

# **Verso una «Core Battery» per lo studio degli esiti dei trattamenti psicoterapeutici della depressione**

Paolo Azzone, Daniele Viganò, Salvatore Freni<sup>1</sup>

## **Introduzione**

La ricerca empirica ha ormai prodotto una rilevante messe di dati sui risultati dei trattamenti psicoterapeutici. Tuttavia, l'integrazione dei risultati dei differenti studi ed il loro confronto appaiono spesso problematici a causa della persistente multiformità degli strumenti di valutazione utilizzati (Horowitz et al., 1997a). Esaminando gli studi sull'efficacia dei trattamenti per i disturbi mentali apparsi nel corso di 5 anni su 20 importanti riviste scientifiche, Froyd e Lambert (1989) hanno riscontrato circa 1500 differenti misure di esito. Di queste, più della metà era stata usata una sola volta.

Da questo punto di vista gli studi sulla depressione non costituiscono un'eccezione. La quasi totalità degli studi sui trattamenti farmacologici della depressione e la maggior parte degli studi che confrontano farmaci e psicoterapia prevedono l'utilizzo della Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1979) e della Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1967). Tuttavia, benché il consenso non formalizzato su questi due strumenti offra l'indubbio vantaggio di agevolare i confronti tra studi differenti, Horowitz et al. (1997a) hanno sottolineato come BDI e HRSD non siano prive di inconvenienti, tra cui alcuni limiti dal punto di vista psicometrico e una disomogeneità nel peso attribuito a diverse aree psicopatologiche. Soprattutto, dal punto di vista della ricerca in psicoterapia, la valutazione dei trattamenti della depressione mediante l'uso esclusivo di scale sintomatologiche non sembra adeguato a cogliere i molteplici benefici in termini di modulazione dell'affettività, adeguatezza delle relazioni interpersonali, funzionamento sociale e

---

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano

capacità di padroneggiare e risolvere i problemi che rappresentano obiettivi specifici dei trattamenti psicologici accanto ed al di là del miglioramento clinico-sintomatico.

Queste riflessioni spiegano il rinnovato interesse che gli studiosi del settore hanno manifestato negli ultimi anni per la definizione di una batteria di base idonea alla misurazione degli esiti dei trattamenti psicoterapeutici di vari disturbi mentali, tra cui la depressione. Da questo punto di vista un evento di grande rilievo è stato rappresentato dalla «Core Battery Conference» (Conferenza sulla batteria di base), organizzata nel 1994 dalla American Psychological Association e dalla Vanderbilt University. In tale occasione numerosi studiosi eminenti nel campo della ricerca empirica in psicoterapia, provenienti prevalentemente dagli Stati Uniti, si sono riuniti allo scopo di raggiungere un consenso su un pool di strumenti che potesse costituire l'elemento condiviso di qualsiasi ricerca sull'esito dei trattamenti psicoterapeutici.

In linea con l'orientamento diagnosi-specifico attualmente prevalente nella psichiatria mondiale, gli organizzatori hanno deciso di costituire tre distinti gruppi di lavoro, ciascuno dei quali ha discusso separatamente i problemi relativi alla valutazione degli esiti delle psicoterapie dei disturbi d'ansia, dei disturbi depressivi e dei disturbi della personalità. Un criterio di fondo, comune a tutti i singoli gruppi di lavoro, è stato quello di evitare l'adozione di strumenti legati a qualsivoglia teoria del trattamento. Era convinzione degli esperti che

«... le misure che valutano le aree fondamentali non devono essere legate ad alcuna particolare teoria della psicopatologia o del trattamento, cosicché investigatori di tutti gli orientamenti teorici possano usare la stessa batteria di base indipendentemente dal fatto che stiano valutando trattamenti farmacologici o psicologici, trattamenti di gruppo od individuali, trattamenti privati o rimborsati da assicurazioni.» (Horowitz et al., 1997, pp. 39-40)

In particolare, gli studiosi che hanno lavorato sul tema della depressione hanno identificato 3 aree generali che dovrebbero essere incluse in una batteria di base: a) presenza e frequenza dei sintomi depressivi, b) gravità del disagio soggettivo del paziente, c) grado di compromissione del

funzionamento sociale e personale, incluse le relazioni interpersonali e familiari e la cura di sé. Come è avvenuto per gli altri due raggruppamenti diagnostici, anche il gruppo di lavoro sulla depressione non è riuscito ad identificare un protocollo definitivo, ma si è limitato a fornire alcuni esempi di strumenti di valutazione per ciascuna dimensione di esito (vedi tabella 1).

I criteri per una batteria di base proposti dalla conferenza tenuta alla Vanderbilt University presentano indubbi vantaggi rispetto alle misure sintomatiche che fino ad oggi hanno rappresentato l'unico standard comune nella valutazione dei trattamenti per la depressione. In particolare, l'inclusione di un eventuale miglioramento del funzionamento sociale ed interpersonale appare particolarmente idoneo a mettere in luce i benefici forniti dai trattamenti psicologici in un contesto più ampio.

Tuttavia, ci sembra che l'approccio degli esperti della «Core Battery Conference» contenga un elemento intrinseco di debolezza. I lavori della conferenza sono stati condizionati dal presupposto implicito che le dimensioni oggetto di studio potessero essere condivise dai ricercatori dei diversi orientamenti solo nella misura in cui fossero privi di qualsiasi riferimento alle teorie cliniche della depressione. E' del resto questo uno degli assunti di base del sistema nosografico dei DSM III e IV. Se da un lato il postulato della ateoreticità è stato messo in discussione anche per la classificazione psichiatrica (:::) è chiaro che la sua applicazione alla ricerca empirica in psicoterapia appare deleteria e comunque fuorviante. In particolare, Lester Luborsky ha osservato che:

«Uno dei bisogni più significativi della ricerca sulla psicoterapia, in particolare sulla psicoterapia dinamica, è lo sviluppo di misure di esito che siano rilevanti per la teoria del cambiamento psicodinamico. Il comportamentismo e il DSM-III hanno spinto il settore della ricerca in psicoterapia verso l'uso di misure grezze del comportamento manifesto e dei sintomi come criteri di esito ... Per la psicoterapia psicoanalitica, misure rilevanti includerebbero il cambiamento nel principale modello relazionale e cambiamenti nella consapevolezza del paziente di tale modello» (1988, p.251).

Questo tipo di preoccupazione ha trovato consenso anche tra studiosi di differente orientamento. Ad esempio, Marvin R. Goldfried (1997), un terapeuta cognitivo-comportamentale, ha rilevato come frequentemente la diagnosi DSM non sia sufficiente per la selezione del trattamento più idoneo, in assenza di una adeguata valutazione di «rilevanti misure degli schemi-Sé». Le conseguenze di un approccio eccessivamente sintomatico o comportamentale limiterebbe gravemente le possibilità conoscitive della ricerca empirica in psicoterapia.

Vorremmo infine segnalare un altro limite delle misure sintomatologiche e di adattamento sociale comunemente adottate negli studi sull'esito della psicoterapia della depressione. Come ha osservato Zindel V. Segal (1997) nei disturbi depressivi le ricadute sono estremamente frequenti e la remissione della sintomatologia di un singolo episodio non rappresenta di per sé un risultato soddisfacente.

«In questo caso» - osserva la Segal - «i punteggi dei pazienti depressi guariti su una misura di esito del trattamento potrebbero essere uguali ai punteggi dei non pazienti, ma questo dato non sarebbe pienamente informativo poiché un focus esclusivo sui cambiamenti nello stato sintomatico iniziale può impedire di cogliere adeguatamente la predisposizione dei pazienti a sperimentare una ricaduta. In altri termini, una batteria di valutazione di base dovrebbe riflettere sia i cambiamenti nei livelli dei sintomi sia i cambiamenti nello stato di rischio attribuibili al trattamento.» (Segal, 1997, p. 83)

Da questo punto di vista, dunque, una valutazione significativa degli effetti dei trattamenti per la depressione deve includere anche una misura dei processi che si ritengono associati alla vulnerabilità a nuovi episodi, siano essi particolari stili cognitivi, fragilità narcisistica, fissazioni libidiche, peculiari modelli relazionali interni o altro ancora.

### **Misure di esito significative rispetto alle teorie cliniche**

Esistono oggi alcune misure empiriche del cambiamento terapeutico che si rivolgono a dimensioni della personalità rilevanti dal punto di vista delle principali teorie psicologiche della eziopatogenesi dei disturbi mentali e del loro trattamento. Nel 1988 Lester Luborsky et al. hanno introdotto una misura di cambiamento compatibile con le teorie psicoanalitiche del cambiamento terapeutico: la misura della Pervasività del CCRT. La formulazione di questa misura prende le mosse dalla siglatura convenzionale del CCRT di ciascun paziente. Vengono quindi identificate le categorie più pervasive per il Desiderio e per le Risposte Positive e Negative dall'Altro e del Sé. La frequenza relativa di tali categorie dà luogo a 5 punteggi di pervasività per ciascun paziente.

Le ipotesi di Luborsky (*cfr.* anche Kernberg, 1993) prevedevano che una terapia efficace avrebbe determinato una riduzione della pervasività dei modelli relazionali maladattativi, e quindi un calo della pervasività del Desiderio e delle Risposte Negative dall'Altro e del Sé, a fronte di un aumento della frequenza delle Risposte Positive dall'Altro e del Sé. I risultati del Penn Psychotherapy Project hanno sostanzialmente confermato tali aspettative. La validità delle misure di Pervasività del CCRT è stata ulteriormente confermata dal riscontro di una correlazione positiva tra misure di Pervasività del CCRT e misure tradizionali di esito dei trattamenti.

Più recentemente interessanti contributi allo sviluppo di misure di cambiamento rilevanti rispetto alle teorie cliniche sono giunti da studiosi di ispirazione cognitivo-comportamentale. In particolare, L.M. Horowitz et al. (1997b) hanno sottolineato l'opportunità di integrare le tradizionali scale di misura di sintomi depressivi, basate su questionari o sulla valutazione di un colloquio da parte di un ricercatore, con misure di determinate performance comportamentali del paziente in condizioni di laboratorio. Questo approccio fornirebbe secondo Horowitz e collaboratori sostanziali vantaggi. In particolare permetterebbe di rilevare la presenza o persistenza di sintomi depressivi in pazienti motivati a celare la gravità della propria situazione clinica e di evidenziare meglio gli effetti dei trattamenti psicologici a confronto con i tradizionali trattamenti farmacologici. La procedura proposta da Horowitz prevede la somministrazione, nel contesto di due sedute di

valutazione, di 12 prove testali che hanno dimostrato di poter differenziare popolazioni di soggetti depressi da soggetti non depressi. (Tabella 2).

Per illustrare meglio questo approccio descriveremo brevemente uno dei 12 test: la Facilità di Rievocazione degli Eventi Negativi. In questa prova viene chiesto al paziente di descrivere tre eventi tristi della sua vita e viene misurato il tempo di latenza tra le istruzioni dell'intervistatore e l'inizio di ciascuno dei tre racconti. Pause e difficoltà espressive vengono opportunamente registrate, così come la difficoltà soggettivamente incontrata dal paziente nel racconto. I soggetti depressi presentano maggiori difficoltà nella rievocazione di eventi negativi secondo tutti i parametri considerati.

Un'alternativa particolarmente sofisticata all'uso di misure sintomatiche per la valutazione del cambiamento in psicoterapia è senza dubbio quella recentemente formulato da Zindal Segal (1997). La studiosa canadese propone di associare alle tradizionali misurazione dei sintomi lo studio delle «strutture o rappresentazioni cognitive che pongono il paziente in una condizione di rischio». L'identificazione e l'attivazione di tali paradigmi disfunzionali in una situazione di laboratorio permetterebbe di evidenziare uno stato di vulnerabilità a sviluppare un nuovo episodio di malattia. Viceversa, la scomparsa o, la ridotta influenza di tali meccanismi dopo un trattamento psicoterapeutico potrebbe rappresentare un indice di successo più affidabile delle tradizionali misure sintomatiche.

La ricerca cognitiva ha tuttavia dimostrato che gli atteggiamenti negativi e gli schemi negativi del Sé non sono generalmente evidenziabili al di fuori degli episodi depressivi (Wilkinson e Balckburn, 1981; Simons et al., 1984). Pertanto, la Segal suggerisce che le distorsioni cognitive associate alla sintomatologia depressiva riflettano «modelli di processazione dell'informazione che si attivano in stati di lieve disforia». Da questo punto di vista la vulnerabilità a stati persistenti di depressione non si manifesterebbe sotto forma di distorsioni cognitive direttamente evidenziabili, ma nei termini di una accresciuta disponibilità ad una rapida attivazione di schemi depressivi ogniqualvolta eventi di vita avversi inducano sentimenti di tristezza.

Per questo motivo, lo studio di tali strutture cognitive in pazienti asintomatici presuppone, secondo la Segal, l'applicazione preliminare di procedure di induzione o *priming*. Con questo termine viene indicata: «una serie di procedure o tecniche per l'attivazione indiretta di una ipotetica struttura mentale, spesso senza la consapevolezza conscia dell'individuo che tale attivazione si è verificata». Rivedendo 9 studi basati sulla metodologia del *priming*, Segal e Ingram (1994) hanno riscontrato che in generale i pazienti a rischio di depressione - valutati dopo un adeguato *priming* - presentavano anomalie cognitive che li differenziavano dai soggetti normali.

Secondo la Segal tali risultati suggeriscono l'opportunità di includere le tecniche di *priming* nella valutazione dei risultati dei trattamenti psicoterapeutici per la depressione. Tali tecniche consentirebbero infatti di studiare direttamente i meccanismi cognitivi che determinano la vulnerabilità a sviluppare sintomi depressivi e nello stesso tempo potrebbero fare luce sugli specifici processi di cambiamento attivati dalle tecniche cognitive rispetto ad altri modelli di intervento.

In sintesi, è emersa negli ultimi anni tra i ricercatori interessati allo studio dei risultati della psicoterapia la crescente esigenza di colmare lo iato attualmente esistente tra le teorie cliniche del processo psicoterapeutico e le tradizionali misure di esito, basate su una concezione ormai datata della malattia mentale. Nell'ultima parte di questo lavoro presenteremo un'ipotesi di protocollo minimale per lo studio dei trattamenti psicoterapeutici della depressione, in cui abbiamo cercato di dare spazio adeguato a misure rilevanti per le teorie cliniche del cambiamento psicoterapeutico.

## **Un protocollo clinico di base per lo studio degli esiti dei trattamenti psicoterapeutici della depressione.**

### **a. Principi generali**

Nella costruzione del protocollo gli strumenti sono stati selezionati secondo i seguenti principi:

1. Ciascuno strumento deve possedere adeguate proprietà psicometriche in termini di attendibilità validità e sensibilità al cambiamento
2. Gli strumenti utilizzati dovrebbero essere ampiamente utilizzati dai ricercatori come dimostrato da un'adeguata presenza nella letteratura scientifica del settore.
3. Qualora siano disponibili più strumenti per la misurazione di una stessa dimensione sarà selezionato quello di applicazione più agile e rapida.
4. La batteria testale nel suo insieme dovrà contenere sia questionari autosomministrati che scale di misura siglate da un ricercatore, onde integrare il punto di vista del paziente e quello di un osservatore esterno rispetto al decorso del disturbo.
5. Gli strumenti inclusi nel protocollo dovranno consentire la valutazione delle seguenti aree:
  - a) segni e sintomi della depressione;
  - b) livello generale di salute mentale;
  - c) misure rilevanti rispetto alle teorie cliniche della patogenesi e del trattamento della depressione proposte dai paradigmi psicoterapeutici più accreditati.

b. Selezione delle misure rilevanti per le teorie cliniche

Le linee guida della American Psychiatric Association per il trattamento del disturbo depressivo maggiore (APA, 1993) includono 8 trattamenti psicologici tra i trattamenti raccomandati. Tra questi trattamenti due, la terapia della famiglia e la terapia di gruppo sono raccomandati solo per determinati sottogruppi di pazienti, cioè in quelle situazioni in cui difficoltà coniugali o interpersonali siano tra le cause scatenanti o tra le conseguenze più evidenti di un episodio depressivo. I restanti 5 trattamenti indicati dagli esperti americani per la generalità dei disturbi depressivi, riflettono sostanzialmente tre diversi paradigmi di analisi della depressione: quello psicoanalitico, quello cognitivo-comportamentale e quello comportamentale.

E' evidente che questi tre orientamenti presentano essi stessi alcune aree di sovrapposizione, sia in termini teorici che tecnici, ma, ai fini della formulazione del nostro protocollo, ci sembra che questi tre orientamenti possano essere considerati come distinti e come ampiamente rappresentativi

dei punti di vista prevalenti tra i clinici che si occupano di questo tipo di pazienti. Per ciascuno di questi tre orientamenti esamineremo ora in estrema sintesi gli elementi ritenuti rilevanti per la patogenesi della sindrome depressiva e per i processi di cura, e menzioneremo quindi alcuni strumenti empirici di valutazione che presentano analogie con tali concetti teorico-clinici.

1) PARADIGMA COMPORTAMENTALE. L'approccio comportamentale identifica l'origine dei disturbi depressivi in una riduzione generalizzata del livello di rinforzi positivi ricevuti dall'ambiente. A tale fenomeno contribuirebbe in maniera significativa un deficit di abilità sociali con conseguente difficoltà di procurarsi adeguati rinforzi positivi nel contesto interpersonale a cui il soggetto appartiene. Il trattamento è finalizzato ad aumentare lo spazio delle attività piacevoli e gratificanti nella vita del soggetto, anche mediante tecniche di programmazione della giornata. I terapeuti comportamentali fanno anche ampio ricorso a tecniche di addestramento alle abilità sociali, finalizzate a migliorare la performance del soggetto nelle relazioni interpersonali. Le variabili trattamento-specifiche sono in questo caso rappresentate dai livelli di attività piacevoli e dalla capacità di stabilire relazioni interpersonali soddisfacenti. A queste variabili corrispondono strumenti di valutazioni attendibili e diffusi.

2) PARADIGMA COGNITIVO. Beck et al. (1979) analizzano l'eziologia e la patogenesi della depressione alla luce del concetto di schema. Uno schema è una struttura cognitiva stabile che include assunti nucleari utilizzati dal soggetto per interpretare le proprie esperienze. Nei soggetti depressi tali schemi prevederebbero convinzioni particolarmente negative rispetto al Sé, al mondo circostante ed al futuro. La costituzione o la permanenza di tali schemi negativi sarebbe resa possibile da specifici errori cognitivi del soggetto (inferenza arbitraria, astrazione specifica, ipergeneralizzazione, magnificazione e minimizzazione, personalizzazione, pensiero dicotomico), che gli impedirebbero di utilizzare l'esperienza per correggere le proprie aspettative irrealisticamente negative. Il trattamento cognitivo della depressione si propone di aiutare il paziente ed identificare e verificare le distorsioni cognitive ed a sviluppare schemi alternativi e più flessibili. Vari strumenti di misura sono attualmente disponibili per valutare le variabili

cliniche del paradigma cognitivo della depressione. Tra i più diffusi ricordiamo l'Attributional Style Questionnaire (Questionario sullo Stile Attributivo) di Peterson et al. (1982), la Dysfunctional Attitudes Scale (Scala degli Atteggiamenti Disfunzionali, DAS) di Weissman (1979), il Ways of Responding Questionnaire (Questionario delle Modalità di Risposta) di Barber e De Rubeis (1989, 1992) e la Hopelessness Scale (Scala della Disperazione) di Beck et al. (1974).

3) PARADIGMA PSICOANALITICO. La teoria psicoanalitica della depressione ha le sue radici nei lavori fondamentali di Sigmund Freud (1917) e di Karl Abraham (1912, 1916 e 1924). Secondo la prospettiva psicoanalitica, la perdita reale o immaginaria di un oggetto svolge un ruolo centrale nell'insorgenza di un episodio depressivo. Da tempo la ricerca ha fornito dati empirici a sostegno di tale ipotesi (Paykel et al., 1967). La perdita di un oggetto scatenerrebbe una depressione clinica in quei soggetti che siano caratterizzati da una specifica struttura di personalità. Secondo Freud ed Abraham, le peculiarità di tale struttura includerebbero: marcata aggressività, ambivalenza, difficoltà nell'area narcisistica, ed in particolare scelte oggettuali di tipo narcisistico. Accanto a questi elementi gli autori successivi hanno sottolineato un grave deficit dell'autostima (Fenichel) una particolare rigidità del Super-Io (Jacobson), un ideale dell'Io irrealistico e cronici sentimenti di impotenza (Bibring). Rispetto al processo psicoterapeutico le psicoterapie psicoanalitiche non propongono di fatto strategie di intervento specifiche per i disturbi depressivi: cardine del trattamento sono varie combinazioni di interventi espressivi (più o meno focalizzati sul transfert) e di sostegno. L'obiettivo del trattamento è un più o meno generalizzato cambiamento della struttura della personalità, con un' enfasi specifica sulla modificazione dei modelli relazionali disfunzionali per la IPT. La ricerca in psicoterapia ha reso oggi disponibile una serie di strumenti di valutazione analoghi ad alcune variabili chiave del processo psicoterapeutico delle psicoterapie psicoanalitiche, come il transfert (CCRT, SASB, FRAME etc.) o i meccanismi di difesa (ad esempio la Defense Mechanisms Rating Scale, Scala di Valutazione dei Meccanismi di Difesa, Perry e Cooper, 1989), dotati di solide caratteristiche psicometriche. D'altra parte

cominciano ad essere disponibili scale di misura (quali il Karolinska Psychodynamic Profile, KAPP - Profilo Psicodinamico del Karolinska Institut - di Weinryb e Rössel, 1991), e questionari autosomministrati (Inventory of Personality Organization, IPO, Inventario dell'Organizzazione di Personalità) che consentono valutazioni di diverse dimensioni della struttura della personalità in una prospettiva più ampia.

### c. Un'ipotesi di protocollo di base

Sulla base delle riflessioni ora esposte ci sembra possibile proporre il protocollo riportato nella tabella 1. Per l'area dei sintomi psichiatrici l'adozione pressoché generalizzata della HRSD e della BDI negli studi sui trattamenti farmacologici e psicologici della depressione non ha lasciato spazio ad ipotesi di strumenti alternativi. Rispetto all'area della salute mentale, invece, non è stata agevole la scelta tra la GAF (APA, 2000, p. 34) e la Health Sickness Rating Scale (HSRS) di Lester Luborsky (1975). La GAF risulta attualmente inclusa nel DSM-IV e negli ultimi anni ha raggiunto indubbiamente una più ampia diffusione. D'altra parte, la HSRS prevede una valutazione più ampia del funzionamento del paziente, che si estende oltre i sintomi ed il funzionamento sociale e lavorativo per includere dimensioni quali il disagio soggettivo, l'ampiezza degli interessi, l'effetto della patologia del paziente sul suo ambiente (Freni et al., data). Queste caratteristiche, che ne fanno uno strumento più idoneo a documentare i benefici specifici dei trattamenti psicoterapeutici rispetto ai farmaci, in associazione ai dati della letteratura che ne sottolineano l'elevata validità concorrente e predittive, ci hanno indotto a preferirla alla GAF per il nostro protocollo.

Per quanto riguarda le variabili trattamento-specifiche, particolarmente delicata è stata la scelta dello strumento rappresentativi dell'area dinamica. Indubbiamente la siglatura del CCRT è un processo complesso e dispendioso sia in termini di tempo che di livello di formazione degli esaminatori. Tuttavia, la ormai ingente base di dati di attendibilità e validità del CCRT, in particolare in relazione ai processi di cambiamento, ci sembra possa giustificare l'adozione di tale strumento rispetto ad altri solo lievemente più maneggevoli ma indubbiamente meno studiati. Per

l'area cognitiva la DAS potrebbe rappresentare uno strumento ottimale, sia per l'ampia diffusione che per la dimostrata sensibilità ai processi di cambiamento, come dimostrato dalla riduzione dei punteggi in corrispondenza con la risoluzione della sintomatologia depressiva. Infine, per l'area comportamentale ci sembra che L'Inventory of Personality Organization (IIP, Inventario dei Problemi di Personalità, di Horowitz et al., 9 offra utili informazioni sui deficit interpersonali del paziente depresso.

La somministrazione del protocollo qui formulato è relativamente agevole. Essa richiede, oltre alla consegna dei questionari, un'intervista clinica per la siglatura della HRDS e della HSRS, ed una intervista RAP per la siglatura del CCRT. L'aspetto più problematico è probabilmente rappresentato dalla trascrizione dell'intervista RAP e dalla successiva siglatura, che comportano un impegno rilevante in termini di tempo.

Il protocollo qui formulato non rappresenta naturalmente una formulazione definitiva. Realizzandolo ci siamo piuttosto proposti di sensibilizzare colleghi di differente orientamento, interessati al trattamento della depressione, sull'opportunità di condividere alcuni strumenti di valutazione. Ciò permetterebbe infatti di confrontare più agevolmente studi condotti in sedi diverse, anche attraverso la metodologia della meta-analisi. Tale obiettivo, naturalmente, potrà essere raggiunto solo tramite un dibattito che raccolga le differenti esperienze di ricerca presenti nel nostro paese. Il nostro auspicio è che il presente contributo possa sollecitare gli interessati a confrontarsi sull'ipotesi di un protocollo condiviso per lo studio di trattamenti psicologici della depressione.

<p style="text-align: center;"><b>Tabella 1</b>  <i>Le Dimensioni di un Protocollo per la Depressione</i>  <i>Secondo il Gruppo di Lavoro sulla Depressione</i>  <i>della "Core Battery Conference"</i></p>	
DIMENSIONI	ESEMPI DI MISURE
1) Disagio soggettivo	Scala del benessere della SF-36 Health Survey (Ware, 1991)
2) Funzionamento generale	Global Assessment of Functioning (APA, 1994)
3) Diagnosi	Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer et al., 1988)
4) Sintomi depressivi	Beck Depression Inventory (Beck et al., 1979)

<b>Tabella 2</b> <i>Trattamenti Psicologici Raccomandati dalla APA per i Disturbi Depressivi Maggiori (1993)</i>
1. Terapia Comportamentale
2. Terapia Cognitivo-Comportamentale
3. Psicoterapia Psicodinamica e Psicoanalisi
4. Psicoterapia Breve
5. Terapia Interpersonale
6. Terapia della Famiglia e della Coppia
7. Terapia di Gruppo

<b>Tabella 3</b> <i>Variabili-Chiave nelle Teorie dell'Eziopatogenesi e della Terapia della Depressione</i>		
<b>Paradigma di riferimento</b>	<b>Patogenesi</b>	<b>Processo terapeutico</b>
Comportamentale	↓ Livelli di rinforzo Deficit abilità sociali	↑ Attività piacevoli Miglioramento abilità sociali
Cognitivo	Schemi del Sé negativi Distorsioni cognitive	Correzione errori cognitivi Sviluppo schemi più adattativi
Psicoanalitico	Perdita dell'oggetto Aggressività Ambivalenza Difficoltà narcisistiche	Cambiamento strutturale ↑ Insight Sostegno

<b>Tabella 4</b> <i>Ipotesi di Protocollo Condiviso per lo Studio degli Esiti dei Trattamenti Psicologici della Depressione</i>	
<b>DIMENSIONI</b>	<b>MISURE</b>
1) Misure generali di salute mentale	Health Sickness Rating Scale (HSRS, Luborsky, 1975)
2) Misure specifiche della sintomatologia depressiva	Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS, Hamilton, 1967) Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1979)
3) Misure trattamento-specifiche	
a) Paradigma comportamentale	Inventory of Interpersonal Problems (IIP, Horowitz et al., 1988)
b) Paradigma cognitivo	Dysfunctional Attitudes Scale (DAS, Weissman, 1979)
c) Paradigma psicoanalitico	Pervasività del CCRT (Luborsky et al., 1988)

## Bibliografia

- ABRAHAM K. (1912), *Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände*, in «Zentbl. Psychoanal.», 2, pp. 302-315; trad. it. (1975) *Note per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e stati affini*, in *Opere di Karl Abraham*, Vol. 1, Bollati Boringhieri editore, Torino, pp. 241-257.
- ABRAHAM K. (1916), *Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido*, in «Int. Z. (ärztl.) Psychoanal.», 4, pp. 71-97; trad. it. (1975) *Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido*, in *Opere di Karl Abraham*, Vol. 1, Bollati Boringhieri editore, Torino, pp. 258-285.
- ABRAHAM K. (1924), *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*, in «Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse», 11, pp. 1-96; trad. it. (1975) *Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici*, in *Opere di Karl Abraham*, Vol. 1, Bollati Boringhieri editore, Torino, pp. 286-335.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR*, American Psychiatric Association, Whashington, DC.
- BARBER J.P., DE RUBEIS R.J. (1989), *On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression*, in «Cognitive Therapy and Research », 13, pp. 441-457.
- BARBER J.P., DE RUBEIS R.J. (1992), *The Ways of Responding: Development and initial validation of a scale to asses compensatory skills*, in «Behavioral Assessment», 14, pp. 93-115.
- BECK A.T., RUSH A.J., SHAW B.F., EMERY G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, The Guilford Press, New York; trad. it. (1987), *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri editore, Torino.
- BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J.E., ERBAUGH J.K. (1961), *An inventory for measuring depression*, in «Archives of General Psychiatry», 4, pp. 561-571.
- BECK A.T., WEISSMAN A.N., LESTER D., TREXLER L. (1974), *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 42, pp. 861-865.
- BIBRING E. (1953), *The mechanism of depression*, in P. Greenacre (a cura di), *Affective Disorders: Psychoanalytic Contribution to their Study*, International Universities Press, New York;

- trad. it. (1973), *Il meccanismo della depressione*, in W. Gaylin (a cura di) *Il significato della disperazione*, Astrolabio, Roma, pp. 123-141.
- FENICHEL O. (1945), trad. it. (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma.
- FRENI S., AZZONE P., FAVA E., GABURRI L., GIGLI G. (1998), *La Scala di Valutazione Salute-Malattia (Health-Sickness Rating Scale, HSRS): Caratteristiche psicometriche e potenzialità di utilizzo della versione italiana*, in «Ricerca in Psicoterapia», 1, pp. 278-286.
- FREUD S. (1917) *Trauer und Melancholie*, in «Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse», 4, pp. 288-301; trad. it. (1976) Lutto e Melancolia. In *Opere di Sigmund Freud. Vol. 8* (pp. 102-118). Boringhieri, Torino.
- FROYD J.E., LAMBERT M.J. (1989), *A review of measures used to assess psychotherapy outcome*. Manoscritto non pubblicato, Brigham Young University, Provo, UT.
- GOLDFRIED M.R. (1997), *Considerations in developing a core assessment battery*, in H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M. Lambert (a cura di), *Measuring Patient Change in Mood, Anxiety and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 99-114.
- HAMILTON M. (1960), *A rating scale for depression*, in «Neurology, Neurosurgery and Psychiatry», 23, pp. 56-62.
- HAMILTON M. (1967), *Development of a rating scale for primary depressive illness*, in «British Journal of Social and Clinical Psychology», 6, pp. 278-296.
- HOROWITZ L.M., NELSON K.L., PERSON E.A. (1997a), *Using empirical research findings to develop a behavioral measure of depression: A proposed direction for future research*, in H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M. Lambert (a cura di), *Measuring Patient Change in Mood, Anxiety and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 339-368.
- HOROWITZ L.M., ROSEMBERG S.E., BAER B.A., UREÑO G., VILLASEÑOR V.S. (1988), *Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 56, pp. 885-892.
- HOROWITZ L.M., STRUPP H.H., LAMBERT M.J., ELKIN I (1997b), *Overview and summary of the Core Battery Conference*, in H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M. Lambert (a cura di),

- Measuring Patient Change in Mood, Anxiety and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 11-54.
- JACOBSON E. (1964), *Depression*, International Universities Press, New York; trad. it. (1977), *La depressione*, Martinelli, Firenze.
- KERNBERG, O. (1993) *Nature and agents of structural intrapsychic change*, in M.J. Horowitz, O.F. Kernberg, E.M. Weinschel (a cura di) *Psychic Structure and Psychic Change: Essays in Honor of Robert S. Wallerstein*, International Universities Press, Madison, CT, pp.327-344.
- LUBORSKY L. (1975) *Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health -Sickness Rating Scale*. In «Bulletin of the Menninger Clinic», 35, pp. 448-480; trad. it. (1998), in «Ricerca in Psicoterapia», vol. 1.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., MINTZ, J., & AUERBACH, A. (1988) *Who Will Benefit from Psychotherapy: Predicting Therapeutic Outcomes*, Basic Books, New York.
- PAYKEL E., MYERS J., DIENELT M., KLERMAN G., LINDENTHAL J., PEPPER M. (1969), *Life events and depression : A controlled study*, in «Archives of General Psychiatry», 21, pp. 753-760.
- PERRY J.C., COOPER S. (1989), *An Empirical Study of Defense Mechanisms, I: Clinical Interviews and Life Vignette Ratings*, in «Archives of General Psychiatry», 46, pp. 444-452.
- PETERSON C., SEMMEL A., VON BAEYER C., ABRAMSON L.Y., METALSKY G.I., SELIGMAN M.E.P. (1982), *The Attributional Style Questionnaire*, in «Cognitive Therapy and Research», 6, pp. 287-299.
- SEGAL Z.V. (1997), *Implications of priming for measures of change following psychological and pharmacological treatments*, in H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M. Lambert (a cura di), *Measuring Patient Change in Mood, Anxiety and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 81-98.
- SEGAL Z.V., INGRAM R.E. (1994), *Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression*, in «Clinical Psychology Review», 14, pp. 663-695.
- SIMONS A.D., GARFIELD F.L., MURPHY T.E. (1984), *The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression*, in «Archives of General Psychiatry», 41, pp. 45-51.
- WEINRYB R.M., RÖSSEL R.J. (1991) *Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 83, Supplementum n. 363; trad. it. (1993), *Karolinska Psychodynamic Profile*, in «Psichiatria e Psicoterapia Psicoanalitica», 12, pp. 85-114.

WEISSMAN M.M. (1979), *The Dysfunctional Attitudes Scale: A validation study*, in «Dissertation Abstracts Internatiional», 40(b), pp. 1389-1390.

WILKINSON I.M., BLACKBURN I.M. (1981), *Cognitive style in depressed and recovered depressed patients*, in «British Journal of Psychiatry», 20, pp. 283-92.