



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Sapienza Università degli studi di Roma
Facoltà di Medicina e Psicologia
Dottorato in Psicologia Dinamica e Clinica, XXXII ciclo

Tesi di Dottorato

**Sintomatologia, sistemi emotivi di base e tratti di personalità predittivi
dell'alleanza di lavoro e del drop-out terapeutico con pazienti adolescenti**

Dottorando:

Dott. Mario Biagiarelli

Tutor:

Prof.ssa Renata Tambelli

Co-tutor:

Prof. Stefano Ferracuti

TITOLO

Sintomatologia, sistemi emotivi di base e tratti di personalità predittivi dell'alleanza di lavoro e del drop-out terapeutico con pazienti adolescenti

Indice

1. Introduzione.....	pg. 4
2. Materiali e metodi.....	pg. 17
3. Risultati studio 1.....	pg. 23
4. Risultati studio 2.....	pg. 25
5. Risultati studio 3.....	pg. 27
6. Discussione.....	pg. 32
7. Conclusioni.....	pg. 50
8. Bibliografia.....	pg. 52
9. Tabelle.....	pg. 59

Riassunto

Introduzione. L'alleanza di lavoro e la prevenzione del drop-out psicoterapeutico rappresentano due fenomeni molto importanti per la gestione del processo terapeutico. La letteratura sottolinea la scarsità di studi che esplorino il contributo del paziente adolescente rispetto a questi fenomeni. *Obiettivi.* L'obiettivo di questo studio consisteva nell'esplorare la relazione tra la sintomatologia e la personalità rispetto all'alleanza di lavoro a breve termine e a medio termine e il drop-out. I modelli di personalità ai quali si è fatto riferimento sono quelli delle neuroscienze affettive e del Modello alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5.

Metodi. Si sono condotti tre studi, con pazienti adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni, che si rivolgevano alle cure psichiatriche. I soggetti sono stati valutati con i seguenti strumenti: WAI-T, HAM-A, HAM-D, YMRS, ANPS 2.4, ANPS-AR, PID-5, TAS-20.

Risultati. La sintomatologia clinica non risultava predittiva dell'alleanza di lavoro. I sistemi emotivi di base della CURA, del GIOCO e della RABBIA erano predittivi dell'alleanza di lavoro a breve e medio termine. Nessun sistema di base era predittivo del drop-out. I domini DSM-5 "Distacco" e "Antagonismo" mostravano una abilità significativa e negativa di predire l'alleanza di lavoro a breve termine, ma non a medio termine. Alcuni tratti DSM-5 (insensibilità, ostilità, irresponsabilità, impulsività) predicevano in senso negativo il drop-out. Infine, l'alessitimia è risultata predittiva in senso negativo dell'alleanza di lavoro, ma non del drop-out. *Conclusioni.* La considerazione degli elementi sintomatologici e personologici può fornire importanti informazioni per la gestione dell'alleanza di lavoro e del drop-out terapeutico.

1. Introduzione

Le statistiche riguardanti la salute mentale in adolescenza descrivono la presenza di elevati tassi di patologie psichiatriche in questa fascia di età, soprattutto in riferimento a disturbi dello spettro ansioso ed umorale (Center for Disease Control and Prevention, 2002; NIMH, 1999)

L'assenza di un intervento precoce su questi disturbi predice ovviamente il disagio a breve termine, ma anche l'insorgenza di gravi patologie in età adulta, associato ad un peggioramento del funzionamento sociale e lavorativo (Aalto-Setälä et al., 2002; Ferguson et al., 2005; Fombonne et al., 2001; Pine et al., 1998; Chen et al., 2006).

L'intervento psicoterapeutico produce una riduzione significativa delle problematiche psicopatologiche (Norcross, 2011).

Un importante fenomeno che impedisce l'inizio e la prosecuzione di un trattamento terapeutico è rappresentato dall'elevata frequenza dell'abbandono del percorso (drop-out) (tra il 28 e il 78%) nella popolazione dei pazienti adolescenti (Block, Greeno, 2011; Baruch, Vrouva, Fearon, 2009; Swift, Greenberg, 2012, 2014). Il drop-out appare molto frequente nelle primissime fasi del trattamento (entro i primi due mesi) (Harpaz-Rotem et al., 2004). La fase iniziale del trattamento è considerata da sempre un momento chiave per il completamento di un trattamento di successo (Fernandez, Krause, Perez, 2016; Hill, 2005; Howard, Lueger, Maling, Martinovich, 1993; Prochaska, DiClemente, 1983) sia per gli adulti (Alberti, Martorano, Martorano, 2013), sia per gli adolescenti (Oetzel, Scherer, 2003).

I tassi di drop-out sono più elevati nei ragazzi più giovani, in quelli accolti in centri clinici universitari, con disturbi della personalità o con disturbi del comportamento alimentare, in quelli che ricevono un trattamento che non è delimitato nel tempo e che non è manualizzato e in quelli che sono assegnati ad un clinico ancora in formazione. I clinici più esperti hanno tassi di drop-out significativamente inferiori (17.2% vs. 26.6%) (Swift & Greenberg, 2014), a

sostegno della tesi secondo la quale i fattori aspecifici relazionali hanno davvero un grande impatto sul processo e l'esito terapeutico (Norcross, 2011). Di contro, la frequenza del drop-out non è influenzata dall'orientamento teorico, a riprova della necessità di andare oltre le posizioni ideologiche delle varie scuole terapeutiche ed orientarci, invece, verso un'integrazione dei processi tecnici e relazionali adatti ad una specifica fase evolutiva ed agli specifici stadi del cambiamento. La frequenza del drop-out non differisce rispetto ai trattamenti individuali o di gruppo, né rispetto al sesso e all'etnia del cliente e del clinico (Swift & Greenberg, 2012).

La riduzione del drop-out ed un buon outcome psicoterapeutico sono predetti da una buona alleanza terapeutica nelle fasi precoci del trattamento (Shirk, Karver, Brown, 2011), sia negli adulti (Horvath, Del Re, Fluckinger, Symonds, 2011; Martin, Garske, Davies, 2000) che negli adolescenti (Shirk, Karver, Brown, 2011; Karver, Monahan, De Nadai, Shirk, 2018).

La definizione transteorica di Bordin (1979) di alleanza di lavoro è costituita da tre componenti: (1) l'esplicita condivisione di obiettivi di cambiamento (*goal*) da parte di cliente e clinico; (2) la chiara definizione di compiti (*task*) reciproci all'inizio del percorso; (3) il tipo di legame affettivo (*bond*) che si costituisce fra i due, caratterizzato da fiducia, sicurezza, genuinità e rispetto. Da tale definizione è possibile evincere che l'alleanza si delinea come un lavoro cooperativo tra due soggetti interagenti ed entrambi attivi, ciascuno nel proprio ruolo.

Il consenso sull'obiettivo è: (a) un accordo tra clinico e cliente sugli obiettivi di cambiamento; (b) la misura in cui il clinico spiega la natura e le aspettative del percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico e quanto il cliente comprende queste informazioni; (c) quanto gli obiettivi vengono discussi, e quanto il cliente comprende che gli obiettivi siano chiaramente determinati; (d) l'impegno del cliente per raggiungere gli obiettivi; (e) la corrispondenza tra le idee del cliente e l'accordo su chi o che cosa è responsabile della soluzione del problema (Tryon, Winograd, 2001).

Il consenso sui compiti concerne i processi di cambiamento e le tecniche più idonee per raggiungere gli ulteriori stadi del cambiamento.

Il legame affettivo emerge dall'interazione tra due variabili principali: da una parte il contributo del clinico in termini di atteggiamenti e schemi emotivo-cognitivi e, dall'altra, il contributo del cliente, le sue caratteristiche e gli schemi transferali.

Il lavoro precoce su queste tre variabili appare di estrema importanza, poiché un buon livello di alleanza di lavoro, già nei primissimi incontri, predice in modo moderato-lieve (ma solido) un buon outcome e riduce il tasso di drop-out (Horvath, Del Re, Flückiger et al., 2011). Se non vi sono prove che l'alleanza migliori i sintomi, è invece assai probabile che questa migliori il livello di adattamento generale: gli stati emotivi, l'autostima, la connessione sociale, l'ottimismo, la soddisfazione per la vita, la produttività sul lavoro, la percezione di eventi di vita piacevoli e spiacevoli (Nuetzel, Randy, Larsen, Prizmic, 2007).

Il costrutto dell'alleanza di lavoro viene considerato la quintessenza dell'approccio teorico e tecnico integrativo (Wolfe, Goldfried, 1988) e probabilmente il "fattore comune" citato con maggiore frequenza (Wampold, 2001). La promozione dell'alleanza di lavoro non è disgiunta dagli interventi tecnici che i clinici adottano per aiutare i loro clienti; è influenzata da, ed è un elemento essenziale e inseparabile di, tutto ciò che accade nel processo clinico. Pertanto, l'alleanza non è solo un set di attività tecniche riconducibili a processi di cambiamento, bensì un modo di guardare a queste attività. Implica che il clinico e il cliente siano impegnati in queste attività in modo attivo e cooperativo. In sintesi, il costrutto dell'alleanza diagnostica o di lavoro è importante per quattro ragioni: a. sottolinea l'interdipendenza tra fattori relazionali e tecnici; b. suggerisce l'applicazione flessibile delle tecniche; c. enfatizza promuove la riparazione delle rotture relazionali; d. dà rilievo alla necessità di una negoziazione continua di compiti (*task*) e obiettivi di cambiamento (*goal*).

Abbiamo detto che l'alleanza di lavoro è composta da tre fattori: una collaborazione sugli obiettivi (*goal*), un accordo sui compiti (*task*) necessari per raggiungere tali obiettivi e

un legame affettivo (*bond*) tra cliente e clinico. In realtà, la letteratura avvalora l'ipotesi secondo la quale l'alleanza di lavoro negli adolescenti presenterebbe delle caratteristiche meno differenziate, poiché i ragazzi tenderebbero a non saper distinguere tra obiettivi e compiti (DiGiuseppe et al, 1996; Faw, Hogue, Johnson, Diamond, Liddle, 2005). In altri termini, i ragazzi tendono a perseguire l'obiettivo generale di "capirci qualcosa" nella confusione della crisi evolutiva che stanno vivendo. Questo obiettivo può essere considerato, di fatto, anche un compito.

L'alleanza di lavoro con l'adolescente predice l'aderenza al percorso e l'esito del trattamento, nella stessa misura di quanto si riscontra nella popolazione adulta (Karver, Handelsman, Fields, Bickman, 2006). D'altra parte, la forza dell'alleanza di lavoro ha un maggiore peso nei clienti con coping esternalizzante (e quindi con disturbi della personalità, disturbi della condotta, abuso di sostanze), piuttosto che con coping internalizzante.

Stabilire una buona alleanza di lavoro con gli adolescenti presenta però delle difficoltà specifiche per questa popolazione (Castro-Blanco, Karver, 2010). Le variabili che tendono ad ostacolare la formazione di una solida alleanza terapeutica con pazienti adolescenti riguardano: il mancato sviluppo o la compromissione della capacità di pensiero astratto (Shirk, Saiz, 1992); la tendenza a negare/sottostimare le proprie problematiche psicopatologiche (Dakof, Tejada, Liddle, 2001) o la necessità di un cambiamento (Baruch, Vrouva, Fearon, 2009; Prochaska, Norcross, 2001; Kadzin, 1996, 2004); la motivazione estrinseca al trattamento (i ragazzi sono quasi sempre portati a consultazione dai genitori) (Di Giuseppe, 1988; Prochaska, Norcross, 2001; Kadzin, 2004); la tendenza ad attribuire la causa dei propri problemi all'esterno (Baruch, Vrouva, Fearon, 2009); il bisogno di autonomia (Church, 1994); l'opposizione a figure autoritarie (Rubenstein, 1996; Hanna, Hunt, 1999; Russell, Shirk, Jungbluth, 2008). Inoltre molto spesso i terapeuti sono intimiditi dal lavorare con pazienti adolescenti (Church, 1994).

La letteratura specialistica ha prodotto numerosi studi sulla relazione tra l'alleanza lavorativa, l'esito terapeutico e l'abbandono nella popolazione adulta, ma ha in gran parte trascurato di approfondire questo problema nella popolazione adolescente. Allo stesso modo, ci sono studi sulle variabili sintomatologiche e interpersonali associate all'alleanza di lavoro e l'abbandono nella popolazione adulta, ma pochissimi lavori che studiano queste associazioni negli adolescenti (Karver, Monahan, De Nadai, Shirk, 2018).

Inoltre, la letteratura si concentra solo su alcune variabili, principalmente interpersonali, trascurando molti importanti elementi sintomatologici e personologici, come le caratteristiche generali (Five Factor), gli spettri esternalizzanti e interiorizzanti, i sistemi emotivo-motivazionali di base delle neuroscienze affettive, l'alessitimia (Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonqvist, 2000).

La conoscenza delle variabili sintomatologiche e personologiche relative all'alleanza di lavoro e al drop-out può aiutare a calibrare interventi più precoci e personalizzati, che tengano in grande considerazione il funzionamento emotivo, che le neuroscienze affettive considerano centrali per la comprensione della salute mentale e produrre cambiamenti terapeutici più duraturi e strutturali (Panksepp, Biven, 2014).

Un altro limite di gran parte della letteratura sull'argomento risiede nella metodologia di raccolta dei campioni. I partecipanti allo studio hanno spesso tra 5 e 18 anni. Molto spesso, la letteratura tende a unire bambini e adolescenti o adolescenti di fasce d'età abbastanza diverse (Karver, Monahan, De Nadai, Shirk, 2018). In realtà, il funzionamento mentale nell'adolescenza è abbastanza diverso dal funzionamento del bambino e dell'adulto, così come ci sono anche differenze tra i ragazzi più giovani all'età di 14 anni rispetto ai ragazzi più grandi di età compresa tra 17 e 18 anni (Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonqvist, 2000).

Un'ultima limitazione della letteratura consiste nella scelta degli strumenti da utilizzare per misurare la personalità, che sembrano rendere operativa una concezione parziale della

personalità, poco in linea con i recenti modelli diagnostici (Hersoug, Monsen, Havik, Hoglend, 2002).

Il modello di personalità delle neuroscienze, come anticipato, può fornire una cornice di riferimento utile al fine di comprendere importanti aspetti del funzionamento mentale connessi con l'alleanza di lavoro e il drop-out terapeutico.

Le neuroscienze affettive e le principali teorie personologiche contemporanee pongono al centro dell'interesse diagnostico il funzionamento emotivo-motivazionale (Panksepp, Biven, 2014; Gilbert, 1998; Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 2002).

Le neuroscienze affettive mirano a riconnettere la teoria della personalità alla teoria evuzionistica, dimostrando come la nostra personalità sia strettamente collegata ai sistemi emotivo-motivazionali di base comuni a tutti i mammiferi, e che sono fortemente implicati nella comprensione della salute e della psicopatologia (Deris, Montag, Reuter, Weber, Markett, 2017). Lo studio dei processi emotivi primari può rispondere alla necessità di strutturare una comprensione della personalità che si fondi sui processi neurobiologici.

Le emozioni sono meccanismi adattivi e disponibili all'organismo per adattarsi alle continue sollecitazioni ambientali (Frijda, 1986). Implicano l'integrazione di vari sistemi psicologici e fisiologici, segnalano che un evento rilevante a livello motivazionale è accaduto e se esso è vantaggioso o svantaggioso per la persona; attivano, disattivano o inibiscono il comportamento; motivano particolari tipi di comportamento e di funzionamento finalizzati a risolvere situazioni problematiche; forniscono una guida per la riorganizzazione delle priorità degli obiettivi individuali e una ricollocazione delle risorse rispetto agli obiettivi; comunicano rapidamente agli altri che qualcosa di importante è accaduto o sta accadendo (Izard, 2009; Montag, Panksepp, 2017).

La definizione comportamentista classica di "motivazione" comporta l'idea di un cambiamento nella linea di condotta osservabile di un organismo che si dirige verso un nuovo obiettivo (Panksepp, Biven, 2014; Liotti, Monticelli, 2008; Lichtenberg, Lachmann,

Fosshage, 2012). Le neuroscienze affettive definiscono i sistemi emotivo-motivazionali come propensioni ad agire verso specifici obiettivi, selezionati dall'evoluzione, finalizzati all'adattamento. I sistemi emotivo-motivazionali non sono concepiti come scariche pulsionali inevitabili o come schemi meccanici, ma come "inviti", sollecitazioni, anche se pressanti, a perseguire particolari forme di interazione fra organismo e ambiente, incluso l'ambiente sociale (Panksepp, Biven, 2014). Al pari delle altre tendenze innate, le motivazioni sono adattamenti a specifici aspetti della nicchia ecologica in cui una specie evolve, di modo che ogni disposizione ad agire verso un obiettivo sociale è un adattamento a un particolare ambito della relazione fra membri del gruppo (Buss, 2009; Panksepp, 2011, 2016). L'innescarsi dell'attività di ciascun sistema motivazionale, il raggiungimento del suo obiettivo e gli ostacoli che l'ambiente e il contesto possono porre a tale raggiungimento sono segnalati da specifiche sensazioni ed emozioni, che attraversano il mutevole e caleidoscopico panorama della coscienza (Damasio, 2006). La costruzione di strutture di significato (schemi della memoria e del pensiero), così come la strutturazione di schemi interpersonali e credenze identitarie, dipende ampiamente dalle variazioni di esperienze emozionali e dai processi motivazionali associati. I sistemi emotivo-motivazionali, in un'ottica neuroscientifica, evuzionistica ed integrata, sono finalizzati all'adattamento e alla sopravvivenza. Sul piano teorico e tecnico rappresentano un'area basilare di convergenza all'interno della psicologia clinica e forniscono informazioni fondamentali per la gestione del processo terapeutico, poiché sono forieri di informazioni importanti in merito alla diagnosi e al processo relazionale tra clinico e cliente. L'attivazione di ciascun sistema emotivo determina una particolare lettura dell'ambiente circostante, nella quale assumono salienza percettiva e cognitiva alcuni stimoli piuttosto che altri. Sul piano clinico, comprendere con rapidità durante le sedute terapeutiche quale sistema è attivo nel cliente e nel clinico può fornire numerose informazioni sul modo in cui, in quel momento, si sta osservando la realtà e a quali stimoli ambientali si sta dando importanza (Montagg, Panksepp, 2018). A titolo esemplificativo possiamo immaginare che

se sarà attivo il sistema della CURA, assumeranno salienza percettiva gli stimoli connessi a tematiche di bisogni, sofferenza, fragilità, come bambini, anziani, malati, indigenti etc e si attiverà in modo speculare una spinta motivazionale all'accudimento che si declinerà in schemi interpersonali di premura verso l'altro, nei quali si potranno individuare credenze identitarie relative a se stesso del tipo "io sono colui che ha compassione di..." e credenze relative all'altro del genere "l'altro ha bisogno di attenzioni e premure".

Ogni sistema emotivo-motivazionale ha una propria mappatura cerebrale e impegna nel suo operare mediatori chimici diversi (Montag, Panksepp, 2017). Influenze genetiche sul ricambio metabolico dei vari mediatori chimici dell'impulso nervoso potrebbero dunque determinare maggiore o minore facilità di attivazione di un dato sistema (Panksepp, Biven, 2014). Le neuroscienze affettive hanno organizzato le esperienze affettive in sette sistemi motivazionali aventi base neurale (Montag, Panksepp, 2017): RICERCA, PAURA, COLLERA, PANICO/SOFFERENZA, DESIDERIO SESSUALE, CURA e GIOCO¹. Variabili individuali permettono poi ulteriori sviluppi delle motivazioni, in direzioni tipiche per ogni persona. A livelli superiori e a livello comportamentale, ogni sistema può dare luogo a diverse strategie di gestione dell'attivazione emotiva, a differenti schemi interpersonali e a credenze su se stesso e gli altri. Vediamo nello specifico i sistemi emotivo-motivazionali.

Il *Sistema della RICERCA* è caratterizzato da una tendenza ad indagare ed esplorare l'ambiente in modo persistente. Svolge un ruolo dinamico di supporto per tutti i sistemi motivazionali. Quando è al servizio di emozioni piacevoli, dà origine ad un senso di conseguimento di uno scopo, accompagnato da sentimenti d'interesse che tendono all'euforia. Questo sistema induce ad evitare le situazioni emotivamente spiacevoli.

¹ Le neuroscienze affettive scrivono i nomi dei sette sistemi emotivi-motivazionali di base con il carattere maiuscolo per differenziarli dai termini comuni con i quali ci si riferisce alle omonime emozioni. I sistemi della Dominanza e Cooperativo sono invece scritti in minuscolo poiché non se ne è individuato un circuito cerebrale specifico e poiché sono sistemi secondari derivati dai sistemi di base.

Il *Sistema della PAURA* si attiva al fine di segnalare una minaccia per l'organismo e genera stati affettivi spiacevoli che fanno propendere alla fuga. A bassi livelli di attivazione genera tensione corporea e un'immobilizzazione tremante; intensificandosi, può far deflagrare un pattern di fuga anche caotico. L'attivazione di questo sistema condiziona la lettura dell'ambiente sociale in termini di evidenziazione degli stimoli interni ed esterni connotati da minaccia e pericolo.

Il *Sistema della COLLERA* opera in difesa della territorialità, del proprio spazio vitale e può assumere la funzione di rivendicare i propri diritti. Favorisce l'acquisizione o la difesa delle risorse e può essere attivato da una frustrazione. Di base è un affetto spiacevole, ma diventa piacevole quando consente di predominare e trionfare, oppure quando permette di affermare i propri desideri. Questo sistema determina la lettura dell'ambiente sociale in modo tale da rendere salienti gli ostacoli alla realizzazione dei propri desideri o le minacce ai propri spazi di autonomia o alle proprie risorse/proprietà materiali, relazionali o identitarie.

Il *Sistema del PANICO/SOFFERENZA*, detto anche "di ansia da separazione", è caratterizzato dal desiderio incessante e urgente di ricongiungersi alla propria fonte di cura. Aiuta a facilitare legami sociali piacevoli che alleviano questo dolore psichico e lo sostituiscono con un senso di conforto e appartenenza (CURA). Nella specie umana è il precursore evuzionistico del sistema dell'Attaccamento (Cassidy, Shaver, 2016). Quando tale sistema è attivo determina una lettura dell'ambiente sociale per cui appaiono salienti gli stimoli riferibili a perdita, rottura, crepuscolo, abbandono, vulnerabilità, fragilità, debolezza, impotenza. Spesso è l'antecedente di emozioni più evolute come il senso di colpa o la vergogna.

Il *Sistema della CURA* descrive l'impulso ad adottare atteggiamenti di accudimento verso i propri simili. È anche la fonte del sentimento dell'amore, si associa ad una lettura della realtà in termini di compassione, empatia e indulgenza verso le parti (in un'ottica

psicodinamica potremmo chiamarle anche “stati del Sé”), vulnerabili, difettose o fragili proprie e altrui.

Il *Sistema del DESIDERIO SESSUALE* innesca rituali di corteggiamento e ha la funzione di massimizzare le possibilità di un rapporto sessuale con l’altro. Quando è attivo fornisce salienza percettiva agli stimoli connessi alla possibilità di riprodursi e permettere il perpetuarsi della propria *gens*. Costituisce, anch’esso, una delle fonti dell’amore.

Il *Sistema del GIOCO* assolve la funzione di agevolare l’apprendimento delle dinamiche e delle strutture sociali, anche in termini di gerarchie, così come l’apprendimento delle strategie migliori per far fronte agli eventi avversi, ivi comprese le sconfitte, le perdite relazionali, attraverso il modellamento delle abilità motorie social-appetitive, aumentando le occasioni di divertimento che possono di per sé promuovere la salute fisica e mentale. L’attivazione di questo sistema permette una lettura dell’ambiente secondo i criteri di una sperimentazione controllata e non troppo rischiosa.

In aggiunta ai sette sistemi emotivo-motivazionali di base, le neuroscienze affettive attribuiscono grande importanza ai sistemi della Dominanza e della Cooperazione, che, sul piano evuzionistico, sono derivati secondari dei sistemi di base. Nella prospettiva clinica, l’individuazione di questi due sistemi è determinante per comprendere sia alcuni meccanismi di regolazione emotiva connessi alla salute e alla psicopatologia, sia per decifrare e gestire i processi relazionali tra clinico e cliente che si declinano nei pattern di alleanza di lavoro e transfert/controllotransfert.

Il *Sistema della Dominanza* si sviluppa a partire dalle varie, possibili, combinazioni dei sistemi della RICERCA, della COLLERA, del PANICO/SOFFERENZA, del DESIDERIO SESSUALE e del GIOCO. Descrive comportamenti finalizzati a stabilire relazioni fondate sulla competizione e segnala una lettura dell’ambiente in termini di sottomissione, gerarchia, rango, confronto, giudizio (van der Westhuizen, Solms, 2015). Si associa a strategie di controllo cognitivo internalizzante o interpersonale esternalizzante. Può

essere il precursore evolucionistico di emozioni spiacevoli e più evolute come la vergogna o il senso di colpa. La Dominanza si attiva al fine di conquistare in modo esclusivo una risorsa limitata e rappresenta l'opposto del sistema cooperativo. In un'ottica evolucionistica, ad esempio, il celeberrimo complesso di Edipo di origine psicoanalitica potrebbe essere ritradotto come una strategia di controllo dominante finalizzata a preservare in via esclusiva la relazione con l'oggetto amato, al fine di disattivare o evitare l'attivazione del sistema PANICO-SOFFERENZA.

Il *Sistema Cooperativo* si sviluppa a partire dal GIOCO, che ne rappresenta l'antecedente evolucionistico, e prevede la lettura delle relazioni in termini di pariteticità. Si attiva al fine di ottenere il raggiungimento di una risorsa mediante la collaborazione con almeno un altro individuo. È alla base della convivenza sociale e permette la lettura delle situazioni in termini di scambio e intersoggettività, nelle quali l'altro è percepito come un alleato indispensabile per il raggiungimento di una risorsa desiderata. Pertanto presuppone la tolleranza della reciproca dipendenza dall'altro e le capacità metacognitive di comprensione delle intenzioni altrui e della diversità (Tomasello, Carpenter, Call, Behne, Moll, 2005; Tomasello, Melis, Tennie, Wyman, Herrmann, 2013; Tomasello, Gonzalez-Cabrera, 2017). Il Sistema Cooperativo il precursore ed il presupposto del linguaggio e della coscienza.

I sistemi emotivo-motivazionali a valenza positiva (piacevoli) sono: RICERCA, CURA, GIOCO, DESIDERIO SESSUALE, quelli a valenza negativa (spiacevoli) sono: PAURA, COLLERA, PANICO/SOFFERENZA (Panksepp, Biven, 2014).

Al fine di misurare i sistemi emotivo-motivazionali individuati dalla ricerca, sono state costruite le *Affective Neuroscience Personality Scales* (ANPS), sia nella versione self-report, sia nella versione clinician report (Davis, Panksepp, Normansell, 2003; Davis, Panksepp, 2011; Geir, Selsbakk, Theresa, Sigmund, 2014; Montag, Widenhorn-Müller, Panksepp, Kiefer, 2016; Pingault, Falissard, Côté, Berthoz, 2012).

Oltre al modello di personalità delle neuroscienze affettive, un altro approccio teorico recente e promettente è rappresentato dal Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità del DSM-5 (APA, 2013). Le teorie della personalità sono spesso basate sulle brillanti intuizioni dei clinici, sulla loro esperienza e sulla loro autorevolezza. Un esempio è la nosografia di personalità del DSM-IV e del DSM-5, che rappresentano dei tentativi di integrazione tra l'esperienza clinica cognitivista e psicodinamica e la logica psicometrica. D'altra parte, vi sono evidenze di ricerca che, in alcuni casi, mettono in discussione l'attendibilità di tali nosografie, confermandone, d'altro canto, molti altri elementi. Il risultato di questo processo di revisione è la sezione III del DSM-5 (APA, 2014), che propone un modello alternativo di valutazione della personalità basato su evidenze di ricerca, su una logica dimensionale (spesso caldeggiata dalla corrente psicodinamica) e sulla rielaborazione di solidi modelli psicometrici, uno su tutti, il modello dei Five Factor (McCrae, John, 1992; McCrae, Costa, 2004). Quest'ultimo modello, a sua volta, presenta delle importanti ed interessanti correlazioni con il sistema di valutazione della personalità elaborato dalle neuroscienze affettive (Davis, Panksepp, 2011).

Il DSM-5 ripropone la struttura categoriale proposta dall'Asse II del DSM-IV, per la quale i vari disturbi di personalità sono considerati come entità discrete e non sovrapponibili. Le ragioni di questa scelta sono perlopiù politiche. Il comitato scientifico del manuale ha deciso di dare continuità alle abitudini diagnostiche finora perseguite (Fossati, Borroni, Somma, 2016). D'altra parte, nel DSM-5 viene proposto anche un modello di diagnosi della personalità fondato su basi empiriche e su una logica dimensionale, secondo la quale i tratti si sviluppano su un continuum tra la normalità e la patologia e possono essere presenti in più di un disturbo (APA, 2014).

Il modello alternativo del DSM-5 propone un sistema dimensionale flessibile basato su 25 tratti disadattivi di personalità organizzati in 5 domini più ampi, che rappresentano la variante patologica-maladattiva dei Five Factor.

Al fine di rendere operativo questo sistema diagnostico, è stato costruito uno strumento psicometrico denominato Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) (Fossati, Borroni, Somma, 2016). I 5 domini misurati dal PID-5 sono: Affettività negativa (versus Stabilità emotiva), Distacco (vs. Estroversione), Antagonismo (vs. Gradevolezza), Disinibizione (vs. Coscienziosità) e Psicoticismo (vs. Apertura all'esperienza/Lucidità mentale). I domini Distacco e Affettività negativa vanno a formare il fattore internalizzante. I domini Antagonismo e Disinibizione sono inclusi nel fattore esternalizzante. Il dominio Psicoticismo rappresenta un terzo fattore.

Gli obiettivi della presente ricerca erano i seguenti:

- esplorare la relazione tra alleanza di lavoro a breve termine e drop-out (Studio 1)
- esplorare la relazione tra sintomatologia ansiosa, depressiva e maniforme e alleanza di lavoro a breve termine (Studio 1)
- esplorare la capacità predittiva dei sistemi emotivo-motivazionali di base delle neuroscienze affettive rispetto all'alleanza di lavoro a breve e medio termine, indagando i sistemi di base sia dalla prospettiva del paziente che da quella del clinico (Studi 1 e 2);
- esplorare la capacità predittiva dei sistemi emotivo-motivazionali di base rispetto al drop-out terapeutico (Studi 1 e 2);
- esplorare la capacità predittiva dei domini e dei tratti di personalità del modello alternativo DSM-5 rispetto all'alleanza di lavoro a breve e medio termine (Studio 3);
- esplorare la capacità predittiva dei domini e dei tratti di personalità del modello alternativo DSM-5 rispetto al drop-out (Studio 3);
- esplorare la relazione tra alessitimia e alleanza di lavoro a breve e medio termine (Studio 3);
- esplorare la relazione tra alessitimia e drop-out (Studio 3).

2. Materiali e metodi

2.1 Partecipanti

Tutti i soggetti coinvolti nei 3 studi che compongono la presente ricerca sono stati reclutati presso l'ambulatorio dei disturbi dell'ansia e dell'umore in adolescenza dell'A.O. Sant'Andrea e da uno studio di psichiatria, psicodiagnostica e psichiatra privato. I soggetti, di età compresa tra i 14 e i 19 anni, frequentavano tutti la scuola dell'obbligo e sono stati coinvolti in modo volontario dal 2016 al 2019 e la ricerca non ha avuto un impatto sul loro percorso di cura. I pazienti e i loro genitori sono stati informati degli obiettivi dello studio, che si è inserito perfettamente nella pratica clinica ordinaria. I partecipanti hanno fornito il loro consenso informato. I criteri di esclusione dei partecipanti erano: presenza di disabilità intellettiva; rifiuto a partecipare allo studio; consumo cronico di sostanze; inadeguata comprensione dell'italiano scritto.

2.2 Procedure

Tutti i soggetti coinvolti nello studio si sono rivolti di loro spontanea volontà in consultazione e sono stati inseriti in una procedura diagnostica standardizzata denominata Cooperative Assessment (COOPAS, Biagiarelli et al., 2017, 2019). I clinici che conducevano la procedura COOPAS erano addestrati in seguito ad un training teorico e pratico di due mesi, sotto supervisione. Dopo la procedura COOPAS i soggetti della ricerca sono stati avviati ad un percorso di psicoterapia individuale di tipo supportivo-espressivo.

La diagnosi nosografica è stata attribuita da uno psichiatra dopo il secondo colloquio, a partire dalla presa in carico (prima visita), seguendo i criteri del DSM-5. Le interviste psichiatriche e i questionari di personalità sono stati compilati o somministrati in corrispondenza del quarto incontro, dopo 4 settimane dalla presa in carico.

L'alleanza di lavoro è stata misurata dal clinico in due diversi momenti: al termine del terzo colloquio clinico, quindi a tre settimane dalla presa in carico (T0) e al termine del dodicesimo

colloquio clinico (T1). Veniva annotata anche la presenza di drop-out entro i dodici colloqui, avendo cura di segnare la settimana nella quale l'abbandono era avvenuto a partire dalla presa in carico.

2.3 Strumenti

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

La HAM-A (Hamilton 1959) è uno strumento *clinician-report*, composto da 14 item, classificati da 0 a 4. Un punteggio totale di 17 o meno indica lieve ansia, un punteggio di 18 a 24 una gravità da lieve a moderata e un punteggio da 25 a 30 un'ansia da moderata a grave. La HAM-A ha dimostrato adeguate capacità psicometriche nella valutazione della gravità dei sintomi di ansia (Maier et al., 1988).

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

La HAM-D (Hamilton 1960) è uno strumento *clinician-report*, composto da 21 item. Dieci item vengono valutati su una scala a 5 punti, due su una scala a 4 punti e gli altri su una scala a 3 punti. Il punteggio totale classifica la gravità della depressione come segue: ≥ 25 grave depressione; 18-24 depressione moderata; 8-17 depressione lieve; ≤ 7 assenza di depressione. La scala possiede eccellenti capacità psicometriche (Edwards et al. 1984).

Young Mania Rating Scale (YMRS)

La YMRS (Young et al. 1978) rappresenta un affidabile strumento *clinician-report*, composto da 11 item che esplorano i sintomi dell'umore elevato. 7 item vengono valutati su una scala a 5 punti, mentre i restanti 4 item su una scala a doppio punteggio (0-2-4-6-8).

Global Assessment of Functioning (GAF)

La scala GAF (Luborsky 1962) include il punteggio del livello di funzionamento globale su una scala che va da 0 a 100 (con 100 che indica il massimo funzionamento e 0 che rappresenta la disfunzione estrema). Il GAF acquisisce aspetti di malattia sia funzionale che sintomatica, con la compromissione più grave che determina il punteggio totale. La scala ha dimostrato ottime capacità psicometriche.

Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS 2.4)

L'ANPS-2.4 (Davis et al., 2003, Davis, Panksepp, 2011) è uno strumento self-report costruito al fine di misurare i sistemi emotivo-motivazionali di base studiati dalle neuroscienze affettive. L'ANPS-2.4 è stato tradotto in molte lingue e si è dimostrato affidabile e valido in diversi contesti culturali e linguistici. Il questionario si compone di 112 item, valutati su una scala Likert di quattro punti da 0 (fortemente in disaccordo) a 3 (fortemente in accordo) per misurare sei affetti di base. Tre scale valutano le emozioni a valenza piacevole: il sistema della RICERCA (ad es. "Mi piace molto guardare avanti a nuove esperienze"), GIOCO (ad es. "Sono conosciuto come uno che rende il lavoro divertente") e CURA ("Sento spesso un forte bisogno di prendersi cura degli altri"). Altre tre scale valutano le emozioni spiacevoli: PAURA (ad es. "Mi preoccupa spesso per il futuro"), RABBIA (ad es. "Quando sono frustrato, di solito mi arrabbio") e TRISTEZZA (ad es. "Mi sento spesso triste"). Le emozioni positive di base costituiscono congiuntamente una misura di "Affetti positivi" e le emozioni negative di base costituiscono congiuntamente una misura di "Affetti negativi" (Davis et al. 2003).

Il questionario ha dimostrato ottime capacità psicometriche anche nella popolazione adolescenziale italiana (Giacolini, 2017).

Affective Neuroscience Personality Scale-Adjective Rating (ANPS-AR)

L'ANPS-AR (Montagg, Davis, 2018) è una misura breve, *adjective-based* e *clinician-report*, derivato dalle ANPS-2.4, che si propone di misurare le differenze individuali rispetto ai sistemi emotivo-motivazionali di base, dalla prospettiva del clinico. I 24 aggettivi delle ANPS-AR sono mutuati dal questionario Big-Five, a seguito di un'analisi fattoriale esplorativa che ne ha misurato la corrispondenza con i sistemi emotivi di base valutati dalle ANPS-2.4. Gli item sono valutati su una scala Likert a 7 punti che varia da 1 = "Molto impreciso", 2 = "Inaccurato", 3 = "Leggermente impreciso", 4 = "Neutro", 5 = "Leggermente accurato", 6 = "Accurato", a 7 = "Molto Accurato"). Lo strumento ha dimostrato adeguate capacità psicometriche (Montag, Davis, 2018).

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)

Il PID-5 (Krueger et al., 2012) è un questionario composto da 220 item, valutati su scala Likert a 4 punti (da 0 = molto falso o spesso falso, a 3 = molto vero o spesso vero), che è stato esplicitamente progettato per misurare le caratteristiche di personalità del modello alternativo DSM-5. Diciassette item (circa 8%) dei 220 item sono codificati al contrario.

I punteggi PID-5 vengono sommati per comporre i punteggi della scala del tratto PID-5; quindi, le scale del tratto PID-5 vengono sommate per generare punteggi della scala del dominio PID-5. Ogni punteggio PID-5 è segnato su una sola scala del tratto PID-5; allo stesso modo, ogni scala di tratti PID-5 viene valutata su una sola scala di dominio PID-5. Il PID-5 ha 25 scale primarie che si caricano su 5 dimensioni di ordine superiore e questa struttura è replicabile. I 5 domini misurati dal PID-5 sono: Affettività negativa (versus Stabilità emotiva), Distacco (vs. Estroversione), Antagonismo (vs. Gradevolezza), Disinibizione (vs. Coscienziosità) e Psicoticismo (vs. Apertura all'esperienza/Lucidità mentale). I domini Distacco e Affettività negativa vanno a formare il fattore internalizzante. I domini Antagonismo e Disinibizione sono inclusi nel fattore esternalizzante. Il dominio Psicoticismo

rappresenta un terzo fattore. Il questionario ha dimostrato adeguate capacità psicometriche anche per la popolazione adolescenziale italiana (Somma et al., 2016).

Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

La TAS-20 è una misura self-report di alessitimia. Consiste in tre sottoscale: “Difficoltà a identificare il sentimento” (7 item; ad es. "Sono spesso confuso su quale emozione provo"); “Difficoltà a descrivere i sentimenti” (5 item; ad es. "È difficile per me trovare le parole giuste per i miei sentimenti"); e “Pensiero orientato verso l'esterno” (8 item, ad esempio "Preferisco parlare con le persone delle loro attività quotidiane piuttosto che dei loro sentimenti"). I punteggi di cut-off sono i seguenti: ≤ 50 = nessuna alessitimia, 51-60 = alessitimia borderline e ≥ 61 = alessitimia. Il questionario ha dimostrato adeguate capacità psicometriche anche per la popolazione adolescenziale italiana (Craparo, 2015).

Working Alliance Inventory-Therapist Form (WAI-T)

Il WAI-T (Horvath e Greenberg 1989) rappresenta un valido strumento per valutare l'alleanza terapeutica dal punto di vista del terapeuta. Il Working Alliance Inventory (WAI) è una misura basata sul modello panteoretico di Bordin, che descrive l'alleanza come un accordo sugli obiettivi (obiettivi) e sui compiti di cambiamento (compiti) necessari per raggiungerli, insieme alla creazione di un legame (legame) che mantiene la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico (Bordin 1979). Il WAI è composto dalle seguenti tre scale: la sottoscala “obiettivo” si riferisce all'accordo relativo agli obiettivi della terapia, la sottoscala “attività” riguarda l'accordo relativo alle attività necessarie per raggiungere gli obiettivi del trattamento e la sottoscala “legame” si riferisce alla relazione reciproca tra paziente e terapeuta. Le tre dimensioni della WAI (ad es. Obiettivo, compito e legame) sono fortemente correlate, con punteggi che vanno da 0,60 a 0,80.

2.4 Analisi statistiche

I dati sono stati analizzati con software statistico commerciale (SPSS.25.0, IBM-SPSS Corp., Chicago, IL, USA). I test Chi-quadrato (χ^2) e Mann-Whitney (U), rispettivamente, sono stati usati per confronti tra gruppi di variabili categoriali e continue. Il rho di Spearman (r) è stato utilizzato per valutare correlazioni univariate tra le scale di valutazione. Le analisi di regressione lineare multivariata hanno valutato il potere predittivo bayesiano delle interviste psichiatriche e dei questionari di personalità sulla scala dell'alleanza di lavoro. La Regressione di Cox è stata impiegata per stimare il potere predittivo delle variabili di personalità sul drop-out terapeutico. Il significato statistico richiedeva p bilaterale $<0,05$, impostato in modo da limitare gli effetti casuali con confronti multipli.

3. Risultati studio 1

3.1 Caratteristiche del campione

Il campione totale dei soggetti coinvolti nello studio 1 comprendeva 169 adolescenti, di cui 86 (50,9%) femmine; l'età media era di $16,30 \pm 1,44$ anni (range: 14-19); gli anni di scolarità erano $10,59 \pm 1,28$ (range: 9-13).

Il Gruppo di soggetti che entro le 12 settimane erano andati incontro a drop-out terapeutico (inteso come risoluzione unilaterale del percorso psicoterapeutico senza l'accordo del clinico) includeva 23 pazienti (34,78% femmine), con età media di $15,91 \pm 1,535$ e scolarità pari a $10,35 \pm 1,22$ anni.

Il Gruppo di soggetti che non presentava Drop-out terapeutico includeva 146 pazienti (53,79% femmine) con età media di $16,37 \pm 1,42$ anni, e scolarità pari a $10,63 \pm 1,30$ anni.

Il gruppo dei soggetti con Drop-out e il gruppo dei soggetti senza Drop-out non differiva in modo significativo per distribuzione di genere ($\chi^2 = 2871, p = 0,90$), età ($U = 1388,50, p = .189$) o scolarità ($U = 1464,00; p = .335$). Il gruppo di adolescenti con Drop-out non differiva significativamente per quanto riguarda le scale cliniche e i sistemi emotive di base, ma mostrava punteggi significativamente più bassi di alleanza di lavoro (Tabella 1).

3.2 Correlazioni tra HAM-A, HAM-D, MRS e WAI-T a tempo 0 (3° colloquio)

I punteggi totali della HAM-A, della HAM-D, e della MRS non hanno riportato correlazioni significative con il punteggio totale della WAI-T a tempo 0 (rispettivamente $r = -.009, p = .910$; $r = -.121, p = .118$; $r = .123, p = .110$).

3.3 Correlazioni tra ANPS 2.4 e WAI-T a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Le scale ANPS-2.4 della RICERCA, della CURA e del GIOCO risultavano correlate in modo significativo il punteggio totale della WAI-T misurata a T0 (rispettivamente $r=,217$, $p=.005$; $r=,497$, $p=.000$; $r=,347$, $p=.000$). Nel complesso, la subscale totale degli Affetti positivi correla con il punteggio totale dell'alleanza di lavoro misurata a T0 in modo significativo ($r=,489$; $p=.000$) (Tabella 2).

Le scale ANPS-2.4 della CURA, del GIOCO e della TRISTEZZA risultavano correlate in modo significativo il punteggio totale della WAI-T misurata a T1 (rispettivamente $r=,360$, $p=.000$; $r=,170$, $p=.039$; $r=,169$, $p=.039$). Nel complesso, la subscale totale degli Affetti positivi correla con il punteggio totale dell'alleanza di lavoro misurata a T1 in modo significativo ($r=,312$; $p=.000$) (Tabella 3).

3.4 Potere predittivo delle variabili ANPS 2.4 sull'alleanza di lavoro a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Dal momento che i punteggi totali della WAI-T a T0 e a T1 erano correlati in modo significativo con le Scale ANPS-2.4, le sette scale delle ANPS-2.4 venivano incluse in un modello di regressione lineare multivariato al fine di misurare il loro potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve e medio termine.

Soltanto i sistemi della CURA, della RABBIA e del GIOCO mostravano una abilità significativa di predire il punteggio totale della WAI-T a T0 (rispettivamente ($\beta=,387$, $r=,497$, $p=.000$; $\beta=-,155$, $r=-,097$, $p=.036$; $\beta=,339$, $r=,347$, $p=.000$) (Tabella 2). Invece, per quanto riguarda il punteggio della WAI-T a T1, unicamente le sottoscale della CURA e del GIOCO mostravano una capacità predittiva (rispettivamente $\beta=,348$, $r=,360$, $p=.000$; $\beta=,215$, $r=,170$, $p=.000$) (Tabella 3).

3.5 Correlazioni tra ANPS 2.4 e Drop-out terapeutico

Nessuna sottoscala ANPS-2.4 risultava correlata in modo significativo con il Drop-out.

3.6 Potere predittivo del punteggio WAI-T a T0 e delle variabili ANPS 2.4 sul drop-out terapeutico (Regressione di Cox)

Al fine di valutare il potere predittivo prospettico del punteggio WAI-T e delle scale ANPS-2.4 rispetto al Drop-out veniva eseguito il modello di regressione di Cox.

Il punteggio della WAI-T a tempo 0 mostrava un significativo potere predittivo sul Drop-out terapeutico (regressione di Cox) ($B=-0,25$, $ES=,007$, $p=.001$, $HR=976$ [968-992]). Nessuna scala ANPS-2.4 risultava predittiva del Drop-out terapeutico (Tabella 4).

4. Risultati studio 2

4.1 Caratteristiche del campione

Il campione totale dei soggetti coinvolti nello studio 2 comprendeva 170 adolescenti, di cui 87 (51,2%) femmine; l'età media era di $16,21\pm 1,85$ anni (range: 14-19); gli anni di scolarità erano $10,30\pm 1,20$ (range: 9-13).

Il Gruppo di soggetti che entro le 12 settimane erano andati incontro a drop-out terapeutico (inteso come risoluzione unilaterale del percorso psicoterapeutico senza l'accordo del clinico) includeva 23 pazienti (35% femmine), con età media di $16,11\pm 1,65$ e scolarità pari a $10,23\pm 1,30$ anni.

Il Gruppo di soggetti che non presentava Drop-out terapeutico includeva 147 pazienti (52,60% femmine) con età media di $16,35\pm 1,40$ anni, e scolarità pari a $10,40\pm 1,23$ anni.

Il gruppo dei soggetti con Drop-out e il gruppo dei soggetti senza Drop-out non differiva in modo significativo per distribuzione di genere ($\chi^2 = 2790,00$, $p=0,92$), età ($U=1433,50$, $p=.199$) o scolarità ($U=1474,00$; $p=.337$). Il gruppo di adolescenti con Drop-out non differiva significativamente per quanto riguarda le scale cliniche e i sistemi emotive di base, ad eccezione del Sistema della CURA, ma mostrava punteggi significativamente più bassi di alleanza di lavoro (Tabella 5).

4.2 Correlazioni tra ANPS-AR e WAI-T a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Le scale ANPS-AR della RICERCA, della CURA, della RABBIA e del GIOCO risultavano correlate in modo significativo al punteggio totale della WAI-T misurata a T0 (rispettivamente $r=.300$, $p=.000$; $r=.562$, $p=.000$; $r=-,197$, $p=.010$; $r=.476$, $p=.000$). Nel complesso, la sottoscala totale degli Affetti positivi correlava con il punteggio totale dell'alleanza di lavoro misurata a T0, in modo significativo ($r=.531$; $p=.000$) (Tabella 6).

Le stesse scale sopracitate risultavano correlate in modo significativo anche al punteggio totale della WAI-T misurata a T1 (rispettivamente $r=.219$, $p=.007$; $r=.475$, $p=.000$; $r=-,249$, $p=.002$; $r=.442$, $p=.000$). Nel complesso, la subscale totale degli Affetti positivi correla con il punteggio totale dell'alleanza di lavoro misurata a T1 in modo significativo ($r=.455$; $p=.000$) (Tabella 7).

4.3 Potere predittivo delle variabili ANPS-AR sulla WAI-T tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Dal momento che i punteggi totali della WAI-T a T0 e a T1 erano correlati in modo significativo con le Scale ANPS-AR, le sei scale delle ANPS-2.4 venivano incluse in un

modello di regressione lineare multivariato al fine di misurare il loro potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve e medio termine.

Soltanto i sistemi della CURA e del GIOCO mostravano una abilità significativa di predire il punteggio totale della WAI-T a T0 (rispettivamente $\beta=,409$, $r=,562$, $p=.000$; $\beta=,248$, $r=,248$, $p=.004$) (Tabella 6). Invece, per quanto riguarda il punteggio della WAI-T a T1, le sottoscale della CURA, della RABBIA e del GIOCO mostravano una capacità predittiva (rispettivamente $\beta=,340$, $r=,475$, $p=.000$; $\beta=-,179$, $r=-,249$, $p=.023$; $\beta=,293$, $r=,442$, $p=.002$) (Tabella 7).

4.4 Correlazioni tra ANPS-AR e Drop-out terapeutico

Soltanto la scala CURA della ANPS-AR correlava in modo significativo e negativo con il Drop-out ($r=-,153$, $p=.046$).

4.5 Potere predittivo delle variabili ANPS-AR sul drop-out terapeutico (Regressione di Cox)

Al fine di valutare il potere predittivo prospettico delle scale ANPS-AR rispetto al Drop-out veniva eseguito il modello di regressione di Cox. Nessuna scala risultava predittiva del Drop-out terapeutico (Tabella 8).

5. Risultati studio 3

5.1 Caratteristiche del campione

Il campione totale dei soggetti coinvolti nello studio 3 comprendeva 110 adolescenti, di cui 58 (52,7%) femmine; l'età media era di $16,23 \pm 1,22$ anni (range: 14-19); gli anni di scolarità erano $10,40 \pm 1,22$ (range: 9-13).

Il Gruppo di soggetti che entro le 12 settimane erano andati incontro a drop-out terapeutico (inteso come risoluzione unilaterale del percorso psicoterapeutico senza l'accordo del clinico) includeva 17 pazienti (36,50% femmine), con età media di $16,23 \pm 1,42$ e scolarità pari a $10,37 \pm 1,20$ anni.

Il Gruppo di soggetti che non presentava Drop-out terapeutico includeva 93 pazienti (52,70% femmine) con età media di $16,23 \pm 1,22$ anni, e scolarità pari a $10,43 \pm 1,23$ anni.

Il gruppo dei soggetti con Drop-out e il gruppo dei soggetti senza Drop-out non differiva in modo significativo per distribuzione di genere ($\chi^2 = 2771, p = .92$), età ($U = 1368,50, p = .179$) o scolarità ($U = 1414,00; p = .325$). Il gruppo di adolescenti con Drop-out non differiva significativamente per quanto riguarda le scale cliniche, il funzionamento sociale e scolastico e l'alessitimia. Rispetto alla personalità, il gruppo con Drop-out mostrava punteggi minori di Psicoticismo, Ansia e Labilità emotive e Diregolazione percettiva. Di contro, mostrava punteggi più elevati di Affettività ridotta, Sospettosità, Evitamento dell'intimità e Insensibilità. Il Gruppo con Drop-out evidenziava punteggi significativamente più bassi di alleanza di lavoro (Tabella 9).

5.2 Correlazioni tra PID-5 e WAI-T a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Il punteggio totale WAI-T misurato a T0 correlava in modo significativo e negative con il fattore PID-5 del Distacco ($r = -.349, p = .003$), e con le sottoscale Ostilità ($r = -.279, .003$), Affettività Ridotta ($r = -.268, p = .002$), Sospettosità ($r = -.307, p = .001$), Anedonia ($r = -.307, p = .033$), Ritiro ($r = -.253, p = .007$) e Insensibilità ($r = -.342, p = .000$).

Il punteggio totale WAI-T misurato a T1, invece, correlava in modo significativo e negativo soltanto con la sottoscala Insensibilità ($r=-,219$, $p=0.31$).

5.3 Potere predittivo delle variabili PID-5 sulla WAI-T a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

I cinque fattori e le sottoscale del PID-5 venivano inclusi in un modello di regressione lineare multivariato al fine di misurare il loro potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve e medio termine.

Soltanto i fattori PID-5 del Distacco e dell'Antagonismo mostravano una abilità significativa e negativa di predire il punteggio totale della WAI-T a T0 (rispettivamente $\beta=-,408$, $r=-,310$, $p=.000$; $\beta=,268$, $r=-,150$, $p=.010$) (Tabella 10).

Inoltre, soltanto la sottoscala Insensibilità mostrava una significativa abilità negativa di predire il punteggio totale della WAI-T ($\beta=-,360$, $r=-,354$, $p=.019$) (Tabella 11).

Per quanto riguarda il punteggio della WAI-T a T1, nessuno dei cinque principali fattori PID-5 mostrava abilità predittive significative (Tabella 12).

Di contro, le sottoscale PID-5 che risultavano significativamente predittive del punteggio totale della WAI-T erano Ostilità ($\beta=-,436$, $r=-,209$, $p=.035$) e Inganno ($\beta=-,444$, $r=-,195$, $p=.049$) (Tabella 13).

5.4 Correlazioni tra PID-5 e Drop-out terapeutico

Il fattore PID-5 Psicoticismo risultava correlato in modo negativo e significativo con la presenza di Drop-out ($r=-,229$, $p=.016$). Le sottoscale PID-5 che mostravano delle correlazioni significative con il Drop-out erano Ansia ($r=-,253$, $p=.008$), Labilità emotiva ($r=-,264$, $p=.005$),

Affettività ridotta ($r=.195$, $p=.041$), Evitamento dell'intimità ($r=.242$, $p=.011$), Insensibilità ($r=.243$, $p=.011$), Disregolazione percettiva ($r=-.282$, $p=.003$).

5.5 Potere predittivo delle variabili PID-5 sul drop-out terapeutico (Regressione di Cox)

Al fine di valutare il potere predittivo prospettico delle scale PID-5 rispetto al Drop-out veniva eseguito il modello di regressione di Cox. Nessuno dei cinque fattori principali PID-5 risultava predittivo del Drop-out terapeutico (Tabella 14).

Le sottoscale PID-5 che mostravano una significativa capacità predittiva in senso positivo erano la Sospettosità ($B=3,928$, $ES=1,418$, $p=.006$, $HR=50,807$ [3,156-817,85]), l'Evitamento dell'intimità ($B=2,495$, $ES=1,154$, $P=.031$, $HR=12,120$ [1,263-116,350]), l'Insensibilità ($B=2,238$, $ES=1,058$, $p=.034$, $HR=9,374$ [1,179-74,519]) e l'Irresponsabilità ($B=4,134$, $ES=1,658$, $p=.013$, $HR=62,450$ [2,420-1611,31]) (Tabella 15).

Invece, le sottoscale PID-5 che mostravano una significativa capacità predittiva in senso negativo erano il Ritiro ($B=-3,718$, $ES=1,591$, $p=.019$, $HR=.024$ [.001-,549]) e l'Impulsività ($B=-2,532$, $ES=1,197$, $p=.034$, $HR=.080$ [.008-,830]) (Tabella 15).

5.6 Correlazioni tra TAS-20 e WAI-T a T0 e a T1

Il punteggio totale della TAS-20 correlava in modo significativo e negativo con il punteggio totale della WAI-T, sia a T0 ($r=-.267$, $p=.003$), che a T1 ($r=-.291$, $p=.002$). Nello specifico, la sottoscala TAS-20-“Difficoltà a comunicare i sentimenti” correlava in senso negativo con il punteggio totale della WAI-T a T0 ($r=-.256$, $p=.005$) e con WAI-T a T1 ($r=-.234$, $p=.015$). Inoltre, la sottoscala TAS-20-“Pensiero orientato all'esterno” correlava in senso negativo con il punteggio totale della WAI-T a T0 ($r=-.308$, $p=.001$) e a T1 ($r=-.276$, $p=.004$).

5.7 Potere predittivo delle sottoscale della TAS-20 sulla WAI-T a tempo 0 (3° colloquio) e a tempo 1 (12° colloquio)

Le tre sottoscale della TAS-20 venivano incluse in un modello di regressione lineare multivariato al fine di misurare il loro potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve e medio termine. Soltanto la sottoscala TAS-20-“Pensiero orientato all'esterno” mostrava un significativo e negativo potere predittivo sul punteggio totale della WAI-T a tempo 0 (Tabella 16). Di contro, nessuna sottoscala della TAS-20 mostrava un potere predittivo sul punteggio totale della WAI-T a tempo 1 (Tabella 17).

5.7 Potere predittivo delle sottoscale TAS-20 sul drop-out terapeutico (Regressione di Cox)

Al fine di valutare il potere predittivo prospettico delle sottoscale TAS-20 rispetto al Drop-out veniva eseguito il modello di regressione di Cox. Nessuna scala risultava predittiva del Drop-out terapeutico (Tabella 18).

6. Discussione

La letteratura illustra la grande importanza rivestita dall'alleanza di lavoro nel contesto psicoterapeutico (Norcross, 2018; Horvath, 2011). L'alleanza di lavoro può rappresentare una *conditio sine qua non* propedeutica all'impiego di tecniche terapeutiche e alla realizzazione di cambiamenti del paziente, e, al contempo, un processo di cambiamento in sé e per sé, specialmente nei soggetti con schemi di personalità problematici per l'adattamento (Prochaska, Norcross, 2018).

L'alleanza di lavoro rappresenta un fattore aspecifico che predice l'outcome finale dell'intervento psicoterapeutico, pertanto assume importanza l'esplorazione dei fattori che possono incidere su di essa (Karver et al., 2018). Un altro fenomeno molto frequente e invalidante il raggiungimento di un buon outcome è rappresentato dall'elevato tasso di drop-out, in particolar modo nella popolazione adolescenziale (Swift, 2012). L'alleanza di lavoro e il drop-out sono due fenomeni di grande impatto sulla clinica terapeutica che sono poco studiati nella popolazione adolescenziale. In particolare, gli ultimi studi metaanalitici suggeriscono l'utilità di approfondire il contributo in termini di sintomatologia e sintomi e della struttura di personalità che apporta il paziente all'interno dell'alleanza di lavoro, al fine di comprendere su quali meccanismi relativamente stabili nel tempo è opportuno concentrarsi al fine di intervenire in modo precoce e tempestivo sulla relazione terapeutica (Karver et al., 2018).

Il presente studio si è posto l'obiettivo generale di esplorare il contributo dei sintomi e delle aree più importanti della personalità, ponendo particolare enfasi sul funzionamento emotivo-motivazionale. Questa scelta è avvenuta per una serie di ragioni. In primo luogo, la conoscenza dei sintomi e dei meccanismi di personalità coinvolti nell'alleanza di lavoro e nel drop-out può aiutare i clinici nel migliorare le modalità della presa in carico, la formulazione del caso e le strategie terapeutiche (Norcross, 2018). La ricognizione precoce dei fattori associati all'alleanza di lavoro e al drop-out può contribuire a “cucire” l'intervento terapeutico sulla

specificità del singolo individuo, anziché correre il rischio di adattare il paziente alla tecnica di riferimento del clinico (Norcross, Wampold, 2011). Inoltre, il riconoscimento di questi fattori sintomatologici e personologici può fornire al clinico maggiori strumenti di intervento, specialmente nella fase istituyente, per comprendere e gestire le variabili relazionali, prima ancora di quelle tecniche, che si sono rivelate meno predittive del buon outcome finale (Norcross, 2018).

In secondo luogo, la letteratura sottolinea quanto il funzionamento emotivo-motivazionale assuma un ruolo centrale nella comprensione della sofferenza psicologica e di conseguenza nella gestione del processo terapeutico, soprattutto nelle fasi iniziali, quando il paziente adolescente non mostra una motivazione intrinseca al cambiamento (Greenberg, 2012; Gross, Jajazeri, 2014). La comprensione dei meccanismi emotivo-motivazionali può aiutare il clinico a implementare percorsi terapeutici che garantiscano un miglioramento della condizione psicologica sul lungo termine e stabile nel tempo (Greenberg, 2012). Il lavoro terapeutico su caratteristiche strutturali di personalità richiede molto tempo, ma è associato ad esiti terapeutici migliori e più stabili sul lungo termine, che contribuiscono a prevenire il ripresentarsi della sintomatologia o più genericamente della sofferenza psicologica (Panksepp, Biven, 2014).

In terzo luogo, esplorare il funzionamento emotivo-motivazionale secondo una prospettiva evuzionistica e neuroscientifica fornisce una serie di vantaggi nella formulazione del caso, nella terapia e nella comunicazione tra clinici. Tale esplorazione potrebbe giovare di prospettive teoriche e tecniche nuove e integrative, consentendo di introdurre un costrutto centrale come l'alleanza di lavoro all'interno di un modello diagnostico e terapeutico di tipo dimensionale e di nuova generazione (Panksepp, Lane, Solms, Smith, 2017), nel quale siano considerate le variabili biologiche, psicologiche e sociali. Inoltre, esplorare la personalità consente al clinico di comprendere sul piano diagnostico quali elementi strutturali possono

condizionare l'alleanza e il drop-out e intervenire in modo precoce, antepoendo il lavoro su tali elementi alla trattazione di altri temi meno prioritari (Montag, Panksepp, 2017).

La presente ricerca dimostra come l'alleanza di lavoro valutata dalla prospettiva del clinico in corrispondenza del terzo colloquio con il paziente sia predittiva del drop-out psicoterapeutico occorso entro le prime 12 sedute. In tal senso, un accordo precoce e solido tra clinico e paziente in termini di obiettivi di cambiamento, strategie terapeutiche e legame affettivo migliora l'adesione del paziente al percorso, almeno rispetto alle prime 12 sedute. Questo dato è in linea con la letteratura e conferma l'importanza di monitorare ed intervenire sin dal principio sulla relazione terapeutica, al fine di potenziare la compliance del paziente adolescente rispetto al trattamento (Norcross, 2018).

Per quanto riguarda la sintomatologia, la presente ricerca documenta l'assenza di potere predittivo dei livelli di ansia, depressione e fenomeni maniformi rispetto all'alleanza di lavoro a breve termine. Si è scelto di non valutare l'associazione tra la sintomatologia misurata a breve termine e l'alleanza misurata alla 12 seduta, perché per sua natura la sintomatologia è meno stabile nel tempo. Questo dato è molto importante ai fini del lavoro terapeutico, poiché permette al clinico di attribuire meno priorità alle tecniche finalizzate all'intervento sul sintomo, specialmente nei casi in cui il clinico stesso avverta la debolezza dell'alleanza di lavoro. La letteratura sugli adulti suggerisce quanto sia sconveniente attivare troppo presto processi di cambiamento orientati all'azione e alla scomparsa dei sintomi con un paziente che non è motivato al cambiamento e che presenta schemi relazionali problematici o tendenti a opporre resistenza al cambiamento (Prochaska, Norcross, 2018). Pertanto, pazienti adolescenti con livelli più alti di ansia, depressione e sintomi maniformi non presentano una peggiore o migliore alleanza di lavoro a breve termine. Al fine di intervenire sull'alleanza di lavoro a breve termine, potrebbe risultare inutile concentrarsi sulla condizione sintomatologica del paziente al momento della consultazione, anche se tale sofferenza può

essere alla base della domanda di consultazione o può apparire come il problema più “appariscente” su cui lavorare, a prescindere da altri fattori.

Al contrario, se la sintomatologia non sembra predire l’alleanza di lavoro a breve termine negli adolescenti, il presente studio dimostra come alcune caratteristiche strutturali di personalità possano associarsi all’alleanza di lavoro a breve (3a seduta) e a medio termine (12a seduta). I sistemi emotivo-motivazionali di base che presentano un potere predittivo di livello moderato sono i sistema della CURA e del GIOCO, sia quando sono i pazienti a rispondere tramite self-report, sia quando è il clinico che descrive il funzionamento emotivo-motivazionale tramite lo strumento clinician-report. Inoltre, la prospettiva valutativa del clinico dimostra un maggiore potere predittivo rispetto all’alleanza, in confronto alla prospettiva del ragazzo. Questo dato può essere spiegato ricorrendo a due ipotesi. L’alleanza di lavoro è stata misurata dalla prospettiva del clinico, quindi è possibile che correli di più con la misura clinician-report dei sistemi emotivi, piuttosto che con la misura self-report. Una seconda spiegazione potrebbe essere fornita dalla possibilità che il ragazzo, al momento di riflettere sul proprio funzionamento emotivo e di comunicarlo al clinico, potrebbe mettere in atto meccanismi (automatici o non) di negazione, non consapevolezza, reticenza a fornire informazioni, difensività, desiderabilità sociale. Al contrario, il clinico potrebbe avere una visione più realistica ed esterna del funzionamento del paziente, anche perché l’area emotivo-motivazionale è maggiormente indagabile mediante l’osservazione del comportamento non-verbale, del quale il ragazzo potrebbe non essere adeguatamente consapevole.

Come detto, i sistemi emotivo-motivazionali di base della CURA e del GIOCO mostrano un potere predittivo rispetto all’alleanza di lavoro sia a breve che a medio termine. È interessante osservare che entrambi i sistemi siano a valenza piacevole (o cosiddetta positiva) (Montag, Panksepp, 2018). Di contro i sistemi a valenza spiacevole (o cosiddetta negativa) non sembrano associati all’alleanza di lavoro, ad eccezione del sistema della RABBIA, come discuteremo più avanti, seppur con minore potenza e significatività. Questo dato permette di

riflettere sull'importanza che assume il reclutamento di sistemi di base piacevoli anziché spiacevoli nella comprensione ed implementazione dell'alleanza di lavoro. In altri termini, quando il clinico si confronta con pazienti adolescenti che sviluppano un'alleanza di lavoro debole, potrebbe prestare maggiore attenzione alla presenza e al funzionamento delle emozioni piacevoli (CURA e GIOCO) piuttosto che a quelle spiacevoli (in particolare PAURA e TRISTEZZA). L'intervento clinico sull'alleanza di lavoro non sembra passare direttamente attraverso la trattazione dei fenomeni connessi alla percezione della minaccia, dell'evitamento del pericolo o del rischio, dell'abbandono, della perdita relazionale o del sentimento di solitudine (Panksepp, Biven, 2014). Al contrario, l'intervento sull'alleanza di lavoro dovrebbe orientarsi allo sviluppo di competenze positive, al fine di reclutare il potere di "guarigione" delle emozioni piacevoli. A livello clinico, una raccomandazione che si potrebbe trarre da questo risultato consiste nel suggerire di orientare il processo terapeutico - almeno nelle fasi iniziali - avendo cura di non focalizzarsi prematuramente e unicamente su emozioni forti e negative, quantomeno con pazienti adolescenti che mostrano un'alleanza più fragile (Karver et al., 2008). Questo spostamento del focus clinico dalle emozioni negative a quelle positive può impedire che si indulga in modo eccessivo sulla esplorazione e la modificazione del funzionamento emotivo della PAURA e della TRISTEZZA, frequentemente alla base della domanda di consultazione e della sintomatologia. L'esperienza ci suggerisce che i clinici sono più propensi a notare e trattare la "patologia", piuttosto che a sviluppare delle competenze basate sui sistemi emotivi a valenza piacevole, a causa della propria formazione psicologica e psicoterapeutica. Il presente studio può invitare i clinici che intendono implementare l'alleanza di lavoro a rimandare la trattazione delle emozioni spiacevoli (e dei sintomi o schemi di personalità disfunzionali connessi) e a dare priorità ai sistemi emotivi a valenza piacevole, così da intervenire precocemente sullo sviluppo di una relazione cooperativa.

Secondo la prospettiva evolutivista delle neuroscienze affettive, l'attivazione del sistema della CURA presuppone una lettura dell'ambiente interno ed esterno nella quale assumono salienza percettiva ed emotivo-motivazionale gli stimoli connessi all'altruismo, alla compassione e all'empatia (Montag, Panksepp, 2017). Pertanto i pazienti adolescenti che sviluppano un'alleanza di lavoro più solida potrebbero presentare una predisposizione ad accudire il prossimo, a fidarsi, ad immedesimarsi sul piano emotivo, ad incarnare i sentimenti altrui. Mostrano altresì apertura emotiva, accettazione e riescono a sviluppare un senso di sicurezza più stabile. Riescono ad immedesimarsi nel ruolo del "curante", concepiscono la possibilità di mutare copione relazionale, cioè di essere accuditi in quanto pazienti, ma anche la possibilità di accudire. Sul piano del processo terapeutico, questo dato può suggerire l'importanza di considerare e implementare le tecniche che mirano a sviluppare un atteggiamento compassionevole nelle situazioni in cui si deve lavorare sull'alleanza, in special modo nelle prime dodici sedute (Gilbert, Bailey, 2000; Gilbert, 2014). Il sistema della CURA implica proprio la capacità di sviluppare un approccio compassionevole rispetto a tutto ciò che può essere percepito come *minus*, debole, triste, sconfitto, imperfetto o traumatizzato. La letteratura recente ha avvalorato l'utilità terapeutica degli approcci cognitivo-evolutivisti che si propongono di sviluppare un approccio compassionevole rispetto ai propri stati del Sé dolorosi o sgraditi, oppure agli stati del Sé frustranti degli altri (Gilbert, 2014). Lo sviluppo di questa emozione-motivazione permette di migliorare la sintomatologia ansiosa e depressiva (Nordahl, Wells, 2017), così come consente di sviluppare delle relazioni cooperative e paritetiche (Gilbert, 2009). Come vedremo più avanti, il sistema della CURA, e l'approccio compassionevole, permettono di leggere la vita mentale interna o gli accadimenti esterni come un fluire di eventi che può essere accettato e attraversato, senza necessariamente credere che questo coincida con la verità o la realtà. Allo stesso modo, l'attribuzione di significato da conferire agli eventi, così come le convinzioni che muovono i comportamenti possono essere osservati con maggiore distacco (Gilbert, 2014). Pertanto, l'alleanza di lavoro con gli

adolescenti potrebbe migliorare nei contesti in cui il clinico, anziché concentrarsi sulla esplorazione, modificazione o contestazione dei contenuti mentali dei pazienti, riesce a sviluppare un processo relazionale caratterizzato da un modo compassionevole di guardare e guardare tali contenuti. In altre parole, al fine di potenziare l'alleanza di lavoro, il clinico potrebbe allenare in se stesso e nel paziente adolescente la capacità a trattare le proprie emozioni, convinzioni e comportamenti in modo compassionevole. Di conseguenza, specialmente in situazioni di alleanza debole, potrebbe essere raccomandabile rimandare la foga interventista su quello che si ritiene, psicopatologia alla mano, il "problema" più cocente, evitando tecniche direttive od espressive (Prochaska, Norcross, 2018). In tal modo, il clinico, lavorando sull'alleanza, rimodulerebbe la propria tabella di marcia del cambiamento sulle preferenze, le aspettative e i tempi del paziente. Le tecniche di colloquio più idonee potrebbero essere quelle cosiddette supportive (Luborsky, Crits-Christoph, 1990; Luborsky, 2000; Luborsky et al., 2002), quali la chiarificazione, la risposta riflesso, la parafrasi, il riassunto. Queste tecniche non hanno la velleità di produrre un cambiamento diretto nei meccanismi associati alla patologia, ma consentono di co-costruire con il paziente una comune cornice di significato, e permettono di negoziare alla pari gli obiettivi e i compiti di cambiamento.

Sul piano neurobiologico, il sistema della CURA è mediato principalmente dall'ormone dell'ossitocina, che si associa ai comportamenti esposti sinora e permette lo sviluppo della cosiddetta cognizione sociale (Panksepp, 1992). Il sistema della CURA -e l'ossitocina- oltre a regolare i comportamenti di accudimento, favorisce l'interpretazione delle emozioni e lo sviluppo di relazioni intime, fiduciose e sicure. In merito all'interpretazione delle emozioni, i pazienti adolescenti con una minore propensione alla CURA potrebbero avere difficoltà a leggere e fornire senso alle emozioni proprie ed altrui. In tal senso, il clinico potrebbe impiegare le tecniche per lo sviluppo dell'empatia (Greenberg, 2014; Myers, 2000), enfatizzando di più il canale di comunicazione e di intervento somatico-non verbale, piuttosto

che il canale linguistico (Lakin, Chartrand, 2004). A tal proposito va ricordato che i sistemi di base sono sottocorticali e poco influenzati dal linguaggio (Montag, Panksepp, 2018).

Rispetto alla capacità di sviluppare relazioni intime, il ragazzo con una ridotta attivazione della CURA potrebbe mostrare uno stile di attaccamento distanziante, in linea con i risultati presenti in letteratura (Eltz, Shirk, Sarlin, 1995). Pertanto, il clinico dovrebbe fare attenzione a non “avvicinarsi troppo” a questi pazienti, che tendono a percepire le relazioni intime come pericolose o invasive. Il clinico potrebbe rimandare il suo istinto interventista e analitico e lavorare prima sulla strutturazione di un contesto terapeutico nel quale il paziente senta di poter esplorare liberamente e di stabilire la giusta distanza.

La ricerca sulla popolazione adulta fornisce interessanti risultati in merito all’associazione tra ossitocina e rotture dell’alleanza terapeutica. I livelli di ossitocina sembrano variare nei momenti in cui, durante le sedute psicoterapiche, si verificano eventi interpersonali intimi salienti tra paziente e clinico. In particolare, i livelli di ossitocina sembrano incrementare in corrispondenza di conflitti o rotture dell’alleanza di lavoro (Zilcha-Mano, Porat, Dolev, Shamay-Tsoory, 2018). In tal senso, il clinico che lavora con adolescenti con bassi livelli di attivazione del sistema della CURA dovrebbe prestare particolare attenzione ai momenti di intimità e di rottura dell’alleanza, poiché questo genere di pazienti potrebbe non essere abituato, come detto sopra, a tollerare i momenti di intimità o il venire in contatto con stati del *Sé minus*, deboli, perdenti etc. Alla luce di questi dati, che suggeriscono un coinvolgimento del sistema della CURA nell’alleanza di lavoro, la riparazione delle rotture dell’alleanza appare di rinnovata importanza poiché consente al clinico e al paziente di allenarsi a guardare con accettazione e compassione quanto accade tra di loro all’interno del setting clinico, come se dovessero osservare il processo di negoziazione da un terzo punto di vista (Safran, 2000). È possibile che i pazienti con l’alleanza più fragile possano essere allenati a prendersi cura della relazione con il clinico.

I risultati indicano che l'alleanza di lavoro a breve e medio termine appare predetta anche dall'attivazione del sistema del GIOCO. Secondo la prospettiva evoluzionistica delle neuroscienze affettive (Panksepp, Biven, 2014), i pazienti adolescenti con maggiori livelli di alleanza di lavoro presenterebbero una maggiore capacità di negoziazione delle regole, in termini di setting, aspettative, obiettivi, compiti e preferenze. Questi ragazzi presenterebbero una maggiore propensione a divertirsi mentre esplorano il nuovo, ivi compresa l'esplorazione della propria vita mentale. La prospettiva delle neuroscienze affettive considera il sistema del GIOCO come un precursore evoluzionistico della cooperazione, che a sua volta è alla base della intersoggettività, del linguaggio e della metacognizione (Davis, Montag, 2018). Il GIOCO e la cooperazione implicano la capacità di entrare in relazione con l'altro tollerando la "sconfitta", sia essa dialogica, fisica, morale etc. Il GIOCO è un allenamento alla "tolleranza della sconfitta", alla capacità di considerare momento per momento il vantaggio di non dominare sempre sull'altro, di non vincere sempre sull'interlocutore. "Saper perdere un po'" appare necessario per garantire uno spazio vitale alla presenza dell'altro, consente di gettare le basi per cooperare al fine di raggiungere una risorsa comune che non si riuscirebbe a reperire da soli (Gilbert et al., 2009, 2013) . Il GIOCO rappresenta un allenamento alla sconfitta o "all'onore delle armi", ma non un'abitudine all'annichilimento. Una migliore alleanza di lavoro sembra perciò predetta dalla capacità di resistere alla tentazione di competere, di annientare l'interlocutore, di surclassarne o confutarne le tesi, le convinzioni o lo stile di pensiero. È appunto un GIOCO sociale, più presente in coloro che soffrono a stare da soli (Panksepp, Biven, 2014). Di contro, più assente in coloro con un attaccamento evitante, come detto sopra in merito al sistema della CURA. Una migliore alleanza è predetta dalla capacità del paziente adolescente di sublimare la dominanza e l'aggressività, ma anche di mostrare inventiva di fronte a problemi inattesi. L'alleanza potrebbe essere più solida quando il paziente è in grado di sperimentare emozioni in un contesto in cui le interazioni sono innocue, prive di conseguenze sul rapporto. Ritorna il tema della riparazione delle rotture dell'alleanza, che,

vale la pena ricordarlo, migliora l'alleanza e l'outcome terapeutico a lungo termine (Muran et al., 2009). In tal senso, il setting terapeutico dovrebbe agevolare la libera espressione del paziente adolescente, che, come detto in precedenza, dovrebbe apprendere un approccio giocoso e *mindful* ai propri eventi mentali (emozioni, sensazioni, pensieri, convinzioni) (Wells, 2005). L'alleanza di lavoro potrebbe giovare di un intervento sul sistema del GIOCO che si rivolga più al processo relazionale e alla libera esplorazione dei contenuti mentali, piuttosto che sulla pretesa di modificare direttamente questi contenuti (Solem et al., 2015). Il clinico che intende migliorare l'alleanza di lavoro potrebbe aiutare il paziente, già nelle fasi precoci del percorso, a vedere la propria mente come una creatura selvatica, dispettosa e indisciplinata (Siegel, Germer, Olendzki, 2009).

La letteratura specialistica indica una serie di comportamenti correlati al GIOCO (Montag, Panksepp, 2017). Questi comportamenti potrebbero essere associati all'alleanza di lavoro e potrebbero essere impiegati in modo più o meno consapevole e automatico dal paziente, così come potrebbero essere implementati dal clinico che intende lavorare sull'alleanza. Il GIOCO si attiva nel momento in cui tra due o più persone si crea una situazione di attenzione condivisa. L'atto di indicare con il dito, in modo concreto o simbolico, un oggetto o un concetto posto tra due persone attiva un processo cooperativo (Matthews, Behne, Lieven, Tomasello, 2015; Tomasello, Gonzalez-Cabrera, 2017). Questo accorgimento potrebbe essere utile in sede clinica quando si vuole discutere i risultati dei test, oppure quando si vuole ragionare su un tema o esplorare un argomento oppure quando si desidera coinvolgere il paziente in un gioco terapeutico, come ad esempio quello della sedia vuota. Esistono infatti alcune tecniche terapeutiche che implicano giochi di ruolo, o piccoli esperimenti con le proprie emozioni o i propri pensieri (vedi le tecniche delle terapie metacognitive) (Wells, 2005). La letteratura suggerisce come il gioco implichi una certa sicurezza nell'applicare il cosiddetto role-reversal, nel quale il clinico e/o il paziente possono immedesimarsi in ruoli differenti. Un altro meccanismo che è implicato nel GIOCO consiste nel cosiddetto "self-

handicapping”, attraverso il quale il clinico e/o il paziente ironizzano sui propri limiti oppure resistono alla tentazione di sopraffare l’interlocutore (Palagi et al. 2017). Sul piano linguistico, l’uso del “noi” può implementare il GIOCO e la cooperazione. In sede clinico, quando il paziente utilizza il “noi” riferendosi ad obiettivi e compiti, si ha spesso la rassicurazione sulla solidità dell’alleanza di lavoro (Tomasello et al., 2005). Al fine di potenziare la cooperazione, vi sono una serie di indicazioni che possono agevolare il processo (Norcross, Lambert, 2011):

- a. Iniziare a lavorare sui problemi del cliente, rispettando gli stadi e i processi di cambiamento, solo dopo aver concordato insieme a lui gli obiettivi espliciti del trattamento e i compiti per conseguirli.
- b. Evitare di imporre il proprio programma di argomenti, preferenze, aspettative ed interventi.
- c. Trasmettere al cliente l’importanza della sua collaborazione per il successo del percorso, anche informandolo di quanto si conosce tramite la ricerca scientifica.
- d. Rivedere regolarmente gli obiettivi.
- e. Chiedere al cliente un feedback sul suo attuale stato di benessere, sulla motivazione al cambiamento e sul sostegno sociale.

Infine, la correlazione tra sistema del GIOCO e alleanza di lavoro suggerisce da una parte che i pazienti con poca attivazione di questo sistema siano a disagio con i comportamenti finora elencati, dall’altra che il clinico può implementare questi atteggiamenti, in primis coltivando dentro di sé un atteggiamento giocoso, pur mostrando cautela rispetto a pazienti che potrebbero non essere abituati a questa proposta relazionale.

Il sistema di base della RABBIA (Panksepp, Biven, 2014), stavolta a valenza spiacevole, sembra associarsi, seppur con minore significatività rispetto alla CURA e al GIOCO, ai livelli di alleanza di lavoro a breve termine e non a medio termine, quando è misurato tramite self-report, mentre invece accade l’inverso quando questo sistema viene valutato dalla prospettiva del clinico. Questa differenza non è di facile spiegazione. Probabilmente, maggiori livelli di

RABBIA manifestati dal ragazzo in modo consapevole possono essere maggiormente evidenti al paziente stesso nelle prime sedute, in fase istituyente, poiché spesso il paziente adolescente non si rivolge di sua sponte alla consultazione e viene spesso spinto dai genitori (DiGiuseppe, Linscott, Jilton, 1996). Pertanto, nella fase iniziale, il paziente potrebbe essere maggiormente in contatto con la sua collera ed esplicitarla con più nitidezza. Tale collera può condizionare l'alleanza di lavoro con il clinico a breve termine, che può essere percepito intrusivo, estraneo, minaccioso per la propria indipendenza. In una prima fase del processo terapeutico è anche possibile che il ragazzo e il clinico non percepiscano la rabbia del paziente allo stesso modo, forse per meccanismi di dissimulazione del ragazzo o di ridimensionamento/inconsapevolezza del clinico. In tal senso, nelle fasi iniziali del percorso terapeutico, il clinico potrebbe non accorgersi della presenza di meccanismi collerici che possono a breve e medio termine corrodere la basi relazionali del processo terapeutico. Oppure, ragazzi che si rappresentano come collerici, dal punto di vista esterno del clinico, non lo sono poi così tanto. E questa autorappresentazione può comunque incidere sull'alleanza di lavoro a breve termine. Invece, la rilevazione della collera da parte del clinico entro il terzo colloquio è un importante indicatore rispetto all'alleanza a medio termine. Cosicché i ragazzi che non si rappresentano collerici, ma che dalla prospettiva clinica lo sono, tendono a mostrare un livello complessivo di alleanza di lavoro più basso.

Pertanto, appare di vitale importanza prestare attenzione sin da subito ai segnali di collera manifestati direttamente ed esplicitamente dal paziente adolescente, al fine di mantenere un adeguato livello di accordo sugli obiettivi, sui compiti terapeutici e sul legame affettivo. In tal senso, le comunicazioni esplicite del ragazzo rispetto alla collera, nella fase iniziale, appaiono più importanti da tenere in debita considerazione rispetto all'intuizione del clinico, che invece sembra maggiormente predittiva sul medio termine. Il fatto che il sistema della RABBIA sia coinvolto nei livelli di alleanza di lavoro è di facile comprensione. Tale sistema ancestrale, secondo la prospettiva neuroscientifica ed evolucionistica, si attiva nei momenti in cui

l'individuo viene in contatto con la frustrazione di un bisogno/desiderio, oppure nei contesti in cui il proprio "territorio indipendente" viene invaso o minacciato (Montag, Davis, 2018). In altri termini, gli adolescenti che presentano a livello strutturale una maggiore attivazione del sistema della collera potrebbero essere maggiormente suscettibili di leggere l'ambiente circostante secondo una lettura "territoriale". Potrebbero essere maggiormente motivati a non tollerare la frustrazione di non risolvere subito il problema presentato in consultazione, oppure non tollerare l'obbligo di essere condotti in consultazione dai genitori, al di là della propria volontà. Potrebbero mostrare delle pretese relazionali in termini di risultato dell'intervento e mostrare una rilevante difficoltà nel negoziare il contratto terapeutico. La difficoltà di negoziazione può minare l'alleanza di lavoro sin dalle prime battute poiché l'alleanza consiste di per sé in un processo relazionale di condivisione "*push and pull*" (Safran, 2000). La maggiore attivazione del sistema della RABBIA potrebbe correlarsi a livelli maggiori di resistenza (Karno, Longabaugh, 2005). La resistenza non viene più intesa in senso vetero-psicoanalitico come l'opposizione del paziente alle interpretazioni del clinico o come difensività rispetto a contenuti inconsci, ma come un diritto legittimo del paziente di conservare la sua indipendenza nel decidere cosa pensare e se orientarsi verso il cambiamento (Norcross, 2018). Pertanto, i clinici, al fine di gestire e migliorare l'alleanza di lavoro potrebbero, già dal principio, produrre interventi tecnici che non suscitino resistenza nel paziente adolescente. In letteratura, gli interventi percepiti come più "invasivi" oppure "orientati all'azione e al cambiamento" sono le tecniche di colloquio direttive ed espressive, quali le domande chiuse, la confrontazione e l'interpretazione, le espressioni di accordo/disaccordo, i consigli, le ristrutturazioni cognitive, le sollecitazioni, la psicoeducazione, l'approvazione o la disapprovazione dei comportamenti o delle convinzioni (Karno, Longabaugh, 2005; Prochaska, Norcross, DiClemente, 2013) .

Pertanto, con i ragazzi che mostrano livelli di collera e di resistenza più pronunciati, il clinico dovrebbe mettere in discussione l'adeguatezza dei propri interventi tecnici e scegliere quelli

più opportuni allo stadio del cambiamento, alla motivazione al cambiamento e alla personalità del cliente (Prochaska, Norcross, 2018). La resistenza non andrebbe valutata a priori come un “difetto” del cliente che non si adegua alla supposta correttezza ideologica dell’orientamento teorico del clinico, ma come una difesa legittima della propria tempistica di cambiamento e della propria indipendenza.

Il clinico potrebbe impiegare le tecniche finalizzate ad aggirare la resistenza mutuata dalla teoria del Colloquio Motivazionale (Hettema, Steele, Miller, 2005). In tal senso, il rispetto del diritto dell’adolescente alla “difesa del territorio” e la cautela nella negoziazione degli obiettivi di cambiamento potrebbero implementare una relazione cooperativa, che è alla base dell’alleanza di lavoro (Naar-King, Suarez, 2010).

Abbiamo detto che, secondo la presente ricerca, i sistemi emotivi di base della CURA, del GIOCO e -in misura minore- della RABBIA appaiono predittivi dell’alleanza di lavoro a breve e medio termine. Lo stesso non si può affermare in riferimento al drop-out terapeutico. Nessun sistema di base predice il drop-out, nonostante quest’ultimo sia fortemente predetto dall’alleanza di lavoro e l’alleanza stessa sia molto correlata con i suddetti sistemi di base. Pertanto, il rapporto tra sistemi di base del paziente e drop-out potrebbe essere moderato o mediato da altri fattori che meriterebbero di essere indagati in ricerche future. Tra questi fattori potrebbe rientrare il cosiddetto contributo del clinico, in termini di genere, esperienza, formazione teorica, personalità e gestione dell’alleanza di lavoro (Karver et al., 2018).

La presente ricerca ha anche esplorato il contributo rispetto all’alleanza di lavoro dei domini e dei sottotratti di personalità indagati secondo il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità del DSM-5 (Krueger et al., 2012). Vale ricordare che il sistema dei tratti maladattivi di personalità raffigura la variante disfunzionale dei Big-Five. Rispetto ai sistemi emotivi di base, che rappresentano meccanismi di processo primario ancestrali e largamente innati, i tratti indagati dal modello di personalità del DSM-5 sono dei derivati di processo

terziario, maggiormente influenzati dalla cultura, dall'apprendimento e dall'ambiente (Davis, Montag, 2018).

I risultati indicano che i domini del Distacco e dell'Antagonismo mostravano una abilità significativa e negativa di predire l'alleanza di lavoro a breve termine, ma non a medio termine. In altre parole, quanto maggiore è la presenza di comportamenti e vissuti di evitamento dell'esperienza socioemotiva, tanto peggiore è il livello di alleanza di lavoro nei primi tre colloqui. Il dominio del Distacco comprende sia il ritiro dalle relazioni interpersonali, sia la ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti (Krueger et al., 2012). Gli adolescenti con maggiori problemi a negoziare l'alleanza di lavoro potrebbero mostrare difficoltà rilevanti nel provare piacere. Questo dato è congruente con i sopracitati risultati della ricerca in merito ai sistemi emotivo-motivazionali di base, poiché abbiamo detto che sono i sistemi emotivi a valenza piacevole a predire maggiori livelli di alleanza di lavoro. Anche gli studi presenti in letteratura sull'alleanza e l'attaccamento confermano l'associazione tra la presenza di modelli operativi interni di tipo distanziante e peggiori livelli di alleanza (Eltz, Shirk, Sarlin, 1995). D'altra parte, il dominio Distacco confluisce nello spettro internalizzante e contraddice un dato della letteratura che suggerisce una associazione tra spettro esternalizzante e livelli più bassi di alleanza di lavoro (Pelkonen et al, 2000).

L'unico tratto del Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità del DSM-5 (Krueger et al., 2012) che ha mostrato un potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve termine è l'Insensibilità. La mancanza di preoccupazione per i sentimenti e per i problemi altrui, unita alla mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri, sembrano associate a livelli più bassi di alleanza a breve termine. In un'ottica psicodinamica ed evolucionistica, il senso di colpa rappresenta un sentimento evoluto e maturo, propedeutico alla convivenza e alla riparazione delle rotture relazionali (Gilbert, 2000). Il senso di colpa, nonostante sia un vissuto spiacevole, permette di immedesimarsi nel vissuto altrui e di "accendere" le capacità metacognitive. Anche questo dato trova

corrispondenza nei risultati concernenti la relazione tra sistemi emotivi di base e alleanza di lavoro, poiché la scarsa attivazione del sistema della CURA implica proprio l'assenza degli atteggiamenti appena elencati (Davis, Montag, 2018).

Per quanto riguarda la capacità predittiva delle sottoscale del Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità del DSM-5 (Krueger et al., 2012) sull'alleanza di lavoro a medio termine, soltanto i tratti di personalità relativi all'"Ostilità" e all'"Inganno" mostravano un'associazione significativa. In altri termini, quanto maggiore è la presenza di sentimenti di rabbia persistenti o frequenti tanto minore è il livello dell'alleanza a medio termine. L'attivazione del tratto ostile innesca la lettura della realtà in termini territoriali. La presenza di irritabilità in risposta ad offese ed insulti di poco conto, associata alla presenza di comportamento meschino, malevolo o vendicativo possono rappresentare degli indicatori personologici affidabili per valutare, sin dalle prime battute, la traiettoria dell'alleanza di lavoro. Riprendendo le considerazioni esposte sopra in merito al sistema della RABBIA, il clinico deve essere abile a prestare attenzione agli atteggiamenti di "difesa del territorio" e non colludere con tale proposta relazionale. Inoltre, livelli bassi di alleanza a medio termine sembrano predetti da atteggiamenti di disonestà e frodolenza, associata a fuorviante/superlativa presentazione di sé, esagerazione o invenzione di eventi nella narrazione. I tratti dell'inganno, della insensibilità e dell'ostilità caratterizzano il prototipo antisociale, nel quale la credenza patogena relativa a se stesso e agli altri si fonda sulla convinzione che il mondo è un luogo pericoloso, pieno di persone desiderose di sfruttare e ingannare, dalle quali ci si può difendere solo divenendo menzogneri e manipolativi per primi. D'altra parte, la letteratura evidenzia come il sistema della RABBIA e il tratto antagonistico siano caratteristici del prototipo narcisistico di personalità (Karterud et al., 2016). Livelli elevati di narcisismo presuppongono una certa autoreferenzialità nel processo di negoziazione dell'alleanza di lavoro, con annesso spegnimento della metacognizione e della funzione riflessiva (Wells, 2005). Va sottolineato che il tema narcisistico è particolarmente importante

in adolescenza poiché presuppone il tentativo di autonomia, svincolo ed inserimento - competitivo- nel gruppo dei pari. Il clinico dovrebbe resistere alla tentazione di mortificare il narcisismo del paziente adolescente, ricordando la funzione evolutiva ed evolucionistica che esso assolve (Church, 1994; Hanna, Hunt, 1999).

In merito al drop-out terapeutico, come osservato per i sistemi emotivi di base, anche i cinque domini principali del DSM-5 non risultavano predittivi. Di contro, alcuni tratti hanno mostrato una discreta capacità predittiva rispetto all'abbandono precoce e unilaterale del percorso clinico. Questi tratti sono la Sospettosità, l'Evitamento dell'intimità, l'Insensibilità e l'Irresponsabilità, in senso positivo, il Ritiro e l'Impulsività in senso negativo. Scendendo nel dettaglio possiamo osservare come l'attesa o la sensibilità ai segni di malevolenza o aggressività interpersonale, i dubbi sulla lealtà o sulla fedeltà degli altri, la sensazione di essere maltrattati, usati/perseguitati dagli altri possano associarsi ad una maggiore probabilità di drop-out. Allo stesso modo, l'evitamento di relazioni intime e affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali può aumentare il rischio di abbandono precoce del percorso terapeutico. D'altra parte, alti livelli di evitamento dell'intimità, associati ad un desiderio carsico di situazioni sociali e di uscire da sentimenti di solitudine, possono correlarsi al drop-out. Secondo una prospettiva psicodinamica e dell'attaccamento, la presenza di un conflitto tra evitamento dell'intimità e desiderio di intimità può determinare l'abbandono precoce del percorso terapeutico. La relazione terapeutica implica un avvicinamento tra clinico e paziente e determina per sua natura un aumento del calore e dell'intimità. Di conseguenza, pazienti che desiderano relazioni intime, ma che hanno credenze patogene pessimistiche sulla loro realizzazione possono abbandonare il percorso per interrompere un'intensità emotiva che appare insostenibile. In alternativa, il drop-out può rappresentare un *enactment* finalizzato ad agire un test relazionale sul clinico che, per svolgere la sua funzione terapeutica sullo schema interpersonale implicito, dovrebbe evitare di confermare la credenza patogena del paziente in merito all'impossibilità di tollerare relazioni intime. Un fattore

protettivo, in tal senso, potrebbe essere rappresentato dall'impulsività che, sorprendentemente, appare predittiva della prosecuzione del percorso. Probabilmente, la mancanza di pianificazione, di considerazione delle conseguenze, e una sensazione complessiva di urgenza possono contribuire a infondere un senso di spontaneità, vitalità e movimento al processo terapeutico, sorpassando i timori, i dubbi e la sfiducia. Il tratto dell'insensibilità, oltre a predire l'alleanza di lavoro, sembra associarsi anche al drop-out terapeutico, verosimilmente per le stesse ragioni legate alla CURA e alla compassione esposti in precedenza. Infine, appare interessante il valore predittivo del tratto "Irresponsabilità" rispetto al drop-out. Una maggiore presenza di disinteresse per gli obblighi finanziari, l'inadempienza nel rispettare o portare a termine accordi, contratti, o promesse, l'incuria verso le proprietà altrui sembra condizionare l'adesione al percorso, probabilmente per le convinzioni antisociali e narcisistiche sopra esposte e in relazione al fatto che il percorso terapeutico implica capacità di negoziazione e cooperazione paritetica.

L'approfondimento della relazione tra funzionamento emotivo, alleanza di lavoro e drop-out terapeutico ci ha indotto ad esplorare anche il potenziale ruolo dell'alessitimia all'interno del processo terapeutico con pazienti adolescenti. I risultati indicano che il punteggio totale della TAS-20 correlava in modo significativo e negativo con l'alleanza di lavoro a breve e medio termine. La letteratura stabilisce una relazione tra l'alessitimia e la capacità di empatia, di comprensione delle intenzioni proprie ed altrui (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, 2011). La difficoltà di entrare in contatto con le proprie emozioni corrisponde ad una ridotta abilità nel comprendere le emozioni altrui. Questa considerazione mutuata dalla letteratura potrebbe riflettere le considerazioni esposte sinora rispetto al coinvolgimento dei sistemi emotivi della CURA e del GIOCO, così come dei tratti di personalità del modello alternativo DSM-5, rispetto ai livelli di alleanza di lavoro. Scendendo nel dettaglio, è emerso che soltanto la sottoscala della TAS-20-"Pensiero orientato all'esterno" mostrava un significativo e negativo potere predittivo sull'alleanza di lavoro a breve termine. Di contro, nessuna sottoscala della

TAS-20 mostrava un potere predittivo sull'alleanza a medio termine. Infine, l'alessitimia non risultava predittiva del Drop-out terapeutico, avvalorando l'ipotesi secondo la quale la relazione tra drop-out e alleanza di lavoro potrebbe essere mediata da altri fattori a noi ignoti.

7. Conclusioni

I risultati della presente ricerca confermano la cruciale importanza dell'alleanza di lavoro nel prevenire il drop-out terapeutico con pazienti adolescenti.

In primo luogo, la sintomatologia clinica non appare correlata all'alleanza di lavoro.

In secondo luogo, la valutazione dei sistemi emotivi di base può fornire informazioni importanti sulle aree del funzionamento emotivo-motivazionale sulle quali intervenire per modificare l'alleanza di lavoro. ciononostante occorrono ulteriori studi per approfondire il reale impatto di queste strategie di intervento. In particolare, i sistemi della CURA e del GIOCO appaiono strettamente associati all'alleanza di lavoro, e andrebbe approfondito il ruolo della compassione e delle strategie cooperative all'interno del setting terapeutico. Anche il sistema della RABBIA sembra assumere un ruolo nella modulazione dell'alleanza di lavoro e potrebbe ricordare l'importanza di applicare strategie terapeutiche adeguate per aggirare la resistenza al cambiamento.

Purtuttavia, nonostante i sistemi emotivi di base risultano correlati all'alleanza di lavoro e nonostante quest'ultimo costrutto sia predittivo del drop-out, non risultano associazioni tra i sistemi emotivi ed il drop-out. Probabilmente, sono presenti altri fattori che mediano queste associazioni.

Il modello di personalità della Sezione III del DSM-5 fornisce alcune indicazioni sui domini e i tratti maggiormente associati all'alleanza di lavoro e al drop-out. In buona sostanza, i risultati si allineano con i dati esposti in merito ai sistemi di base, nonostante si siano osservati dei tratti predittivi del drop-out terapeutico. Questi tratti di personalità fanno riferimento al conflitto tra intimità e ritiro, sul versante internalizzante, e al profilo antisociale/narcisistico

sul versante esternalizzante. Anche l'alessitimia risultata correlata all'alleanza di lavoro a breve termine e non al drop-out.

Il vantaggio di questa ricerca consiste nell'individuare gli aspetti del funzionamento emotivo e di personalità che possono essere coinvolti nell'alleanza di lavoro e nel drop-out, al fine di poter cucire l'intervento sul singolo paziente e ed intervenire precocemente sulla gestione di fattori centrali del processo terapeutico.

Il limite della ricerca sono i seguenti: non-adequata ampiezza del campione dello studio 3; misurazione dell'alleanza di lavoro soltanto dalla prospettiva del clinico; l'utilizzo del questionario PID-5 soltanto in forma self-report; la misurazione della alessitimia soltanto mediante self report, e non attraverso l'apposita intervista, che ha dimostrato capacità psicometriche superiori.

8. Bibliografia

- Aalto-Setälä, T., Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Lonnqvist, J. (2002). Predictors of mental health distress in early adulthood; A five year follow up of 709 high school students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2), 121-125.
- Alberti, G., Martorano, A., Martorano, B. (2013). The competing influences of initial depressive symptomatology and early alliance on early outcome: A preliminary study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(2), 109-118.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738 –783.
- Barrett, M. S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247–267.
- Baruch, G., Vrouva, I., Ferron, P. (2009). A Follow-up Study of Characteristics of Young People that Dropout and Continue Psychotherapy: Service Implications for a Clinic in the Community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14 (2), 69-75.
- Biagiarelli M, Curto M, Andraos MP, Aprile V, Pelaccia S, Listanti G, Trabucchi G, Moscati FM, Pazzelli F, Caccia F, Mazzei A, Pezzotti M, Carpentieri R, Mantovani B, Girardi P, Pompili M, Tambelli R, Ferracuti S, Sarlato C. (2019) Efficacy of the Cooperative Assessment method (COOPAS) to improve the psychiatric care of help-seeking adolescents. *Clinical Neuropsychiatry*, *Accepted, Under revision*.
- Biagiarelli M, Curto M, Andraos MP, Aprile V, Pelaccia S, Listanti G, Trabucchi G, Moscati FM, Pazzelli F, Caccia F, Pezzotti M, Mazzei M, Caltagirone S, Girardi P, Pompili M, Ferracuti S, Sarlato C. (2017) Efficacy of the “cooperative assessment” diagnostic procedure to early improve acute symptoms in a sample of adolescents with anxiety and mood disorders. *European Psychiatry*; 41: 123-124.
- Block AM, Greeno C. (2000) *Examining Outpatient Treatment Drop-out in adolescents: A Literature Review*. *Child and Adolescent Social Work Journal*; 28: 393-420.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Youth risk behavior surveillance- United States. Retrieved November 25.
- Chen, H., Cohen, P, Kasen, S., Johnson, J.G. (2006) Adolescent Axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 14-19.
- Church, E. (1994). The role of autonomy in adolescent psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 101-108.
- Dakov, G.A., Tejada, M., Liddle, H.A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 274-281.

- Davis KL, Panksepp J, Normansell L. (2003) The affective neuroscience personality scales: normative data and implications. *Neuropsychanalysis*; 5: 57–69.
- Di Brina, C., D’Oto, P., Di Scipio, R., Di Pietro, D., Menghini, G., La Rocca, B., Scibilia, I., Sabatello, U. (2008). Uno studio descrittivo sull’accesso degli adolescenti ai servizi neuro-psichiatrici territoriali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child–adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85–100.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 419 – 431. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00008-V](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00008-V)
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., Beautrais, A.L. (2005) Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72.
- Fernandez, O.M, Krause, M., Perez, 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, 1-9.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., Rutter, M. (2001) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217.
- Garfield, S.L. (1994). Psychotherapy: then and now. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1 (2), 63-68.
- Gilbert P, Bailey B (Eds.) *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove, UK: Brunner-Routledge 2000.
- Gilbert P, McEwan K, Gibbons L, Chotai S, Duarte J, Matos M. (2013) Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy*; 84: 239–255.
- Gilbert P, McEwan K, Irons C, Broomhead C, Bellew R, Mills A, Gale C. (2009) The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority, are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy*; 82: 123–136.
- Gilbert P. *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates 1992.
- Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. (2002). *Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*; 16: 263–294.
- Gilbert P. (1998) Evolutionary psychopathology: Why isn’t the mind better designed than it is? *British Journal of Medical Psychology*; 71: 353–373.
- Gilbert P. *Human nature and suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates 1989.

- Gilbert P. (2014) The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*; 53: 6–41.
- Greenberg LS. (2004) Emotion focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*; 11: 3–16.
- Greenberg LS. (2010) Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *American Psychiatric Association*; 8(1): 32–42.
- Greenberg LS. (2012) *Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy*. *American Psychologist*; 67(8): 697–707.
- Gross JJ, Jazaieri H. (2014) *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective*. *Clinical Psychological Science*; 387–401.
- Hanna, F.J., Hunt, W.P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 56-68.
- Harpaz-Rothem, I., Leslie, D., Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services*, 55(9), 1022-1028.
- Hatchett, G.T., Park, H.L., (2003). Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 40(3), 226-231.
- Hersoug, A.G., Monsen, J.T., Havik, O.E., Hoglend, P. (2002). Quality of Early Working Alliance in Psychotherapy: Diagnosis, Relationship and Intrapsychic Variables as Predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. (2005) Motivational interviewing. *Annual Reviews of Clinical Psychology*;1:91–111.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-435.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckinger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Howard, K.L, Lueger, R.J., Maling, M.S., Martinovic, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Izard CE. (2009) Emotion theory and research: highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annu. Rev. Psychol.*; 60: 1–25.
- Kadzin, A. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(3), 415-425.
- Kadzin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.

- Kadzin, A.E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In W.J. Lambert Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 543-589). New York: Wiley and Sons.
- Karno PM, Longabaugh R. (2005) Less directiveness by therapists improves drinkink outcome of reactance client in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 73: 262-267.
- Karver MS, Monahan M, De Nadai A, Shirk, SR. (2018) Meta-Analysis of the Prospective Relation Between Alliance and Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy, *Psychotherapy*; Vol. 55, No. 4, 341–355.
- Karver, M, Shirk, S., Handelsman, J., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy. Measuring alliance, alliance building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 16(1), 15-28.
- Karterud S, Pedersen G, Johansen M, Wilberg T, Davis K, Panksepp J. (2016) Primary emotional traits in patients with personality disorders. *Pers. Ment. Health.* ; 10: 261–273.
- Lakin JL, Chartrand, TL. (2003) Using nonconscious behavioral mimicry to create affiliation and rapport. *Psychological Science*; 14: 334–339.
- Luborsky L, Crits-Christoph P. *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association 1990.
- Luborsky L. (2000) A pattern-setting therapeutic alliance study revisited: "Helping alliances in psychotherapy". *Psychotherapy Research*; 10: 17-29.
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause, ED, (2002) The dodo bird verdict is alive and well—mostly, *Clinical Psychology: Science and Practice*, , 9: 2–12.
- Martin, D., Garske, J., Davies, M. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Matthews D, Behne T, Lieven E, Tomasello M. (2012) Origins of the human pointing gesture: a training study. *Developmental science*; 15(6): 817-829.
- Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. (1988) The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*;14(1):61–8.
- Montag C, Panksepp J. (2017) Primary emotional systems and personality: an evolutionary perspective. *Frontiers in Psychology*; 8.
- Moyers TB, Miller WR, Hendrickson S. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. (2005) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;73:590–598.

- Muran JC, Safran JD, Eubanks-Carter C. Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In Muran JC, Barber JP (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 320–340). New York, NY: Guilford Press 2010.
- Muran JC, Safran, JD, Gorman BS, Wallner-Samstag L, Eubanks-Carter C, Winston A. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. (2009) *Psychotherapy Theory, Research, Practice, and Training*; 46(2): 233–248.
- Myers S. Empathic Listening: Reports on the Experience of being Heard. (2000) *Journal of Humanistic Psychology*; 40(2): 148-173.
- Naar-King S, Suarez M. *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Press 2010.
- National Institute of Mental Health (1999). *Brief notes in the mental health of children and adolescents*. Retrieved May, 11.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. (2011) Stages of change. *Journal of clinical psychology*.; 67 (2): 143-154.
- Norcross JC, Wampold BE. What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. (2011) *Journal of Clinical Psychology*; 67(2): 127-132.
- Nordahl H, Wells A. (2017) Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition? *PloS ONE*; 12(5): e0177109
- O'Malley, S., Such, C., Strupp, H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale and development and a process outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581-586.
- Oetzel, K.B., Sherer, D.G. (2003). Therapeutic engagement with adolescent in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225.
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS (2011) Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190, 43–48.
- Panksepp, J., Biven, L. (2012) *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton & Company.
- Panksepp J (1992) Oxytocin effects on emotional processes: separation distress, social bonding, and relationships to psychiatric disorders. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*; 652: 243–252.
- Panksepp J, Lane RD, Solms M, Smith R. (2017) Reconciling cognitive and affective neuroscience perspectives on the brain basis of emotional experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*; 76: 187-215.

- Panksepp J. Affective preclinical modeling of psychiatric disorders: taking imbalanced primal emotional feelings of animals seriously in our search for novel antidepressants. (2015) *Dialogues Clin. Neurosci*; 17: 363–379.
- Palagi E, Burghardt GM, Smuts B, Cordoni G, Dall’Olio S, Fouts HN, eha’kova’NM, Siviý SM, Pellis SM. (2016) Rough-and-tumble play as a window on animal communication, *Biol. Rev.*, 91, pp. 311–327
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., Lonnqvist, J. (2000). Factors Associated With Early Dropout From Adolescent Psychiatric Outpatient Treatment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39(3).
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. (1998) The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J.O, Norcross, J.C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 113-118.
- Prochaska JO, Norcross, JC. *Systems of psychotherapy: A Transtheoretical analysis (9th ed.)*. Oxford Press, 2018.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. (2013) Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*; 19(2): 10-17.
- Rubenstein, A.K. (1996). Interventions for a scattered generation: Treating adolescents in the nineties. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33, 353-360.
- Russell, R., Shirk, S., Jungbluth, N. (2008). First session pathways to the working alliance in cognitive behavioural therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27.
- Safran JD, Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York, Ny: Guilford 2000.
- Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. (2011) Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*; 48(1): 80–87.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7, 126 –143.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637–645.
- Shirk, S.R., Karver, M.S., Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24.

- Siegel R, Germer CK, Olendzki A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? In Didonna F. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer 2009
- Solem SS, Thunes SS, Hjemdal O, Hagen R, Wells A. (2015) A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC Psychology*; 3(1): 24.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328–335.
- Swift, J.K., Greenberg, R.P., (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 80(4):547-59.
- Swift, J.K., Greenberg, R.P., (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 24 (3), 193–207.
- Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. (2005) Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and brain sciences*; 28(5): 721-727.
- Tomasello M, Gonzalez-Cabrera I. (2017) The role of ontogeny in the evolution of human cooperation. *Human Nature*; 1-15.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5, 189–198.
- Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, Methods, and findings. Hillsdale NY: Erlbaum 2001.
- Wells A. (2005) Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*; 23(4): 337-355.
- Williams, JBW. (1988) A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*;45(8):742-747.
- Wolfe BE, Goldfried MR. (1988) *Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56, 448-451.
- Young RC, Biggs JT (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133:429.
- Zilcha-Mano S, Porat Y, Dolev, T, Shamay-Tsoory S (2018) Oxytocin as a neurobiological Marker of Ruptures in the Working Alliance, *Psychother Psychosom*, 1-2.

9. Tabelle

Tabelle dello STUDIO 1

Tabella 1. Caratteristiche cliniche e punteggi delle scale per il campione di adolescenti con e senza Drop-out terapeutico			
Misure	DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Non DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Valore p (χ^2 o U)
Soggetti (n)	23	146	—
<i>Diagnosi DSM-5</i>			0.337 (4.550)
Disturbi ansiosi	5 (21,7)	39 (26,9)	
Disturbi depressivi	12 (52,2)	67 (46,2)	
Disturbi bipolari/ciclotimici	1 (4,3)	21 (14,5)	
Disturbi ossessivi	0 (0,0)	4 (2,1)	
No diagnosi	5 (21,7)	15 (10,3)	
<i>Sintomatologia (% o media\pmDS)</i>			
HAM-A	13,78 \pm 8,05	15,00 \pm 87,85	.662 (1573,00)
HAM-D	13,13 \pm 8,52	13,69 \pm 6,88	.568 (1544,00)
MRS	7,48 \pm 7,85	5,88 \pm 6,84	.532 (1533,00)
Funzionamento sociale e scolastico			
GAF	10.6 \pm 4.20	63,86 \pm 12,54	.917 (1645,00)
Sistemi emotivo-motivazionali di base - ANPS 2.4			
RICERCA	24,13 \pm 3,73	24,96 \pm 5,27	.402 (1486,50)
PAURA	25,87 \pm 5,42	27,80 \pm 5,96	.094 (1305,50)
	22,74 \pm 4,62	24,77 \pm 5,95	.090 (1300,50)

CURA	23,74±5,30	25,13±8,36	.321 (1452,50)
RABBIA	22,52±4,81	23,32±6,32	.674 (1576,50)
GIOCO	25,57±5,50	25,95±5,75	.570 (1544,50)
TRISTEZZA	10,26±3,26	10,63±3,82	.505 (1523,50)
Dominanza	68,70±8,08	72,60±14,58	.105 (1316,00)
Totale affetti positivi	75,22±11,17	78,47±13,68	.162 (1364,00)
Totale affetti negativi			
Alleanza di lavoro – WAI-T a T0 (Misurata al 3° colloquio)			
Compito	45,04±11,55	54,67±11,94	.000 (908,00)
Obiettivo	41,39±10,57	51,40±13,19	.001 (920,00)
Legame	50,35±10,82	57,36±10,32	.008 (1088,55)
Totale alleanza di lavoro	136,78±31,11	163,03±33,20	.001 (931,00)
Alleanza di lavoro – WAI-T a T1 (Misurata al 12° colloquio)			
Compito	-	59,43±12,30	-
Obiettivo	-	57,39±13,43	-
Legame	-	62,68±10,66	-
Totale alleanza di lavoro	-	179,44±34,26	-
HAM-A = Hamilton Rating Scale for Anxiety; HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression; MRS = Young Mania Rating Scale; GAF = Global Assessment of Functioning; ANPS 2.4= Affective Neuroscience Personality Scale; WAI-T = Working Alliance Inventory-Therapist Form.			

Tabella 2. Predittori ANPS 2.4 dell'alleanza di lavoro a T0: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
RICERCA	-,095	,217	-1,546	.124
PAURA	,096	,134	1,091	.277
CURA	,387	,497	4,638	.000
RABBIA	-,155	-,097	-2,110	.036
GIOCO	,339	,347	4,005	.000
TRISTEZZA	,051	,206	,575	.566
DOMINANZA	,085	,007	1,173	.243

Tabella 3. Predittori ANPS 2.4 dell'alleanza di lavoro a T1: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
RICERCA	-,174	,108	-1,706	,090
PAURA	,057	,120	,572	,568
CURA	,348	,360	3,607	,000
RABBIA	-,137	-,086	-1,618	,108
GIOCO	,215	,170	2,152	,033
TRISTEZZA	,093	,169	,929	,355
DOMINANZA	,115	,063	1,387	,168

Tabella 4. Regressione multipla di Cox

Variabili indipendenti	B	Errore standard	<i>p</i>	Hazard Ratio	Intervallo di Confidenza (95%)
RICERCA	,031	,081	,698	1,032	,881-1,209
PAURA	-,348	,292	,234	,706	,398-1,252
CURA	-,013	,078	,865	,987	,848-1,149
RABBIA	-,324	,289	,262	,723	,410-1,275
GIOCO	,050	,094	,593	1,051	,875-1,264
TRISTEZZA	-,194	,289	,502	,823	,467-1,452
DOMINANZA	,020	,061	,745	1,020	,905-1,151
ANPS GPA	-,017	,065	,799	,983	,865-1,118
ANPS GNA	,277	,286	,334	1,319	,752-2,312
WAI-T T1 TOT	-,025	,007	,001	,976	,962-,990

Tabella 5. Caratteristiche cliniche e punteggi delle scale per il campione di adolescenti con e senza Drop-out terapeutico			
Misure	DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Non DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Valore p (χ^2 o U)
Soggetti (n)	23	147	—
<i>Diagnosi DSM-5</i>			0.345 (4.120)
Disturbi ansiosi	6 (23,7)	42 (29,9)	
Disturbi depressivi	11 (49,2)	64 (43,2)	
Disturbi bipolari/ciclotimici	1 (4,3)	21 (14,5)	
Disturbi ossessivi	0 (0,0)	4 (2,1)	
No diagnosi	5 (21,7)	15 (10,3)	
<i>Sintomatologia (% o media\pmDS)</i>			
HAM-A	14,17 \pm 8,76	15,34 \pm 7,51	.587 (1560,50)
HAM-D	13,70 \pm 9,32	13,85 \pm 7,02	.663 (1584,00)
MRS	8,00 \pm 7,72	5,80 \pm 6,81	.230 (1420,50)
Funzionamento sociale e scolastico (media \pm DS)			
GAF	64,57 \pm 9,75	63,65 \pm 12,73	.917 (1645,00)
Sistemi emotivo-motivazionali di base – ANPS-AR (media \pm DS)			
RICERCA	15,61 \pm 4,55	16,36 \pm 3,86	.254 (1441,00)
PAURA	17,87 \pm 3,80	18,69 \pm 3,34	.291 (1460,00)
	14,13 \pm 3,82	15,79 \pm 4,17	.047 (1255,00)

CURA	15,52±3,84	15,78±4,87	.683 (1601,00)
RABBIA	13,61±3,31	14,88±4,07	.180 (1397,00)
GIOCO	18,96±3,87	18,78±4,13	.807 (1637,00)
TRISTEZZA	43,35±9,54	46,69±10,40	.094 (1323,50)
Totale affetti positivi	52,35±7,20	53,25±8,53	.162 (1563,50)
Totale affetti negativi			
Alleanza di lavoro – WAI-T a T0 (Misurata al 3° colloquio)			
Compito	45,43± 11,37	53,52±12,04	.003 (1029,00)
Obiettivo	41,43± 10,59	50,31±13,39	.002 (1013,50)
Legame	50,70± 10,11	56,27±10,38	.022 (1187,50)
Totale alleanza di lavoro	137,57±30,63	159,66±33,61	.003 (1049,00)
Alleanza di lavoro – WAI-T a T1 (Misurata al 12° colloquio)			
Compito	-	57,80± 12,34	-
Obiettivo	-	55,74± 13,77	-
Legame	-	61,33± 10,84	-
Totale alleanza di lavoro	-	174,83±35,37	-
HAM-A = Hamilton Rating Scale for Anxiety; HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression; MRS = Young Mania Rating Scale; GAF = Global Assessment of Functioning; ANPS-AR= Affective Neuroscience Personality Scale-Adjectives Rating; WAI-T = Working Alliance Inventory-Therapist Form			

Tabella 6. Predittori ANPS-AR dell'alleanza di lavoro a T1: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
RICERCA	,040	,300	,464	,644
PAURA	,042	-,025	,512	,609
CURA	,409	,562	5,069	,000
RABBIA	-,124	-,197	-1,735	,085
GIOCO	,248	,476	2,896	,004
TRISTEZZA	,017	-,150	,196	,845

Tabella 7. Predittori ANPS-AR dell'alleanza di lavoro a T2: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
RICERCA	-,003	,219	-,030	,976
PAURA	,008	-0,41	,094	,925
CURA	,340	,475	3,856	,000
RABBIA	-,179	-,249	-2,300	,023
GIOCO	,293	,442	3,178	,002
TRISTEZZA	,047	-,170	,517	,606

Tabella 8. Regressione multipla di Cox

Variabili indipendenti	B	Errore standard	<i>p</i>	Hazard Ratio	Intervallo di Confidenza (95%)
RICERCA	-,113	5,310	,698	,983	,755-1,122
PAURA	-,133	,086	,234	,122	,000-,223
CURA	-,167	5,310	,865	,975	,756-1,195
RABBIA	-,041	,046	,262	,374	,102-,595
GIOCO	-,190	5,310	,593	,971	,645-,1315
TRISTEZZA	,061	,078	,502	,432	,187-,723
ANPS GPA	,163	5,310	,799	,976	,653-,1340
ANPS GNA	,277	,288	,334	1,319	,989-1,786
WAI-T T1 TOT	-,020	,008	,001	,017	,000-,230

Tabella 9. Caratteristiche cliniche e punteggi delle scale per gli adolescenti con e senza Drop-out terapeutico			
Misure	DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Non DROP-OUT TERAPEUTICO (%)	Valore p (χ^2 o U)
Soggetti (n)	17	93	—
<i>Diagnosi DSM-5</i>			0.246 (7.085)
Disturbi ansiosi	30.5	26.0	
Disturbi depressivi	44.6	42.5	
Disturbi bipolari/ciclotimici	13.6	9.00	
Disturbi ossessivi	8.30	3,60	
No diagnosi	3.00	14.4	
<i>Sintomatologia (% o media\pmDS)</i>			
<i>HAM-A</i>	11,35 \pm 7,82	15,01 \pm 7,49	.380 (1108,50)
<i>HAM-D</i>	11,29 \pm 8,66	13,90 \pm 6,88	.342 (1105,50)
<i>MRS</i>	7,24 \pm 8,65	5,93 \pm 6,85	.791 (1215,00)
Funzionamento sociale e scolastico			
GAF	68,22 \pm 11,35	64,58 \pm 12,05	.893 (641,50)
Domini PID-5			
PID 5 AFFETTIVITA' NEGATIVA	1,17 \pm 0,37	1,28 \pm 0,38	.184 (630,00)
PID 5 DISTACCO	1,30 \pm 0,44	1,18 \pm 0,53	.245 (650,00)
PID 5 ANTAGONISMO	0,87 \pm 0,54	0,83 \pm 0,47	.820 (763,00)
PID 5 DISINIBIZIONE	1,09 \pm 0,55	1,25 \pm 0,55	.219 (642,00)
PID 5 PSICOTICISMO	0,38 \pm 0,40	0,59 \pm 0,47	.017 (501,50)
Sottoscale PID-5			

PID 5 Ansia	1,07±0,71	1,62±0,74	.008 (471,00)
PID 5 Labilità emotiva	1,10±0,59	1,69±0,78	.006 (458,00)
PID 5 Ostilità	1,57±0,57	1,34±0,66	.188 (631,50)
PID 5 Perseverazione	0,86±0,51	1,04±0,59	.281 (660,50)
PID 5 Affettività ridotta	1,62±0,66	1,21±0,69	.042 (545,00)
PID 5 Depressività	0,84±0,68	1,17±0,72	.074 (574,50)
PID 5 Angoscia separazione	0,95±0,83	1,34±0,78	.057 (561,00)
PID 5 Sospettosità	1,47±0,55	1,16±0,61	.048 (551,50)
PID 5 Sottomissione	1,02±0,78	0,98±0,67	.977 (787,00)
PID 5 Anedonia	1,41±0,76	1,55±0,84	.532 (715,00)
PID 5 Evitamento intimità	1,17±0,62	0,78±0,79	.012 (487,00)
PID 5 Ritiro	1,31±0,57	1,18±0,79	.337 (674,50)
PID 5 Ricerca attenzione	0,83±0,75	1,19±0,77	.058 (562,00)
PID 5 Insensibilità	0,90±0,58	0,55±0,47	.011 (484,50)
PID 5 Grandiosità	0,69±0,76	0,68±0,64	.733 (749,50)
PID 5 Manipolatorietà	0,56±0,54	0,56±0,56	.821 (763,50)
PID 5 Distrattibilità	0,98±0,85	1,35±0,90	.118 (602,00)
PID 5 Impulsività	0,76±0,85	1,16±0,92	.091 (587,00)
PID 5 Irresponsabilità	0,84±0,53	0,71±0,59	.268 (657,00)
PID 5 Perfezionismo	2,08±0,88	2,03±0,75	.602 (727,50)
PID 5 Rischi	0,78±0,73	1,01±0,73	.224 (643,50)
PID 5 Eccentricità	0,58±0,59	0,80±0,65	.084 (582,00)
PID 5 Disregolazione percettiva	0,28±0,26	0,59±0,47	.003 (435,50)
PID 5 Esperienze inusuali	0,27±0,45	0,38±0,45	.192 (636,50)
Alessitimia			
TAS-20 Totale	60,19±10,641	60,71±12,993	,784 (796,50)
TAS-20 Difficoltà ident. sentimenti	18,06±5,543	20,56±5,627	,101 (620,00)
TAS-20 Difficoltà comunic. sentimenti	17,31±3,842	17,55±4,569	,713 (784,50)
TAS-20 Pensiero orientate all'esterno	24,81±5,167	22,61±6,086	,186 (661,00)
Alleanza di lavoro – WAI-T a T0 (Misurata al 3° colloquio)			
Compito	42,76±10,82	54,70±9,76	.000 (325,00)
	38,71±10,04	51,41±11,80	.000 (326,00)

Obiettivo	49,12±9,19	56,94±9,01	.003 (430,00)
Legame	130,59±29,04	162,98±27,91	.000 (329,50)
Totale alleanza di lavoro			
Alleanza di lavoro – WAI-T a T1 (Misurata al 12° colloquio)			
Compito	-	59,38±11,96	-
Obiettivo	-	57,08±13,35	-
Legame	-	62,73±9,99	-
Totale alleanza di lavoro	-	179,09±33,56	-
HAM-A = Hamilton Rating Scale for Anxiety; HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression; MRS = Young Mania Rating Scale; GAF = Global Assessment of Functioning; PID-5= Personality Inventory for DSM-5; TAS-20= Toronto Alexithymia Scale-20; WAI-T = Working Alliance Inventory-Therapist Form			

Tabella 10. Predittori Domini PID-5 dell'alleanza di lavoro a T0: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
AFFETTIVITA' NEGATIVA	,156	-,091	1,199	,233
DISTACCO	-,408	-,310	-3,511	,001
ANTAGONISMO	-,268	-,151	-2,630	,010
DISINIBIZIONE	-,028	-,06	-,284	,777
PSICOTICISMO	,130	,070	1,280	,203

Tabella 11. Predittori tratti PID-5 dell'alleanza di lavoro a T0: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
PID-5 Ansia	,112	,101	,584	,561
PID 5 Labilità emotiva	,240	,174	1,521	,132
PID 5 Ostilità	-,198	-,275	-1,195	,235
PID 5 Perseverazione	-,127	,000	-,921	,360
PID 5 Affettività ridotta	-,101	-,274	-,750	,455
PID 5 Depressività	-,241	-,126	-1,068	,288
PID 5 Angoscia separazione	-,011	,123	-,082	,935
PID 5 Sospettosità	-,211	-,279	-1,612	,110
PID 5 Sottomissione	-,025	,017	-,196	,845
PID 5 Anedonia	-,050	-,210	-,210	,834
PID 5 Evitamento intimità	,246	-,138	1,726	,088
PID 5 Ritiro	-,198	-,252	-1,125	,264
PID 5 Ricerca attenzione	-,056	,040	-,397	,692
PID 5 Insensibilità	-,360	-,354	-2,396	,019
PID-5 Inganno	,299	-,122	1,565	,121
PID 5 Grandiosità	,190	-,017	1,165	,247
PID 5 Manipolatorietà	-,110	-,101	-,638	,525
PID 5 Distraibilità	,174	-,083	1,275	,206
PID 5 Impulsività	,206	-,018	1,080	,283
PID 5 Irresponsabilità	-,054	-,189	-,358	,721
PID 5 Perfezionismo	,056	-,010	,374	,710
PID 5 Rischi	-,226	-,043	-1,176	,243
PID 5 Eccentricità	-,048	,060	-,312	,756
PID 5 Disregolazione percettiva	,143	,122	,890	,376
PID 5 Esperienze inusuali	-,015	,064	-,096	,924

Tabella 12. Predittori Domini PID-5 dell'alleanza di lavoro a T1: regressione lineare multivariata				
Variabili indipendenti	β	r	t	p
AFFETTIVITA' NEGATIVA	,066	,044	,447	,656
DISTACCO	-,227	-,170	-1,707	,091
ANTAGONISMO	-,157	-,132	-1,330	,187
DISINIBIZIONE	-,083	-,075	-,754	,453
PSICOTICISMO	,111	,097	,975	,332

Tabella 13. Predittori tratti PID-5 dell'alleanza di lavoro a T1: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
PID-5 Ansia	,136	,058	,591	,557
PID 5 Labilità emotiva	,337	,183	1,878	,064
PID 5 Ostilità	-,436	-,209	-2,144	,035
PID 5 Perseverazione	-,072	-,042	-,434	,665
PID 5 Affettività ridotta	,005	,003	,033	,974
PID 5 Depressività	-,297	-,111	-1,136	,260
PID 5 Angoscia separazione	-,039	-,024	-,241	,810
PID 5 Sospettosità	-,104	-,065	-,667	,507
PID 5 Sottomissione	-,129	-,081	-,829	,410
PID 5 Anedonia	,216	,073	,753	,454
PID 5 Evitamento intimità	,140	,080	,820	,415
PID 5 Ritiro	-,148	-,068	-,703	,485
PID 5 Ricerca attenzione	,038	,022	,229	,820
PID 5 Insensibilità	-,271	-,152	-1,557	,124
PID-5 Inganno	-,444	-,195	-2,002	,049
PID 5 Grandiosità	,276	,133	1,363	,177
PID 5 Manipolatorietà	-,292	-,144	-1,480	,143
PID 5 Distraibilità	,208	,126	1,289	,201
PID 5 Impulsività	,067	,028	,286	,776
PID 5 Irresponsabilità	-,086	-,045	-,465	,643
PID 5 Perfezionismo	,136	,073	,752	,455
PID 5 Rischi	-,075	-,031	-,320	,750
PID 5 Eccentricità	-,049	-,026	-,267	,790
PID 5 Disregolazione percettiva	-,085 ,173	-,044 ,095	-,453 ,971	,652 ,335
PID 5 Esperienze inusuali				

Tabella 14. Regressione multipla di Cox

Variabili indipendenti	B	Errore standard	<i>p</i>	Hazard Ratio	Intervallo di Confidenza (95%)
AFFETTIVITÀ NEGATIVA	-1,300	,819	,112	,273	,055-1,356
DISTACCO	1,020	,535	,057	2,772	,971-7,914
ANTAGONISMO	,856	,507	,091	2,354	,871-6,360
DISINIBIZIONE	-,459	,503	,361	,632	,236-1,693
PSICOTICISMO	-1,231	,889	,166	,292	,051-1,668

Tabella 15. Regressione multipla di Cox

Variabili indipendenti	B	Errore standard	<i>p</i>	Hazard Ratio	Intervallo di Confidenza (95%)
PID-5 Ansia	,084	1,213	,945	1,088	,101-11,730
PID 5 Labilità emotiva	-1,057	1,169	,366	,348	,035-3,433
PID 5 Ostilità	,659	1,397	,637	1,933	,125-29,856
PID 5 Perseverazione	1,474	1,287	,252	4,368	,351-54,371
PID 5 Affettività ridotta	-,510	1,075	,635	,600	,073-4,931
PID 5 Depressività	-2,866	1,710	,094	,057	,002-1,626
PID 5 Ang. separazione	-,230	,748	,759	,795	,183-3,446
PID 5 Sospettosità	3,928	1,418	,006	50,807	3,156-817,851
PID 5 Sottomissione	1,965	1,013	,052	7,136	,979-52,002
PID 5 Anedonia	,871	1,355	,520	2,389	,168-34,002
PID 5 Evitamento intimità	2,495	1,154	,031	12,120	1,263-116,350
PID 5 Ritiro	-3,718	1,591	,019	,024	,001-,549
PID 5 Ricerca attenzione	,173	1,110	,876	1,189	,135-10,472
PID 5 Insensibilità	2,238	1,058	,034	9,374	1,179-74,519
PID-5 Inganno	-4,473	2,418	,064	,011	,000-1,304
PID 5 Grandiosità	-,575	1,266	,650	,563	,047-6,727
PID 5 Manipolatorietà	-1,307	1,740	,453	,271	,009-8,195
PID 5 Distraibilità	-,258	,902	,774	,772	,132-4,524
PID 5 Impulsività	-2,532	1,197	,034	,080	,008-,830
PID 5 Irresponsabilità	4,134	1,658	,013	62,450	2,420-1611,316
PID 5 Perfezionismo	,272	,753	,717	1,313	,300-5,743
PID 5 Rischi	,733	1,465	,617	2,081	,118-36,732
PID 5 Eccentricità	,012	1,409	,993	1,012	,064-16,027
PID 5 Disregol. percettiva	-3,035	3,531	,390	,048	,000-48,638
PID 5 Esperienze inusuali	,769	2,065	,709	2,158	,038-123,464

Tabella 16. Predittori TAS-20 dell'alleanza di lavoro a T0: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
TAS-20 Difficoltà ident. sentimenti	,114	,102	1,110	,269
TAS-20 Difficoltà comunic. sentimenti	-,212	-,158	-1,728	,087
TAS-20 Pensiero orientato all'esterno	-,222	-,188	-2,073	,040

Tabella 17. Predittori TAS-20 dell'alleanza di lavoro a T1: regressione lineare multivariata

Variabili indipendenti	β	r	t	p
TAS-20 Difficoltà ident. sentimenti	-,060	-,051	-,543	,588
TAS-20 Difficoltà comunic. sentimenti	-,149	-,105	-1,120	,265
TAS-20 Pensiero orientate all'esterno	-,166	-,133	-1,424	,157

Tabella 18. Regressione multipla di Cox

Variabili indipendenti	B	Errore standard	<i>p</i>	Hazard Ratio	Intervallo di Confidenza (95%)
TAS-20 Difficoltà ident. sentimenti	-,090	,054	,097	,914	,822-1,016
TAS-20 Difficoltà comunic. sentimenti	-,021	,078	,788	,979	,841-1,141
TAS-20 Pensiero orientate all'esterno	,089	,052	,085	1,093	,988-1,211