

## DALL' ALLEANZA ALL' EFFICIENZA TERAPEUTICA: "METODI E STRATEGIE"

*Paolo Menditto<sup>1</sup>*

**Riassunto:** Nell'ambito del corso organizzato dal dott. Paolo Menditto, fondatore e direttore del Centro Medico H. Berger s.r.l. di Aversa, svoltosi il giorno 30 maggio 2015 in collaborazione con il dott. Lago Giuseppe, sul tema "Psicofarmaci e Psicoterapia: un percorso integrato di cure", è stato trattato dal dott. Menditto l'argomento pubblicato.

L'alleanza terapeuta-paziente è la componente centrale dell'incontro per la realizzazione del cambiamento quale esito di un percorso di cura.

L'efficienza terapeutica è il risultato dei Metodi e delle Strategie utilizzate e realizzate nel corso di un trentennio nella struttura accreditata per la neurologia e psichiatria fin dagli anni Ottanta in un territorio difficile quale risulta l'Agro Aversano al confine tra le province di Napoli e Caserta.

In generale l'adesione del paziente alla terapia farmacologica e psicologica rappresenta un importante fattore di successo dell'esito di un percorso di cura.

La relazione medico-paziente è fondamentale per ogni progetto di gestione del disturbo psichiatrico. Il medico come farmaco descritto magistralmente da Balint svolge un ruolo fondamentale nel meccanismo di transfert che si instaura tra la persona sofferente e il medico che ascolta è nell'ambito della relazione medico-paziente che si realizzano le strategie di aderenza.

Se c'è bisogno di una terapia farmacologica o psicologica, deve essere proposta con ottimismo realistico e con attenta informazione sugli specifici aspetti auspicati. La prescrizione deve essere chiara e la necessità del trattamento deve essere motivata. Il medico deve informare il paziente sugli eventuali effetti collaterali del farmaco e sul decorso più probabile dei sintomi e quindi anche sul ritardo della comparsa del be-

<sup>1</sup> Dott. Paolo Menditto, neuropsichiatra psicoterapeuta, direttore Centro H. Berger, Aversa (Na)

neficio clinico.

Queste informazioni accrescono la fiducia del paziente e la convinzione che il suo stato di salute sia conosciuto e controllabile. Se diversi trattamenti sono egualmente appropriati, deve essere il paziente a scegliere, con l'aiuto del medico che deve fornire tutte le informazioni utili ad una decisione consapevole.

L'ascolto delle preoccupazioni del paziente circa la gravità della malattia può aiutarlo ad adattarsi ad essa ed a valutare in maniera consapevole i vantaggi e gli svantaggi di un regime terapeutico. Sviscerare il meccanismo inconscio del rifiuto della malattia può aiutare la persona ad evitare la dimenticanza o la non assunzione del farmaco.

I pazienti devono essere esortati a riferire qualunque effetto indesiderato o inaspettato prima di modificare o interrompere il trattamento da soli. Essi potrebbero avere buone ragioni per non seguire un regime terapeutico. In tal caso il medico può attuare le correzioni opportune affrontando con franchezza il problema.

C'è poi la necessità della collaborazione del medico di base al quale viene riportata la ricetta con la diagnosi e la prescrizione di farmaci o di psicoterapia. Un atteggiamento improntato a scetticismo può compromettere il lavoro iniziato dallo specialista. I farmacisti possono individuare e aiutare a risolvere problemi di aderenza riguardando le istruzioni contenute nella prescrizione insieme al paziente, accorgersi di qualche errore di comprensione o di qualche timore e così risolverli. Solo la metà dei pazienti assume i farmaci secondo le modalità prescritte: lo indica una revisione sistematica della letteratura pubblicata sulla Cochrane Library (2014).

Gli autori hanno esaminato 182 studi che hanno adottato diversi approcci per migliorare l'aderenza terapeutica, senza però stabilire quale strategia garantisca i risultati migliori. I trial scontavano, infatti, notevoli carenze metodologiche e la loro analisi ha solo permesso di confermare che la compliance è un problema reale e molto diffuso, che interessa, appunto, circa il 50% dei pazienti.

Si è visto, inoltre che l'aderenza è minore se i pazienti si rivolgono a più medici oltre al medico di famiglia, il quale è sempre colui che deve

fare una sintesi dei vari trattamenti.

Le cause sono numerose e, secondo SaffiGiustini (2014), occorre modulare una serie di interventi e personalizzarli su ogni paziente. Nel formulare il regime farmacologico per ogni paziente è poi essenziale valutare il rischio di interazioni. Succede a volte, che il paziente smetta di assumere un farmaco importante per cui, prima di aggiungerne uno nuovo, occorre valutare il rischio di interazione con quelli già assunti. Non bisogna mai iniziare con dosaggi molto alti, specie nei pazienti fragili o complessi. Infine è molto utile rivedere periodicamente la terapia, in quanto a volte le condizioni cliniche possono cambiare e magari certi farmaci si possono togliere.

L'ottimizzazione dell'impiego delle risorse economiche ai fini dell'efficienza prevede l'utilizzo di trattamenti efficaci sotto il profilo clinico e applicabili a specifiche categorie di pazienti. Pertanto, l'efficacia è la capacità di produrre l'effetto o i risultati voluti o sperati. L'efficienza della terapia è il rapporto tra il risultato ottenuto e l'impegno impiegato.

Dal punto di vista clinico l'efficacia terapeutica per ottenere gli effetti desiderati ha bisogno oltre alla competenza del tecnico anche della partecipazione attiva del paziente e dell'alleanza terapeutica. Rogers (1957) ha sostenuto che la relazione terapeutica stessa fosse la componente centrale del modo in cui si produce il cambiamento. Bordin (1979) ha fornito un modello di alleanza terapeutica che è utile ai clinici di tutti gli orientamenti, compresi i terapeuti cognitivo-comportamentali. Egli sostiene che l'alleanza terapeutica è costruita su tre fattori, il primo dei quali è il legame terapeutico tra terapeuta e cliente, che può essere pensato come una sorta di "reazione chimica", così i clienti percepiscono i loro terapeuti come solleciti, comprensivi e competenti, e i terapeuti vedono i loro clienti come persone con cui poter lavorare clinicamente.

Oltre al legame, l'alleanza comprende anche un accordo tra il cliente e il terapeuta sulle mete della terapia (riduzione del sintomo, miglioramento nelle relazioni interpersonali). Come noi tutti sappiamo implicitamente dall'esperienza clinica, un'alleanza insufficiente può determinarsi quando noi e i nostri clienti lavoriamo per scopi opposti. L'ultimo aspetto dell'alleanza terapeutica consiste in un accordo cliente-terapeuta sui mezzi con cui le mete possono essere raggiunte. Anche se le mete

e i mezzi possono variare da orientamento a orientamento, l'accordo è fondamentale per un buon esito clinico.

Tra i principali fattori che influenzano l'efficienza terapeutica nelle psicoterapie, va considerata la rete dei professionisti che siano interessati a lavorare verso il raggiungimento finale di un consenso, non solo per determinare gli elementi comuni ai diversi orientamenti terapeutici ma anche per identificare gli specifici contributi che un particolare approccio può offrire.

Secondo Goldfried (1994), psichiatra e psicologo dell'Università Statale di New York, allo stato attuale i terapeuti di tutti gli orientamenti stanno manifestando un maggiore interesse a definire gli elementi comuni dei loro rispettivi modelli, e stanno iniziando a riconoscere che le caratteristiche proprie di altri approcci possono essere utili ai fini di una maggiore efficienza terapeutica. Un ostacolo all'integrazione delle psicoterapie è legato alle numerose reti professionali, molte delle quali riflettono una particolare visione teorica. Per questo Goldfried è orientato a procedere gradualmente verso un approccio pluralistico clinico integrato.

Skinner (1966) diceva che come terapeuti siamo in qualche modo modellati dai nostri pazienti, che rinforzano gli interventi che funzionano, mentre estinguono quelli che non funzionano. I pazienti entrano in terapia perché i modelli cognitivi-emozionali-comportamentali, che fino a quel momento li hanno aiutati a regolare gli aspetti della loro vita, ormai non sono più funzionali. Allo stesso tempo, anche i terapeuti a volte prendono in considerazione la possibilità di ampliare il loro orientamento teorico, perché quello appreso originariamente non sempre funziona dal punto di vista clinico, pur continuando a mantenere la propria identità terapeutica originaria.

Affinché si produca un cambiamento è necessario un contesto collaborativo, non competitivo, partendo dal presupposto che questo può solo portare dei vantaggi. Nonostante questo concetto sia ampiamente condiviso e che, quindi, il cambiamento sia la meta dichiarata di progresso in ogni campo, c'è spesso una contraddizione di base tra questa speranza di cambiamento e il bisogno di mantenere uno status quo.

L'impegno di Goldfried nell'integrazione della psicoterapia è stato guidato da due domande emergenti:

1. i nostri interventi sono rilevanti clinicamente?
2. si è avuta una conferma empirica?

Perché ritiene che la conferma empirica degli interventi psicoterapeutici sia molto importante.

Il gruppo di ricerca della StonyBrookUniversity di New York (1992) è stato molto attivo in tale tipo di ricerca empirica, partendo dalla strategia comune di feedback terapeutico, il cui obiettivo è di aiutare i pazienti a diventare più consapevoli di ciò che stanno o non stanno facendo, di ciò che sentono o non sentono nelle varie situazioni.

Considerando il fatto che il terapeuta è parte integrante di questo processo, nell'aiutare a ricollocare la loro attenzione verso gli aspetti clinicamente rilevanti del loro funzionamento e di quello degli altri con i quali interagiscono. E' stato per questo sviluppato un sistema di codifica del feedback terapeutico con linee guida, per stimare cosa il terapeuta può aver focalizzato in una seduta, ad esempio sentimenti, pensieri o azioni del paziente, effettuando possibili connessioni tra questi e l'impatto che il terapeuta può avere sul paziente.

Tra i problemi predominanti nel futuro della integrazione della psicoterapia, uno potrebbe riguardare la misura in cui i problemi cruciali di cambiamento saranno comuni o specifici nei differenti approcci.

Anche la letteratura, con numerosi saggi, articoli, libri, tratta questo tema di crescente interesse e nel 1983 si è costituita la S.e.p.i., (society for the exploration of psycoterapy). Per molti clinici e ricercatori il movimento di integrazione della psicoterapia è basato sulla possibilità di combinare al meglio differenti orientamenti, così che possano essere costruiti modelli teorici più completi e sviluppare trattamenti più efficienti. Questi sforzi collaborativi tra professionisti, molto probabilmente, condurranno a un progresso significativo verso la realizzazione di mete comuni, cioè la prevenzione e il miglioramento della sofferenza psicologica.

Probabilmente la psicoterapia integrata non porterà a una importante sintesi teorica, tuttavia può aiutare il campo a raggiungere un con-

senso sulle strategie integrate per determinati problemi clinici, e a consentire un dialogo in un linguaggio teorico neutrale, e a incoraggiare un fecondo apporto reciproco nello studio del processo di cambiamento.

Le forme di integrazione più comunemente praticate sono:

- L'eclettismo tecnico che utilizza le tecniche più adatte al paziente a prescindere dal modello teorico.
- L'approccio dei fattori terapeutici fondamentali, comuni a tutti i metodi efficaci quale ad esempio l'empatia .
- L'integrazione teorica che comporta la sintesi di nuovi modelli a partire dai concetti di sistemi tradizionali.
- L'esperienza trentennale ha permesso di realizzare un modello integrato , strutturato empiricamente nel tempo e validato dagli stessi pazienti.
- Il modello prevede una collaborazione in team tra psichiatra, psicologo e psicoterapeuta nell'approccio e nella cura del paziente.

E' stato individuato un percorso che, fin dall'inizio della richiesta di aiuto, utilizza regole precise nell'approccio al paziente:

- Il colloquio psichiatrico deve essere utile alla formulazione dell'ipotesi diagnostica che permette di consigliare al paziente il percorso da fare e la terapia farmacologica, se necessaria, da intraprendere.
- La centralità del paziente, come persona, permette al paziente stesso di sentirsi partecipe di un progetto terapeutico che richiede una valutazione preliminare e l'acquisizione di informazioni necessarie ad una diagnosi accurata.
- Vengono prescritti colloqui psicologici con somministrazione di test cognitivi e di personalità che vengono eseguiti nella medesima struttura da psicologi esperti i quali elaborano un profilo psicodiagnostico che viene restituito al paziente dallo stesso psichiatra in occasione del consulto successivo al primo.
- La restituzione della relazione psicodiagnostica, oltre a confermare la ipotesi diagnostica, accresce la consapevolezza nel

paziente della necessità a non sottovalutare l'importanza di un percorso da affrontare e serve a motivare il paziente ad intraprendere una psicoterapia.

In tal modo è possibile coniugare una terapia farmacologica gestita dal medico psichiatra in modalità psicologica, e una psicoterapia gestita dallo stesso medico psicoterapeuta o dallo psicologo specializzato in psicoterapia, con frequente consultazione tra i componenti del team.

Il caso clinico viene discusso mensilmente dall'equipe operativa con supervisione in gruppo. L'incontro mensile permette anche uno scambio di opinioni e di esperienze che servono molto spesso alla soluzione di problematiche che il singolo specialista non è in grado di risolvere.

Si ricorre, così al "pensiero di gruppo" che si crea alla fine della riunione.

La validità del modello è stata analizzata con lo studio dei dati delle schede cliniche dei pazienti che hanno frequentato la struttura specialistica.

L'accesso dei pazienti che sono ritornati al centro in occasione di consulti per i loro amici, parenti o conoscenti, ha permesso uno studio longitudinale dei casi clinici con risultati attestati dall'intervista agli stessi.

I successi ottenuti nel campo della psicopatologia sono legati soprattutto al modello organizzativo della struttura, che nel tempo ha potuto usufruire di risorse umane e professionali (neurologi, psichiatri, psicologi e psicoterapeuti di diversi indirizzi) che hanno lavorato in team e collaborato a far crescere, nell'opinione pubblica e nei pazienti coinvolti, la consapevolezza della possibilità di risoluzione del disturbo psichico e della prevenzione dalle recidive.

Non bisogna, poi, trascurare l'importanza di poter effettuare a costi molto contenuti o a costi zero per gli esenti dal ticket, un lungo percorso terapeutico di due o più anni grazie all'accreditamento della struttura.

Il percorso combinato ed integrato di cura farmacologica e psicologica prevede sempre uno scambio di informazioni tra lo psichiatra e lo psicologo psicoterapeuta, per un continuo aggiornamento sullo stato di salute del paziente, sulle strategie e sulle procedure da seguire nel cor-

so del processo terapeutico, anche al fine del continuo miglioramento della qualità.

E' per questo motivo, che vengono condotte le procedure di verifica della qualità (controllo delle schede cliniche da parte del gruppo qualità della struttura, con il report ogni due mesi dell'analisi dei dati evidenziati, i quali vengono discussi e interpretati nella riunione mensile di condivisione di tutti gli operatori della struttura).

Viene, altresì, condotto uno studio sul drop-out dei pazienti, per valutare l'andamento del percorso che l'utente compie a partire dal primo colloquio psichiatrico fino all'inizio della psicoterapia, dopo l'esecuzione e la restituzione del profilo psicodiagnostico. I dati acquisiti fino ad oggi ci confermano un drop-out del 30 % nel primo mese, inferiore rispetto al dato generale del 50%, che viene descritto in letteratura.

La maggior parte degli utenti interrompe il percorso nel primo mese di terapia, a causa prevalentemente della scarsa aderenza e motivazione. Altra causa frequente di interruzione è legata a problemi economici.

## BIBLIOGRAFIA

Bordin, E. (1979). *The generalizability of psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy*, 16, 252-260.

Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., & Safran, J. D. (1992). *Core issues and future directions in psychotherapy integration*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 593-616). New York: Basic Books.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behaviour therapy* (expanded edition). New York: Wiley-Interscience.

Rogers, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of yherapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Saffi Giustini (Simg) (2014): *interventi personalizzati. Aderenza alle terapie al 50%*.

Skinner B. F. : *Operant Behavior*. In W. K. Horrig (ED.), *Operant Behavior: Areas of research and application*. Appleton-Century- Crofts, New York, 1966.

Cochrane Library [www.online-new .it/2014/11/23](http://www.online-new.it/2014/11/23)