Alcune ipotesi dello studio sono state confermate: ci sono relazioni positive fra punteggi dei pazienti dell'alleanza all'inizio del trattamento con stili di personalità dipendete e nessuna relazione con stile di personalità schizofrenico. Inoltre, è stata trovata una correlazione negativa fra pazienti con stili di personalità narcisistica ed una alleanza forte.

Anche dallo studio di Olesek e colleghi (2016), è emerso che i Disturbi di Personalità di cluster B si correlano negativamente con l'alleanza terapeutica. A conferma delle previsioni, hanno messo in luce che la presenza di tratti di cluster B sia associata a livelli minori di alleanza terapeutica. Ne consegue, che la disregolazione affettiva che caratterizza i Disturbi di Personalità Borderline e Antisociali spinge i pazienti ad avere poca fiducia nel supporto prestato dai terapeuti e nel convincimento che costoro perseguano gli stessi propri obiettivi.

Queste risultanze sono in linea con gli studi che hanno sottolineato come, per pazienti con Disturbo Borderline, i deficit nella consapevolezza delle emozioni e dei processi cognitivi interferiscono con lo sviluppo di alleanza terapeutica positiva (Levy et al., 2010).

Per quanto riguarda gli studi che hanno utilizzato lo WAI, la ricerca è ancora limitata.

Lo studio più recente di Nakash e Nagar, (2018), è uno dei pochi studi che ha utilizzato il WAI per confrontare l'alleanza con pazienti con Disturbo di Personalità. Nello studio, questi pazienti sono stati messi a confronto con soggetti senza alcuna diagnosi di disturbo. Dalle valutazioni dei terapeuti emerge chiara la differenza nei due gruppi, infatti i pazienti con diagnosi di disturbi hanno punteggi inferiori nell'alleanza rispetto al gruppo di soggetti senza diagnosi. Non sono emerse invece differenze significative fra i due gruppi nelle valutazioni effettuate dai pazienti.

## CAPITOLO 3

### LA RICERCA

#### 3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il fine di questo elaborato è quello di indagare l'alleanza terapeutica che si instaura tra terapeuta e paziente tossicodipendente nella comunità residenziale per giovani adulti tossicodipendenti, e la presenza di una possibile associazione tra alleanza terapeutica e disturbi di personalità.

I dati dei pazienti e dei terapeuti utilizzati nello studio, sono stati messi a disposizione dalla Comunità Terapeutica "Villa Renata S.C.S" di Lido di Venezia, una comunità residenziale che si occupa del trattamento di giovani adulti tossicodipendenti.

Per raggiungere lo scopo, sono stati individuati 5 obiettivi.

Il primo è misurare la qualità dell'alleanza terapeutica in tre tempi, all'ingresso, a 6 mesi dall'ingresso e a 12 mesi dall'ingresso e, prendendo in considerazione la letteratura presente, si possono ipotizzare due scenari:

- Nel primo l'alleanza terapeutica presente è forte ed i giovani tendono a dare punteggi più elevati rispetto ai terapeuti per il costrutto dell'alleanza (Diamond G. S. et al., 2006), anche se in contrasto con alcuni studi che, in questa fattispecie, hanno individuato punteggi più alti dei terapeuti (Santisteban et al., 2015).
- Nel secondo scenario l'alleanza è debole e, secondo alcune fonti, la causa delle principali difficoltà nell'instaurarsi di una buona alleanza sono proprio la giovane età e lo stato di tossicodipendenza (Diamond et al., 2006).

Il secondo obiettivo, seguendo le risultanze di alcuni studi già effettuati a riguardo (Auerbach, Martelli & Mercuri, 1983; Auerbach, Penberthy & Kiesler, 2004; Kiesler & Auerbach, 2003; Auerbach et al., 2008), è verificare l'ipotesi di base che i pazienti valutano l'alleanza terapeutica in modo più positivo rispetto ai terapeuti, attraverso lo studio del confronto tra le due valutazioni dell'alleanza terapeutica.

Il terzo obiettivo è la verifica dei cambiamenti sulle due valutazioni dell'alleanza terapeutica all'ingresso del paziente nella comunità terapeutica (T1), a 6 mesi



dall'ingresso (T2) e a 12 mesi dall'ingresso (T3), evidenziato dal confronto delle valutazioni sempre nei tre tempi.

Il quarto obiettivo è misurare le differenze nella qualità dell'alleanza, mettendo a confronto chi abbandona il trattamento e chi al 6°/12° mese è ancora presente.

Lo strumento di analisi utilizzato è il questionario Working Alliance Inventory (WAI) di Horvath (1982), un questionario self report composto da 36 item e tre scale: *Task* (compiti), *Bond* (legame), *Goal* (obiettivi). È presente una parte per i terapeuti (WAI-T) e una per i pazienti (WAI-P).

Il quinto ed ultimo obiettivo è la valutazione della personalità, indagando sulle modifiche delle caratteristiche rilevanti nelle analisi osservative tra T1 e T3, oltre ad una possibile associazione dell'alleanza terapeutica con i disturbi di personalità. Secondo la scarsa letteratura a disposizione si può ipotizzare:

- L'esistenza di una correlazione negativa fra alleanza terapeutica e disturbi di personalità di Cluster A e Cluster B, quindi la presenza di tratti di Cluster A e B associati con livelli minori di alleanza terapeutica (Olesek, Outcalt, Dimaggio, Popolo, George & Lysaker, 2016), in particolare nei tratti Antisociali, Borderline (Carpenter & Trull, 2013; Gratz et al., 2006; Scott et al., 2013; Scott et al., 2014; Smith et al., 2014) e tratti Narcisisti (Smith et al., 2014).
  
- Per il Cluster C una correlazione positiva con il disturbo Dipendente e una correlazione negativa con il disturbo Evitante (Smith et al., 2014).

Lo studio dell'ultimo obiettivo è stato effettuato utilizzando lo Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP 200; Shedler & Westen, 1999), uno strumento che si basa su un metodo Q-Sort per la valutazione della personalità.

### **3.2 Il campione**

Il campione è formato da 67 soggetti tossicodipendenti della comunità terapeutica residenziale "Villa Renata" del lido di Venezia, il 61,2% è composto da individui di sesso maschile (N=41) ed il 38,8% di sesso femminile (N=26). L'età media all'ingresso è di circa 24,5 anni (DS= 4,2).

Il livello di istruzione dei soggetti è approssimativamente basso, il 56,7% (N=38) ha conseguito la licenza media, il 20,9% (N=14) la licenza professionale, il 19,4% (N=13) il diploma tecnico e solo il 3% (N=2) ha ottenuto il diploma liceale. Inoltre, il 68,2 % dei soggetti (N=45) ha interrotto gli studi. Dal punto di vista lavorativo il 3% (N=2) ha ancora lo status di studente, il 62,1% (N=41) è disoccupato o inoccupato, il 34,8% (N=23) ha invece un lavoro.

Per quanto riguarda le esperienze avverse, il 23,1% dei soggetti (N=15) accusa di aver subito un abuso fisico, il 10,8% (N=7) ha subito un abuso sessuale, il 46,2% (N=30) ha subito esperienze di trascuratezza, il 10,9% (N=7) è stato adottato, il 29,2% (N=19) ha subito episodi di prostituzione. In aggiunta, il 36,7% dei soggetti (N=22) ha tentato almeno una volta il suicidio.

Riguardo la situazione familiare, il 19% dei soggetti (N=12) ha madre con problemi di dipendenza, il 30% (N=18) ha la madre con un disturbo ed è seguita dai servizi sociali, il 21% (N=12) ha il padre con un problema di dipendenza, il 14,3% (N=8) ha il padre con disturbo ed è seguito dai servizi sociali, il 6,1% (N=4) hanno figli.

I soggetti hanno avuto il primo contatto con le sostanze a 13,2 anni (DS=1,5), in particolare hanno avuto contatto con le droghe pesanti a circa 16 anni (DS= 2,2), e si sono rivolti per la prima volta al servizio per le tossicodipendenze (SerT) all'età di 20 anni circa (DS= 4,1). La stragrande maggioranza afferma di essere un poliabusatore, infatti il 90,8% dei soggetti (N=59) assumono più di una sostanza. Le sostanze primarie più utilizzate sono l'eroina e la cocaina, rispettivamente il 56,9% (N=37) ed il 29,2% (N=19), seguono poi la cannabis 6,2% (N=4), il metadone 4,6% (N=3) e l'alcol 3,1% (N=2). Le sostanze secondarie più utilizzate sono la cocaina, la cannabis e l'alcol, rispettivamente il 41,7% (N=20), il 20,8% (N=10) e il 16,7% (N=8), seguono poi l'eroina 14,6% (N=7), il metadone 4,2% (N=2) e gli psicofarmaci 2,1% (N=1).

Il 61% dei soggetti (N=39) utilizza sostanze via endovenosa, tramite siringhe. Il 31,4% dei soggetti (N=11) ha avuto esperienza di overdose.

### **3.3 Gli strumenti di ricerca**

L'elaborato, in riferimento ai soggetti tossicodipendenti, si propone di ricercare l'alleanza terapeutica ed il funzionamento di personalità in tre momenti del percorso terapeutico: all'ingresso, a 6 mesi dall'ingresso e a 12 mesi dall'ingresso.

Per la valutazione dell'alleanza, è stato utilizzato lo strumento Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1982), questionario self report composto da 36 item suddivisi in tre scale: *Task* (compiti), *Bond* (legame), *Goal* (obiettivi).

La personalità è stata analizzata tramite lo strumento Shedler Westen Assessment Procedure 200 item (SWAP-200; Shedler & Westen, 1999), basato su un metodo Q-Sort per la valutazione della personalità su un insieme di 200 affermazioni da parte di clinici di formazione psicodinamica per descrivere un ampio spettro di soggetti.

### 3.3.1 Working Alliance Inventory

La Working Alliance Inventory (WAI) è stata sviluppata da Horvath e Greenberg (1982) e si basa sulla teoria di Bordin (1979) che, in riferimento all'alleanza terapeutica, sottolinea la relazione collaborativa fra paziente e terapeuta. Nello specifico, si afferma che l'alleanza terapeutica consiste in tre elementi fondamentali:

- *Goal*, l'accordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi del trattamento
- *Task*, l'accordo tra paziente e terapeuta sui compiti per raggiungere tali obiettivi
- *Bond*, il legame affettivo, stabile e positivo basato sulla fiducia reciproca

Queste tre componenti sono poi diventate le 3 sottoscale della WAI, lo strumento utilizzato per indagarle e valutarle. Alcune caratteristiche lo rendono fondamentale per la ricerca e la pratica: innanzitutto perché è self report ed è facilmente somministrabile sia ai pazienti che ai terapeuti; inoltre è applicabile attraverso diversi orientamenti teorici ed è stato sviluppato per analizzare la relazione terapeutica nelle fasi iniziali della terapia (Tracey & Kokotovic, 1989), attività cardine di molte ricerche impegnate a studiare i predittori dell'alleanza e l'andamento dell'outcome nel trattamento. È infatti dimostrato che l'alleanza percepita dal paziente nelle fasi iniziali della terapia è un fattore importante ed un solido predittore dell'outcome, positivo o meno, in diversi tipi di terapia (Diamond et al., 2006; Thompson, Bender, Lantry & Flynn, 2007). Il WAI è anche in grado di predire il possibile dropout dal trattamento.

Il WAI è composto da 36 item ed ogni dimensione ha 12 item ciascuna:

- la dimensione *Goal* comprende 6 item in forma affermativa e 6 in forma negativa
- la dimensione *Task* contiene 7 item in forma affermativa e 5 item in forma negativa
- la dimensione *Bond* ha 6 item in forma positiva e 3 in forma negativa

Ai 36 item si risponde tramite la scala Likert, composta da 7 possibili risposte: 1 = Mai, 2 = Raramente, 3 = Ogni tanto, 4 = Qualche volta, 5 = Spesso, 6 = Molto spesso e 7 = Sempre.

Per quanto riguarda la valutazione, si sommano i punteggi ottenuti nelle varie sottoscale, più alto è il punteggio più forte è l'alleanza valutata. Viceversa, più basso è il punteggio più l'alleanza è stata valutata negativamente.

Il WAI può essere distinto in tre tipologie:

- il WAI-T ovvero il questionario secondo la prospettiva del terapeuta
- il WAI-P secondo la prospettiva del paziente
- il WAI-O prospettiva di un osservatore esterno.

Oltre alla versione lunga a 36 item, Tracey e Kokotovic (1989) hanno sviluppato anche il WAI-S, una versione a 12 item con le stesse funzionalità ma più breve nei tempi di compilazione. Esiste anche una forma revisionata della WAI-S, la *Working Alliance Inventory-Short Form Revised* (WAI-SR) sviluppata da Hatcher e Gillaspay (2006). Il WAI-SR ha simili proprietà psicometriche come la versione a 36 item. Anche la forma breve revisionata richiede meno tempo di compilazione (circa cinque minuti) e quindi rappresenta uno sforzo minore per i pazienti; inoltre, dimostra di essere più appropriata nell'analisi perché permette di ripetere le misure nel tempo, sia nella ricerca che nella pratica clinica. Il WAI-SR misura sempre i tre domini dell'alleanza terapeutica tramite la scala Likert, questa volta a 5 punti, che presenta alle estremità la dicitura "raramente o mai" e "sempre" (Paap & Dijkstra, 2017). Recentemente Kiluk et al., (2016) hanno presentato un adattamento della WAI per interventi "technology-based", la WAI-Tech. In questo adattamento c'è stato un cambiamento importante negli item della sottoscala *Bond*, mentre gli item delle altre due dimensioni *Task* e *Goal* sono rimaste invariate (Gómez Penedo JM, et al., 2020).

### 3.3.2 *Shelder-Westen Assessment Procedure*

Per analizzare i disturbi della personalità è stato usato lo strumento creato da Shelder e Westen (1999), lo Shelder-Westen Assessment Procedure - 200 item, SWAP 200. Questo strumento permette di formulare diagnosi dimensionali e categoriali, ponendosi come obiettivo quello di fare una valutazione funzionale della personalità che comprenda le

motivazioni, le risorse psicologiche e le capacità relazionali. Colmando così il gap fra la diagnosi descrittiva, la formulazione del caso clinico e la pratica clinica. Una importante caratteristica della SWAP-200, che non si basa su self report dei pazienti, è l'applicazione di un metodo Q-Sort clinical report composto da 200 item "descrittivi delle principali caratteristiche della personalità normale e patologica" (Gazzillo, 2006, 2009; Lingiardi & Gazzillo, 2002, 2010; Westen & Shedler, 1999a, 1999b; Westen, Shedler, & Lingiardi, 2003). Ciò può essere considerato un vantaggio dello strumento perché permette ai clinici di considerare anche i processi impliciti ed inconsci dei pazienti.

In concreto, per la descrizione della personalità del soggetto, il clinico attribuisce un punteggio da 0 a 7 in base a quanto l'affermazione descrive il paziente oppure no. Quindi 0, in caso di affermazioni che non descrivono il soggetto, 7 se le affermazioni sono assolutamente rappresentative della persona.

Viene utilizzata la procedura Q-Sort e, per non avere una valutazione sbilanciata, la distribuzione fissa stabilisce i seguenti parametri: la categoria "0" deve contenere 100 item, la categoria "1" deve contenere 22 item, la categoria "2" deve contenere 18 item, la categoria "3" deve contenere 16 item, la categoria "4" deve contenere 14 item, la categoria "5" deve contenere 12 item, la categoria "6" deve contenere 10 item e la categoria "7" deve contenere 8 item.

Pile	0	1	2	3	4	5	6	7
Item	100	22	18	16	14	12	10	8

Attraverso la SWAP si possono ottenere due diagnosi:

- PD-T, una diagnosi categoriale e dimensionale dei disturbi di personalità che segue la fonte del DSM (Lingiardi, Shedler & Gazzillo, 2006).
- Q-T, una valutazione più empirica che segue la tassonomia degli stili di personalità basata sul metodo della SWAP (Lingiardi, Shedler & Gazzillo, 2006).

Per il DSM si evidenziano i disturbi di personalità suddivisi nel Cluster A, Cluster B e Cluster C.

Il Cluster A comprende le tipologie di personalità con comportamenti bizzarri:

- Paranoideo (PA): quadro clinico di diffidenza e sospettosità verso gli altri; convinzione, irrealistica ed ingiustificata, che le intenzioni e motivazioni altrui siano sempre malevole nei propri confronti, da cui il timore di venir danneggiati ed il tipico sentimento di rancore verso gli altri.
- Schizoide (SD): modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali, abbinato ad una gamma ristretta di esperienze ed espressioni emotive in contesti interpersonali.
- Schizotipico (ST): comportamenti, associati ad altri disturbi di personalità, quali la tendenza a isolarsi, sintomi di ansia e preoccupazioni legate all'interazione con gli altri. In questo caso, non risulta evidenza di una percezione alterata della realtà o di un pensiero disorganizzato.

Il Cluster B comprende i tipi di personalità con comportamenti eccentrici o drammatici:

- Antisociale (AS): il quadro pervasivo è caratterizzato da disprezzo ed inosservanza delle regole e delle leggi della società, da un comportamento impulsivo, dall'incapacità di assumersi responsabilità e dall'indifferenza nei confronti dei sentimenti altrui.
- Borderline (BI): il disturbo è caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, oltre ad una marcata impulsività.
- Istrionico (IS): un quadro pervasivo colmo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione.
- Narcisistico (NA): il quadro pervasivo è intriso di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), di costante necessità di ammirazione e di mancanza di empatia.

Infine, il Cluster C comprende i tipi di personalità con comportamenti inibiti o ansiosi:

- Evitante (EV): una modalità diffusa di inibizione sociale, di sentimenti di inadeguatezza ed ipersensibilità al giudizio degli altri. Ne consegue il bisogno di evitare situazioni sociali e relazioni intime, nonostante l'interiore desiderio di stabilirne.
- Dipendente (DI): una situazione pervasiva caratterizzata dall'eccessiva necessità di essere accuditi, che determina un comportamento sottomesso e dipendente nonché il timore della separazione.

- Ossessivo (OS): un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine ed il perfezionismo, il controllo mentale ed interpersonale; è palese la mancanza di flessibilità, apertura ed efficienza, sintomi che compaiono entro la prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti.

Per i fattori Q della SWAP-200 si hanno invece i seguenti stili di personalità:

- Stile Antisociale: manifestato da mancanza di empatia, di insight e dalla presenza di meccanismi di difesa come proiezione ed esteriorizzazione.
- Stile Schizoide: caratterizzato dalla tendenza a non avere relazioni sociali strette, ad esprimere emozioni limitate, ad essere riservato, dimostrando poche capacità sociali associate alla difficoltà a comprendere il comportamento degli altri.
- Stile con Disregolazione emotiva: indica una disforia pervasiva con emozioni che sfuggono al controllo, inducono a desideri suicidi; il soggetto non riesce a dare un significato alla propria vita e mostra incapacità a calmarsi.
- Stile Dipendente-masochista: caratterizzato da dipendenza e bisogno degli altri, sottomissione nelle relazioni sociali e mantenimento di relazioni in cui la persona, di sovente, subisce anche abusi fisici ed emotivi.
- Stile Narcisistico: nel quale la grandiosità si accompagna alla fragilità, alla paura di intraprendere relazioni intime ed è presente il meccanismo della scissione.
- Stile Ossessivo: racchiude un insieme di caratteristiche positive e negative, tra le quali l'essere responsabile, avere solidi standard morali, saper usare le proprie capacità, amare le sfide, ma anche essere eccessivamente rivolto al lavoro ed essere pesantemente controllante.
- Stile Evitante: lo caratterizza la bassa autostima, una coscienza morale rigida, la tendenza all'autocritica ed una forte ansia.
- Stile Paranoide: sono tipici i comportamenti di aggressività e diffidenza, il meccanismo di difesa di scissione, l'identificazione proiettiva e la proiezione.
- Stile Disforico: rappresenta i sentimenti depressivi e la condanna di sé.
- Stile Disforico con esternalizzazione dell'ostilità: sono presenti elementi di ostilità ed aggressività non riconosciuti, molto spesso sono presenti lotte contro le autorità e per il potere, il convincimento di sentirsi incompresi o vittime delle situazioni, la consuetudine di incolpare gli altri dei propri fallimenti.

- Stile Istrionico: sono evidenti l'angoscia e la disregolazione emotiva, la paura dell'abbandono e la volontà di essere al centro dell'attenzione, la tendenza ad essere influenzabile.
- Stile Disforico, Depressivo ad Alto funzionamento: contiene caratteristiche positive come standard morali, empatia, intuitività, simpatia e caratteristiche negative come sentimenti di colpa, infelicità, auto-accusa, elementi depressivi e la ricerca di relazioni dove è possibile aiutare gli altri.

Di seguito sono riportate le principali caratteristiche della SWAP:

- 1) Comprende 3 categorie nell'analisi dei punteggi per i disturbi di personalità:
  - Categoria 0: il punteggio è inferiore a 55, vuol dire che il soggetto è nella norma.
  - Categoria 1: il punteggio è superiore a 55 ma inferiore a 60, si valuta la presenza di un tratto dello stile di personalità in considerazione.
  - Categoria 2: il punteggio è superiore a 60, si considera un disturbo conclamato.
  
- 2) Considera il fattore ad Alto funzionamento:
  - Se il punteggio è maggiore di 60, è presente un funzionamento psicologico adattivo, quindi il soggetto dispone di buone risorse e mette in atto le sue potenzialità in modo efficace.
  - Se il punteggio rientra tra 55-59, il funzionamento è adattivo nella media.
  - Se il punteggio è inferiore di 54: il funzionamento risulta non adeguato ed inferiore a quanto atteso.
  
- 3) Include due ulteriori punteggi:
  - L'indice PHI "personality health index": è l'indice di valutazione del livello di salute della personalità che si basa sui giudizi clinici ed include, oltre agli aspetti sintomatologici del paziente, anche le sue risorse.
  - L'indice RADIO: comprende 5 domini di funzionamento. La lettera "R" indica l'esame di realtà ed i processi di pensiero; la lettera "A" indica la regolazione degli affetti; la lettera "D" indica le operazioni difensive (es. i meccanismi di difesa); la lettera "I" indica l'integrazione dell'identità; la lettera "O" indica le relazioni oggettuali (es. rappresentazioni interne dell'altro coerenti e integrate).



## CAPITOLO 4

### ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il pacchetto statistico SSPS con l'applicazione dei test e degli indici statistici.

Per quanto riguarda il WAI-T e il WAI-P sono state eseguite le seguenti analisi:

- Come test preliminare l'indice di affidabilità Alfa di Cronbach ( $\alpha$ ), che verifica il grado di correlazione delle scale di valutazione WAI-P e WAI-T e delle sottoscale *Bond*, *Task*, *Goal*, e misura quanto lo strumento sia valido e solido. Questa correlazione può assumere valori da 0 a 1. Se la scala assume un valore al di sotto di 0,5 ( $0,5 < \alpha$ ) non risulta valida; più l'affidabilità supera il valore di 0,5 ( $0,5 > \alpha$ ) più la scala è valida (0,6 sufficiente; 0,8 buona; 0,9 ottima). Se una o più scale non sono valide, vengono escluse.
- I due test non parametrici, il test di Friedman e il test dei ranghi con segno di Wilcoxon, per il confronto di due campioni non correlati fra di loro. Per analizzare la presenza di differenze statisticamente significative, si valuta il *p-value*. Se il valore di p è  $\geq 0,05$  si rilevano differenze significative, al contrario se il valore di p è  $< 0,05$  non sono presenti differenze significative.
- Il test di Friedman è stato usato per eseguire un confronto tra valutazione all'ingresso, a 6 mesi e a 12 mesi di trattamento.
- Il test di Wilcoxon per la verifica dei cambiamenti dell'alleanza terapeutica tra T1, T2, T3, differenze nella valutazione della alleanza terapeutica, il confronto fra T1 e T3 della SWAP-200.
- Il test non parametrico di Mann-Whitney per il confronto di campioni indipendenti, è stato utilizzato per il confronto tra gruppo di pazienti che abbandona e chi invece al 6°/12° mese è presente al trattamento

Per l'analisi della SWAP-200 è preso in considerazione ciascun Disturbo di Personalità, sia per i fattori del PD-T, che seguono la classificazione del DSM e includono i Disturbi di Personalità dei tre Cluster (A, B e C), sia per i fattori del Q-T, la classificazione degli stili di personalità della SWAP-200.

Per l'analisi delle frequenze sono state considerate 3 categorie:

- Categoria 0: se il punteggio è inferiore a 55 il soggetto è nella norma.
- Categoria 1: se il punteggio è superiore a 55 e inferiore a 60 si valuta la presenza di un tratto dello stile di personalità in considerazione.
- Categoria 2: se il punteggio è superiore a 60 si considera un disturbo conclamato.

Per il confronto tra il WAI-T e WAI-P e le misure dello SWAP-200 sono state utilizzate le correlazioni Spearman.

#### 4.1 Verifica dell'affidabilità degli strumenti WAI

Come prima cosa occorre verificare l'affidabilità delle scale di valutazione. Nello studio sono state mantenute tutte le scale, infatti nella tabella 1 i risultati evidenziano un'affidabilità sufficiente per tutte le scale del WAI-P e del WAI-T, con un range compreso fra ,771 e ,965. Scendendo nel dettaglio per la WAI-P si osserva un'ottima affidabilità, per le sottoscale del WAI-P un'affidabilità buona per la maggior parte. Si osserva invece un'ottima affidabilità per la maggior parte per il WAI-T e per le sottoscale.

**Tabella 1.** Affidabilità degli strumenti tramite l'indice Alfa di Cronbach ( $\alpha$ )

Scale	Affidabilità ( $\alpha$ )		
	T1	T2	T3
<b>WAI-P</b>	<b>,909</b>	<b>,942</b>	<b>,934</b>
Bond-p	,782	,890	,802
Task-p	,771	,854	,852
Goal-p	,794	,807	,832
<b>WAI-T</b>	<b>,950</b>	<b>,961</b>	<b>,965</b>
Bond-t	,886	,931	,934
Task-t	,799	,849	,859
Goal-t	,908	,927	,927

#### 4.2 Analisi descrittive

Al momento dell'ingresso, per gli strumenti WAI-T, WAI-P e SWAp-200 i pazienti presenti nello studio sono 67.

#### 4.2.1 Analisi descrittive per il Working Alliance Inventory

Nella tabella 2 sono riportati i risultati delle analisi descrittive del WAI-P e del WAI-T per i valori minimi, i valori massimi, le medie e le deviazioni standard sul totale dei due strumenti e le sottoscale all'ingresso, a 6 mesi, a 12 mesi dall'ingresso. Al T1 per un totale di n. 67 pazienti e n. 64 terapeuti; al T2 per un totale di n. 43 pazienti e n. 40 terapeuti; al T3 per un totale di n. 26 pazienti e n. 25 terapeuti.

Nel T1 i punteggi più alti si riscontrano nel WAI-P rispetto al WAI-T in tutte le misurazioni. Questo dato porta a pensare che l'alleanza valutata dal paziente sia più positiva rispetto quella valutata dal terapeuta.

**Tabella 2.** Analisi descrittive al T1 per n. casi validi 67 e 64

<b>Scale</b>	<b>N</b>	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
<b>WAI-P tot</b>	<b>67</b>	<b>124</b>	<b>245</b>	<b>194,40</b>	<b>24,740</b>
Bond-p tot	67	42	83	68,84	9,391
Task-p tot	67	47	84	65,21	8,870
Goal-p tot	67	31	78	60,28	9,810
<b>WAI-T tot</b>	<b>64</b>	<b>105</b>	<b>218</b>	<b>170,94</b>	<b>26,161</b>
Bond-t tot	64	39	80	63,27	9,877
Task-t tot	64	37	71	55,16	8,254
Goal-t tot	64	24	72	52,52	10,008

A 6 mesi dall'ingresso, alla seconda somministrazione, i pazienti presenti nello studio sono 43. Si evidenziano punteggi più alti nel massimo e nella media nel WAI-P rispetto al WAI-T, ma valori più bassi nel minimo, in tutte le scale (tabella 3). Questo dato porta a pensare che l'alleanza valutata dal paziente viene percepita più forte rispetto a quella valutata dal terapeuta.

**Tabella 3.** Analisi descrittive al T2 per n. casi validi 43 e 40

<b>Scale</b>	<b>N</b>	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
<b>WAI-P tot</b>	<b>43</b>	<b>78</b>	<b>242</b>	<b>199,35</b>	<b>26,162</b>
Bond-p tot	43	24	83	70,51	9,694
Task-p tot	43	27	83	65,93	9,473
Goal-p tot	43	27	78	62,91	9,031
<b>WAI-T tot</b>	<b>40</b>	<b>128</b>	<b>224</b>	<b>182,38</b>	<b>26,896</b>
Bond-t tot	40	45	82	66,72	10,323
Task-t tot	40	40	75	58,58	8,095
Goal-t tot	40	36	72	57,08	10,136

A 12 mesi dall'ingresso i pazienti presenti nello studio sono 26. Si rilevano di nuovo punteggi più alti nel WAI-P rispetto al WAI-T in tutte le misurazioni (tabella 4). Questo dato denota che l'alleanza valutata dal paziente sia ancora percepita più forte rispetto a quella valutata dal terapeuta, e si osserva che anche se viene percepita più forte, questa differenza si attenua sia al T2 che al T3.

**Tabella 4.** Analisi descrittive al T3 per n. casi validi 26 e 25

<b>Scale</b>	<b>N</b>	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
<b>WAI-P tot</b>	<b>26</b>	<b>164</b>	<b>239</b>	<b>203,69</b>	<b>22,394</b>
Bond-p tot	26	59	84	73,23	6,866
Task-p tot	26	51	83	66,85	9,120
Goal-p tot	26	50	78	63,62	8,338
<b>WAI-T tot</b>	<b>25</b>	<b>132</b>	<b>227</b>	<b>195,04</b>	<b>26,557</b>
Bond-t tot	25	48	82	70,16	10,011
Task-t tot	25	41	72	62,28	8,359
Goal-t tot	25	37	75	62,60	9,465

#### **4.3 Confronto tra valutazione all'ingresso, a 6 mesi e a 12 mesi di trattamento**

Per il confronto della valutazione nei tre tempi, all'ingresso (T1), a 6 mesi (T2) e a 12 mesi di trattamento (T3), è stato utilizzato il test di Friedman. Dalla tabella 5 risulta che dai valori *p-value* ottenuti e dal valore dei ranghi, tutte le scale mostrano differenze significative nei tre tempi, tranne le scale *Task* e *Goal* del WAI-P. Viceversa, sempre nel WAI-P, si nota una differenza statisticamente significativa del *Bond* e un incremento del valore dei ranghi sia nel T2 che nel T3. Nel WAI-T si rilevano dei valori che mostrano

una differenza molto significativa per il *Task* e una differenza estremamente significativa per *Bond* e *Goal*.

**Tabella 5.** Test di Friedman

<b>Scale</b>	<b>p-value</b>	<b>Rango T1</b>	<b>Rango T2</b>	<b>Rango T3</b>
<b>WAI-P</b>	<b>,025 *</b>	<b>1,56</b>	<b>2,31</b>	<b>2,13</b>
Bond-p	,027 *	1,56	2,21	2,23
Task-p	,442	1,88	2,21	1,92
Goal-p	,214	1,71	2,17	2,13
<b>WAI-T</b>	<b>,001 *</b>	<b>1,41</b>	<b>2,07</b>	<b>2,52</b>
Bond-t	,000 *	1,37	2,13	2,50
Task-t	,006 *	1,48	2,13	2,39
Goal-t	,000 *	1,39	2,02	2,59

#### **4.4 Verifica dei cambiamenti dell'alleanza terapeutica tra ingresso, 6 mesi e 12 mesi dall'ingresso.**

Per le variabili per le quali si è osservata una differenza significativa con il test di Friedman, si procede con il confronto non parametrico dei ranghi con segno di Wilcoxon dei confronti a due tappe, quindi si analizza come l'alleanza terapeutica si sia modificata. Sono stati quindi confrontati il valore della scala *Bond* del WAI-P e i valori delle sotto scale *Bond*, *Task* e *Goal* del WAI-T tra ingresso e 6 mesi dall'ingresso (T1-T2), 6 mesi dall'ingresso e 12 mesi dall'ingresso (T2-T3) e ingresso e 12 mesi dall'ingresso (T1-T3). Dalla tabella 6 emerge come il WAI-P mostri differenze significative nel confronto T1-T3 ma non negli altri tempi; i valori della scala WAI-T evidenziano una differenza significativa in tutte le scale nel confronto tra T1 e T2, e solo nel *Goal* nel confronto T2-T3. Si può quindi affermare che a 6 mesi dall'ingresso i pazienti non percepiscono cambiamenti nella valutazione dell'alleanza terapeutica, neanche tra i 6 mesi e i 12 mesi dall'ingresso, ma ciononostante percepiscono cambiamenti complessivamente fra il momento dell'ingresso e i 12 mesi dal trattamento. Diversamente i terapeuti percepiscono dopo 6 mesi cambiamenti nella percezione dell'alleanza terapeutica rispetto al momento d'ingresso dei pazienti, non percepiscono invece cambiamenti tra i 6 e i 12 mesi tranne nella scala *Goal*, e complessivamente percepiscono cambiamenti in tutte le scale fra il momento d'ingresso dei pazienti e i 12 mesi di trattamento.

**Tabella 6.** Test dei ranghi con segno di Wilcoxon

Scale	Confronto T1-T2		Confronto T2-T3		Confronto T1-T3	
	z	p-value	z	p-value	z	p-value
<b>WAI-P</b>	<b>-1,751</b>	<b>,080</b>	<b>-,915</b>	<b>,360</b>	<b>-2,198</b>	<b>,028 *</b>
Bond-p	-1,944	,052	-,503	,615	-2,517	,012 *
<b>WAI-T</b>	<b>-2,935</b>	<b>,003 *</b>	<b>-1,913</b>	<b>,056</b>	<b>-3,351</b>	<b>,001 *</b>
Bond-t	-3,677	,000 *	-1,701	,089	-3,527	,000 *
Task-t	-2,641	,008 *	-1,533	,125	-3,223	,001 *
Goal-t	-2626	,009 *	-2,188	,029 *	-3,273	,001 *

#### 4.5 Differenze nella valutazione dell'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta

Il test di Wilcoxon è stato utilizzato anche per analizzare eventuali differenze nella percezione dell'alleanza terapeutica fra paziente e terapeuta. Dai risultati, in mostra nella tabella 7, emerge che esiste una differenza significativa sia nel confronto T1-P1 che nel confronto T2-P2. Nel confronto T3-P3 non è presente invece una differenza statisticamente significativa. Infatti, questo dato è in linea con i dati descrittivi (tabelle 8,9,10) e si nota come le differenze nella valutazione dell'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta si attenuano.

**Tabella 7.** Test dei ranghi con segno di Wilcoxon

Scale	Confronto T1 - P1		Confronto T2 - P2		Confronto T3 - P3	
	z	p-value	z	p-value	z	p-value
<b>WAI</b>	<b>-5,448</b>	<b>,000 *</b>	<b>-3,308</b>	<b>,001 *</b>	<b>-1,372</b>	<b>,170</b>
Bond	-3,651	,000 *	-2,264	,024 *	-1,258	,208
Task	-6,107	,000 *	-3,903	,000 *	-1,912	,056
Goal	-4,751	,000 *	-3,373	,001 *	-,544	,586

#### 4.6 Confronto tra gruppo di pazienti che abbandona e chi al 6° mese è presente al trattamento

Per quanto concerne la qualità dell'alleanza valutata dal terapeuta e dal paziente all'ingresso e al sesto mese, si è confrontato, tramite il Test di Mann-Whitney, il gruppo dei soggetti che rimangono in trattamento e chi invece abbandona precocemente, entro i 6 o i 12 mesi dal trattamento.

Un primo confronto ha messo in rapporto tra loro il gruppo di pazienti che al 6° mese erano in trattamento e chi aveva già abbandonato il percorso. In questo caso il confronto

ha potuto riguardare solo la valutazione sulla qualità dell'alleanza all'ingresso valutata dal paziente e dal terapeuta. Dalla tabella 8 emerge che non ci sono differenze statisticamente significative nelle scale del WAI-T e del WAI-P. Non ci sono differenze tra chi lascia il trattamento e chi rimane.

**Tabella 8.** Test di Mann-Withney (p1 - t1, 6 mesi)

Scale	Confronto p1 - t1	
	p-value	z
<b>WAI-P</b>	<b>,389</b>	<b>-,862</b>
Bond-p	,073	-1,793
Task-p	,442	-,768
Goal-p	,946	-,068
<b>WAI-T</b>	<b>,309</b>	<b>-1,018</b>
Bond-t	,266	-1,112
Task-t	,956	-,056
Goal-t	,511	-,658

#### **4.7 Confronto tra gruppo di pazienti che abbandona e chi al 12° mese è presente al trattamento**

Un altro confronto ha messo in rapporto tra loro il gruppo di pazienti che al 12° mese erano in trattamento e chi aveva abbandonato, rispetto alla dimensione della qualità dell'alleanza all'ingresso e al 6° mese valutata dal paziente e dal terapeuta.

La tabella 9 mostra i dati dei pazienti che al 12° mese erano presenti e di chi ha fatto drop-out, in rapporto alla qualità dell'alleanza valutata dal paziente e dal terapeuta all'ingresso. Anche in questo caso non si notano differenze statisticamente significative tra chi lascia e chi rimane

**Tabella 9.** Test di Man-Whithney (p1-t1, 12 mesi)

Scale	Confronto p1- t1	
	p-value	z
<b>WAI-P</b>	<b>,730</b>	<b>-,345</b>
Bond-p	,115	-1,576
Task-p	,781	-,278
Goal-p	,705	-,379
<b>WAI-T</b>	<b>,901</b>	<b>-,125</b>
Bond-t	,689	-,401
Task-t	,618	-,499
Goal-t	,769	-,294

Sulla qualità dell'alleanza valutata dal paziente e dal terapeuta al 6° mese, la tabella 10 mostra i dati dei pazienti che al 12° mese erano presenti e di chi invece ha fatto drop-out. In questo raffronto, i punteggi mostrano differenze statisticamente significative tra chi ha abbandonato il trattamento e chi ha proseguito fino al 12° mese. Il WAI-P nelle sottoscale *Task* e *Goal*, il WAI-T e la sua sottoscala *Goal* hanno evidenziato dei dati significativi.

**Tabella 10.** Test di Mann-Withney (p2 - t2, 12 mesi)

Scale	Confronto p2 - t2	
	z	p-value
<b>WAI-P</b>	<b>-1,594</b>	<b>,111</b>
Bond-p	-,140	,889
Task-p	-2,070	,038*
Goal-p	-2,239	,025*
<b>WAI-T</b>	<b>-2,207</b>	<b>,027*</b>
Bond-t	-1,592	,111
Task-t	-1,789	,074
Goal-t	-2,242	,025*

#### 4.8 Statistiche descrittive SWAP e analisi delle frequenze al T1

Il numero dei soggetti totali è 67, mancano 6 soggetti nei dati. Nella Tabella 11 sono riportate le analisi delle statistiche descrittive per i punteggi dei fattori PD-T ed il punteggio dell'Alto funzionamento. Su 61 soggetti, i valori medi più alti si osservano per i disturbi Istrionico (54,57), Narcisistico (54,22), Borderline (53,93) ed Antisociale



(53,61). Il punteggio dell'Alto funzionamento (44,61), essendo inferiore a 55, fa presupporre un adattamento molto problematico.

**Tabella 11.** Statistiche descrittive fattori PD-T e Alto Funzionamento

	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
Paranoide	33,24	70,60	52,84	8,65
Schizoide	35,49	64,53	50,31	6,86
Schizotipico	38,17	66,09	52,71	6,86
Antisociale	41,08	66,02	53,61	5,58
Borderline	40,27	70,81	53,93	7,13
Istrionico	38,75	67,80	54,57	6,64
Narcisistico	37,38	70,15	54,22	6,94
Evitante	34,17	60,92	48,48	6,44
Dipendente	37,52	64,66	50,16	6,14
Ossessivo	30,49	61,81	47,31	7,28
Alto funzionamento	37,10	56,43	44,61	4,01

Nella Tabella 12 sono riportate le analisi delle statistiche descrittive per i punteggi dei fattori Q-T. Per questi fattori i punteggi più elevati si osservano per lo stile Antisociale, seguito da Narcisistico, Dipendente e Ostile. Quadro complessivo che si discosta da quello del DSM.

**Tabella 12.** Statistiche descrittive per fattori Q-T

	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
Antisociale	42,26	67,23	54,72	5,67
Schizoide	36,02	65,30	50,60	7,11
Paranoide	30,19	66,89	49,18	8,53
Ossessivo	34,95	64,96	45,59	6,09
Istrionico	36,00	66,60	50,30	7,53
Evitante	34,57	58,85	48,24	5,90
Depressivo	31,15	54,82	45,55	4,91
Narcisistico	31,98	72,53	53,31	9,36
Disregolazione emotiva	32,08	71,12	51,34	8,58
Dipendente	44,01	67,74	53,58	6,29
Ostile	33,16	71,23	53,35	8,78

Nella Tabella 13 si riporta il confronto fra le percentuali di quanti soggetti presentano tratti o disturbo dei fattori PD-T con l'assenza di qualsiasi problematica (norma). Si osserva che il disturbo o tratto maggiormente presente è il disturbo Istrionico (45,9%)

seguito dal disturbo Paranoide (44,3%). Seguono poi i disturbi Antisociale, Borderline, Narcisistico, tutti al 41%. I disturbi meno presenti sono Evitante e Ossessivo.

**Tabella 13.** Frequenza di disturbo o tratto dei fattori PD-T e Alto Funzionamento

	<b>Norma</b>		<b>Disturbo o Tratto</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Paranoide	34	55,7%	27	44,3%
Schizoide	45	73,8%	16	26,3%
Schizotipico	39	63,9%	22	36,1%
Antisociale	36	59%	25	41%
Borderline	36	59%	25	41%
Istrionico	33	54,1%	28	45,9%
Narcisistico	36	59%	25	41%
Evitante	53	86,9%	8	13,1%
Dipendente	49	80,3%	12	19,7%
Ossessivo	52	85,2%	9	14,8%
Alto Funzionamento	0	0	61	100%

Nella Tabella 14 si considera il confronto per i fattori Q-T della SWAP tra la presenza di un disturbo o tratto con l'assenza di qualsiasi problematica (norma). Si osserva che il disturbo o tratto più presente è quello Antisociale (47,5%), seguito da Ostile 44,3%, Narcisistico (42,6%) e Dipendente (37,7%).

**Tabella 14.** Frequenza di Disturbo o Tratto dei fattori Q-T

	<b>Norma</b>		<b>Disturbo o Tratto</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antisociale	32	52,5%	29	47,5%
Schizoide	43	70,5%	18	29,5%
Paranoide	43	70,5%	18	29,5%
Ossessivo	58	95,1%	3	4,9%
Istrionico	46	75,4%	15	24,6%
Narcisistico	35	57,4%	26	42,6%
Evitante	52	85,2%	9	14,8%
Depressivo	61	100%	0	0
Disregolazione emotiva	41	67,2%	20	22,8%
Dipendente	38	62,3%	23	37,7%
Ostile	34	55,7%	27	44,3%

Nella Tabella 15 si riportano le frequenze dei fattori PD-T dei soggetti, differenziando invece tra norma, tratto e disturbo. Complessivamente, più della metà del campione presenta fattori nella norma. Si osservi che i tratti Istrionico, Paranoide, Antisociale (tutti

e tre al 24,6%) e Schizotipico (21,3%) sono i più diffusi, mentre i tratti meno presenti sono Evitante, Dipendente ed Ossessivo. Tra i disturbi, quello maggiormente diffuso è il disturbo Narcisistico (29,5%), seguito dai disturbi Borderline ed Istrionico (entrambi al 21,3%); quelli meno diffusi sono i disturbi Evitante e Ossessivo.

**Tabella 15.** Frequenza di norma, tratto e disturbo dei fattori PD-T e Alto Funzionamento

	Norma		Tratto		Disturbo	
	N	%	N	%	N	%
Paranoide	34	55,7%	15	24,6%	12	19,7%
Schizoide	45	73,8%	12	19,7%	4	6,6%
Schizotipico	39	63,9%	13	21,3%	9	14,8%
Antisociale	36	59%	15	24,6%	10	16,4%
Borderline	36	59%	12	19,7%	13	21,3%
Istrionico	33	54,1%	15	24,6%	13	21,3%
Narcisistico	36	59%	7	11,5%	18	29,5%
Evitante	53	86,9%	6	9,8%	2	3,3%
Dipendente	49	80,3%	6	9,8%	6	9,8%
Ossessivo	52	85,2%	6	9,8%	3	4,9%
Alto Funzionamento	0	0	1	1,6%	60	98,4%

Dalla Tabella 16 si nota che Antisociale (29,5%) e Ostile (21,3%) sono i tratti più diffusi della classificazione Q-T, il meno frequente risulta Ossessivo (3,3%). Riguardo alla frequenza dei disturbi, emerge che il più diffuso è lo stile Narcisistico (31,1%), seguito da Ostile (23%) e Dipendente (21,3%). Evitante e Depressivo hanno 0 soggetti.

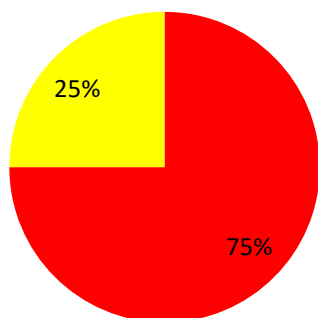
**Tabella 16.** Frequenza di norma, tratto e disturbo dei fattori Q-T

	Norma		Tratto		Disturbo	
	N	%	N	%	N	%
Antisociale	32	52,5%	18	29,5%	11	18%
Schizoide	43	70,5%	10	16,4%	8	13,1%
Paranoide	43	70,5%	12	19,7%	16	9,8%
Ossessivo	58	95,1%	2	3,3%	1	1,6%
Istrionico	46	75,4%	7	11,5%	8	13,1%
Narcisistico	35	57,4%	7	11,5%	19	31,1%
Evitante	52	85,2%	9	14,8%	0	0
Depressivo	61	100%	0	0	0	0
Disregolazione emotiva	41	67,2%	9	14,8%	11	18%
Dipendente	38	62,3%	10	16,4%	13	21,3%
Ostile	34	55,7%	13	21,3%	14	23%

Secondo la classificazione PD-T la percentuale di soggetti su 61 che presenta almeno un Disturbo di Personalità è il 75,4% (n=46) (figura 1). Secondo la classificazione Q-T è del 80,3% (n=49) (figura 2).

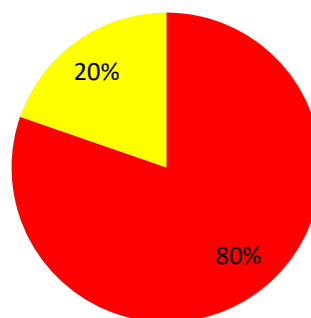
**Figura 1.** Presenza di almeno un disturbo di Personalità secondo la classificazione PD-T

■ Disturbo personalità    ■ Assenza



**Figura 2.** Presenza di almeno un disturbo di Personalità secondo la classificazione Q-T

■ Disturbo personalità    ■ Assenza

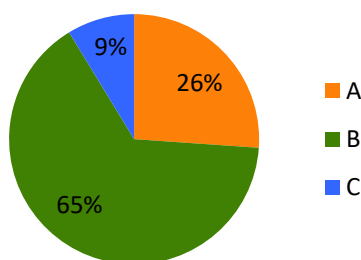


Nella tabella 17 si riporta la distribuzione dei soggetti per la diagnosi primaria di Disturbo di Personalità secondo i tre Cluster A, B e C (tabella 17 e figura 3). Il Cluster B (n=30) è quello più presente con una percentuale di 65,2%, mentre i Cluster A (n=12) e C (n=4) presentano una percentuale inferiore, pari a 26,1% e 8,7%.

**Tabella 17.** Frequenza disturbi personalità per Cluster

Cluster	N	%
A	12	26,1%
B	30	65,2%
C	4	8,7%

**Figura 3.** Presenza dei Cluster A, B, C



Per quanto riguarda la frequenza delle diagnosi primarie, si analizzano i dati dei punteggi superiori a 60. Secondo la classificazione PD-T (tabella 18), tra i 46 soggetti con almeno un disturbo diagnosticato, la diagnosi primaria più frequente è quella di Disturbo di Personalità Narcisistico (23,9%), seguita dal Disturbo Borderline (19,6%), il Disturbo Schizotipico (15,2%) ed il Disturbo Istrionico (13,0%).

**Tabella 18.** Diagnosi primaria fattori PD-T

<b>Diagnosi Primaria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Paranoide	3	6,5%
Schizoide	2	4,3%
Schizotipica	7	15,2%
Antisociale	4	8,7%
Borderline	9	19,6%
Istrionica	6	13,0%
Narcisistica	11	23,9%
Evitante	2	4,3%
Dipendente	1	2,2%
Ossessiva	1	2,2%

Per la diagnosi primaria secondo la classificazione Q-T (tabella 19), si osserva la presenza di 49 soggetti con un disturbo della personalità. La diagnosi primaria più presente è anche in questo caso il Disturbo di Personalità Narcisistico con 15 soggetti, seguita dai disturbi Dipendente e Ostile. I disturbi senza soggetti sono Antisociale, Evitante, Depressivo.

**Tabella 19.** Diagnosi primaria fattori Q-T

<b>Diagnosi Primaria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antisociale	0	0
Schizoide	3	6,1%
Paranoide	1	2,0%
Ossessivo	1	2,0%
Istrionico	4	8,2%
Narcisistico	15	30,6%
Evitante	0	0
Depressivo	0	0
Disregolazione emotiva	6	12,2%
Dipendente	9	18,4%
Ostile	9	18,4%

Complessivamente, facendo riferimento alla diagnosi primaria, il funzionamento di personalità Narcisistico è il più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati secondo la classificazione SWAP, dato che si pone in linea con quanto rilevato per la classificazione secondo DSM. Dalla valutazione DSM emerge che il funzionamento di personalità Istrionico, nei termini di valori medi, tratti e/o disturbo, è il più diffuso nel gruppo dei soggetti esaminati. Per quanto riguarda la valutazione secondo la classificazione SWAP, emerge che lo stile Antisociale è il più diffuso rispetto agli altri stili se si considerano i punteggi medi, tratto e/o disturbo.

#### 4.9 Statistiche descrittive SWAP e analisi delle frequenze al T3

Al T3 i soggetti validi sono 65 di cui 27 (41,5%) hanno fatto drop-out, 2 non hanno ancora raggiunto la tappa, 3 dato perso (4,6%). Nella Tabella 20 sono riportate le analisi delle statistiche descrittive per i punteggi dei fattori PD-T e il punteggio dell'Alto funzionamento. I valori medi maggiori si hanno per i fattori Narcisistico (54,21), Borderline (53,00) e Istrionico (52,60). L'Alto funzionamento raggiunge un valore di (49,70) valore più alto rispetto al T1, dove si registrava un valore di (44,61); essendo inferiore a 55, si presuppone sempre un adattamento molto problematico a 12 mesi dall'ingresso.

**Tabella 20.** Statistiche descrittive PD-T e alto Funzionamento

	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
Paranoideo	37,13	69,76	51,27	7,85
Schizoide	36,20	60,30	47,80	6,79
Schizotipico	34,70	59,50	48,45	6,68
Antisociale	40,55	57,58	51,28	5,09
Borderline	42,68	62,57	53,00	6,24
Istrionico	37,56	67,73	52,60	6,87
Narcisistico	38,93	66,82	54,21	6,74
Evitante	36,31	62,31	49,39	7,29
Dipendente	39,09	62,90	51,56	6,27
Ossessivo	32,60	64,88	49,40	8,56
Alto funzionamento	39,98	59,59	49,70	4,80

Per i fattori Q-T secondo la SWAP-200 (tabella 21) i punteggi più elevati si osservano per lo stile Narcisistico (57,07) seguito da Dipendente (53,49) e Antisociale (52,04).

**Tabella 21.** Statistiche descrittive fattori Q-T

	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
Antisociale	41,91	59,84	52,04	5,13
Schizoide	36,11	56,55	47,11	5,90
Paranoide	35,17	68,57	49,42	8,59
Ossessivo	36,46	62,42	50,24	6,32
Istrionico	40,23	70,42	51,30	7,48
Narcisistico	34,48	80,23	57,07	10,49
Evitante	38,06	60,97	48,31	6,01
Depressivo	42,04	61,69	50,79	3,88
Disregolazione emotiva	30,81	64,12	49,81	8,68
Dipendente	41,98	69,40	53,49	6,54
Ostile	36,31	67,53	50,77	8,77

Nella Tabella 22 si riporta il confronto fra le percentuali dei soggetti che presentano tratti o disturbo nei fattori PD-T con l'assenza di qualsiasi problematica (norma). Si nota che il disturbo o tratto maggiormente presente è il disturbo Narcisistico (36,4%) seguito dal disturbo Borderline (29,7%). I disturbi o tratti meno presenti sono Schizotipico e Schizoide.

**Tabella 22.** Frequenza di disturbo o tratto dei fattori PD-T e Alto Funzionamento

	<b>Norma</b>		<b>Disturbo o Tratto</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Paranoide	19	76%	6	24%
Schizoide	21	84%	4	16%
Schizotipico	29	87,9%	4	12,1%
Antisociale	28	75,7%	9	24,3%
Borderline	26	70,3%	11	29,7%
Istrionico	30	81,1%	7	18,9%
Narcisistico	21	63,6%	12	36,4%
Evitante	24	77,4%	7	22,6%
Dipendente	30	81,1%	7	18,9%
Ossessivo	28	80%	7	20%
Alto Funzionamento	0	0	25	100%

Nella Tabella 23 si esamina il confronto per i fattori Q-T della SWAP tra la presenza di un disturbo o tratto con l'assenza di qualsiasi problematica (norma). Si osserva che il disturbo o tratto più presente è ancora quello Narcisistico (47%), seguito da quello Antisociale 27,8%. Meno presenti il disturbo Schizoide, Evitante e Depressivo.

**Tabella 23.** Frequenza di Disturbo o Tratto dei fattori Q-T

	<b>Norma</b>		<b>Disturbo o Tratto</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antisociale	26	72,2%	10	27,8%
Schizoide	34	91,9%	3	8,1%
Paranoide	30	81,1%	7	18,9%
Ossessivo	26	76,5%	8	23,5%
Istrionico	31	86,1%	5	13,9%
Narcisistico	18	52,9%	16	47%
Evitante	31	91,2%	3	8,8%
Depressivo	32	94,1%	2	5,8%
Disregolazione emotiva	27	79,4%	7	20,6%
Dipendente	26	74,3%	9	25,7%
Ostile	30	81,1%	7	18,9%

Nella Tabella 24 si considerano le frequenze dei fattori PD-T dei soggetti, differenziando invece tra norma, tratto e disturbo. Complessivamente, più della metà del campione presenta fattori nella norma. I tratti Antisociale (24,3%) e Borderline (21,65) sono i più diffusi, mentre i tratti meno presenti sono Paranoide e Istrionico. Tra i disturbi, quello maggiormente diffuso è il disturbo Narcisistico (21,2%), seguito dai disturbi Paranoide (16%) ed Istrionico (10,8%); i meno diffusi sono i disturbi Schizoide, Evitante e Ossessivo.

**Tabella 24.** Frequenza di norma, tratto e disturbo dei fattori PD-T e Alto Funzionamento

	<b>Norma</b>		<b>Tratto</b>		<b>Disturbo</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Paranoide	19	76%	2	8%	4	16%
Schizoide	21	84%	3	12%	1	4%
Schizotipico	29	87,9%	4	12%	0	0
Antisociale	28	75,7%	9	24,3%	0	0
Borderline	26	70,3%	8	21,6%	3	8,1%
Istrionico	30	81,1%	3	8,1%	4	10,8%
Narcisistico	21	63,6%	5	15,2%	7	21,2%
Evitante	24	77,4%	6	19,4%	1	3,2%
Dipendente	30	81,1%	4	10,8%	3	8,1%
Ossessivo	28	80%	6	17,1%	1	2,9%
Alto Funzionamento	0	0	4	16%	21	84%

Dalla Tabella 25 si osserva che i tratti più diffusi della classificazione Q-T sono Antisociale (27,8%), Ossessivo (17,6%) e Narcisistico (17,6%), il meno frequente risulta essere il Depressivo (2,9%). Per quanto riguarda la frequenza dei disturbi, emerge che il



più diffuso è lo stile Narcisistico (29,4%), seguito da Disregolazione emotiva (11,8%), Dipendente (11,4%) e Paranoide (10,8%). Antisociale e Schizoide hanno 0 soggetti.

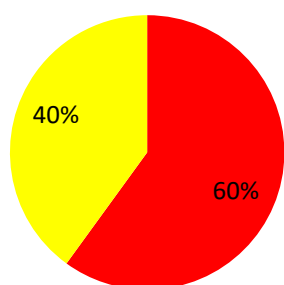
**Tabella 25.** Frequenza di norma, tratto e disturbo dei fattori Q-T

	Norma		Tratto		Disturbo	
	N	%	N	%	N	%
Antisociale	26	72,2%	10	27,8%	0	0
Schizoide	34	91,9%	3	8,1%	0	0
Paranoide	30	81,1%	3	8,1%	4	10,8%
Ossessivo	26	76,5%	6	17,6%	2	5,9%
Istrionico	31	86,1%	2	5,6%	3	8,3%
Narcisistico	18	52,9%	6	17,6%	10	29,4%
Evitante	31	91,2%	2	5,9%	1	2,9%
Depressivo	32	94,1%	1	2,9%	1	2,9%
Disregolazione emotiva	27	79,4%	3	8,8%	4	11,8%
Dipendente	26	74,3%	5	14,3%	4	11,4%
Ostile	30	81,1%	4	10,8%	3	8,1%

La percentuale di soggetti che a 12 mesi dall'ingresso presenta almeno un Disturbo di Personalità è il 60% (n=15) secondo la classificazione PD-T (figura 4) ed il 76% (n=19) secondo la classificazione Q-T (figura 5).

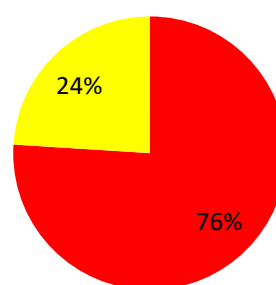
**Figura 4:** presenza di almeno un disturbo di personalità secondo la classificazione PD-T

■ Disturbo Personalità ■ Assenza



**Figura 5.** Presenza di almeno un disturbo di Personalità secondo la classificazione Q-T

■ Disturbo Personalità ■ Assenza

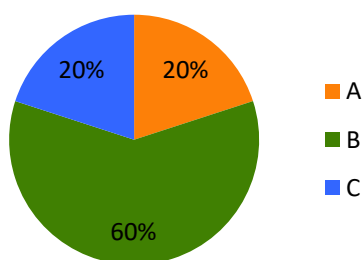


Se si osserva la distribuzione dei 15 soggetti per la diagnosi primaria di Disturbo di Personalità secondo i tre Cluster A, B e C (tabella 26 e figura 6), risulta essere il più presente con una percentuale del 60 % il Cluster B (n=9), mentre i Cluster A (n=3) e C (n=3) hanno una percentuale inferiore, entrambe del 20%.

**Tabella 26.** Frequenza disturbi personalità per Cluster per n. 15

Cluster	N	%
A	3	20%
B	9	60%
C	3	20%

**Figura 6.** Presenza dei Cluster A, B, C



Secondo la classificazione PD-T, tra i 15 soggetti con almeno un disturbo diagnosticato, la diagnosi primaria più presente nei soggetti al T3 è quella di Disturbo Narcisistico (n=4) e di Disturbo istrionico (n=4) entrambi al 26,7%. Seguono il Disturbo Paranoide (n=3) e il disturbo Dipendente (n=3) entrambi al 20%, ed infine un solo soggetto presenta il disturbo Borderline.

**Tabella 27.** Diagnosi primaria fattori PD-T

Diagnosi Primaria	N	%
Paranoide	3	20%
Schizoide	0	0
Schizotipica	0	0
Antisociale	0	0
Borderline	1	6,7%
Istrionica	4	26,7%
Narcisistica	4	26,7%
Evitante	0	
Dipendente	3	20%
Ossessiva	0	0

Secondo la classificazione Q-T, nei 19 soggetti con un Disturbo della Personalità, la diagnosi primaria più presente è di disturbo Narcisistico con 7 soggetti (36,8%), seguita dai disturbi Ossessivo, Istrionico, Disregolazione Emotiva ed Ostile (tutti al 10,5%).

**Tabella 28.** Diagnosi primaria fattori Q-T

<b>Diagnosi Primaria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antisociale	0	0
Schizoide	0	0
Paranoide	1	5,3%
Ossessivo	2	10,5%
Istrionico	2	10,5%
Narcisistico	7	36,8%
Evitante	1	5,3%
Depressivo	1	5,3%
Disregolazione emotiva	2	10,5%
Dipendente	1	5,3%
Ostile	2	10,5%

Complessivamente, facendo riferimento alla diagnosi primaria ed ai punteggi medi, anche a 12 mesi dall'ingresso il funzionamento di personalità Narcisistico rimane il più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati secondo entrambe le classificazioni SWAP e DSM. Dalla valutazione DSM emerge che il funzionamento di personalità Istrionico, nei termini di valori medi e diagnosi primaria, è il secondo più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati.

#### **4.10 Confronto caratteristiche di personalità all'ingresso e a 12 mesi dall'ingresso**

In questo confronto è stato utilizzato il test dei ranghi con segno Wilcoxon per vedere come si sono modificate le caratteristiche rilevanti nelle analisi osservative tra T1 e T3. Per il PD-T si osserva una differenza significativa per il disturbo Schizotipico e l'Alto Funzionamento. Quindi si nota come i cambiamenti siano avvenuti per il disturbo Schizotipico. L'indice dell'Alto Funzionamento sembra migliorare nel tempo.

**Tabella 29.** Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per fattori PD-T

	<b>T1-T3</b>	
	<b>z</b>	<b>p-value</b>
Paranoide	-1,143	,253
Schizoide	-1,429	,153
Schizotipico	-3,257	,001*
Antisociale	-1,400	,162
Borderline	-,971	,331
Istrionico	-1,114	,265
Narcisistico	-,543	,587
Evitante	-,229	,819
Dipendente	-1,400	,162
Ossessivo	-1,686	,092
Alto Funzionamento	-3,971	,000*

Per il Q-T differenze statisticamente significative per i disturbi Antisociale, Schizoide, Ossessivo Narcisistico, Depressivo, Disregolazione emotiva. Le caratteristiche Antisociale, Disregolazione emotiva e Schizoide tendono a diminuire.

**Tabella 30.** Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per fattori Q-T

	<b>T1-T3</b>	
	<b>z</b>	<b>p-value</b>
Antisociale	-2,472	,013*
Schizoide	-2,057	,040*
Paranoide	-,086	,932
Ossessivo	-3,457	,001*
Istrionico	-,771	,440
Narcisistico	-2,171	,030*
Evitante	-,286	,775
Depressivo	-3,643	,000*
Disregolazione emotiva	-2,143	,032*
Dipendente	-,429	,668
Ostile	-,914	,361

#### **4.11 Correlazioni fra alleanza terapeutica e stili personalità**

Questo test mette in luce se due variabili sono associate, se variano insieme o sono indipendenti. La Correlazione è positiva se al crescere di una variabile cresce anche l'altra; è negativa quando, al crescere di una più forte, meno forte è la crescita dell'altra. La Correlazione può essere nel range +1 o -1, più è vicina a +1 o -1 più è significativa. Successivamente, applicando il coefficiente r di Pearson, si indaga sull'esistenza di una relazione tra le valutazioni self-report dei pazienti al questionario WAI-P e WAI-T ed i

Disturbi di Personalità dei fattori PD-T e Q-T all'ingresso della SWAP. È stato evidenziato che non si riscontra alcuna correlazione statisticamente significativa nelle correlazioni presenti tra le valutazioni self-report dei pazienti ai questionari WAI-P e WAI-T ed i Disturbi di Personalità dei fattori Q-T della SWAP a 12 mesi dall'ingresso. Emergono invece alcune correlazioni statisticamente significative. Per quello che concerne la classificazione PD-T i risultati significativi riguardano il disturbo Borderline e l'Alto Funzionamento. Per il disturbo Borderline, alla valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta al 6° mese, si riscontra una correlazione positiva nella scala totale WAI-P (.470) ed una correlazione positiva nella scala totale WAI-T (.362), (tabella 31); per l'Alto Funzionamento si ha una correlazione negativa (-.427) per valutazione alleanza al 12° mese nella scala totale WAI-P. Si deduce che più è alto il valore dell'Alto funzionamento all'ingresso, più diminuisce la qualità dell'alleanza che il paziente percepisce col terapeuta (tabella 32).

**Tabella 31.** Correlazioni fattori PD-T all'ingresso e WAI al 6° mese

	<b>r di Pearson</b>	<b>P value</b>	<b>Disturbo di Personalità PD-T</b>
WAI-P	,470**	,002	Borderline
WAI-T	,362*	,026	Borderline

**Tabella 32.** Correlazioni fattori PD-T all'ingresso e WAI al 12° mese

	<b>r di Pearson</b>	<b>P value</b>	<b>Disturbo di Personalità PD-T</b>
WAI-P	-,427*	,003	Alto Funzionamento

Per quello che concerne la classificazione Q-T, i risultati significativi si riscontrano nel disturbo Narcisistico e nel disturbo Disregolazione emotiva. Per il disturbo Narcisistico, alla valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta all'ingresso, si evidenzia una correlazione negativa nella scala totale WAI-T (-.338), una correlazione negativa nelle scale totali WAI-P (-.335) e WAI-T (-.352) alla valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta a 6 mesi dall'ingresso. Per il disturbo di Disregolazione emotiva, una correlazione positiva nella scala totale WAI-T all'ingresso (.316), una correlazione positiva nelle scale totali WAI-P (.385) e WAI-T (.370) a 6 mesi dall'ingresso (tabelle 33 e 34).

**Tabella 33.** Correlazioni fattori Q-T all'ingresso e WAI all'ingresso

	<b>r di Pearson</b>	<b>P value</b>	<b>Stile di Personalità Q-T</b>
WAI-T	-,338**	,009	Narcisistico
	,316*	,016	Disregolazione emotiva

**Tabella 34.** Correlazioni fattori Q-T all'ingresso e WAI al 6° mese

	<b>r di Pearson</b>	<b>P value</b>	<b>Stile di Personalità Q-T</b>
WAI-P	-,335*	,032	Narcisistico
	,385*	,013	Disregolazione emotiva
WAI-T	-,352	,030	Narcisistico
	,370	,022	Disregolazione emotiva

## CAPITOLO 5

### CONCLUSIONI

#### 5.1 Risultati della ricerca e commenti generali

Il primo obiettivo dell'elaborato è quello di misurare la qualità dell'alleanza terapeutica fra terapeuta e pazienti, giovani adulti tossicodipendenti, in tre tempi: all'ingresso (T1), a 6 mesi dall'ingresso (T2) ed a 12 mesi dall'ingresso (T3). Prendendo in considerazione la letteratura presente, e preso atto del fatto che la letteratura su questo gruppo di soggetti è limitata ed i risultati sono contrastanti, lo studio in questione ipotizza due scenari: nel primo, l'alleanza terapeutica presente è forte ed i giovani tendono a dare punteggi più elevati rispetto ai terapeuti per il costrutto dell'alleanza (Diamond et al., 2006), in contrasto con alcune ricerche che hanno individuato punteggi più alti dei terapeuti (Santisteban et al., 2015). Nel secondo scenario, l'alleanza è debole e la giovane età e lo stato di tossicodipendenza del campione analizzato rappresentano la causa delle principali difficoltà nell'instaurarsi di una buona alleanza (Diamond et al., 2006). I risultati delle analisi descrittive evidenziano nel primo scenario punteggi medi elevati per entrambe le valutazioni del paziente e del terapeuta. Questo dato indica che sia i pazienti che i terapeuti hanno percepito una alleanza di buona qualità, in particolare nella scala *Bond*, la dimensione affettiva, rispetto a compiti e obiettivi. Le ricerche della letteratura a disposizione, sembrano concordi sia per quanto riguarda gli studi sulla popolazione tossicodipendente (giovani ed adulti), soprattutto nei contesti residenziali, sia sui pazienti di giovane età che tendono a valutare l'alleanza terapeutica con punteggi elevati. Tuttavia, bisogna tenere conto che i punteggi elevati nelle valutazioni non indicano necessariamente un'alleanza autentica e solida, ed i risultati possono essere inficiati da meccanismi difensivi come un forte vissuto idealizzante, un bias nel rapporto con il terapeuta, o dalla necessità di trovare una figura stabile di riferimento.

Per quanto riguarda i pazienti, una lettura dei risultati mette in luce che questi soggetti vivono esperienze di maltrattamento ed abuso da parte delle principali figure relazionali, risiedono spesso in contesti poveri e disagiati, e ciò li porta a vedere il rapporto con il terapeuta ed il contesto residenziale come qualcosa di buono e positivo. Analizzando i meccanismi di difesa messi in atto da questa tipologia di pazienti, se ne deduce che in terapia i pazienti percepiscono una alleanza forte perché enfatizzano solo gli aspetti

positivi del terapeuta, accantonando gli aspetti meno gradevoli del rapporto per il meccanismo dell'idealizzazione: "le qualità e i valori dell'oggetto sono elevati al punto della perfezione" (Lombardo, 2007). Questo può essere dovuto alla necessità di trovare una figura di riferimento, in particolare nei casi di separazione dal proprio contesto di vita e dalle persone di riferimento disadattive, a seguito dell'inserimento nella comunità residenziale. Altro meccanismo di difesa riscontrabile è la scissione: "l'oggetto, e gli impulsi libidici e distruttivi rivolti verso di esso, viene scisso in una parte buona e una cattiva" (Lombardo, 2007), ne consegue che il paziente vive positivamente il setting terapeutico, ma negativamente il contesto comunitario.

I punteggi alti della valutazione del terapeuta possono essere dovuti ad un bias del terapeuta, quindi ad un forte investimento nella relazione con conseguente enfasi degli aspetti positivi, nonostante abbia riscontrato difficoltà importanti. Ciò può fare assumere dei tratti difensivi di tipo compensativo, riscontrabili nel trattamento dei pazienti più gravi esposti ad un alto rischio di interruzione del trattamento od al fallimento dello stesso. Inoltre il terapeuta può sperimentare dei controtransfert molto forti, specie con i pazienti gravi: con i pazienti che presentano gravi deprivazioni ai bisogni primari, deve porre attenzione al rischio di diventare iperprotettivo, sovra empatico e di cullare l'idea di poter dare al paziente ciò che non ha avuto in passato, con la grave conseguenza di sviluppare una relazione esclusiva e narcisistica (Cartwright, Rhodes, King & Shires, 2014). Rispetto a questo primo obiettivo, è importante che sviluppi futuri adottino, oltre ad una valutazione longitudinale, la presenza di altre variabili relazionali come il transfert, il controtransfert e l'alleanza più allargata al contesto di cura.

Il secondo obiettivo dell'elaborato, è verificare l'ipotesi che i pazienti valutano l'alleanza terapeutica in modo più positivo rispetto ai terapeuti, quindi che la valutazione WAI-P risulti migliore rispetto la valutazione WAI-T, ipotesi alla base di studi già effettuati a riguardo (Auerbach, Martelli & Mercuri, 1983; Auerbach, Penberthy & Kiesler, 2004; Kiesler & Auerbach, 2003; Auerbach et al., 2008), nonostante la presenza di studi che riportano dati contrastanti (Clarckson, 2013).

I risultati concordano con l'ipotesi di partenza, perché per quanto riguarda l'alleanza valutata dal paziente, sono emersi valori significativamente maggiori nella scala complessiva del WAI-P e nelle tre sottoscale *Bond*, *Task* e *Goal* rispetto all'alleanza valutata dal terapeuta in tutti e tre tempi di somministrazione.



Da questi risultati si può dedurre che, sebbene si riportino punteggi alti sia per le valutazioni del terapeuta che per quelle dei pazienti, quest'ultimi tendono a dare valutazioni più alte rispetto ai terapeuti in tutte e tre le componenti del *Bond, Task* e *Goal* per una probabile enfasi positiva o per una mancata considerazione di elementi di criticità, presi in vece in considerazione dai terapeuti. Alla luce di questi risultati si rafforza l'ipotesi del coinvolgimento delle difese dei giovani pazienti nell'alleanza terapeutica.

I risultati di questo studio sono in linea con altri contributi in letteratura nel descrivere le diverse valutazioni dell'alleanza come non equivalenti, come evidenziano degli studi sulle valutazioni della stessa seduta fra paziente e terapeuta (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007) e questo vale anche nello specifico in presenza di tossicodipendenza (Fenton et al., 2001; Luborsky et al. 1996). In generale, come già affermato, le valutazioni dell'alleanza da parte del terapeuta hanno di media punteggi più bassi rispetto alle valutazioni dei pazienti (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014; Zilcha-Mano, Snyder & Silberschatz, 2017). Le ricerche mostrano poi risultati contrastanti nell'individuare differenze fra le due valutazioni nel corso del tempo e riscontrare se queste si mantengono o tendono a diminuire. Questi risultati hanno una serie di spiegazioni in funzione di diverse variabili, come ad esempio le differenze esistenti fra paziente e terapeuta nella modalità in cui si rappresentano e sanno descrivere i propri processi interpersonali (Zilcha-Mano et al., 2017).

Il terzo obiettivo si prefigge di analizzare dapprima il confronto tra le valutazioni del paziente e del terapeuta all'ingresso, a 6 mesi e a 12 mesi dall'ingresso e come successivamente, per le variabili per le quali si è osservata una differenza significativa, si verificano i cambiamenti nei tre tempi di somministrazione.

Per quanto riguarda l'alleanza valutata dal paziente, dai risultati si nota una differenza statisticamente significativa del *Bond* ed un incremento del valore dei ranghi sia a 6 mesi che a 12 mesi dall'ingresso. Per l'alleanza valutata dal terapeuta, si rilevano dei valori che mostrano una differenza molto significativa per le tre le sottoscale *Bond, Task* e *Goal* e, anche in questo caso, un rispettivo aumento del valore dei ranghi sia a 6 mesi che a 12 mesi. A fine analisi si constatano quindi delle variazioni significative nel tempo con un aumento dei punteggi che fanno presupporre un rafforzamento dell'alleanza.

Di seguito, per quanto riguarda la verifica dei cambiamenti, sono stati confrontati il valore della scala *Bond* della valutazione del paziente ed i valori delle sottoscale *Bond, Task* e

*Goal* della valutazione del terapeuta, sia tra la fase iniziale e la valutazione intermedia (T1-T2), sia tra la valutazione intermedia e quella ad un anno (T2-T3) e tra la fase iniziale e la valutazione ad un anno (T1-T3).

Confrontando i due andamenti si può osservare che la valutazione del paziente mostra, complessivamente, differenze significative tra la fase iniziale e la valutazione ad un anno (T1-T3), nella scala totale e nella sottoscala *Bond*, ma non nel confronto tra la fase iniziale e la valutazione intermedia (T1-T2) e tra la valutazione intermedia e quella ad un anno (T2-T3). Nella valutazione del terapeuta si evidenzia, invece, una differenza significativa in tutte le scale nel confronto tra fase iniziale e valutazione intermedia (T1-T2), tra fase iniziale e valutazione ad un anno (T1-T3) e, solo nel *Goal*, nel confronto tra la valutazione intermedia e quella ad un anno (T2-T3). Si può quindi affermare che a 6 mesi dall'ingresso, come anche tra i 6 mesi e i 12 mesi dall'ingresso, i pazienti non percepiscono cambiamenti nella valutazione dell'alleanza terapeutica. Ciononostante, percepiscono nel complesso cambiamenti fra il momento dell'ingresso ed i 12 mesi dal trattamento per quanto riguarda la dimensione affettiva. Da questi risultati, si evidenzia che i pazienti necessitano di un tempo più lungo per percepire un cambiamento significativo nell'alleanza. Invece, già a 6 mesi dall'ingresso, i terapeuti percepiscono cambiamenti nella valutazione della alleanza in tutte e tre le dimensioni; differentemente, tra i 6 mesi dall'ingresso ed i 12 mesi solo nella dimensione degli obiettivi. Da questi dati si rileva, invece, che i terapeuti rispetto ai pazienti necessitano di meno tempo per percepire un cambiamento significativo nell'alleanza, e che ad un anno dalla valutazione effettuata all'ingresso, la dimensione degli obiettivi è quella che riscontra maggiori cambiamenti.

Questi risultati sono concordi con la letteratura che, infatti, afferma che i diversi aspetti dell'alleanza (*Bond*, *Task* e *Goal*) possono avere diversa importanza nei diversi stadi di sviluppo (Fitzpatrick & Irannejad, 2008), che l'aspetto che riguarda il legame fra paziente e terapeuta risulta essere molto rilevante e che le difficoltà riguardano in misura maggiore l'accordanza su compiti e obiettivi. Bisogna tenere in considerazione che l'aspetto dei compiti è molto importante per gli adolescenti, perché sono particolarmente sensibili alle limitazioni della propria autonomia ed al timore che qualcuno possa stabilire degli obiettivi in loro vece.

Analizzando meglio il fattore *Goal* nelle valutazioni dei pazienti, è possibile notare punteggi significativamente più bassi rispetto alle altre due scale in tutte e tre i tempi di somministrazione, sia al T1 (M=60,28; DS=9,81), che al T2 (M=62,91; DS=9,03) ed al T3 (M=62,60; DS=9,47). Ciò può dipendere da più spiegazioni: i pazienti potrebbero non avere stabilito con il terapeuta un buon accordo sugli obiettivi; gli obiettivi della relazione terapeutica non sono sufficientemente chiari; i pazienti, per la loro giovane età, sarebbero meno capaci di dilazionare la gratificazione e di tollerare la frustrazione al cospetto di obiettivi astratti ed a lungo termine; infine, a causa dello stato di tossicodipendenza, tendono a responsabilizzare il terapeuta e deresponsabilizzare sé stessi nel corso del trattamento, per via di dinamiche interpersonali di dipendenza relazionale.

Alcune ricerche in merito, indicano come per i pazienti giovani la dimensione relativa agli obiettivi sia di minore qualità (Everall & Paulson, 2002; Norcross, 2011; Orsi et al., 2010; Shirk & Karver, 2003; Zack et al., 2007). Di conseguenza, i terapeuti dovrebbero prestare maggiore attenzione ad alcuni accorgimenti per facilitare gli adolescenti nel comprendere al meglio i compiti e gli obiettivi: devono avere un atteggiamento supportivo e comprensivo, devono essere un alleato esperto e non un'autorità potente, devono avere un ascolto attento e rispettoso, devono attivare un senso di partecipazione (Byers & Lutz, 2015; Everall & Paulson, 2002), devono porre attenzione alla definizione ed all'accordo di obiettivi comuni, condivisi e compresi dai pazienti, proponendo quindi obiettivi concreti ed a breve termine.

Tornando ai risultati è interessante notare come dal confronto tra le due valutazioni emergano risultati rilevanti per quanto riguarda i terapeuti. I terapeuti percepiscono già dopo 6 mesi cambiamenti nella percezione dell'alleanza terapeutica rispetto al momento d'ingresso dei pazienti nel WAI-T e in tutte le sottoscale, non percepiscono invece cambiamenti tra i 6 e i 12 mesi tranne nella scala *Goal*, e complessivamente percepiscono cambiamenti in tutte le scale fra il momento d'ingresso dei pazienti e i 12 mesi di trattamento. È importante notare come, a differenza dei pazienti che percepiscono modifiche nell'alleanza solo nella componente affettiva, i terapeuti sembrano notare cambiamenti costanti in tutte e tre le componenti specie nella scala *Goal*. Bisogna comunque tenere in considerazione che nelle analisi descrittive sono emersi punteggi più bassi nel *Goal* rispetto alle altre scale, nei tre i tempi, al T1 (M=52,52; DS=10,01), al T2 (M=57,08; DS=10,14), e al T3 (M=62,60; DS=9,47) e punteggi bassi nel *Task* rispetto al

*Bond* dove si riscontrano i punteggi più alti. Ciononostante, prendendo in considerazione lo studio recente di Richardson e colleghi (2018), le componenti *Task* e *Goal* valutati dal terapeuta hanno un ruolo importante nel predire l'outcome del trattamento con i giovani tossicodipendenti. I risultati della presente ricerca suggeriscono una valutazione da parte del terapeuta dell'esito positivo del trattamento.

Il quarto obiettivo è indagare se, confrontando i pazienti che rimangono in trattamento a 6 e 12 mesi con i pazienti che abbandonano il trattamento, emergono delle differenze in merito alla qualità dell'alleanza valutata al momento dell'ingresso ed a 6 mesi.

Un primo confronto ha messo in rapporto tra loro il gruppo di pazienti che al 6° mese erano in trattamento e chi aveva già abbandonato il percorso. In questo caso il confronto ha potuto riguardare solo la valutazione sulla qualità dell'alleanza all'ingresso valutata dal paziente e dal terapeuta. Dai risultati è emerso che non ci sono differenze statisticamente significative nelle scale del WAI-T e del WAI-P. Non ci sono differenze tra chi lascia il trattamento e chi rimane.

Un secondo confronto ha messo in rapporto tra loro il gruppo di pazienti che al 12° mese erano in trattamento e chi aveva abbandonato, rispetto alla dimensione della qualità dell'alleanza all'ingresso e al 6° mese valutata dal paziente e dal terapeuta.

Fra i pazienti che al 12° mese erano presenti e chi ha fatto drop-out, in rapporto alla qualità dell'alleanza valutata dal paziente e dal terapeuta all'ingresso, non si notano differenze statisticamente significative tra chi lascia e chi rimane.

Sulla qualità dell'alleanza valutata dal paziente e dal terapeuta al 6° mese, sempre per quanto concerne i pazienti che al 12° mese erano presenti e di chi invece ha fatto drop-out, i punteggi mostrano differenze statisticamente significative tra chi ha abbandonato il trattamento e chi ha proseguito fino al 12° mese. Le sottoscale *Task* e *Goal* nella valutazione del paziente e sottoscala *Goal* nella valutazione del terapeuta hanno evidenziato dei dati significativi. Da questa analisi suggerisce che i pazienti con i valori più bassi nella dimensione degli obiettivi tendono ad abbandonare più facilmente il trattamento.

Quindi, tolta qualche eccezione, non si riscontrano particolari differenze in termini di alleanza terapeutica tra chi rimane in trattamento e chi invece lo abbandona. Di conseguenza l'alleanza ha solo una capacità parziale, quella di essere uno strumento che discrimina i gruppi e fornisce dati per il trattamento, individuando i pazienti più a rischio.

È del tutto evidente che questi risultati, per essere più significativi, necessitano di modelli più complessi che tengano conto di diverse variabili oltre all'alleanza (motivazione, gravità sintomatologica, comorbidità), per dare spiegazioni più accurate su chi abbandona il trattamento e su chi rimane. Tuttavia, esiste un indice i cui risultati mostrano che i clinici devono prestare particolare attenzione alla scala *Goal*, ovvero che i punteggi bassi caratterizzano il gruppo di chi abbandona. Da questo dato si può dedurre che sono necessari degli interventi preventivi che rafforzino, rimodulino o ricontrattino gli obiettivi di cura concordati con il paziente.

Il quinto ed ultimo obiettivo, ricerca una valutazione della personalità analizzando le modifiche delle caratteristiche rilevanti nelle analisi osservative tra T1 e T3 ed indaga su una possibile associazione dell'alleanza terapeutica con i disturbi di personalità.

Complessivamente, con focus all'ingresso del trattamento, emerge che una quota consistente del campione esaminato presenta almeno un Disturbo di Personalità. Questo vale sia per la valutazione DSM (75,4%; n=46) per la quale si riporta una prevalenza di disturbi di Cluster B (65,2%), sia per la valutazione SWAP (80,3%; n=49). Secondo la valutazione DSM, tra i 46 soggetti con almeno un disturbo diagnosticato, la diagnosi primaria più frequente è quella di Disturbo di Personalità Narcisistico (23,9%). Per la valutazione secondo SWAP, la diagnosi primaria più presente è anche in questo caso il Disturbo di Personalità Narcisistico (30,6%). Nell'insieme, facendo riferimento alla diagnosi primaria, il funzionamento di personalità Narcisistico è il più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati secondo la classificazione SWAP, e per la classificazione secondo DSM. Dalla valutazione DSM emerge che il funzionamento di personalità Istrionico, nei termini di valori medi, tratti e/o disturbo, è il più diffuso nel gruppo dei soggetti esaminati. Per quanto riguarda la valutazione secondo la classificazione SWAP, emerge che lo stile Antisociale è il più diffuso rispetto agli altri stili se si considerano i punteggi medi, tratto e/o disturbo.

Tassi così elevati di disturbi di personalità sono indice di una popolazione che, nonostante la giovane età, presenta un quadro psicopatologico complesso in cui probabilmente la gravità della propria condizione è data non soltanto dallo stato di tossicodipendenza, ma anche dal funzionamento di personalità. Sul tema, la letteratura sottolinea che i due disturbi sono diversamente interrelati tra loro (a volte è prevalente il disturbo di personalità, a volte l'uso di sostanze, in altri casi l'esordio è concomitante), ma gli studi

concordano nell'affermare che una situazione di comorbidità rappresenta un fattore di ostacolo al trattamento ed al mantenimento dell'astinenza.

L'analisi complessiva a 12 mesi dal trattamento, evidenzia ancora una alta presenza di soggetti con almeno un Disturbo di Personalità, secondo la valutazione DSM (60%; n=15), e secondo la valutazione SWAP (76%; n=19). Per la diagnosi primaria di Disturbo di Personalità, il Cluster B risulta ancora essere il più presente (60%; n=9), con Disturbo Narcisistico e di Disturbo Istrionico, entrambi al 26,7%, i più presenti per la valutazione DSM. Secondo la valutazione SWAP, la diagnosi primaria più presente è di disturbo Narcisistico (36,8%; n=7). Globalmente, facendo riferimento alla diagnosi primaria ed ai punteggi medi, anche a 12 mesi dall'ingresso il funzionamento di personalità Narcisistico rimane il più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati secondo entrambe le classificazioni SWAP e DSM. Dalla valutazione DSM, si evidenzia che il funzionamento di personalità Istrionico, nei termini di valori medi e diagnosi primaria, è il secondo più diffuso nel gruppo di soggetti esaminati.

Facendo un'analisi più dettagliata nel confronto delle caratteristiche di personalità tra T1 e T3, per mettere in luce come si sono modificate le caratteristiche rilevanti nelle analisi osservative tra T1 e T3, emerge che per la valutazione DSM si osserva una differenza significativa per il disturbo Schizotipico e l'Alto Funzionamento. Si nota inoltre come i cambiamenti siano avvenuti per il disturbo Schizotipico. L'indice dell'Alto Funzionamento sembra migliorare nel tempo. Per la valutazione SWAP emergono differenze statisticamente significative per i disturbi Antisociale, Schizoide, Ossessivo, Narcisistico, Depressivo, Disregolazione emotiva. Dai risultati sembrerebbe che le caratteristiche Antisociale, Disregolazione emotiva e Schizoide tendono a diminuire. Da questi dati si evince che esiste ancora un'alta presenza di soggetti con Disturbo di Personalità e che quindi il quadro psicopatologico dei pazienti rimane complesso, non solo per lo stato di tossicodipendenza ma anche per la compromissione del funzionamento di personalità. Tuttavia, ci sono alcuni risultati significativi che mostrano un outcome positivo del trattamento nell'arco di un anno, perché alcuni di questi tratti di personalità diminuiscono e l'Alto funzionamento sembra migliorare nel tempo.

L'ultima indagine riguarda l'associazione dell'alleanza terapeutica con i Disturbi di Personalità. In base alla limitata letteratura sull'argomento, si possono fare due ipotesi: la prima prevede l'esistenza di una correlazione negativa fra alleanza terapeutica e

Disturbi di Personalità di Cluster A, le cui caratteristiche sono la bizzarria, l'eccentricità e lo scarso interesse nelle relazioni interpersonali, e di Cluster B, per le caratteristiche di instabilità emotiva e comportamentale, l'ostilità e la vulnerabilità all'abbandono da parte degli altri. Quindi, in questa ipotesi, si ricerca la presenza di tratti di Cluster A e B associati con livelli minori di alleanza terapeutica (Olesek, Outcalt, Dimaggio, Popolo, George & Lysaker, 2016), in particolare nei tratti Antisociali, Borderline (Carpenter & Trull, 2013; Gratz et al., 2006; Scott et al., 2013; Scott et al., 2014; Smith et al., 2014) e Narcisisti (Smith et al., 2014).

La seconda ipotesi prevede per il Cluster C, caratterizzato da comportamenti di tipo ansioso e pauroso, una correlazione positiva con il disturbo Dipendente ed una correlazione negativa con il disturbo Evitante (Smith et al., 2014).

Dai risultati dell'indagine, non si riscontra alcuna correlazione statisticamente significativa nei punteggi presenti tra le valutazioni self-report dei pazienti ai questionari WAI-P e WAI-T ed i Disturbi di Personalità dei fattori Q-T della SWAP a 12 mesi dall'ingresso. Emergono, invece, alcune correlazioni statisticamente significative nella valutazione DSM, che riguardano il disturbo Borderline e l'Alto Funzionamento. Per il disturbo Borderline, alla valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta al 6° mese, si riscontra una correlazione positiva nella scala totale WAI-P (,.470) ed una correlazione positiva nella scala totale WAI-T (,.362). Questo risultato non è concorde con altre ricerche le cui conclusioni prevedono, invece, una correlazione negativa con i disturbi di cluster A e B, in particolare nei tratti Antisociale e Borderline (Carpenter & Trull, 2013; Gratz et al., 2006; Scott et al., 2013; Scott et al., 2014; Smith et al., 2014).

Ciò può avere diversi significati: le caratteristiche della comunità mostrano un'efficacia nel trattamento residenziale, in particolar modo per la funzione della comunità come "contenitore", che rappresenta per i pazienti un ambiente sicuro e rassicurante che offre protezione dall'ambiente esterno, garantendo sia una sicurezza fisica che un contenimento a livello emotivo (Brunori & Raggi, 2011); un'altra spiegazione si può riscontrare nella relazione terapeutica positiva, che fa percepire una alleanza forte e, di conseguenza, i pazienti riescono a mettere da parte gli aspetti meno gradevoli del rapporto, sia per il meccanismo dell'idealizzazione (enfaticizzando solo gli aspetti positivi del terapeuta), sia per il meccanismo della scissione (che porta a vivere positivamente il setting terapeutico ma negativamente il contesto comunitario), sia per le dinamiche di

scissione (con gli operatori divisi in operatori buoni che “capiscono” e “possono aiutare” ed operatori cattivi che “non credono e non hanno fiducia”).

Per quello che concerne la valutazione SWAP, i risultati significativi si riscontrano nel disturbo Narcisistico e nel disturbo di Disregolazione emotiva. Per il disturbo Narcisistico, nella valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta all'ingresso, si evidenzia una correlazione negativa nella scala totale WAI-T (-,338), una correlazione negativa nelle scale totali WAI-P (-,335) e WAI-T (-,352) nella valutazione dell'alleanza terapeutica del paziente e terapeuta a 6 mesi dall'ingresso. Questo risultato è invece concorde con gli studi presenti. Per il disturbo di Disregolazione emotiva, si evidenzia una correlazione positiva nella scala totale WAI-T all'ingresso (,316), una correlazione positiva nelle scale totali WAI-P (,385) e WAI-T (,370) a 6 mesi dall'ingresso. Non si rilevano invece correlazioni con il disturbo dipendente ed il disturbo evitante, come invece presagito da precedenti ricerche.

## **5.2 Limiti e prospettive future**

Lo studio in questione dichiara alcuni limiti della ricerca e propone degli sviluppi futuri.

- Innanzitutto, è doverosa una considerazione sul campione della ricerca: il campione presenta delle caratteristiche molto specifiche, essendo costituito da giovani adulti tossicodipendenti, spesso poliabusatori, che rendono assai complesso generalizzare i risultati e fare un confronto con altri studi, facendo supporre un possibile limite. Tuttavia, la specificità del campione può rappresentare un vantaggio perché lo studio in questione, rispetto ad altri studi, è più rappresentativo della popolazione dei pazienti giovani adulti tossicodipendenti.
- Un altro limite dello studio può essere imputato alla mancanza di controllo di alcune variabili, come le caratteristiche del paziente e del suo disturbo, la non conoscenza di quanto le caratteristiche personali e/o situazionali hanno influito nello studio, per la mancanza di strumenti per il controllo di quest'ultime.
- Un altro limite è la mancanza di dati sulle differenze fra pattern di personalità ed alleanza nell'efficacia del trattamento, e la mancanza di considerazione di altre variabili come l'analisi del transfert dei pazienti e del controtransfert dei terapeuti.

L'elaborato considera anche delle prospettive future:

- Studi longitudinali che considerino l'evolversi dell'alleanza successivamente ai 12



mesi dall'ingresso, a 18 e 24 mesi, per analizzare ancora in maniera più approfondita l'alleanza nel tempo.

- Valutare la capacità predittiva dell'alleanza da parte del paziente e del terapeuta rispetto all'outcome del trattamento. Si potrebbe tenere in considerazione la ritenzione in trattamento dei pazienti, l'astinenza, le ricadute, le rotture dell'alleanza e la loro risoluzione.
- Sviluppare alcuni aspetti dell'alleanza, per esempio approfondire la componente *Goal* dove si riscontrano in genere punteggi più bassi, con l'obiettivo di individuarne le cause.



## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.
- Al-Kandari, F. H., Yacoub, K., & Omu, F. (2001). Initiation factors for substance abuse. *J Adv Nurs.*, 34(1), 78-85.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders: DSM-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12(4), 339-373.
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623.
- Auerbach, S. M., Martelli, M. F., & Mercuri, L. G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1284-1296.
- Auerbach, S. M., May, J. C., Stevens, M., & Kiesler, D. J. (2008). The interactive role of working alliance and counselor-client interpersonal behaviors in adolescent substance abuse treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 617-629.
- Auerbach, S. M., Penberthy, A. R., & Kiesler, D. J. (2004). Opportunity for control, interpersonal impacts, and adjustment to a long-term invasive health care procedure. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 11-29.

- Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *J Child Psychol Psychiatry*, *42*(6), 785-90.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *32*(5), 400-412.
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British journal of medical psychology*, *71*(3), 233-245.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y., Morral, A. R., & McLellan, A. T. (1997). Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *48*(1), 51-59.
- Berry, K., Gregg, L., Lobban, F., & Barrowclough, C. (2016). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Comprehensive Psychiatry*, *67*, 73-80.
- Bolton Oetzel, K., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*(3), 215-225.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*, 252-260.
- Bronstein, C., & Flanders, S. (1998). The development of a therapeutic space in a first contact with adolescents. *Journal of Child Psychotherapy*, *24*(1), 5-35.
- Brunori, L., & Raggi, C. (2011). *Le comunità terapeutiche: tra caso e progetto*. Bologna, Il Mulino, 2007.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, *48*, 34-42.
- Büttner, A. (2011). Review: The neuropathology of drug abuse. *Neuropathology and Applied Neurobiology*, *37*, 118-134.
- Byers, A. N., & Lutz, D. J. (2015). Therapeutic alliance with youth in residential care: Challenges and recommendations. *Residential Treatment for Children & Youth*, *32*(1), 1-18.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, *15*(1), 1-8.

- Cartwright, C., Rhodes, P., King, R., & Shires, A. (2014). Experiences of countertransference: Reports of clinical psychology students. *Australian Psychologist, 49*(4), 232-240.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(3), 497.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271-279.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 61*(1), 139-149.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 588-598.
- Constantino, M., & Smith-Hansen, L. (2008). Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research, 18*(6), 683-698.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 203.
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). The role of the working alliance in treatment for alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 29*(2), 371.
- Countryman, J. (2005). Substance use in adolescents. *Clinical Child Psychiatry, 263*.
- Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction, 102*(12), 1960-1970.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures.[El desarrollo de la alianza terapéutica y la aparición de rupturas en la alianza]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 30*(3), 985-994.
- Crowe, T. P., & Grenyer, B. F. S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clin. Psychol. Psychother., 15*, 239-246.

- Daniels, R. A., Holdsworth, E., & Tramontano, C. (2017). Relating Therapist Characteristic Client Engagement and the Therapeutic Alliance in an Adolescent Custodial Group Substance Misuse Treatment Program. *Substance use & misuse*, 52(9), 1139-1150.
- Darchuk, A. J. (2007). *The role of the therapeutic alliance and its relationship to treatment outcome and client motivation in an adolescent substance abuse treatment setting* (Doctoral dissertation, Ohio University).
- De Coro A., & Ortu F. (2010). *Psicologia Dinamica: I modelli teorici a confronto*. Editori Laterza.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- Dennis, M. L., Titus, J. C., & Diamond, G. S. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plan. *Addiction*, 97, 16-34.
- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H., & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American journal on addictions*, 15(1), 26-33.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48, 237-248.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy*, 46, 277-290.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2021). *Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2020)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Duppong Hurley, K., Van Ryzin, M. J., Lambert, M., & Stevens, A. L. (2015). Examining change in therapeutic alliance to predict youth mental health outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(2), 90-100.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 419-431.
- Everall, Robin, & Paulson, Barbara. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2, 78-87.

- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(4), 262.
- Fernandez, O. M., Krause, M., & Pérez, J. C. (2016). Therapeutic alliance in the initial phase of psychotherapy with adolescents: different perspectives and their association with therapeutic outcomes. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19*(1), 1-9.
- Fitzpatrick, M. R. & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. *Journal of Counseling & Development, 86*(4), 438-445.
- Fitzpatrick, M. R. Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 69-79.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W. C. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of clinical child psychology, 29*(1), 94-107.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10-17.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 55*(4), 316-340.
- Foremar, S. A., Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 142*, 922-26.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The case of Schreber, papers on technique and other works* (pp. 97-108).
- Frieswyk, S. H., Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1994). The role of the therapeutic alliance in psychoanalytic therapy with borderline patients. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, 199-224. John Wiley & Sons.
- Fuller, F., & Hill, C. E. (1985). Counselor and helpee perceptions of counselor intentions in relation to outcome in a single counseling session. *Journal of Counseling Psychology, 32*(3), 329-338.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 439-443.

- Gaston, L., & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *The journal of psychotherapy practice and research*, 1(2), 135.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallager, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483-489.
- Gazzillo, F. (2006). *La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200*, 609-628. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gazzillo, F. (2009). *La Shedler-Westen-Assessment Procedure (SWAP)*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & F. Gazzillo (Eds.). *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 2, 155-243.
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 84-104.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76.
- Gillaspy, J. A., Wright, A. R., Campbell, C., Stokes, S., & Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12(2), 213-229.
- Gómez Penedo, J. M., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Schröder, J., Hohagen, F., ... & Klein, J. P. (2020). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *Journal of clinical psychology*, 76(6), 973-986.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential pro-grammes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 850.
- Green, S. J., Littell, J. H., Hammerstrøm, K., Tanner-Smith, E., & Wilen, J. S. (2013). The Therapeutic Alliance and Psychotherapy Outcomes for Young Adults Aged 18 to 34: Protocol for a Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(1), 1-45.



- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Handwerk, M. L., Huefner, J. C., Ringle, J. L., Howard, B. K., Soper, S. H., Almquist, J. K., ... & Father Flanagan's Boys' Home. (2008). The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 145-165.
- Hanna, F. J., Hanna, C. A., & Keys, S. G. (1999). Fifty strategies for counseling defiant, aggressive adolescents: Reaching, accepting, and relating. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 395-404.
- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. *Empirical studies of psychoanalytic theories*, 1, 1-37.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of Patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 1-12.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy research*, 16(1), 12-25.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child & Youth Care Forum*, 37(2), 59-74.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(2), 172-180.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Høglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(1), 18-27.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, 259-286. John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, B. D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Effective Elements of the Therapy Relationship: What Works in General.*, 2, 23-69.
- Horvath, A. O., & Symonds B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 37-70. New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). Development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*, 529-556. New York, NY: Guilford Press
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance in adult psychotherapy. In J. E. Norcross (Ed.), *Relationships that works*, 25-69. New York, NY: Oxford University Press.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Hurley, K. D., Lambert, M. C., Van Ryzin, M., Sullivan, J., & Stevens, A. (2013). Therapeutic alliance between youth and staff in residential group care: Psychometrics of the therapeutic alliance quality scale. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 56-64.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol dependence*, 57(2), 113-125.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 140-147.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 339-346.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(8), 1051-1062.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional,

Aggressive, and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730.

- Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2016). Recovery benefits of the “therapeutic alliance” among 12-step mutual-help organization attendees and their sponsors. *Drug and alcohol dependence*, 162, 64-71.
- Kennard, D. (1998). *An Introduction to Therapeutic Communities*, 2nd ed. London, Jessica Kingsley, 1998.
- Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: The interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine*, 57(9), 1707-1722.
- Kiluk, B. D., Serafini, K., Frankforter, T., Nich, C., & Carroll, K. M. (2016). Only connect: The working alliance in computer-based cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 139-146.
- Klein. (2019). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *J. Clin. Psychol.*, 76, 973-986.
- Knuuttila, V., Kuusisto, K., Saarnio, P., & Nummi, T. (2012). Effect of early working alliance on retention in outpatient substance abuse treatment. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(4), 361-375.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., ... & Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of general psychiatry*, 65(5), 578-584.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.
- Langs, R. J. (Ed.). (1977). *Classics in psychoanalytic technique*. Jason Aronson, Incorporated.
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica - Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Lingiardi, V., Colli A. (2007). Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità dell'IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie. *Ricerca in psicoterapia*, 10(1), 75-97.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2002). La valutazione della personalità secondo Drew Westen. Parte 1: La Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200 e SWAP-II). *Infanzia e adolescenza*, 1(2), 65-80.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2010). Drew Westen e la ricerca in psicoterapia: un sostegno empirico al lavoro psicoanalitico. In A. De Coro & F. Ortu (Eds.), *Psicologia Dinamica. I modelli teorici a confronto*, 346-359. Bari-Roma: Laterza.
- Lingiardi, V., Croce, D., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). La valutazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia dei pazienti con Disturbo di Personalità. *Ricerca in Psicoterapia*, 2(1-3), 63-80.
- Lombardo, A. (2007). *La comunità psicoterapeutica: cultura, strumenti, tecnica*. Franco Angeli, 152-160.
- Long, C. G., Williams, M., Midgley, M., & Hollin, C. R. (2000). Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addictive behaviors*, 25(4), 573-578.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*, 92-116. New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric Properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 260-271.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138.
- Manso, A., Rauktis, M. E., & Boyd, A. S. (2008). Youth expectations about therapeutic alliance in a residential setting. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(1), 55-72.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California therapeutic alliance rating system. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46.
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan Jr., D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(3), 352-367.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 438.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-616.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction, 100*(3), 304-316.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction, 100*(4), 500-511.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence, 83*(1), 57-64.
- Miller, D. S., & Miller, T. Q. (1997). A test of socioeconomic status as a predictor of initial marijuana use. *Addictive Behaviors, 22*(4), 479-489.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(1), 185.
- Muran J. C., (2002). A Relational Approach to understanding change: Plurality and Contextualism in a Psychotherapy research program. *Psychotherapy research, 12*(2), 113-38.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2011). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. Guilford Press.
- Nakash, O., & Nagar, M. (2018). Assessment of diagnostic information and quality of working alliance with clients diagnosed with personality disorders during the mental health intake. *Journal of Mental Health, 27*(4), 314-321.
- O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction, 106*(5), 866-7.
- Oddli, H. W., & Halvorsen, M. S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(2), 295-307.
- Oddli, H. W., & Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research, 22*(2), 176-193.

- O'Keeffe, S., Martin, P., & Midgley, N. (2020). When adolescents stop psychological therapy: Rupture-repair in the therapeutic alliance and association with therapy ending. *Psychotherapy, 57*(4), 471-490.
- Olesek, K. L., Outcalt, J., Dimaggio, G., Popolo, R., George, S., & Lysaker, P. H. (2016). Cluster B Personality Disorder Traits as a Predictor of Therapeutic Alliance Over Time in Residential Treatment for Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(10), 736-740
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. (2021). *Relazione europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea.
- Paap, D., & Dijkstra, P. U. (2017). Working Alliance Inventory-Short Form Revised. *Journal of Physiotherapy, 63*(2), 118.
- Paivio, S. C., Bahr, L. B. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychother Res., 8*, 392-406.
- Patterson, C. H. (1948). Alexander, F., & French, TM Psychoanalytic Therapy. *Journal of Social Psychology, 28*(1), 179.
- Pinsker-Aspen, J. H., Stein, M. B., & Hilsenroth, M. J. (2007). Clinical utility of early memories as a predictor of early therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(1), 96.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of marital and family therapy, 12*(2), 137-151.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M. A. R. Y., Nixon, G. W., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of nervous and mental disease, 179*, 432-438.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 69-72.
- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsh, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviours, 24*(3), 317-330.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*(4), 534.
- Roest, J., Van der Helm, P., Strijbosch, E., Van Brandenburg, M., & Stams, G. J. (2016). Measuring therapeutic alliance with children in residential treatment and

therapeutic day care: A validation study of the Children's Alliance Questionnaire. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 212-218.

Roweton, W.E. (1995). Erikson, E. H. (1993, originally published in 1950). Childhood and society. New York: Norton. *Psychol. Schs.*, 32, 243-243.

Russell, R., Shirk, S., & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27.

Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.

Safran, J. D. (2002). Brief Relational Psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171-95.

Safran, J. D., & Muran J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. Guilford Press, New York.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 38(4), 406-412.

Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M. (2015). The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: Results of a small randomized controlled trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(1), 55-64.

Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., ... & Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology?. *Journal of personality disorders*, 27(4), 473-495.

Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 278.

Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13.

Serpelloni, G., & Alessandrini, F. (2014). Cervello, mente e droghe - Struttura, funzionamento e alterazioni droga-correlate. *Neuroscienze delle dipendenze*. Presidenza del Consiglio dei Ministri: Dipartimento Politiche Antidroga.

Shedler, J., Westen, D., & Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current psychiatry reports*, 4(1), 25-29.

- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(3), 452.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 17.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of substance abuse treatment, 14*(6), 565-572.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review, 30*(3), 326-337.
- Smith, S. W., Hilsenroth, M. J., Fiori, K. L., & Bornstein, R. F. (2014). Relationship between SWAP-200 patient personality characteristics and patient-rated alliance early in treatment. *The Journal of nervous and mental disease, 202*(5), 372-378.
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review, 18*(4), 453-475.
- Stanton, M. D. (1997). The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals. *NIDA Research Monograph, 165*, 157-180.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. Z. Goldsmith, *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Taylor, L., Adelman, H. S., & Kaser-Boyd, N. (1985). Minors' attitudes and competence toward participation in psychoeducational decisions. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*(2), 226-235.
- Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S., & Funk, R. R. (2005). Working Alliance, Treatment Satisfaction, and Patterns of Posttreatment Use Among Adolescent Substance Users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(2), 199-207.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol, 60*(2), 271-277.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy, 29*(1), 39-55.



- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195-199.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry, 58*(6), 590-596.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 1*(3), 207.
- Treistman, Steven N. (2009). Addiction. In: Encyclopedia of Life Sciences (ELS). John Wiley & Sons, Ltd: Chichester.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642.
- Ungar, A. K., Konova, A. B., Patel, A., Goldstein, R. Z., & Hurd, Y. L. (2017). Substance Use and Addictive Disorders.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021 - Drug Demand and Supply (Booklet 2)*. Vienna: United Nations Publication.
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(3), 344-351.
- Volkow, N. D., & Li, T. K. (2005). Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & therapeutics, 108*(1), 3-17.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (Eds.). (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II: I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II: II. Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 156*, 273-285.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 138-166.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*.
- Zilcha-Mano, S., Snyder, J., & Silberschatz, G. (2017). The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(3), 371-380.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130-140.