

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Strutture di interazione e cambiamento in psicoterapia: un'analisi del
processo mediante lo Psychotherapy Process Q-set**

*Interaction Structure and progress in psychotherapy: a process-outcome analysis with
the Psychotherapy Process Q-set*

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda
Matilde Morelli

Matricola: 2015615

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

Abstract

Secondo il modello proposto da Enrico E. Jones (2000), è il costituirsi e il trasformarsi delle strutture di interazione – pattern ripetitivi di interazione tra paziente e terapeuta nel corso del trattamento – a portare al cambiamento terapeutico. Inserendosi nell'ambito della process-outcome research, questo studio single case mira a indagare la relazione tra strutture di interazione ed esito di una psicoterapia psicodinamicamente orientata con un paziente con disturbo dipendente di personalità (DDP). A questo scopo le strutture interattive di sei fasi del trattamento individuate mediante lo Psychotherapy Process Q-set (PQS) sono state poste in relazione con l'esito della terapia misurato dalla Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) e dal Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). I risultati suggeriscono un legame tra specifiche strutture di interazione tra paziente e terapeuta e il cambiamento nella struttura di personalità del paziente.

According to the model proposed by Enrico E. Jones (2000), it is the emergence and transformation of interaction structures – repetitive patterns of interaction between patient and therapist over the course of treatment – that lead to therapeutic change. Within the context of process-outcome research, this single case study aims to investigate the relationship between interaction structures and outcome of a psychodynamically oriented psychotherapy with a patient with dependent personality disorder (DDP). For this purpose, the interaction structures of six treatment phases identified by the Psychotherapy Process Q-set (PQS) were related to the therapy outcome as measured by the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). The results suggest a link between specific patient-therapist interaction structures and the change in the patient's personality structure.

Indice

CAPITOLO I

<i>Introduzione</i>	<i>1</i>
1.1 – Gli ambiti di ricerca in psicoterapia	1
1.2 – La ricerca single-case	12
1.3 – Le strutture di interazione: un modello dell'azione terapeutica	16

CAPITOLO II

<i>Il metodo</i>	<i>19</i>
2.1 – Gli strumenti	19
2.2 – Il materiale	33
2.2 – Procedure e ipotesi di lavoro	40

CAPITOLO III

<i>Risultati</i>	<i>44</i>
3.1 – La valutazione dell'esito del trattamento	44
3.2 – L'analisi del processo: le strutture di interazione rilevate con il PQS	52

CAPITOLO IV

<i>Discussione</i>	<i>62</i>
4.1 Discussione dei risultati	62
4.2 Conclusioni	70
<i>Bibliografia</i>	<i>72</i>

CAPITOLO I

Introduzione

Sono trascorsi poco più di quarant'anni da quando sul New York Times appariva un articolo intitolato “*Il consenso è raggiunto: la psicoterapia funziona*” (Adams, 1979), che informava i lettori circa i progressi della ricerca empirica in psicoterapia.

Mentre l'interrogativo fondante di questo campo di ricerca aveva finalmente trovato risposta, come in una matrioska russa se ne andavano aprendosi altri, sempre più stringenti: se la psicoterapia funziona, quale approccio psicoterapeutico è più efficace? Esistono trattamenti migliori per determinati disturbi? E ancora: cosa accade in una psicoterapia? Se avvengono dei cambiamenti nel paziente, in cosa consistono? E come e perché si verificano? Ci sono dei fattori del processo terapeutico più responsabili di altri? I settori principali della ricerca empirica in psicoterapia sono nati con l'obiettivo precipuo di rispondere a queste e altre domande e, nonostante la veloce implementazione dei metodi e delle strategie di indagine abbia portato a notevoli progressi conoscitivi, sono ancora molte quelle rimaste senza risposta.

Questa tesi descrive uno studio *single-case* che si inserisce nel filone della *Process-Outcome research*, avvalendosi dell'osservazione delle *strutture di interazione* tra paziente e terapeuta. A titolo introduttivo saranno quindi presentati gli ambiti della ricerca in psicoterapia, la strategia di ricerca *single-case* e il modello delle strutture di interazione introdotto da Enrico E. Jones (2000).

1.1 – Gli ambiti di ricerca in psicoterapia

Tradizionalmente, il campo della ricerca in psicoterapia viene diviso nei due settori dell'*Outcome Research* e della *Process Research*, che differiscono per gli obiettivi e per gli strumenti utilizzati. Il principale scopo dell'*Outcome Research* è indagare *se* la psicoterapia funziona, studiando i risultati dei trattamenti misurabili al termine della stessa. La *Process Research* tenta di descrivere invece *come* funziona la psicoterapia, studiando i vari aspetti del processo della terapia misurabili mentre questa è in corso e

indipendentemente dall'esito (Migone, 2006). Queste due aree, di fatto complementari, sono state integrate nella Process-Outcome Research (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004) ambito che si propone di spiegare *perché* la psicoterapia funziona, indagando il rapporto che intercorre tra le variabili identificate in una singola seduta o in una fase del trattamento e l'esito della singola seduta o della terapia stessa (Dazzi, 2006).

Guardando all'evoluzione della ricerca è possibile notare come, in determinati periodi storici, sia stato prevalente un tipo di ricerca sull'altro (Migone, 2006).

In una prima fase, dal 1950 al 1970, a esercitare il dominio sul campo sono stati gli studi sull'outcome tesi a dimostrare che la psicoterapia, indipendentemente dal modello teorico che la sostiene, fosse un metodo di cura efficace della sofferenza psicologica (Dazzi, 2006). Ad accendere il dibattito circa l'efficacia generale della psicoterapia era stata la rassegna provocatoria di Eysenck (1952), dove si dichiarava che non vi fossero prove a supporto dell'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici e che i miglioramenti osservati nei pazienti fossero in realtà legati alla remissione spontanea dei sintomi. Tali accuse promossero l'impegno dei ricercatori a raccogliere dati empirici che rinforzassero lo statuto scientifico e la legittimità sociale della psicoterapia. A ostacolare la smentita delle accuse di Eysenck c'era l'impossibilità di progettare ricerche caratterizzate dallo stesso rigore metodologico di quelle condotte in ambito medico (Migone, 2006), dove per valutare l'efficacia dei trattamenti farmacologici, avevano da poco preso piede gli studi controllati randomizzati (*Randomized Controlled Trials* - RCT) con placebo, condotti in "doppio cieco" (Kaptchuk, 1998). In questi disegni di ricerca, una parte dei soggetti viene assegnata casualmente ad un gruppo di controllo, che non riceve il trattamento sperimentale, bensì un placebo. Né i partecipanti né i ricercatori sanno quale trattamento verrà somministrato ai pazienti, in modo che le eventuali differenze osservate tra i gruppi possano essere attribuite esclusivamente agli effetti della terapia sperimentale (Kaptchuk, 1998). Ovviamente, nella ricerca in psicoterapia il "doppio cieco" non è un'opzione praticabile, perché è impossibile tenere all'oscuro il terapeuta da quello che "somministra" (Migone, 2013), risulta inoltre molto difficile concettualizzare la condizione sperimentale di trattamento placebo. Sottoporre un gruppo di pazienti a condizioni di "non trattamento" (ad es. le liste d'attesa) o di trattamento "ininfluente" (ad es. colloqui informali o condotti da operatori non qualificati), oltre a porre quesiti di

carattere etico, è problematico a livello metodologico, in quanto significa ignorare costrutti come il transfert, l'aspettativa di guarigione, o comunque il fatto che queste situazioni non possono essere considerate neutre (Lingiardi, 2006). È stato dimostrato, ad esempio, che soltanto essere inclusi in una lista d'attesa, comporta un miglioramento significativo nel 10-18% dei pazienti (Migone, 1996). Va poi considerato che tra le scuole di psicoterapia manca un accordo su quale sia l'agente terapeutico, per cui ciò che potrebbe essere concettualizzato e utilizzato come "placebo" da alcune, potrebbe invece essere considerato "terapeutico" da altre (Parloff, 1985). Per questi motivi, generalmente i disegni sperimentali della ricerca in psicoterapia non prevedono il confronto con un gruppo di controllo non trattato, ma con un gruppo che riceve un intervento psicologico diverso da quello sperimentale (Migone, 2006).

Malgrado queste difficoltà, i ricercatori riuscirono a dimostrare l'efficacia della psicoterapia. Dapprima vennero pubblicate revisioni della letteratura compiute con il metodo *box-score*, ovvero contando, per un determinato trattamento, quanti articoli scientifici, scelta una data variabile del risultato, riportassero un outcome "positivo", "negativo" o "uguale" al gruppo di controllo. Nel fare "la conta"¹, ad ogni studio veniva assegnato lo stesso peso, senza considerare la dimensione del campione e l'entità dei risultati riportati (Migone, 2006). Questo e altri inconvenienti rischiavano di condurre a conclusioni fuorvianti, non sufficienti a dare una risposta definitiva alla provocazione di Eysenck, che arrivò solo con l'avvento della meta-analisi (Zennaro, Cristofanelli, & Vottero Ris, 2006). A differenza del metodo *box-score*, la meta-analisi permette di revisionare un vasto corpo di ricerche sullo stesso argomento, sintetizzandone quantitativamente i risultati in un indice di misura comune (Durlak, 1999), che non risente della dimensione dei campioni sui quali è calcolato. Questo indice è denominato "*effect size*" e corrisponde alla "dimensione del risultato" del trattamento espressa in termini di deviazioni standard dalla media (Migone, 2006).

Le prime meta-analisi (Smith, Glass & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982) analizzarono più di 400 ricerche che comparavano gruppi di pazienti sottoposti a psicoterapia e gruppi di pazienti non trattati. I risultati ribaltarono irrevocabilmente le conclusioni di Eysenck: si ottenne un *effect size* di .85 deviazioni standard, valore che

¹ Il procedimento era molto semplice: in base all'outcome riscontrato si dividevano gli articoli in tre scatole di cartone, per poi verificare quale ne contenesse di più.

indica un miglioramento superiore dell'80% in chi riceve psicoterapia rispetto a chi non viene trattato (Lambert, 2004). Meta-analisi successive (Asay, Lambert, Christensen, & Beutler, 1984; Balestrieri, Williams, & Wilkinson, 1988; Nicholson & Berman, 1983) e meta-analisi di meta-analisi (Lipsey & Wilson, 1993) hanno ridimensionato tali risultati, ricavando un *effect size* di .60, ma confermato ugualmente che “le terapie psicologiche, comportamentali ed educazionali portano generalmente ad effetti positivi” (Lipsey & Wilson, 1993, p. 1198).

Dalla prima meta-analisi di Smith e Glass (1987) ad oggi, il numero di trial clinici di psicoterapia e di meta-analisi è letteralmente esploso (Wampold & Imel, 2015). In generale, possiamo affermare con certezza che la psicoterapia funziona (Lambert, 2004): i benefici che apporta non sono riconducibili né ad un effetto placebo (Barker, Funk, & Houston, 1988; Dush, 1986) né alla remissione spontanea (Migone, 2006). Per quanto riguarda l'efficacia della psicoterapia in relazione alla terapia farmacologica, alcune meta-analisi sostengono che la prima sia efficace quanto o più degli psicofarmaci (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990) e che gli effetti degli antidepressivi la supererebbero solamente nel trattamento della “depressione endogena” (Andrews, 1983). Altri studi affermano il primato dei farmaci nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (Dazzi, 2006) e della combinazione di farmaci e psicoterapia nei casi più gravi (Thase, Greenhouse, Frank, Reynolds, Pilkonis, Hurley, Grochocinski, & Kupfer, 1997). Relativamente al trattamento dei disturbi di personalità, possediamo ancora pochi dati. Al momento sappiamo che la terapia accelera il normale tasso di miglioramento della storia naturale di questi disturbi (Perry, Banon, & Ianni, 1999; Perry & Bond, 2000), che rispetto ad altri tipi di trattamento ha un miglior rapporto costi-benefici (Gabbard 2000; Stevenson & Meares 1992) e che è molto più efficace una terapia di lunga durata (Gabbard, 2000) che consenta al paziente di coinvolgersi in un rapporto stabile, coerente e caratterizzato da una forte alleanza terapeutica (Fonagy & Bateman, 2000).

L'outcome research si occupa anche di valutare l'efficacia comparata dei diversi trattamenti psicoterapeutici. Infatti, appurato che le psicoterapie producevano dei benefici, i ricercatori si chiesero se ci fossero forme di trattamento più indicate di altre (Dazzi, 2006). Nel 1975 Luborsky, Singer e Luborsky confrontarono, utilizzando il metodo box-score, le terapie psicodinamiche, quelle cognitivo-comportamentali e quelle

centrate sul cliente di stampo umanistico, giungendo alla conclusione che nessun approccio risultava significativamente superiore agli altri. Che modelli teorici differenti ottenessero risultati ugualmente efficaci era già stato evidenziato nel 1936 dallo psicologo americano Saul Rosenzweig, secondo il quale la spiegazione dell'equivalenza risiedeva nella presenza di fattori impliciti, comuni a tutte le situazioni terapeutiche. Nel sottotitolo del suo studio, l'autore, riferendosi alla concorrenza esistente tra i vari orientamenti, fece sue le parole dell'uccello Dodo che in *Alice nel paese delle meraviglie* indice una gara per poi proclamare: "Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio" (Rosenzweig, 1936). Luborsky riprese questa metafora e, a fronte dell'equivalenza nell'efficacia dei diversi trattamenti psicoterapeutici, decretò ufficialmente il "verdetto di Dodo" (Luborsky et al., 1975). Anche in questo caso, le meta-analisi consentirono di interpretare i dati in modo più corretto, ciononostante i risultati confermarono quello che è diventato noto come "paradosso dell'equivalenza": sebbene le teorie di riferimento e i modelli tecnici d'intervento siano diversi, la differenza nell'efficacia dei trattamenti è nulla o non significativa (Luborsky et al., 2002; Wampold, 2001).

Allo stato dell'arte si può dire che il verdetto di Dodo sia ancora valido. Nelle poche meta-analisi che depongono per la superiorità delle terapie cognitivo-comportamentali sono stati segnalati errori di misurazione che la maggior parte degli studiosi attribuisce alla cosiddetta *researcher allegiance* (Dazzi, 2006). In sostanza, la preferenza di un ricercatore per una specifica tecnica terapeutica sarebbe all'origine di un *bias* nei risultati ottenuti (Luborsky & Barrett, 2005), tolto il quale, gli outcome delle diverse terapie risultano in realtà equivalenti (Lambert, 2004). Come ha osservato prudentemente Wampold (2001) il verdetto di Dodo può essere considerato una certezza a "condizione": esistono debolezze e problemi metodologici che non permettono di essere sicuri che sia definitivo.

Di certo c'è che il paradosso dell'equivalenza, portando con sé l'implicita minaccia alla legittimità scientifica delle varie scuole, ha orientato nuovamente la ricerca in psicoterapia, ampliando il suo orizzonte allo studio dei fattori che contribuiscono al cambiamento terapeutico (Dazzi, 2006). Su questo fronte il campo della ricerca si è spaccato in due fazioni opposte. Una, riprendendo l'ipotesi di Rosenzweig, ascrive il cambiamento terapeutico ai cosiddetti fattori "comuni" o "aspecifici" (Frank, 1973;

Wampold et al., 2001) che si osservano in tutte le psicoterapie e che attengono prevalentemente alle caratteristiche umane del paziente e del terapeuta (ad esempio l'intensità del disturbo, la qualità della relazione, la capacità empatica ecc.). L'altra, sostiene che i veri fattori terapeutici siano quelli "specifici" (DeRubeis et al., 2005), legati a un determinato modello teorico ed a corrispondenti specifiche tecniche (ad esempio la desensibilizzazione sistematica per le terapie comportamentali, l'interpretazione di transfert per le terapie dinamiche ecc.). Al primo modello completo sui fattori comuni pubblicato da Jerome Frank (1971), grande sostenitore dell'ipotesi della non specificità, seguirono diverse proposte (Greencavage, Norcross, 1990; Karasu, 1986; Weinberger, 1995; Grawe, 1995), tra cui quella di Lambert (2004) che li suddivide in: fattori supportivi (identificazione con il terapeuta, empatia, alleanza terapeutica, ecc.), di apprendimento (esperienza emotiva correttiva, insight, assimilazione dell'esperienza problematica, ecc.) e di azione (regolazione del comportamento, abilità cognitive, test di realtà, ecc.). Tra i fattori aspecifici, quello che ha ricevuto maggiore attenzione è l'*alleanza terapeutica*, un costrutto che include in sé altri fattori² e che è risultato avere maggiore capacità predittiva dell'esito del trattamento rispetto alle tecniche utilizzate ed al modello teorico di riferimento (Asay & Lambert, 1999; Ahn, 2001; Wampold, 2015).

La controversia tra fattori specifici e aspecifici "ha pervaso diverse decadi ed è ancora ciò che guida le riflessioni sui fattori responsabili del cambiamento" (Castonguay & Beutler, 2006, p. 632). Sta diventando però sempre più evidente come una simile "battaglia" non abbia né vincitori né vinti e fallisca nel rendere giustizia alla complessità del processo di cambiamento terapeutico (Tschacher, Junghan, & Pfammatter, 2014). Da un'attenta analisi dei risultati dei vari studi sull'argomento, emerge che i fattori specifici predicono dall'1% al 15% della varianza dell'outcome, mentre per i fattori aspecifici la percentuale va dal 7% al 30%. Dunque, nonostante la superiorità predittiva dei secondi, né gli uni né gli altri riuscirebbero, da soli, a spiegare l'esito delle terapie (Beutler & Harword, 2002). Problematico di queste ricerche è che sembrano ignorare l'interazione dei diversi fattori e il loro potenziamento reciproco (Beutler & Harword, 2002). Va notato infatti, che nella

² Secondo la definizione proposta da Bordin (1979) l'alleanza terapeutica è costituita da "un reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento e ai compiti necessari per raggiungerli, insieme allo stabilirsi dei legami che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico" (Bordin, 1979, p.16).

pratica clinica i fattori comuni e quelli specifici non operano in assenza gli uni degli altri e che una rigida distinzione tra i due rappresenta in realtà una falsa dicotomia. Nell'alleanza terapeutica, ad esempio, rientra l'accordo sugli obiettivi, che di fatto non può sussistere senza una previsione teorica (fattore specifico) di quali dovrebbero essere gli obiettivi immediati e a lungo termine per migliorare il funzionamento e ridurre i sintomi del paziente (McAleavey & Castong, 2015). La questione allora non dovrebbe incentrarsi su quale, fra i diversi fattori (terapeuta, paziente, interventi del terapeuta, empatia, alleanza, aderenza alle indicazioni terapeutiche ecc.) sia il "vero" meccanismo di cambiamento o il più importante, ma su come essi operino simultaneamente, influenzandosi reciprocamente (Dazzi, 2006), e su come tali interazioni possano essere cucite "su misura" su un paziente specifico (Norcross & Wampold, 2011).

I risultati delle ricerche sui fattori curativi non hanno concluso l'era degli studi comparativi, né hanno risolto il paradosso dell'equivalenza, piuttosto hanno evidenziato la necessità di approfondire ciò che accade realmente nell'interazione terapeutica, complessificando il campo di osservazione. A partire dagli anni '60 l'interesse dei ricercatori si rivolse alla *Process Research*, ambito della ricerca che tenta di comprendere il funzionamento della psicoterapia focalizzando l'attenzione sui vari aspetti del processo terapeutico, misurabili anche mentre la terapia è in corso e indipendentemente dall'outcome (Migone, 2006).

Il processo terapeutico viene tradizionalmente definito come quell'insieme di eventi (azioni, percezioni, intenzioni, sentimenti, pensieri, fantasie, ecc.) che hanno luogo all'interno delle sedute e che sono ascrivibili al paziente, al terapeuta e alla loro relazione (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Per molti anni, l'unica via per accedere alla conoscenza di questo insieme di eventi è stata la prospettiva dello psicoterapeuta, offerta nei resoconti clinici classici (Schröder, Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2015). Una prima forma di ricerca sul processo è, infatti, rintracciabile già nello studio del caso clinico proposto da Freud, che consisteva nel descrivere il corso del trattamento dei pazienti basandosi esclusivamente sulla propria memoria (Freud, 1909). Con l'avvento dei metodi di audioregistrazione e trascrizione delle sedute terapeutiche, introdotti all'inizio degli anni Quaranta da Carl Rogers (1942), si aprì una finestra del tutto nuova

sul processo: i ricercatori potevano finalmente contare su dati “puliti” e incrementare la validità delle ricerche (Zennaro et al., 2006). La nascita della moderna ricerca sul processo può essere fatta risalire a quel momento (Schröder et al., 2015), mentre la sua affermazione nel campo è databile alla cosiddetta seconda fase della ricerca in psicoterapia, iniziata a cavallo degli anni '60 e '70 (Migone, 2006).

Tra gli imponenti studi svolti in questa fase rientra lo Psychotherapy Research Project della Menninger Foundation (Freedheim, 1992; Kernberg, 1972; Wallerstein, 1986), il primo rivolto alla psicoterapia a lungo termine, di cui Wallerstein (1986) per approfondire l'analisi del processo seguì 42 pazienti in un follow-up di trent'anni.

Relativamente agli studi comparativi ci si accorse che i terapeuti che afferivano allo stesso modello teorico non sempre condividevano gli stessi strumenti e costrutti teorici di riferimento. In altre parole, non sempre ad una psicoterapia chiamata in un certo modo (ad esempio, "psicoterapia psicoanalitica") corrispondeva effettivamente lo stesso "processo" (Migone, 2006). Ciò diede impulso allo sviluppo dei manuali delle varie tecniche terapeutiche, che hanno il duplice scopo di facilitare l'aderenza dei trattamenti sperimentali al protocollo, e di rendere gli interventi stessi il più riproducibili possibile (Migone & Semerari, 2006). I manuali si componevano di una selezione rappresentativa dei principi di una determinata tecnica psicoterapeutica, di esempi concreti per ogni principio e di una serie di scale (*rating scales*) che misuravano il grado con cui un campione della terapia (ad esempio la videoregistrazione di alcune sedute) rientrava nei principi di quella tecnica (Migone, 2006).

La manualizzazione fu funzionale alla process research, che, per svelare il paradosso dell'equivalenza (Stiles, Honos-Webb, Knobloch, 1999), ha tra i suoi obiettivi quello di indagare se nella *pratica clinica* le varie terapie differiscono realmente. Attualmente, nonostante alcuni autori sostengano che le somiglianze superano le differenze, dagli studi sul processo continuano a emergere differenze sistematiche nelle tecniche di intervento dei vari approcci (Stiles, 1987; Stiles, Shapiro, Elliott, 1986).

Per “classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Stiles et al., 1999 p. 365) sono stati costruiti innumerevoli strumenti, tanto che oggi esiste una letteratura espressamente dedicata alla loro sistematizzazione. Quella proposta da Lambert (2004), ad esempio, li suddivide in base a: il focus della valutazione (paziente,

terapeuta, relazione paziente-terapeuta ecc.), l'aspetto del processo terapeutico indagato (comportamento, contenuti tematici, aspetti stilistici, aspetti qualitativi), i fondamenti teorici (ateorico, psicodinamico, cognitivo comportamentale ecc.), la prospettiva della valutazione (del paziente, del terapeuta, di un supervisore, di un giudice esterno), il materiale richiesto (trascrizioni *verbatim*, videoregistrazioni, interviste ad hoc ecc), l'unità di studio (unità di microprocesso, come per esempio singole parole o frasi, o unità di macroprocesso come sedute intere), il tipo di misurazione (a intervalli, nominale o Q-sort) e il tipo di inferenza richiesta per completare la misura (non inferenziale *vs* inferenziale).

Nella terza fase della ricerca in psicoterapia, iniziata nel 1970, si è assistito all'intensificazione degli studi tesi ad approfondire i "microprocessi" terapeutici, ovvero quei fenomeni che definiscono ciò che a livello clinico è percepito come macroprocesso (Migone, 2006). Di conseguenza sono proliferate le scale³ volte alla loro valutazione, alcune molto sofisticate, come ad esempio il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), una misura operazionalizzata del transfert (Luborsky, Crits-Christoph, 1990), la *Referential Activity* (RA) per la codifica dell'Attività Referenziale (Bucci, 1997; Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992) e la *Reflective Functioning Scale* (RS) per la valutazione delle capacità di mentalizzazione (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998).

Un limite delle ricerche "pure" sul processo è che non sempre consentono di collegare il *come* avviene il cambiamento al *se* c'è un cambiamento, nel senso che i quadri che offrono sono spesso altamente descrittivi ma troppo statici per suggerire nessi causali ed esplicativi tra ciò che avviene in terapia e i risultati della terapia stessa. A questo limite tenta di rispondere la *Process-Outcome Research* (Dazzi, 2006).

Nata nei primi anni Cinquanta con i lavori di Rogers ed il suo team (Gordon, Grummon, Rogers & Seeman, 1954), questa strategia di ricerca ha conquistato l'interesse dei ricercatori solo a partire dagli anni '80, quando si iniziò a mettere in discussione la tradizionale separazione tra ricerca sull'esito e ricerca sul processo e a riconoscere l'inscindibilità e l'interdipendenza dei due costrutti (Orlinsky et al., 2004).

³ Per una rassegna critica sui principali strumenti per la ricerca in psicoterapia si rimanda a Freni e Papini (2006)

Di fatto, a ben guardare, una visione dicotomica di esito e risultato, secondo cui il primo corrisponde esclusivamente agli effetti del trattamento misurati al termine dello stesso, mentre il secondo riguarda solo ciò che avviene durante le sedute, può risultare arbitraria (Migone, 2006). Queste due dimensioni sono in realtà estremamente interconnesse, come due facce della stessa medaglia, per cui ciò che rappresenta il processo e ciò che rappresenta l'esito dipende dalla prospettiva assunta dall'osservatore. Si pensi ad esempio all'insight terapeutico, che da una prospettiva macro-analitica può essere considerato un aspetto del processo (ciò che avviene nel corso della seduta), ma a livello micro-analitico può essere legittimamente visto come un aspetto dell'esito (l'effetto degli avvenimenti che hanno avuto luogo durante la seduta) (Gelo, Auletta, & Braakmann, 2010). Il tipo di ricerca empirica associato a una concezione dell'esito e del processo terapeutico come aspetti indipendenti della psicoterapia conduce a risultati abbastanza sterili: la ricerca sull'esito, infatti, pur consentendo di affermare che una terapia è efficace, nulla dice sui meccanismi sottostanti tale efficacia. Viceversa, la ricerca sul processo consente di valutare cosa accade nel corso delle sedute, ma non offre informazioni relative all'efficacia clinica di questi fenomeni. Una scienza della psicoterapia che sia in grado di produrre conoscenze utili sia per i ricercatori che per i clinici dovrebbe invece mirare a ricercare la motivazione del cambiamento (Dazzi, 2006).

A partire dagli anni '80 è diventato chiaro che per fare ciò era necessario sviluppare strategie di ricerca che permettessero di investigare in modo sistematico il rapporto tra processo ed esito terapeutico (Gelo et al., 2010). La process-outcome research si occupa dunque di indagare se e come ciò che fa il terapeuta (variabile distale) e il processo che viene attuato insieme e nel paziente (variabile prossimale), siano collegati all'outcome (Greenberg & Watson, 2005). In questo tipo di ricerche sono generalmente considerati nove livelli di analisi della relazione tra processo e outcome, che vanno dalla valutazione dei microprocessi e dei segmenti di seduta, a quella di intervalli più ampi che comprendono periodi interi di trattamento e valutazione di follow-up (Orlinsky et al., 2004). Naturalmente dal livello di analisi scelto per il processo dipende il livello adottato per l'outcome, così se a livello processuale si decide di concentrarsi su un'intera seduta, a livello di outcome andrà misurato l'esito della seduta stessa; se invece si decide di limitarsi ad aspetti più specifici del processo, a livello di outcome andrà rivolta attenzione all'impatto momento per momento della variabile studiata (Dazzi, 2006).

Badandosi sull'analisi di tutti i fattori del processo che hanno dimostrato di avere un'influenza sull'outcome, Orlinsky e Howars (1987) hanno elaborato un "modello generico di psicoterapia", che individua sei componenti del processo terapeutico: gli aspetti contrattuali della terapia (Bordin, 1979), le tecniche impiegate (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Luborsky, 1984), il legame tra paziente e terapeuta e il loro grado di coinvolgimento nel processo terapeutico (Bordin, 1979); la self-relatedness di paziente e terapeuta (ovvero l'esperienza intrapsichica che hanno della loro relazione interpersonale), l'impatto sulla seduta degli aspetti precedenti; i pattern sequenziali che si presentano nel processo terapeutico.

La mole di studi condotti sul rapporto processo-esito è sostanziosa (dal 1959 al 2001 se ne contano circa 2600). La revisione più esaustiva della letteratura sull'argomento ha però escluso ricerche qualitative e single-case, in quanto "sebbene altamente informative, sono difficilmente confrontabili con altri studi" (Orlinsky et al., 2004, p. 325). Tale decisione sembra esprimere un conflitto che da sempre caratterizza la ricerca in psicoterapia, tra il bisogno di un forte rigore metodologico e la necessità di rispettare la complessità dell'incontro clinico (Dazzi, 2006).

Questa tensione è ben rappresentata dai due movimenti affermatasi negli ultimi anni, quello degli Empirically Supported Treatments (EST) e quello delle Empirically Supported Relationship (ESR). Sorti all'interno di due divisioni distinte dell'American Psychological Association (APA), EST e ESR si differenziano per oggetto di studio e metodi impiegati per indagarlo. I fautori dell'approccio EST (Divisione 12) si occupano di validare l'efficacia comparata delle terapie, adottando come standard aureo i Randomized Clinical Trials (RCT), al fine di compilare un elenco dei Trattamenti Supportati Empiricamente. Dal punto di vista psicologico, il disegno RCT considera i pazienti come ricevitori passivi di trattamenti standardizzati e non come parte attiva che collabora alla terapia, e la tecnica terapeutica come elargibile in modo identico e standardizzabile per ciascun caso, indipendentemente dalla relazione che si instaura tra clinico e paziente (Elliott, 2001; Wampold, 2001). Il movimento delle ESR (Divisione 29), in contestazione agli EST, punta alla validazione dell'efficacia delle dimensioni più rilevanti della relazione terapeutica, quali la personalità del terapeuta, le caratteristiche del paziente e la qualità della relazione clinica, piuttosto che dei modelli d'intervento in

sé, avvalendosi sia di ricerche qualitative che quantitative (Norcross, 2002; Lambert & Barley, 2002). A quest'orbita appartengono i disegni single-case (Lingiardi, 2006).

Le polarizzazioni non aiutano la ricerca scientifica e va detto che se entrambi i movimenti presentano punti di forza e di debolezza (Lingiardi & Colli, 2007), lo stesso vale per RCT e disegni single-case, entrambi da considerarsi parte necessaria del bagaglio metodologico del ricercatore (Lingiardi, 2006).

1.2 – La ricerca single-case

La ricerca single case cerca di istituire un legame tra interventi del terapeuta, outcome e/o altre variabili. Il focus è posto su unico soggetto, sul quale vengono compiute ripetute osservazioni sistematiche, in modo da valutare l'entità e la qualità dei cambiamenti che si realizzano in un arco di tempo prestabilito. Il testo di riferimento ideale per questo tipo di valutazioni, che possono essere compiute sul paziente, terapeuta o su variabili della loro relazione, sono le trascrizioni *verbatim* di sedute audio registrate (Lingiardi, 2006).

I disegni single-case si compongono sia di analisi qualitative che di analisi quantitative, considerabili come fasi distinte dello stesso percorso. Difatti, la scelta di cosa misurare quantitativamente richiede sempre prima un'analisi qualitativa che definisca le categorie oggetto di studio, viceversa, per definirsi attendibile, una ricerca di tipo qualitativo dovrebbe servirsi di una fase di studio quantitativo (Lingiardi, 2006). Il vantaggio delle analisi quantitative risiede nella disponibilità di tecniche statistiche che sono utili a ridurre la complessità delle osservazioni. Nello specifico dei disegni single-case, l'obiettivo dell'indagine quantitativa è stabilire una relazione tra due o più variabili (per esempio, gli interventi del terapeuta e il livello di alleanza terapeutica) osservando se queste co-occorrono, e non manipolando le condizioni sperimentali (Lingiardi, 2006). Per far questo le variabili da misurare devono essere attentamente specificate e le unità di osservazione ben definite (Kachele, 2011). I principali tipi di analisi quantitativa utilizzati sono:

- *La replica per segmentazione* (Luborsky L., 1967), procedura che consente di verificare le ipotesi di correlazione tra processi assunti come indipendenti dalla fase della terapia in cui si verificano (ad esempio attività referenziale e velocità d'eloquio; Rocco, 2005). Il metodo prevede la scelta di determinati segmenti del materiale registrato sulla base di un tipo di eventi che si ripetono, e l'identificazione e la

misurazione di una dimensione specifica che si ipotizza in rapporto causale con gli eventi osservati.

- *L'analisi delle serie temporali* (Time Series Analysis), tecnica che permette di studiare fenomeni contingenti rispetto allo stadio della terapia in cui si verificano e rilevare la presenza di relazioni causali (ad esempio esperienza, riconoscimento e comprensione del significato delle strutture di interazione come componenti dell'azione terapeutica; Jones, 2000). Un insieme di variabili viene misurato a intervalli più o meno uguali in un grande numero di momenti, per poi cercare di comprendere le variazioni temporali o i cambiamenti nei punteggi di alcune di queste variabili in funzione di altre (Jones, 2000).
- *Serie di pazienti e disegni quasi sperimentali*, dove i metodi sopradescritti vengono impiegati nello studio di più pazienti, mantenendo però il focus sui singoli (Lingiardi, 2006).
- *Disegni sperimentali single-case*, difficilmente praticabili se non in ambito comportamentale, prevedono la manipolazione di alcune condizioni sperimentali allo scopo di dimostrare una relazione sistematica tra un dato intervento e un dato cambiamento successivo ad esso (Lingiardi 2006).

Negli ultimi anni la *process research* si sta servendo sempre più spesso di disegni di ricerca sul caso singolo, che, come sottolinea Wallertein (2002), consentono un'analisi macro e microanalitica che esprime in misure confrontabili il funzionamento della personalità del paziente, il processo del trattamento e i risultati raggiunti. Il riconoscimento del valore di questa strategia di indagine e la sua affermazione nel campo è però un fatto recente (Jones, 2000).

Da un punto di vista storico questa strategia di ricerca rappresenta l'evoluzione dei resoconti clinici classici, a cui gli psicoanalisti si sono a lungo affidati per dimostrare la validità delle proprie ipotesi e l'efficacia delle loro terapie. Pur consentendo un'analisi qualitativa del lavoro terapeutico e la comunicazione tra professionisti, i resoconti dei casi redatti dal terapeuta affidandosi esclusivamente alla propria memoria e alle proprie annotazioni non possono essere considerati reali dati oggettivi utilizzabili come prova di ipotesi esplicative (Lingiardi, 2006). I difetti scientifici di tale metodo, di cui Breuer e Freud furono pionieri, parevano già chiari allo stesso Freud (Horst Kächele, 2015), che

in “Studi sull’Isteria” osservava come i suoi casi clinici dovessero “*essere letti come racconti*” e mancassero “*dell’impronta seria della scienza*” (Freud 1895, p.160, tr. mia). Il fatto che le osservazioni riportate nei resoconti non siano pubbliche, che riflettano le disposizioni interne e le distorsioni mnestiche del terapeuta, unitamente al rischio di cadere in ragionamenti circolari e alla tendenza a generalizzare basandosi su osservazioni di un solo o di pochi casi (Wallerstein & Sampson, 1971), ha comportato l’uscita di scena di questo metodo a favore di metodi di raccolta dati che andassero oltre l’aneddotica. In particolare, nel 1971, Wallerstein e Sampson espressero la necessità di condurre anche studi formalizzati e sistematizzati del processo terapeutico e, nello stesso anno, Luborsky e Spence chiesero alla comunità psicoanalitica di fornire casi clinici “campione” che soddisfacessero due condizioni: 1) che il caso fosse chiaramente definito e 2) che i dati fossero registrati, trascritti e suddivisi da un indice, in modo da massimizzarne l’accessibilità e la visibilità (Luborsky & Spence, 1971). L’introduzione dell’audioregistrazione delle sedute e la conseguente istituzione di banche dati fu, e tutt’ora è, oggetto di dibattito⁴, ma rappresentò un cambiamento paradigmatico che consentì di applicare metodologie standardizzate di valutazione delle sedute anche agli elementi microprocessuali, e non, come era avvenuto fino a quel momento, esclusivamente a quelli più prettamente macroprocessuali (Lingiardi & Dazzi, 2006). Nonostante la disponibilità di un metodo di raccolta dei dati più accurato, completo e suscettibile di studio da parte di terzi, la ricerca single-case ha conquistato il consenso dei ricercatori solo a partire dagli anni Novanta. Prima di allora, gli imperativi del neopositivismo logico secondo i quali si è realizzata la crescita della ricerca empirica in psicoterapia hanno dettato l’esclusione degli studi sui casi singoli (Braakmann, 2015), nella convinzione che solo attraverso lo studio ripetuto su gruppi di soggetti e un adeguato campionamento fosse possibile giungere a conclusioni valide e generalizzabili (Lingiardi, 2006). In realtà, come ha fatto notare Channan (1979), l’ultraspecificità del caso singolo permette di generalizzare le conclusioni ad una specifica popolazione statistica, ovviando alla vaghezza delle inferenze possibili quando si fa affidamento a un campione ampio e alla media dei gruppi.

⁴ Il registratore fu fortemente osteggiato soprattutto in area dinamica perché considerato un elemento di rottura del setting che inficia la validità del processo terapeutico. Per una trattazione esaustiva si rimanda a Lingiardi e Dazzi (2006).

A promuovere la rivalutazione di questa strategia di indagine sono stati i progressi nella metodologia quantitativa e la convergenza di diverse influenze nella pratica clinica e nella ricerca (Jones, 1993), tra cui: il riconoscimento dei limiti degli RCT nell'informare circa il modo in cui si verifica il cambiamento terapeutico (Greenberg, 1986), la sentita necessità di testare i modelli clinici teorici (Persons, 1991) e la constatazione della scarsa ricaduta dei risultati della ricerca sia sulla pratica clinica che sulla costruzione delle teorie (Jones, 1993).

A differenza degli RCT, i disegni single-case: si pongono l'obiettivo di capire *perché* e *come* funziona un trattamento, e non solo di rilevare *se* è efficace, riconoscendo il contributo sia dei fattori specifici che dei fattori aspecifici (Elliott, 2002, Mohr, 1993); valutano gli effetti sull'individuo e non sul gruppo, favorendo l'approccio idiografico (Kazdin, 1981); non devono selezionare soggetti "psicopatologicamente puri" ma sono applicabili ai pazienti "reali", dunque possono sottoporre a verifica empirica anche trattamenti a lungo termine con pazienti con disturbi della personalità e comorbidità (Lingiardi, 2006).

In generale, tra i vantaggi dei disegni empirici single-case Davison e Lazarus (1994) annoverano la capacità: di mettere in discussione una teoria generale, di fornire una validità euristica per ricerche successive e meglio controllate, di consentire l'indagine di fenomeni clinici importanti e l'applicazione di nuovi principi o di nozioni in modi completamente nuovi, di assicurare un sufficiente controllo sperimentale per fornire informazioni "scientificamente accettabili" su fenomeni legati al processo e di aiutare a rimpolpare lo "scheletro teorico". Punti di forza sono anche i costi contenuti e l'immediata applicabilità in ambito clinico, oltre alla comprensibilità dei risultati che facilita la comunicazione con i "non addetti" ai lavori (Lingiardi, 2006).

Per tutte queste ragioni i disegni single-case sembrano essere i migliori candidati a colmare il divario tra clinica e ricerca: a ponte tra il racconto aneddotico e la ricerca di laboratorio, valorizzano la ricchezza dell'incontro clinico nel rispetto del rigore metodologico, equilibrando l'attenzione alla *validità interna* e a quella *esterna* (Lingiardi 2006). Ciò nonostante, non sono esenti da limiti metodologici, come l'impossibilità di generalizzare i risultati a popolazioni cliniche più ampie, se non attraverso un lento accumulo di casi clinici, la difficoltà d'interpretazione dei risultati, vista la mancanza di un paragone con un altro tipo di trattamento, l'elevato livello di selezione dei pazienti e

la non assegnazione casuale come avviene nei Randomized Clinical Trials (RCT) (Roth & Fonagy, 2004).

Per concludere, va riconosciuto il merito della ricerca single-case nell'aver promosso la costruzione di metodi di misurazione volti a valutare la personalità e il cambiamento strutturale (Bucci, 2005; Lambert, 2004; Sandell, 1987; 1997; 2002). Dell'elenco potenzialmente infinito, fanno parte anche due strumenti Q-sort che sono stati impiegati per il presente studio: la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200), procedura per la valutazione della personalità, e lo Psychotherapy Process Q-Set (PQS), strumento utilizzato per l'analisi del processo terapeutico, per valutare la relazione processi-risultati e per monitorare la natura dei cambiamenti nel corso della terapia. Entrambi saranno descritti nel dettaglio nel prossimo capitolo.

1.3 – Le strutture di interazione: un modello dell'azione terapeutica

Su un piano storico e teorico, il dibattito sul ruolo dei fattori specifici e aspecifici può essere ricondotto a due correnti di pensiero: una che enfatizza l'insight e la consapevolezza come promotori del cambiamento terapeutico (Castonguay & Hill, 2007), l'altra che sostiene l'importanza della relazione terapeutica (Hill & Knox, 2009). La controversia è così riassumibile: il cambiamento terapeutico deve essere considerato un prodotto dell'insight del paziente e dell'interpretazione del terapeuta, o dell'interazione e dello scambio reciproco che si realizza tra i due nel contesto della relazione clinica? A questa domanda Enrico E. Jones (2000) ha risposto proponendo un modello dell'azione terapeutica che collega gli effetti terapeutici dell'insight e della relazione terapeuta-paziente, conciliando i due poli nel costrutto di *strutture di interazione*: è il costituirsi e il trasformarsi di queste strutture a portare al cambiamento terapeutico.

L'assunto dell'autore è che non esista un processo terapeutico ideale e universale ma che ogni diade paziente-terapeuta si caratterizzi per la presenza di specifiche strutture di interazione, ovvero pattern di interazione ripetitivi e che si influenzano reciprocamente, che, con molta probabilità riflettono la struttura psicologica di entrambi i membri (Jones, 2000). Riconoscendo in ciò che è intrapsichico una base importante per ciò che prende vita nel campo interpersonale o interattivo, il concetto di struttura interattiva permette di

considerare sia la dimensione interpersonale sia quella intrapsichica. Esso, infatti, si riferisce sia al modo in cui i sintomi, la patologia del carattere e i conflitti del paziente si esprimono nella relazione con il terapeuta, che alla modalità caratteristica in cui il terapeuta vi reagisce (Jones, 1998). In altri termini, questi pattern di interazione a basso tasso di cambiamento rappresentano l'aspetto manifesto (quindi più accessibile all'esplorazione), emotivo e comportamentale, del transfert/controllotransfert. L'azione terapeutica si collocherebbe proprio nel farne esperienza, riconoscerli e comprenderli, da parte sia del terapeuta che del paziente. Secondo il modello, infatti, è a ciò che si deve il cambiamento nella struttura psicologica del paziente e il miglioramento sintomatico. Nello specifico, il cambiamento terapeutico sarebbe il risultato di pattern ripetitivi relativamente specifici che promuovono quel processo psicologico che rende il paziente capace di fare esperienza, di rappresentarsi certi stati mentali e di conoscere la propria intenzionalità.

In questo modello di cambiamento, dunque, non si assume che le influenze causali siano dirette solo dal terapeuta al paziente, ma si tiene conto del processo di influenza reciproca tra i due, ovvero della componente bi-personale, intersoggettiva, dell'azione terapeutica. Viene considerato l'impatto delle caratteristiche e del comportamento del paziente sul terapeuta e sui pattern di relazioni emergenti, insieme al modo in cui gli interventi del terapeuta mobilitano il cambiamento del paziente. Perciò, tornando alla domanda iniziale, secondo questa prospettiva dell'azione terapeutica, l'insight e la relazione non sono separabili ma complementari: la conoscenza psicologica di sé può svilupparsi solo all'interno di una relazione in cui il terapeuta cerca continuamente di comprendere la mente del paziente attraverso il *medium* della loro interazione (Jones, 2000).

La concettualizzazione appena descritta è stata derivata empiricamente da una serie di studi intensivi sul processo, secondo una logica *bottom-up*. Jones non è partito da una teoria clinica da validare (logica *top-down*) bensì ha ricavato il costrutto delle strutture di interazione attraverso l'analisi di centinaia di ore di trascritti *verbatim* e di videoregistrazioni di psicoterapie, per mezzo dello Psychotherapy Process Q-set (PQS). Sebbene di derivazione analitica, il PQS è uno strumento per la descrizione globale del processo terapeutico ideato da Jones per essere il più possibile transteorico nell'applicabilità, difatti gli item descrittivi che lo compongono sono formulati con un linguaggio non gergale e privo di termini tecnici (Lingiardi & Dazzi, 2008).

Mentre i primi studi condotti attraverso questo metodo d'indagine si limitavano a suggerire una relazione causale tra gli interventi del terapeuta, le dinamiche del processo e l'outcome della terapia, con l'impiego della metodologia delle serie temporali fu possibile dimostrare empiricamente tale relazione (Lingiardi & Dazzi, 2008). Nel caso della signora M (Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993) ad esempio, il ricorso all'analisi fattoriale delle *time series* consentì l'evidenziarsi di un modello che associa processo ed esito: l'umore depresso della paziente stimolava atteggiamenti di accettazione e neutralità nel terapeuta, che a loro volta generavano in lei affetti depressivi che spingevano il terapeuta ad essere più interattivo, emotivamente reattivo ed autoritario. La paziente migliorava non appena il terapeuta abbandonava la posizione di neutralità.

Ad oggi esistono diversi studi single-case⁵ che hanno evidenziato la relazione tra le strutture d'interazione e l'esito della terapia, dimostrando l'utilità del Psychotherapy Process Q-Set (PQS) come misura del processo terapeutico. In sintesi, si può affermare, che il concetto di strutture di interazione ha dato sostanza empirica e clinica all'idea, oggi sufficientemente accettata, che ci si aspetta che l'azione terapeutica risieda all'interfaccia tra i fattori tecnici e interpersonali, ossia nell'*identificazione* e nell'*interpretazione* dei modelli relazionali disfunzionali del paziente che sorgono nel rapporto con il clinico (Gabbard & Westen, 2003).

⁵ Per una revisione della letteratura si rimanda a Ablon, Levy e Smith-Hansen (2011).

CAPITOLO II

Il metodo

Il presente studio *single-case* nasce con l'obiettivo di valutare la relazione tra le strutture di interazione osservabili lungo l'arco di una psicoterapia psicodinamica e il buon esito della terapia stessa. In questo capitolo verranno dunque presentati gli strumenti scelti per indagare tali aspetti, il materiale clinico preso in esame, la procedura seguita ed infine le ipotesi di lavoro che hanno guidato la ricerca.

2.1 – *Gli strumenti*

Per condurre lo studio sono stati scelti tre strumenti che consentissero di indagare in modo affidabile e replicabile il processo e l'esito della terapia. Il primo è stato scelto per l'analisi del processo, in quanto capace di rilevare le strutture di interazione tra paziente e terapeuta nelle diverse fasi del trattamento. I restanti due sono stati impiegati per valutare la struttura di personalità e la sintomatologia del paziente all'inizio e alla fine del trattamento, allo scopo di ottenere una misura dell'esito terapeutico.

Due tra gli strumenti utilizzati si basano sul metodo Q-sort (Block, 1961; Stephenson, 1953), una tecnica di misurazione particolarmente adatta a descrivere dati di tipo qualitativo, che consiste in una serie di item (Q-set), ciascuno dei quali descrittivo di una caratteristica psicologica o comportamentale dell'individuo o della situazione che si vuole analizzare. Il Q-sort è un metodo ipsativo, ovvero che si propone di valutare le differenze *all'interno di un soggetto e non tra soggetti*. Richiede quindi di ordinare gli item dal più descrittivo al meno descrittivo rispetto al *singolo* caso oggetto di studio, seguendo una distribuzione fissa. Oltre a permettere di catturare la specificità del soggetto studiato, questa tecnica consente di eliminare o ridurre l'influenza di alcuni *bias* di misura legati allo stile di risposta dei valutatori, come la tendenza ad assegnare punteggi medi o estremi, indipendentemente dall'effettiva descrittività dell'item (Colli & Gazzillo, 2006).

Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000). Il PQS è uno strumento di misura che consente di descrivere empiricamente il processo terapeutico nel suo complesso. Nato all'interno delle ricerche del Berkeley Psychotherapy Research Program, guidato da

Enrico E. Jones (Jones, 2000), lo strumento mira a rimanere il più possibile neutrale rispetto agli orientamenti teorici e a tradurre in una forma adatta all'analisi quantitativa la soggettività dell'interazione tra paziente e terapeuta. È stato costruito, infatti, con lo scopo di cogliere e descrivere il processo unico e caratteristico di ogni specifica coppia terapeutica, nella convinzione che non esista un processo terapeutico ideale e universale ma tanti "processi terapeutici" (Boesky, 1990). Nello specifico, il PQS ha permesso a Jones (2000) di osservare come ciascuna diade paziente-terapeuta fosse caratterizzata da determinate "strutture di interazione", ovvero pattern interattivi stabili e ripetitivi che rappresentano l'aspetto manifesto del transfert/controtransfert. La proposta dell'autore è che sia il costituirsi e il trasformarsi di tali strutture a condurre al cambiamento terapeutico.

Secondo l'autore l'unità di misura più fedele alla natura del processo terapeutico è la seduta stessa, mentre il materiale essenziale ad ottenere un accordo intersoggettivo sulla presenza e la natura dei fenomeni clinici sono le registrazioni accurate del modo di parlare del terapeuta e del paziente. Per questi motivi il PQS è applicabile esclusivamente ai trascritti *verbatim* o audio e video registrazioni di sedute intere di psicoterapia. Lo strumento si basa sul metodo Q-sort, e l'individuazione delle strutture di interazione che deriva dal suo impiego è la risultante del consenso tra diversi giudici che analizzano lo stesso materiale clinico.

Il Q-sort del PQS è composto da 100 item descrittivi formulati con un linguaggio transteorico e non gergale, che devono essere collocati in 9 categorie, distribuite in un continuum dalla meno caratteristica (categoria 1) alla più caratteristica (categoria 9). Il numero di item assegnabili ad ogni categoria cresce da quelle estreme a quella centrale, approssimando la distribuzione a una curva normale (Tabella 1). La distribuzione forzata obbliga i giudici ad effettuare valutazioni multiple degli item, evitando così un effetto alone sia positivo sia negativo. Consente inoltre di ridurre i *bias* legati allo stile di risposta e all'orientamento teorico dell'osservatore (Jones, 2000).

I 100 item sono riportati nel manuale di codifica, accompagnati da istruzioni per la loro collocazione e da alcuni esempi volti a minimizzare la variabilità dell'interpretazione dei giudici. Gli item sono di tre tipi: a) item che descrivono gli atteggiamenti, il comportamento e le esperienze del paziente (ad esempio l'item 25 "Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta"), (b) item che descrivono le azioni e gli atteggiamenti del

terapeuta (ad esempio l'item 21 "Il terapeuta fa delle rivelazioni personali"), (c) item che cercano di cogliere la natura dell'interazione della diade, il clima o l'atmosfera della seduta (ad esempio l'item 39 "La relazione terapeutica ha una qualità competitiva").

Tabella 1 – Distribuzione Q-sort degli item del PQS

Categoria	Numero di item	Etichetta della categoria
1	5	Estremamente non caratteristico
2	8	Decisamente non caratteristico
3	12	Abbastanza non caratteristico
4	16	Piuttosto non caratteristico
5	18	Relativamente neutrale
6	16	Piuttosto caratteristico
7	12	Abbastanza caratteristico
8	8	Decisamente caratteristico
9	5	Estremamente caratteristico

Il protocollo di utilizzo del PQS prevede che due o più giudici, dopo aver attentamente studiato la registrazione (o il trascritto) della seduta, provvedano alla siglatura del Q-sort in modo indipendente. Per quanto riguarda la distribuzione forzata, Jones (2000) consiglia di non curarsene fin da subito, ma di iniziare individuando gli item caratteristici, quelli non caratteristici e quelli che sembrano non rilevanti. Successivamente si potrà procedere alla suddivisione di questi tre gruppi nelle proporzioni appropriate a ogni categoria. Al giudice si chiede di ricercare all'interno della seduta *specifiche* evidenze di quanto descritto dagli item, assumendo la posizione di osservatore esterno dell'interazione tra paziente e terapeuta, il più possibile obiettivo e libero da pregiudizi legati, ad esempio, al proprio orientamento teorico. In pratica, per collocare ogni item bisogna domandarsi se quanto è descritto è chiaramente presente o assente (categorie 9-8 o 1-2) e, in caso l'evidenza non sia chiara, chiedersi in che misura quella caratteristica è presente o assente (categorie 6 -7 o 3-4). Alla categoria centrale (5) vanno assegnati gli item che si ritengono irrilevanti o ininfluenti rispetto all'interazione osservata, ovvero non descrittivi della seduta (a differenza degli item non caratteristici, che proprio in virtù della loro assenza si ritengono descrittivi).

Una volta completata l'assegnazione dei punteggi, i giudici provvedono a confrontarsi. Dal contenuto degli item che si è concordato di collocare nelle categorie estreme (1-9 e 2-8), è possibile trarre precise descrizioni dell'interazione tra paziente e terapeuta.

A titolo esemplificativo, si riporta in tabella 1.2 una delle strutture di interazione della terapia della signora M. individuata da Jones (2000). Come si può facilmente notare, alla descrizione del pattern di interazione contribuiscono sia item riferiti alla paziente (ad esempio il 51), che item riguardanti la terapeuta (ad esempio il 37), che item descrittivi della natura dell'interazione della diade (ad esempio il 77).

Tabella 1.2 – Struttura di interazione: *La terapeuta reprime le rappresentazioni negative del sé della paziente*

Item	Descrizione
24	I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.
37	Il terapeuta è privo di tatto.
77	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).
17	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.
51	Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.
5	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).
99	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.

Naturalmente il Q-sort del PQS, progettato per ridurre la complessità dell'interazione a livelli gestibili, non si adatta perfettamente a tutte le possibili forme di interazioni terapeutiche. I Q-item rappresentano però una buona sintesi tra teoria e analisi psicometrica, dunque anche se non tutti gli eventi o le caratteristiche di una determinata seduta possono essere espressi come categorie estreme, la congiunzione di due o più item consente comunque di coglierli.

Lo strumento ha dimostrato affidabilità e validità in una varietà di campioni di terapie diverse, comprese terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali, centrate sul cliente, gestalt, razionali-emotive e interpersonali (Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones et al., 1988; Jones, Hall, & Parke, 1991; Jones & Pulos, 1993). L' *inter-rater reliability* (ovvero la fedeltà fra esaminatori nel valutare lo stesso fenomeno) di tutti i 100 item ha sempre prodotto coefficienti alfa tra .83 e .89 per una coppia di giudici indipendenti. Anche la validità di costrutto e discriminante della misura è stata dimostrata in tutti gli

studi (Jones et al., 1988; Jones et al., 1991; Jones, Krupnick, & Kerig, 1987; Jones & Pulos, 1993).

Mediante il PQS Jones (2000) ha analizzato le strutture di interazione in diversi casi di psicoterapia. Tra questi rientra quello della signorina A., una paziente depressa che presentava un conflitto rispetto all'autonomia e all'indipendenza, senso di colpa e inibizione rispetto all'autoaffermazione, all'aggressività e alla competitività. I risultati dello studio hanno evidenziato che l'interpretazione di un determinato pattern di interazione ripetitivo da parte dell'analista e la comprensione della paziente dello stesso aveva portato al suo lento dissolversi e di conseguenza promosso il cambiamento terapeutico. Lo studio di Jones, Parke e Pulos (1992) ha osservato le strutture di interazione in 60 sedute di psicoterapia psicodinamica di 30 pazienti, per valutare i meccanismi di cambiamento associati a un outcome terapeutico positivo. I risultati hanno evidenziato che i pazienti che traevano più beneficio dalla terapia erano caratterizzati da un graduale passaggio dall'attribuzione dei propri problemi a fonti esterne a una sempre maggiore capacità di coglierne le cause psicologiche interne. Tale cambiamento portava a un maggiore insight e si esprimeva in uno spostamento dell'attenzione dagli eventi esterni alla terapia verso la relazione analitica. Quando ciò non avveniva e l'orientamento del paziente rimaneva legato agli eventi esterni, l'outcome non era positivo. De Bei e Montorsi (2013) hanno preso in esame le strutture di interazione tra paziente e terapeuta in una psicoterapia psicodinamica breve e confermato l'ipotesi di Crits-Cristoph e Connolly (2001) secondo cui gli interventi diretti ai conflitti relazionali del paziente nel contesto di una buona alleanza terapeutica sono legati a un risultato positivo della terapia.

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler, & Lingardi, 2003). La SWAP-200 è l'implementazione di una procedura Q-sort alla valutazione della personalità, utile sia a porre diagnosi che a elaborare una formulazione clinica dei casi diagnosticati. Si tratta di uno strumento *clinician-report* sviluppato Drew Westen e Jonathan Shedler per rispondere ai limiti imposti dalla diagnosi categoriale del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). Le principali criticità del manuale evidenziate dagli autori riguardano il fatto che i criteri diagnostici proposti non forniscono informazioni sufficienti a rendere conto dell'effettivo funzionamento psichico dell'individuo nelle diverse circostanze della sua vita reale, né di avere un quadro sufficientemente ampio della sua personalità (Westen, 1998). Rimangono infatti escluse

dalla diagnosi le dimensioni implicite e inferite del funzionamento della personalità, che spesso sono rilevanti nel lavoro clinico, così come le potenzialità, i punti di forza o le risorse del funzionamento psicologico, informazioni importanti per la pianificazione dei trattamenti. Valorizzando gli aspetti manifesti e oggettivi delle condizioni diagnostiche, i criteri del DSM tendono a riproporre in forme leggermente diverse sempre lo stesso tratto della personalità (ad esempio 6 criteri su 7 del disturbo paranoide di personalità si riferiscono al costrutto di sospettosità cronica) (Gazzillo, 2006). Dati questi presupposti, la sola diagnosi del DSM non permette di per sé di elaborare la formulazione del caso, che viene così lasciata alla soggettività e al punto di vista teorico del clinico.

Per colmare il divario tra diagnosi e formulazione del caso Drew Westen (1998) propone di compiere una *valutazione o diagnosi funzionale*, ovvero di valutare come l'individuo tende a funzionare dal punto di vista cognitivo, affettivo e comportamentale in presenza di determinate condizioni contestuali. Ciò significa valutare sia le aree disfunzionali che quelle sane della personalità e abbandonare la concezione del DSM secondo la quale i tratti di personalità sono entità stabili e indipendenti dai contesti (Gazzillo, 2006).

In breve, secondo Westen i clinici dovrebbero indagare almeno tre dimensioni: 1) le motivazioni, gli standard morali, i valori ideali e i conflitti dell'individuo rispetto ad essi; 2) le risorse psicologiche e lo stile cognitivo ed emotivo dell'individuo; 3) le rappresentazioni del Sé, dell'oggetto e della relazione tra il Sé e l'oggetto. Queste informazioni dovrebbero essere poi integrate con dati relativi lo sviluppo dei tre ambiti precedenti e alla loro interazione reciproca. In questo modo si potrebbe elaborare una diagnosi funzionale e contestualmente una formulazione del caso (Westen, 1998).

La SWAP-200 è stata costruita per operazionalizzare questo processo di valutazione (Westen & Cohen, 1992; Westen & Shedler, 1999a; 1999b). Lo strumento si compone di 200 item descrittivi di tratti della personalità normali e patologici, che sono stati elaborati a partire dalla letteratura teorica ed empirica sulla personalità e i disturbi della personalità, sui meccanismi di difesa e di *coping*, dagli assi I e II e dalle appendici delle edizioni III-R e IV del DSM (Gazzillo, 2006). Gli item, formulati con un linguaggio semplice e privo di termini tecnici, cercano di indagare sia dimensioni della personalità osservabili direttamente (ad esempio item 77 “tende a essere eccessivamente bisogno/a o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive”) sia costrutti che implicano inferenze, come quelli di identificazione proiettiva o scissione, che sono stati scomposti nei loro

diversi aspetti e di cui è presente almeno un item relativo ai loro correlati fenomenici. L'identificazione proiettiva, ad esempio, viene descritta da tre item: 116 “tende a vedere i suoi impulsi e sentimenti inaccettabili negli altri e non in sé stesso”; 76 “si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (se è arrabbiato/a agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a agisce in un modo che induce ansia negli altri)”; 154 “Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti”.

La procedura di utilizzo prevede che il clinico o il ricercatore assegni a ciascun item un valore compreso da 0 a 7, a seconda del grado in cui descrive la personalità dell'individuo che sta valutando. Il Q-sort della SWAP-200 impone un numero prestabilito di item a cui attribuire i diversi punteggi (Tabella 2) che approssima la distribuzione alla metà destra di una curva normale, ed è quindi coerente con l'obiettivo di misurare prevalentemente i tratti patologici, che si suppone siano meno frequenti. Agli item che non sono descrittivi dell'individuo, sono irrilevanti o riguardano ambiti della sua personalità rispetto ai quali non si possiedono le informazioni adeguate, va assegnato il punteggio 0. Questa è la categoria in cui deve essere collocato il maggior numero di affermazioni (100). Agli item giudicati come molto poco descrittivi della personalità dell'individuo va attribuito il punteggio 1, a quelli che la descrivono un po' meglio si assegna il valore 2 e così via fino al 7, punteggio da attribuire alle 8 affermazioni assolutamente descrittive della personalità del soggetto.

Tabella 2 – Distribuzione degli item SWAP-200

Pila	0	1	2	3	4	5	6	7
Numero di item	100	22	18	16	14	12	10	8

La compilazione della SWAP-200 dev'essere compiuta da una persona che abbia svolto almeno tre colloqui con l'individuo da valutare o che abbia osservato-ascoltato-letto almeno tre colloqui (videoregistrati, audioregistrati o trascritti). La procedura richiede circa 60 minuti di tempo e si dovrebbe effettuare entro le 24 ore successive all'ultimo contatto avuto con il soggetto (o con il materiale clinico) pensando a come è stato negli ultimi due anni. Per le ricerche che guardando al cambiamento della personalità come misura dell'outcome si deve invece fare riferimento all'ultimo anno (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003).

Gli item sono riportati e approfonditamente descritti nel volume di Westen, Shedler e Lingiardi (2003), che in allegato fornisce il supporto informatico necessario alla compilazione elettronica. Terminata l'assegnazione dei punteggi, il *software* calcola e standardizza in punti T ($\mu=50$, $s^2=10$) le correlazioni tra:

- il profilo SWAP-200 del soggetto valutato e i *PD factors* (PD-T)
- il profilo SWAP-200 del soggetto valutato e i *Q Factors* (Q-T)

Entrambe le correlazioni sono restituite sia numericamente che sotto forma di grafico a barre.

I *PD factors* sono prototipi SWAP-200 di *pazienti ideali* con i disturbi della personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV. Questi profili sono frutto dell'impegno di 237 clinici di orientamento e formazione diversa, a cui è stato chiesto di compilare la SWAP-200 immaginando di descrivere un paziente ipotetico con un determinato disturbo di personalità presente nel DSM-IV. Sono stati così ricavati i seguenti PD factors: *paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico, evitante, dipendente, ossessivo*. Ai clinici è stato chiesto di descrivere con la SWAP-200 anche un paziente ideale sano, dunque tra i fattori PD rientra anche il prototipo "*alto funzionamento*", che viene descritto da item come, ad esempio, "Sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo" (item 2) o "Sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un'intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell'altra persona" (item 32). Dal momento che il profilo SWAP-200 del paziente viene correlato a tutti i PD factors, l'impiego dello strumento consente di ottenere una diagnosi sia categoriale che dimensionale, che tiene conto anche delle risorse psicologiche dell'individuo.

Una correlazione PD-T Factor che supera il punteggio di 60, è indice della presenza di un *disturbo di personalità* secondo l'asse II del DSM-IV. Mentre una correlazione che si colloca tra il 55 e il 60 è indice di *forti tratti* della personalità congruenti con quel tipo di disturbo. Per il fattore PD "alto funzionamento" vale il discorso inverso: più è alto il punteggio più di sono le *risorse* della personalità descritta.

I *Q-factors* sono prototipi della personalità che sono stati invece derivati empiricamente dalle descrizioni SWAP-200 di *pazienti reali*. A 496 clinici è stato chiesto di compilare la SWAP-200 per descrivere un proprio paziente con disturbo di personalità secondo

l'Asse II del DSM. Alle descrizioni SWAP-200 dei clinici è stata applicata la Q-analysis, una variante dell'analisi fattoriale che individua gruppi di soggetti che condividono caratteristiche psicologiche simili anziché gruppi di variabili tra loro correlate. La Q-analysis ha fatto emergere 7 fattori Q: *disforico, antisociale, schizoide, paranoide, ossessivo, istrionico e narcisistico*. La maggior parte dei pazienti (il 20% del campione) ricadeva nel fattore Q disforico, pur avendo ricevuto diagnosi diverse secondo il DSM quali depressione, disturbo di personalità dipendente, evitante, auto-frustrante o borderline. Dunque, il fattore Q disforico è stato sottoposto a una Q-analysis di secondo ordine da cui sono emersi 5 sotto-fattori: *evitante, depressivo-nevrotico ad alto funzionamento, emotivamente disregolato, dipendente-masochistico e ostile*.

Una correlazione tra il profilo SWAP-200 del paziente valutato e i diversi fattori Q (Q-T factor) che supera il punteggio 60 consente di parlare di *disturbo della personalità*, quando si colloca tra 55 e 60 si parla di *forti tratti* della personalità, per punteggi compresi tra 50 e 55 si parla solo di *stile* di personalità.

I fattori di primo ordine rappresentano stili di personalità che richiamano, ma non sono completamente sovrapponibili, alle categorie dei disturbi di personalità del DSM.

Il *fattore Q disforico*, categoria assente nel DSM, è caratterizzato dalla tendenza a sentirsi inadeguati, inferiori, falliti, infelici, depressi o abbattuti; a provare vergogna e imbarazzo, ad autoaccusarsi o ritenersi responsabili dei fatti negativi che accadono, a provare senso di colpa, a essere sensibili ai rifiuti o agli abbandoni e a sentirsi deboli e impotenti, a essere bisognosi o dipendenti, a ingraziarsi gli altri o farsi sottomettere, a essere passivi e poco assertivi.

Il *fattore Q antisociale-psicopatico* descrive la tendenza a essere disonesti, approfittatori, con scarsi valori morali e mancanza di rimorso, a provare sentimenti di rabbia e ostilità, a essere impulsivi, manipolatori, poco empatici e inaffidabili, a compiere azioni criminali e a non badare alle conseguenze delle proprie azioni.

Il *fattore Q schizoide* è definito dalla tendenza a non avere relazioni intime, a possedere una gamma di emozioni limitata e scarse capacità sociali; a comportarsi e apparire in modo strano o peculiare, a essere timidi o riservati, ad avere difficoltà nel riconoscere ed esprimere desideri e impulsi, ad avere difficoltà nel comprendere il senso del

comportamento altrui e nel descrivere gli altri, ad avere poco insight e a pensare in termini concreti.

Il *fattore Q paranoide* descrive individui che tendono a tenere il broncio, a sentirsi incompresi, maltrattati o vittimizzati, a pensare che gli altri vogliano danneggiarli o approfittarsi di loro, a esprimere rabbia intensa e sproporzionata, a coinvolgersi in scontri di potere, a vedere gli altri come “tutti cattivi”, a essere arroganti o moralistici e a reagire alle critiche con umiliazione e rabbia.

Il *fattore Q ossessivo* è descritto sia da caratteristiche adattive che disadattive, tra cui alta coscienziosità, alti standard morali ed etici, capacità di usare in modo efficace e produttivo le proprie abilità, umorismo, tendenza a vedersi come persone logiche e razionali non influenzate dalle emozioni, dedizione eccessiva al lavoro e alla produttività, tendenza a essere controllanti e ad essere inibiti o coartati.

Il *fattore-Q istrionico* descrive individui che tendono a essere eccessivamente bisognosi e dipendenti, a sviluppare attaccamenti intensi e veloci e spesso per persone non emotivamente disponibili, a essere suggestionabili, eccessivamente seduttivi o sessualmente provocanti, a esprimere le emozioni in modo esagerato e teatrale e a essere incapaci di calmarsi quando angosciati, a cadere in spirali emotive che sfuggono al proprio controllo e ad aver paura di essere rifiutati o abbandonati.

Il *fattore Q narcisistico* è caratterizzato dalla tendenza ad avere fantasie di illimitato successo, potere, bellezza, talento ecc., a sentirsi privilegiati, ad avere un senso esagerato della propria importanza e a trattare gli altri come un pubblico che è lì per testimoniarla, ad aspettarsi di essere perfetti, a essere arroganti, sprezzanti o superbi, a fantasticare di trovare l'amore ideale e perfetto, a pensare che gli altri siano invidiosi e a provare invidia.

I cinque sotto-fattori di secondo ordine hanno in comune la disforia cronica ma differiscono tra loro per le condizioni che l'attivano e per le modalità adottate per regolarla.

Il *sottotipo evitante* descrive la tendenza all'evitamento, a non avere relazioni intime, a essere inibiti o coartati, a sentirsi inadeguati e provare vergogna, imbarazzo e umiliazione.

Il *sottotipo depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento* presenta punti di forza psicologici, tra cui moralità, empatia, umorismo, intuitività e capacità di suscitare simpatia, accompagnati da una disforia cronica espressa dalla tendenza ad autoaccusarsi,

a sentirsi in colpa, infelici, depressi o abbattuti e a cercare relazioni nelle quali assumere il ruolo del salvatore.

Il sottotipo con *emotivamente disregolato* si caratterizza per *escalation* emotive che sfuggono al controllo, ideazione suicidarie e minacce o gesti suicidari, incapacità di regolare l'angoscia e tendenza a sentire la propria vita come priva di significato.

Nel sottotipo *dipendente-masochista* rientrano pazienti che tendono a coinvolgersi in relazioni abusanti, a essere facilmente suggestionabili o influenzabili, ad attaccarsi in modo intenso e veloce agli altri anche se non emotivamente disponibili e a essere eccessivamente bisognosi o dipendenti.

Infine, il sottotipo *ostile* descrive coloro che tendono a partecipare a lotte di potere, a provare rabbia e ostilità, ad accusare gli altri per i propri fallimenti o insuccessi, a sentirsi incompresi, vittimizzati o maltrattati e ad esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti.

Dalla Q-analysis non è emerso un fattore Q borderline, i pazienti con questa diagnosi, caratterizzata da una notevole difficoltà nella regolazione delle emozioni, rientrano in più fattori Q. Coloro che vivono la disregolazione emotiva in modo ego-distonico tendono a ricadere nel fattore Q emotivamente disregolato, coloro che la vivono in modo egosintonico tendono a rientrare nel fattore Q istrionico, mentre chi cerca di regolarla per mezzo di relazioni con altri abusanti tipicamente rientra nel fattore Q dipendente-masochistico. Non è emerso inoltre alcun fattore Q schizotipico, i pazienti che hanno ricevuto diagnosi di disturbo schizoide, schizotipico ed evitante di personalità, tendono a ricadere nel fattore Q schizoide. Infine, si è osservato che i soggetti che rientrano nel fattore Q ossessivo sono meno gravi dei pazienti che ricevono una diagnosi di disturbo ossessivo di personalità in DSM e che elevazioni in queste dimensioni dono indici di un buon funzionamento (Gazzillo, 2006).

Come detto sopra, obiettivo di Westen (1998) fu sviluppare uno strumento diagnostico che, contestualmente al completamento della valutazione, permettesse di trarre una formulazione del caso oggettiva e replicabile. La SWAP-200 consente di farlo: "cucendo" il testo degli item più descrittivi della personalità dell'individuo (item che hanno ricevuto punteggio 5, 6 e 7), e integrandolo con informazioni rilevanti della sua storia, è possibile ottenere una descrizione narrativa del funzionamento della sua personalità.

In conclusione, la SWAP-200 è uno strumento prezioso non solo per i clinici ma anche per i ricercatori, che possono ottenere un quadro completo e dettagliato dell'assetto di personalità di un paziente e formulazioni del caso oggettive e replicabili, che a loro volta consentono di valutare gli eventuali *cambiamenti di personalità* che si conseguono nel corso e alla conclusione di una terapia (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003).

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III; Millon, Davis, Millon & Grossman, 2006). Il MCMI-III è la terza versione dell'inventario *self-report* elaborato da Theodore Millon per rilevare i pattern di personalità e la sintomatologia clinica dei pazienti psichiatrici.

La teoria sottesa allo strumento è stata per la prima volta presentata da Millon nel 1969 nel libro intitolato *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning* (Millon, 1969). Secondo l'autore la personalità è "un tessuto complesso e altamente contestualizzato di caratteristiche psicologiche che si esprimono automaticamente nella maggior parte delle modalità di funzionamento" (Millon & Davis, 1996 p. 227). Tali caratteristiche intrinseche e pervasive sono il risultato di predisposizioni biologiche ed esperienze di apprendimento, e si riferiscono ai modi distintivi e predominanti in cui l'individuo percepisce, prova emozioni, pensa e agisce. Adottando una prospettiva evolutivista della personalità, secondo Millon (Millon, 1969; Millon & Davis, 1996) il comportamento sociale umano è la risultante di quattro obiettivi vitali: esistenza, adattamento, riproduzione e astrazione. Ai primi tre corrispondono tre polarità rispetto alle quali ogni individuo trova una propria collocazione:

1. La polarità piacere-dolore riguarda il conflitto fra due scopi dell'esistenza, da una parte quello di migliorarla ricercando nuove esperienze e perseguendo la soddisfazione (come nelle personalità narcisistiche, istrioniche o antisociali), dall'altro quello di preservazione della vita legato all'evitamento dei pericoli e delle minacce (come nelle personalità ossessive ed evitanti). Un'inversione in questa polarità è tipica della personalità masochistica.
2. La polarità passività-attività riguarda le modalità di adattamento. Da un lato, vi è una modalità di "accomodamento ecologico" che si esprime nella ricerca di realtà ospitali da abitare (personalità passivo, stazionario, radicato, essenzialmente arrendevole e dipendente), dall'altro, una modalità di "modificazione ecologica"

espressa dalla tendenza a controllare, modificare e riarrangiare gli elementi ambientali.

3. La terza polarità, quella Sé-altro, riguarda le strategie riproduttive. Le personalità che enfatizzano il sé sono sicure e assertive, tendono alla predominanza e hanno chiare idee su come condurre la propria vita. Le personalità che invece enfatizzano gli altri si appoggiano e dipendono da altre persone per soddisfare i propri bisogni.

Dunque, la personalità normale e patologica si differenzerebbero sulla base della flessibilità del funzionamento e il grado di equilibrio tra le suddette polarità. Nello specifico, i disturbi di personalità non sarebbero “malattie” ma pattern maladattivi di funzionamento riconducibili a deficit, squilibri o conflitti nell’orientamento di un individuo verso una o più delle tre polarità.

Il MCMI-III è composto da 175 item dicotomici vero o falso, che costituiscono 28 scale. Poiché il modello di Millon presuppone che tra i tipi di personalità e le sindromi cliniche esista una correlazione, vi sono molte condivisioni di item fra le varie scale. Il test è stato standardizzato sulla popolazione clinica e rileva solo aspetti patologici, perciò non è utile alla valutazione dei punti di forza del paziente né alla valutazione di soggetti non facenti parte della popolazione clinica. Il protocollo è *self-report*, richiede circa 20-30 minuti per essere compilato, ed è somministrabile esclusivamente a soggetti maggiorenni con una scolarità di almeno otto anni (licenza media inferiore). Le scale che lo compongono valutano i disturbi dell’Asse I e II del DSM e sono raggruppabili in cinque categorie.

La categoria *pattern di personalità clinica* è composta da 11 scale che permettono un inquadramento dei seguenti prototipi di personalità: schizoide (1), evitante (2A), depressiva (2B), dipendente (3), istrionica (4), narcisistica (5), antisociale (6A), sadica (6B), ossessivo-compulsiva (7), negativistica (Passivo aggressiva) (8B), masochistica (Autofrustrante) (8B). La categoria *gravi patologie della personalità* è costituita da 3 scale che misurano personalità patologiche caratterizzate dalla presenza di episodi psicotici reversibili: personalità schizotipica (S), borderline (C) e paranoide (P).

La categoria *sindromi cliniche* è comprensiva di 7 scale: ansia (A), somatizzazione (H), bipolare-mania (N), distimia (D), dipendenza da alcol (B), dipendenza da droghe (T) e disturbo post-traumatico da stress (R). A completamento di queste, 3 scale valutano la presenza di *sindromi cliniche gravi*: disturbo del pensiero (SS), depressione maggiore

(CC) e disturbo Delirante (PP). Infine, gli *indici di modifica* forniscono informazioni sullo stile di risposta del paziente e sulla validità del protocollo con 4 scale: validità (V), comprende 3 item bizzarri o molto improbabili tesi a discriminare i protocolli a cui si risponde casualmente o in maniera stereotipata; apertura (X), indica se e quanto il soggetto ha risposto in maniera franca e aperta o reticente e riservata; desiderabilità (Y), misura la tendenza del soggetto a mostrarsi socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato; autosvalutazione (Z), valuta quanto il paziente stia sovrastimando la propria sintomatologia o il proprio disagio, rispetto a quanto sono oggettivamente presenti.

I punteggi ricavati dallo *scoring* del test vengono trasformati in *punteggi base rate* (BR), la cui distribuzione riflette la prevalenza di un tratto o di un disturbo nella popolazione psichiatrica. Il valore medio atteso per ciascuna scala è un punteggio BR pari a 60 (mediana della popolazione psichiatrica). Un punteggio BR maggiore o uguale a 74 indica la presenza certa della caratteristica misurata, mentre un punteggio BR maggiore o uguale a 84 indica che nell'individuo quella caratteristica è predominante. Dal momento che il test è stato specificamente pensato per valutare il funzionamento patologico della personalità, se nessuno dei punteggi BR alle scale di personalità cliniche è al di sopra dei 59 punti il protocollo è da considerarsi nullo.

La logica interpretativa del protocollo compilato vuole che si analizzino anzitutto gli indici di modifica e sulla base di questi si descriva brevemente lo stile di risposta del paziente. In secondo luogo, si esaminano le scale di grave disturbo di personalità e dello stile di personalità di base del soggetto (considerando le tre scale con i punteggi più elevati). Lo stile di personalità emerso va interpretato considerando il contesto di vita del soggetto, in modo da valutarne il livello di funzionalità. Punteggi elevati infatti, non sono di per sé indice di patologia. Si procede poi all'analisi delle sindromi cliniche gravi e delle sindromi cliniche (a partire dalla scala con punteggio più alto). Il significato della sintomatologia che il paziente sembra presentare dovrà essere colto nel contesto dello stile (o disturbo) di personalità emerso, controllando anche l'eventuale presenza di *risposte rilevanti*. Quest'ultime sono di sei tipi e riguardano: preoccupazioni riferite allo stato di salute, alienazione nei rapporti interpersonali, discontrollo emotivo, potenziale autodistruttivo, abuso infantile, disturbo dell'alimentazione. In ultima sede, è opportuno integrare i risultati ottenuti con tutte le informazioni disponibili sull'individuo che ha

compilato il protocollo. In questo modo si potrà elaborare una descrizione olistica del soggetto.

Sebbene i nomi delle scale inducano a pensarlo, il MCMI-III costruisce la diagnosi sulla base di dati scientifici ricavati empiricamente e non seguendo il DSM IV. Studi indipendenti hanno rilevato che una convergenza fra il buono e l'eccellente nel riconoscimento dei casi di personalità evitante, dipendente, borderline e passivo-aggressiva, e più scarsa invece per quanto concerne le personalità ossessivo-compulsiva, antisociale, istrionica e narcisistica. Ciò nonostante, il suo valore è indubbio e confermato dal fatto che a livello internazionale si posiziona come terzo test di personalità più utilizzato.

2.2 – *Il materiale*

Il presente studio *single-case* ha preso in esame una psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico durata complessivamente quattro anni e conclusasi con successo. Il trattamento è stato condotto da uno psicoterapeuta di sesso maschile, all'interno di un centro clinico. In linea con gli obiettivi terapeutici individuati per il paziente, dopo una breve fase iniziale le sedute hanno iniziato svolgersi due volte a settimana invece che una. Verso la metà del trattamento (ottantesima seduta) la frequenza ha ripreso ad essere settimanale. Tutte le 200 sedute in cui si è realizzata la terapia sono state audio registrate, previo consenso informato del paziente, e trascritte *verbatim* a scopi di ricerca. Questa sezione è dedicata alla descrizione del caso clinico, della diagnosi effettuata e delle caratteristiche ad essa associate riportate in letteratura.

Il caso clinico

Il caso clinico preso in considerazione riguarda G⁶, un giovane adulto di 21 anni, studente universitario, che vive in casa con i genitori, entrambi impiegati, e ha una sorella maggiore. G. giunge all'attenzione clinica per problemi connessi all'ansia, che negli ultimi cinque mesi ha sentito diventare sempre più pervasivi e paralizzanti. In consultazione riporta che in quasi tutti gli ambiti della sua vita, compiere una scelta, anche se di "*poco conto*", è diventato motivo di ansia, pensiero ruminativo e difficoltà di concentrazione. Questi stati possono durare anche per giorni, alimentandosi di pensieri

⁶ In corsivo alcune espressioni del paziente durante i colloqui di consultazione.

negativi che causano tristezza, riguardanti soprattutto la possibile morte dei propri genitori. Per farvi fronte, la principale strategia adottata da G. è il ricorso sistematico alle rassicurazioni della madre, a cui delega la responsabilità di scegliere per lui, e l'evitamento delle situazioni sociali che possono allontanarlo dall'ambiente familiare. Il giovane è già stato in terapia, tre anni prima, per motivi a suo dire diversi, legati a difficoltà nel socializzare con i coetanei. Il percorso si è concluso in concomitanza dell'inizio dell'università e G. non sa se sia stato effettivamente merito della terapia o dell'ingresso nel nuovo ambiente, ma riferisce di aver avvertito dei miglioramenti in termini di aumentata fiducia in sé e migliori capacità relazionali. All'epoca la scelta di intraprendere una terapia era stata dettata dalla volontà della madre di G., che egli ha assecondato pur non avvertendone la reale necessità. Anche in questo caso la madre lo ha sollecitato, preoccupata per la sua mancanza di motivazione e aspirazione per il futuro. Tuttavia, G. riferisce che attualmente sente una motivazione interna a risolvere gli stati *“d'ansia e sconforto”* e a riuscire a *“vivere di più la vita in generale”*. Dalle sue parole emerge un profondo senso di inadeguatezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità. Riferendosi a com'era in passato, dice di aver *“perso via via la vivacità”*. Da più piccolo era socievole e spontaneo (*“non pensavo troppo”*), schietto e diretto sia con gli adulti che con i pari (*“non avevo paura di dire robe in faccia a nessuno”*) e interessato a interagire e scherzare anche con le ragazze. L'inizio della scuola secondaria di secondo grado (concomitante al completamento dello sviluppo puberale) ha dettato secondo lui una svolta: è diventato più timido, non si è integrato se non con tre compagni di classe (*“poche persone in particolare mi trattavano male ma le altre erano completamente indifferenti”*) e si è dedicato esclusivamente allo studio. Sebbene gli ottimi risultati scolastici gli abbiano recato soddisfazione, a posteriori G. sembra esprimere il rimpianto di non aver investito il suo tempo e interesse in nessun altro ambito. Sua sorella maggiore era solita spronarlo a dedicarsi ad attività extrascolastiche e tutt'ora rimprovera lui per non averlo fatto (*“mi dice: «magari se alle superiori facevi qualcosa, magari adesso saresti un po' più sveglio»”*) e loro madre per non averlo *“costretto”*. Ai toni aggressivi della sorella G. risponde con un'ammissione di colpa finalizzata a interrompere la conversazione. In generale emerge infatti la difficoltà del paziente a riconoscere la propria rabbia e a esprimerla in modo diretto. L'unica custode di tutti i suoi pensieri e sentimenti è la madre, con la quale il legame è sempre stato molto stretto e poco conflittuale, specialmente

adesso. Sua madre è la sua “*certezza*”, senza la sua presenza e approvazione il giovane non è in grado di regolare la propria angoscia. Dalle descrizioni di G. emerge la dipendenza da una madre idealizzata, vista come onnisciente, in grado di sapere sempre quale sia la scelta più giusta e di capirlo come nessun’altro. Con il padre, infatti, il rapporto è decisamente meno intimo.

Da un anno a questa parte l’indecisione di fronte alle scelte connessa alla paura di sottrarre tempo prezioso alla famiglia, si è riflessa negativamente sulla vita sociale di G.: coltivare le relazioni amicali è ora vissuto come un impegno dove manca la dimensione del “*piacere*” che invece avverte quando è con la madre. Le poche uscite con gli amici a cui si presta sono spesso motivate dal fatto che ciò gli consentirà di non sentire più la “*pressione*” di dedicargli del tempo e di conseguenza potrà restare in famiglia nei giorni successivi. Scegliere di sottrarsi del tutto, infatti, oltre a riuscirgli difficile (“*non mi piace dire di no*”), perché comporterebbe assumersi una responsabilità, sarebbe fonte di ulteriore ansia e senso di colpa legati al deludere le loro aspettative. È per questo che con le persone sconosciute tende a giocare d’anticipo ritirandosi, per non rischiare che nuovi rapporti rompano il suo delicato “*equilibrio*”. A questo proposito, la sfera sentimentale è del tutto assente, il paziente sostiene di non essere interessato a intraprendere una relazione perché l’impegno che comporterebbe sarebbe fonte di “*confusione*”. Il conflitto tra il bisogno di restare accanto alla madre e il desiderio di uscire, accumulando nuove esperienze, si esprime anche nell’aspettativa terapeutica. Da una parte G. desidera cambiare e muoversi più serenamente nel mondo, dall’altra teme che il cambiamento implichi la perdita di sé (“*punti fermi*”) e una rivalutazione negativa del proprio passato che sarebbero fonte di senso di colpa (“*a volte dico che volendo cambiare è come se dicessi che fino adesso vuol dire che ho sbagliato [...] quindi poi mi sento un po' in colpa di dire: ho sbagliato*”).

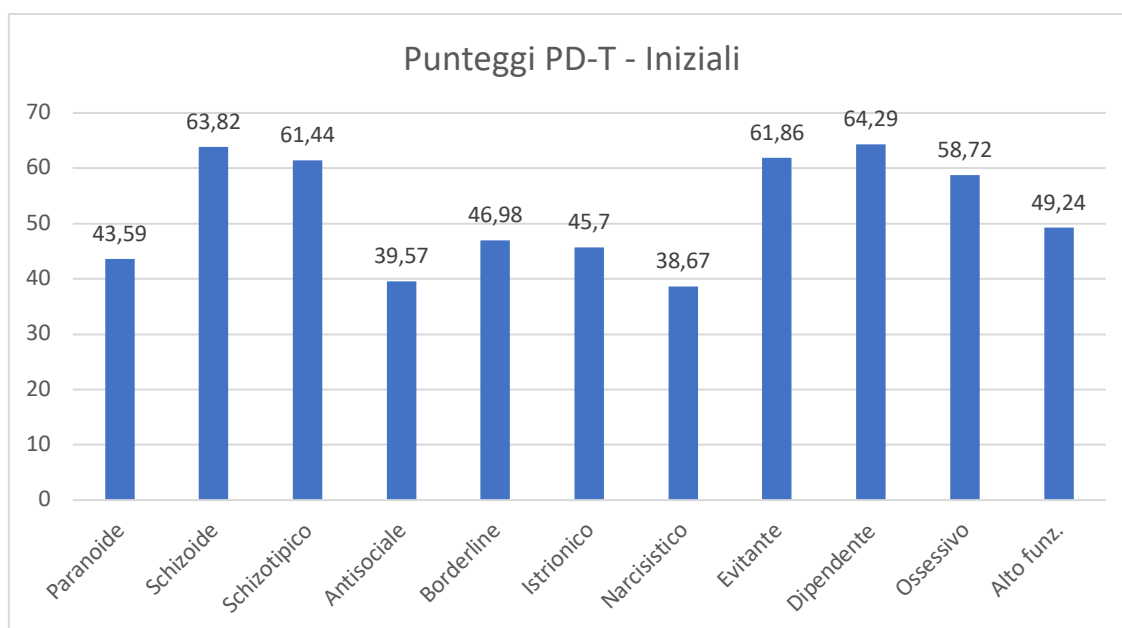
La diagnosi

La compilazione del protocollo della SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003), eseguita dopo aver letto i trascritti dei primi tre colloqui di consultazione, ha permesso di compiere una valutazione fine e sfaccettata del funzionamento psicologico di G.

In particolare, il *software* dello strumento ha calcolato e standardizzato la correlazione tra il profilo di G. e i PD-*factors*, ovvero i prototipi SWAP-200 dei disturbi di personalità

descritti dal DSM-IV. L'output (figura 1) ha rilevato un superamento del *cut-off* di 60, che permette di attribuire al paziente un *disturbo di personalità* nei fattori dipendente (T = 64, 86), schizoide (T= 63, 82), evitante (T= 61, 86) e schizotipico (T= 61, 44). Si rilevano inoltre *forti tratti* della personalità ossessiva (T= 58, 72).

Figura 1– PD-T factors SWAP-200 del paziente G. all'inizio della terapia



Componendo il testo degli item più descrittivi del profilo SWAP-200 di G. e raccordandoli in forma narrativa, è stato inoltre possibile formulare un'accurata descrizione della sua personalità.

Descrizione narrativa della personalità di G. all'inizio della terapia

G. è un giovane adulto che tende ad essere eccessivamente bisognoso o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive (77) a causa della paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone che per lui sono emotivamente significative (98). Tendenzialmente ansioso (35) e indeciso di fronte alle scelte (180), G. è incapace di calmarsi o di tranquillizzarsi da solo quando è stressato; ha bisogno di un'altra persona che lo aiuti a regolare gli affetti (117). Tende inoltre ad essere inibito o coartato (119), ha difficoltà a riconoscere ed esprimere la propria rabbia (25) e nelle attività quotidiane sembra provare poco o nessun piacere, soddisfazione o godimento (56).

G. è angosciato dalla sensazione che qualcuno o qualcosa sia stato irrimediabilmente perso (per esempio l'amore, la gioventù, la possibilità di essere felice ecc.) (178) e

tormentato da pensieri ossessivi ricorrenti che vive come intrusivi e privi di significato (6). È propenso ad essere suggestionabile o facilmente influenzabile (46) e ad essere preoccupato dalla morte o dal morire (195).

Tende a sentirsi infelice, depresso o abbattuto (189), a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato (86), a sentirsi inadeguato, inferiore o fallito (54), impotente, debole o alla mercé di forze fuori dal suo controllo (36).

Nelle situazioni sociali si dimostra timido o riservato (60), passivo e poco assertivo (199). È inibito rispetto al raggiungimento di obiettivi o in generale del successo; le sue aspirazioni o le realizzazioni tendono essere al di sotto delle sue potenzialità (33), sembra non preoccuparsi abbastanza della soddisfazione dei propri bisogni, non sentirsi in diritto di ottenere o chiedere ciò che si merita (88) e difficilmente si concede la possibilità di provare forti emozioni piacevoli (131).

La configurazione delle caratteristiche psicologiche appena elencate trova corrispondenza con i criteri diagnostici proposti dal DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) per il disturbo dipendente di personalità (301.6/F60.7). Tale condizione è classificata nel gruppo “C” che riunisce i disturbi di personalità accomunati dall’ansia o dalla paura quali caratteristiche preminenti degli individui che ne soffrono. Affinché si possa porre una diagnosi di disturbo dipendente di personalità secondo il DSM-5, dev’essere presente una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamenti sottomessi e dipendenti e timore della separazione, come indicato dalla presenza di almeno cinque criteri. Di quelli presentati nel manuale, G. soddisfa i seguenti sei:

- Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un’eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri (Criterio 1);
- Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita (Criterio 2);
- Ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione (Criterio 3);
- Ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia) (Criterio 4);

- Si sente a disagio o indifeso quando è solo a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé (Criterio 6);
- Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a prendersi cura di sé (Criterio 8).

Le caratteristiche e il trattamento del disturbo dipendente di personalità

Negli individui che soffrono di disturbo dipendente di personalità (DDP) i normali bisogni di dipendenza sono estremi al punto da essere patologici. Si tratta di persone bisognose di rassicurazioni continue, sottomesse, che da sole non sono capaci di prendere decisioni e funzionare in maniera soddisfacente (Gabbard, 2015). Spesso questa diagnosi si presenta in comorbilità con sindromi cliniche quali depressione maggiore, disturbo bipolare, alcuni disturbi d'ansia e disturbi dell'alimentazione. Inoltre, la letteratura riporta che la maggior parte dei pazienti con DDP soddisfa anche i criteri per altri disturbi di personalità (Bornstein, 1995; Loranger, 1996; Skodol, Gallagher & Oldham, 1996).

La storia familiare di questi pazienti spesso rivela che in tutte le fasi dello sviluppo ha agito un modello pervasivo di rinforzo genitoriale sulla dipendenza (Gabbard, 2015). È stato riscontrato un contesto familiare caratterizzato da elevato controllo e ridotta espressività (Head, Baker & Williamson, 1991), e un ambiente infantile che ha offerto scarsa indipendenza (Baker, Caprion & Azorlosa, 1996) e promosso un attaccamento insicuro invischiato (West, Rose & Sheldon-Keller, 1994). Molti sono stati cresciuti da genitori che hanno scoraggiato i loro tentativi di raggiungere l'autonomia o comunicato che l'indipendenza fosse piena di pericoli (Gabbard, 2015).

La vita degli individui dipendenti è organizzata dalla motivazione a mantenere relazioni supportive e rassicuranti, obiettivo che li porta anche a impegnarsi in comportamenti attivi e assertivi pur di non rimanere soli. A livello emotivo, provano un forte timore dell'abbandono o delle critiche e un'intensa angoscia da prestazione (Bornstein, 1993). Si percepiscono deboli, alla mercé di forze che sfuggono dal loro controllo e privi di valore. Tendono a lasciarsi facilmente influenzare dagli altri, che vedono come forti e potenti e hanno difficoltà a riconoscere e/o esprimere la propria rabbia (Lingiardi & McWilliams, 2018), che è presente e che spesso si cela dietro la passività e la sottomissione manifesta. L'aggrapparsi agli altri, infatti, può essere inteso come una formazione di compromesso: protegge dall'ostilità mentre questa viene espressa (Gabbard, 2015).

I principali meccanismi di difesa adottati dai pazienti dipendenti sono la regressione, la formazione reattiva, l'evitamento e la somatizzazione (Lingiardi & McWilliams, 2018). Per quanto riguarda la psicoterapia, affinché questi pazienti superino i loro problemi di dipendenza, è necessario che prima sviluppino una dipendenza dal terapeuta. Questo "dilemma" assume spesso la forma di una resistenza, per cui l'unico scopo dei pazienti diventa il mantenimento dell'attaccamento al terapeuta, non più visto come un mezzo per raggiungere il cambiamento. Temendo la fine della terapia, possono dunque peggiorare ogniqualvolta il terapeuta metta in evidenza qualche miglioramento. Un'indicazione pratica è allora quella di frustrare il loro bisogni espliciti, ovvero non colludere con il loro evitare di prendere decisioni o di autoaffermarsi, ma promuovere invece l'indipendenza, trasmettendo che l'ansia prodotta dalla frustrazione è tollerabile e produttiva (Gabbard, 2015). Un compito dei clinici è anche quello di creare uno spazio in cui possa essere tollerata l'espressione dei degli affetti negativi e dei sentimenti aggressivi, in quanto ciò potrà promuovere un maggiore senso di agency e di orgoglio per le realizzazioni individuali (Lingiardi & McWilliams, 2018).

Nel corso della terapia i pazienti dipendenti tendono a idealizzare il terapeuta (Perry, 2014), visto come figura onnisciente a cui delegare le proprie responsabilità e a cui sperare di assomigliare, evitando il compito di trovare un senso di sé autentico. È importante che questo tipo di transfert sia oggetto di interpretazione e confronto lungo l'arco del trattamento.

Molti professionisti sanno che la persona che costituisce l'oggetto dell'attaccamento del paziente dipendente può percepire le richieste di quest'ultimo come assillanti e ostili (Gabbard, 2015). A livello controtransferale, infatti questi pazienti evocano spesso sentimenti di irritazione, oppressione e pesantezza (McWilliams & Lingiardi, 2018) e di sdegno o disprezzo (Gabbard, 2015). In altri casi è possibile che i desideri di dipendenza del paziente entrino in risonanza con i desideri inconsci del terapeuta, in una situazione di profonda sintonia empatica. Questa eventualità può dare luogo alla situazione problematica in cui rifiutando i desideri del paziente, il terapeuta contemporaneamente sdegna i propri. Altre difficoltà possono derivare dal compiacimento per l'idealizzazione del paziente, che può portare a non considerare la mancanza di miglioramenti reali nel paziente (Perry, 2014).

Dalle sedute prese in esame per il presente studio è possibile osservare la graduale maturazione dei meccanismi di difesa del paziente, che giunge in terapia facendo uso massiccio dell'evitamento, per allontanare l'angoscia derivante dalle scelte, dell'idealizzazione e della svalutazione del sé, e dell'isolamento dell'affetto e della negazione, per governare i sentimenti di natura aggressiva. Nella relazione con il terapeuta emerge la tendenza di G. ad assumere un atteggiamento passivo e accondiscendente, che con lo sviluppo dell'alleanza terapeutica assume la forma di un transfert idealizzante. Sembra non mancare una reazione controtransferale di irritazione per la tendenza del paziente a farsi "trainare" nell'esplorazione dei suoi pensieri e sentimenti, ma emerge la prontezza del terapeuta a non assumere atteggiamenti autoritari e a non colludere con i desideri di dipendenza assoluta di G.

Nel complesso, il terapeuta è riuscito a creare un "ambiente di sostegno" che ha consentito di minimizzare l'ansia e la difensività di G. e di esplorare i suoi conflitti inconsci. Nel tempo, l'interpretazione del transfert idealizzante e la frustrazione dei desideri di dipendenza hanno promosso lo sviluppo nel paziente di una sempre maggiore autonomia e capacità di autoaffermarsi, unitamente alla conquista di una rinnovata fiducia in sé.

2.2 – Procedure e ipotesi di lavoro

Oggetto della ricerca sono stati i trascritti *verbatim* di sedute audio registrate di una terapia dinamica. Tre studenti dell'Università degli Studi di Padova, in veste di giudici indipendenti, hanno provveduto a valutare il materiale clinico per mezzo del PQS e della SWAP-200.

Preliminarmente alla ricerca, i giudici sono stati formati dal supervisore all'utilizzo degli strumenti e contestualmente hanno provveduto ad acquisire i principi della teoria di Jones (2000) sulle strutture di interazione. La fase di training, durata complessivamente tre mesi, ha previsto l'impiego di trascrizioni di sedute relative alla fase iniziale (sedute 1 e 2), centrale (seduta 7) e finale (sedute 13 e 14) di una terapia già studiata in letteratura (De Bei & Montorsi, 2013; Rocco, De Bei & Mariani, 2013).

Per quanto riguarda l'addestramento all'uso del PQS, ciascun giudice (dopo aver studiato il manuale della scala, Jones, 2000) si è cimentato nell'applicazione dello strumento ai trascritti delle sedute. La procedura di siglatura del Q-sort del PQS è stata completamente computerizzata con il software Microsoft Excel (Microsoft, 2022). Successivamente, il

confronto tra i giudici relativo alle configurazioni ottenute ha permesso di stabilire che concordavano sulla collocazione degli item nelle categorie più estreme dello strumento (da cui è possibile ricavare le strutture di interazione). Durante il training gli studenti hanno svolto un colloquio anche con il Professore Francesco De Bei, che ha gentilmente messo a disposizione le proprie conoscenze relative all'impiego del PQS.

Rispetto all'utilizzo della SWAP-200, il training ha previsto due colloqui con il supervisore, tesi ad apprendere i fondamenti teorici dello strumento e la procedura di compilazione con il software dedicato. Facendo riferimento ai trascritti della fase iniziale della terapia, i giudici hanno poi provveduto a svolgere una valutazione del paziente con la SWAP-200.

Infine, tutti i risultati ottenuti dai giudici sono stati confrontati con quelli riportati in letteratura sullo stesso caso clinico (De Bei & Montorsi, 2013; Rocco, De Bei & Mariani, 2013), rilevandosi coerenti ad essi.

Terminata la fase preliminare ha avuto inizio lo studio single-case sul processo e l'esito della terapia del paziente G. Delle duecento in cui si è realizzato il trattamento, sono state selezionate 18 sedute trascritte *verbatim*. Raggruppate in blocchi, le sedute sono rappresentative di sei periodi diversi della terapia, durata complessivamente quattro anni. Nello specifico, ogni fase è composta da tre sedute ravvicinate, ma non sempre successive come illustrato in tabella 3. Per ridurre eventuali *bias* dei giudici legati alle aspettative di evoluzione del trattamento, i blocchi di sedute sono stati consegnati loro senza seguire l'ordine cronologico.

Tabella 3 – Distribuzione delle sedute di G.

Periodo	Sedute selezionate
<i>Fase 1 – consultazione</i>	1 – 2 – 3
<i>Fase 2</i>	23 – 24 – 25
<i>Fase 3</i>	78 – 80 – 90
<i>Fase 4</i>	125 – 134 – 137
<i>Fase 5</i>	162 – 163 – 167
<i>Fase 6 – chiusura</i>	198 – 199 – 200

Ai giudici sono state anzitutto consegnate le tre trascrizioni della fase di consultazione, sulla base delle quali hanno potuto compilare il Q-sort della SWAP-200 e ottenere un quadro del funzionamento psicologico del paziente relativo alla fase iniziale. Quanto

emerso è stato confrontato con i risultati del protocollo MCMI-III compilato dal paziente all'inizio della terapia e con la valutazione effettuata dal terapeuta che ha condotto il trattamento. Si è proceduto poi a siglare il Q-sort del PQS per tutte le 18 sedute. Per ognuno dei sei blocchi l'iter metodologico ha previsto tre passaggi in successione:

- 1) I giudici hanno studiato il trascritto e assegnato i punteggi agli item del PQS, per ognuna delle tre sedute, in maniera indipendente;
- 2) Le configurazioni ottenute con il PQS da ciascun giudice sono state confrontate tra loro. Sulla base degli item concordemente ritenuti più descrittivi, ovvero collocati nelle categorie 1-9 (estremamente caratteristico- estremamente non caratteristico) e nelle categorie 2 -8 (decisamente caratteristico- decisamente non caratteristico), sono state ricavate le specifiche strutture di interazione di ogni seduta.
- 3) I risultati ricavati sono stati condivisi e passati sotto il vaglio del supervisore.

Facendo riferimento ai tre colloqui della fase di chiusura, i giudici hanno nuovamente compilato la SWAP-200, il cui output avrebbe permesso di verificare eventuali cambiamenti nella struttura di personalità del paziente. Anche questi risultati sono stati confrontati con i dati dell'MCMI-III somministrato al paziente un mese dopo la fine della terapia. Infine, per ciascun blocco di sedute, sono stati considerati i risultati ottenuti con il PQS nel loro insieme. Osservando gli item descrittivi (punteggio 1-9 e 2-8) che comparivano più di frequente nelle tre sedute componenti il blocco (item condivisi), è stato possibile ricavare le strutture di interazioni caratteristiche della diade paziente-terapeuta in ognuna delle sei fasi del trattamento.

Il procedimento descritto ha permesso di valutare la personalità del paziente e ottenere una misura dell'esito grazie al confronto tra i risultati SWAP-200 e MCMI-III relativi al primo periodo della terapia e i dati restituiti dagli stessi strumenti al termine del trattamento. Inoltre, è stato possibile analizzare qualitativamente il processo terapeutico osservando le strutture di interazione tra paziente e terapeuta e il loro trasformarsi durante il trattamento.

Ipotesi di lavoro

Il presente studio si pone l'obiettivo di indagare la relazione tra il processo e il buon esito di una psicoterapia psicodinamica a lungo termine con disturbo dipendente di personalità.

Le ipotesi che hanno guidato la ricerca nascono da precedenti studi sul legame tra specifiche strutture di interazione e outcome positivo della terapia (De Bei e Montorsi, 2013; Jones, 2000; Jones & Pulos, 1998) e dalla letteratura sulla psicoterapia psicodinamica con pazienti con disturbo dipendente di personalità (Gabbard, 2015).

In particolare, si ipotizza che lungo l'arco della terapia le strutture di interazione tra paziente e terapeuta subiscano dei cambiamenti, rilevino il raggiungimento nel paziente della capacità di comprendere le cause psicologiche dei propri problemi ed evidenzino una tendenza del terapeuta a compiere interventi diretti ai conflitti relazionali del paziente nel contesto di una buona alleanza. Ci si aspetta inoltre di rilevare nelle prime fasi del trattamento una modalità interattiva prevalentemente passiva da parte del paziente, caratterizzata dalla presenza di un transfert di dipendenza e dalla tendenza ad evitare di trovare un senso di sé separato e autonomo. Riguardo al terapeuta, ci si aspetta di osservare modalità interattive che esprimano un'attitudine a frustrare le richieste di dipendenza del paziente a favore dell'autonomia di pensiero e azione, senza assumere atteggiamenti controtransferali disprezzanti, autoritari o di compiacimento.

CAPITOLO III

Risultati

Nella prima sezione di questo capitolo, dedicato ai risultati dello studio, sono illustrati i dati ottenuti dalla SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) siglata dai giudici e dal protocollo *self-report* MMPI-III (Millon et al., 2006) somministrato al paziente. Entrambi gli strumenti sono stati utilizzati per ottenere una misura dell'esito del trattamento in termini di differenze tra la valutazione del paziente *pre e post terapia*. Nella sezione successiva sono riportate le strutture di interazione individuate attraverso la siglatura dei trascritti delle sedute con il PQS (Jones, 2000), strumento impiegato per indagare qualitativamente l'andamento del processo terapeutico.

3.1 – La valutazione dell'esito del trattamento

I risultati della SWAP-200

I giudici hanno valutato il profilo di personalità del paziente G. con la SWAP-200 facendo riferimento a due momenti distinti. Sulla base dei tre colloqui di consultazione è stato compilato il protocollo relativo a G. all'inizio della terapia (T1). Mentre considerando le tre sedute conclusive è stato siglato il protocollo relativo al paziente dopo quattro anni di terapia (T2). Per ogni compilazione, il *software* della SWAP-200 ha calcolato e standardizzato in punti T ($\mu=50$ e $\sigma=10$) le correlazioni tra il profilo del paziente e i PD-factor (fattori PD-T) e tra il profilo del paziente e i Q-factor (fattori Q-T). Il cut-off da considerare nella lettura dei dati è 55.

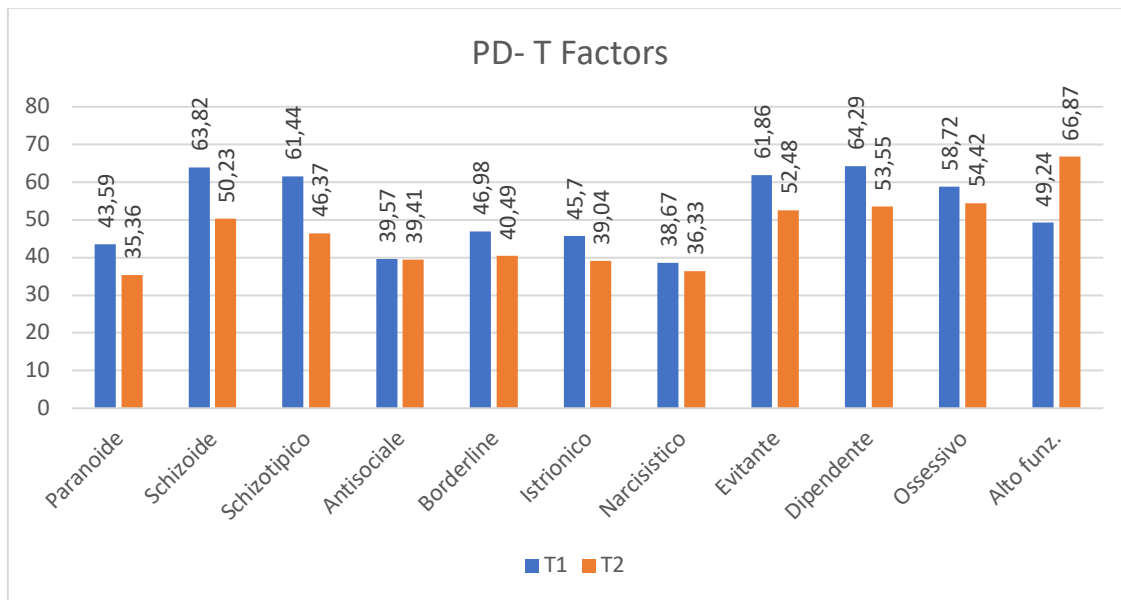
Il grafico a barre in figura 2 riassume l'*output* dei due protocolli per quanto riguarda i fattori PD-T. Si ricorda che i PD *-factors* sono prototipi di pazienti ideali con i disturbi della personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV.

A T1 i punteggi evidenziano la presenza di un *disturbo di personalità* nei fattori Dipendente (T=64,29), Schizoide (T=63,82), Evitante (T=61,86) e Schizotipico (T=61,44). Si osservano inoltre *forti tratti della personalità* Ossessiva (T=58,72).

A T2 tutte le dimensioni critiche sono scese sotto il cut-off, mentre è aumentato il punteggio del fattore Alto Funzionamento, attestandosi a una deviazione standard sopra

la media (T=66,87). Un'alta correlazione in questa dimensione indica un buon funzionamento psicologico.

Figura 2 – Punteggi PD-T factors SWAP-200 a T1 e a T2 - Paziente G

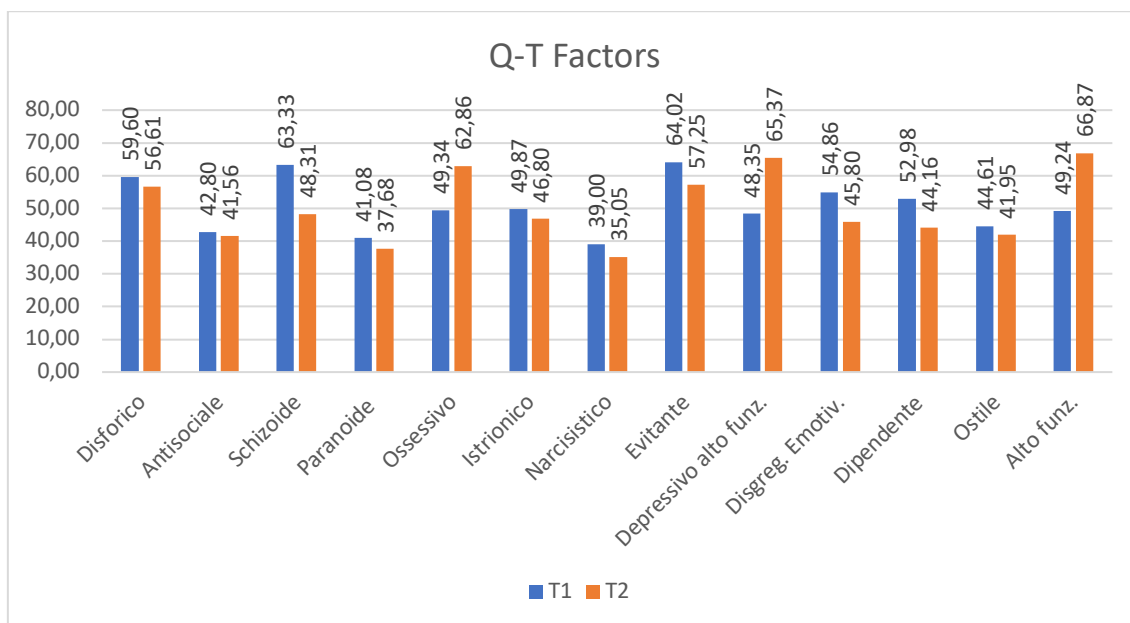


Il grafico in figura 3 riporta l'output dei due protocolli relativo ai punteggi Q-T. Ricordiamo che i Q -factors sono prototipi di stili di personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 sulla base di descrizioni di pazienti reali.

A T1 le correlazioni che superano il cut-off evidenziano un *disturbo della personalità* nei fattori Disforico (T=59,60) e Schizoide (T=63,33). Nei fattori Q-T di secondo ordine (sottotipi del fattore Q disforico) si osservano elevazioni che indicano la presenza di un *disturbo della personalità* nella dimensione Evitante (T=64,02), e uno *stile di personalità* nella dimensione Emotivamente Disregolato (T=54,86) e Dipendente (T=52,98).

A T2 superano la soglia critica di 60 i fattori Q-T Ossessivo (T= 62, 86) e Depressivo ad alto funzionamento (T= 65, 37), due prototipi di stili di personalità definiti da un misto di caratteristiche adattive e disadattive. Si osservano inoltre *tratti della personalità* Disforica (T=59,60) ed Evitante (T=57,25).

Figura 3 – Punteggi Q-T factors SWAP-200 a T1 e a T2 - Paziente G



In generale, dal confronto tra gli item collocati nelle categorie maggiormente descrittive (5, 6 e 7) delle SWAP eseguite nei due diversi momenti di valutazione (tabella 4) è possibile ricavare le seguenti osservazioni:

1. Le dinamiche dipendenti quali il bisogno di rassicurazioni o approvazioni continue, l'incapacità di regolare autonomamente gli affetti, la paura del rifiuto o dell'abbandono da parte delle persone significative e la tendenza a ingraziarsi gli altri sono quasi del tutto scomparse. L'indecisione di fronte alle scelte, le preoccupazioni legate alla morte e la tendenza a sentirsi impotente, debole o alla mercè di forze fuori dal proprio controllo sono diminuite. Permangono le sensazioni di inadeguatezza, la tendenza ad essere poco assertivo e facilmente suggestionabile.
2. Per quanto riguarda gli affetti, sono presenti sentimenti disforici, quali tristezza, colpa, pessimismo e autocritica, ansia e irritabilità. Si osserva una difficoltà nel concedersi di provare emozioni piacevoli nonché a riconoscere la rabbia, espressa tendenzialmente in modi passivi e indiretti. Sono diminuite però le difficoltà nel riuscire a preoccuparsi della soddisfazione dei propri bisogni e il paziente sembra avere una gamma di emozioni meno limitata. Si osserva dunque una maggiore capacità di entrare in contatto con i propri vissuti emotivi, anche se dolorosi.

3. Per quanto riguarda il ricorso all'evitamento, il paziente si sente più a suo agio nelle situazioni sociali, anche se tende a essere timido o riservato. Si rileva una maggiore capacità di esprimersi e raccontarsi in modo articolato, di apprezzare e rispondere all'umorismo, di essere flessibile rispetto alla routine e di provare piacere nelle attività quotidiane.
4. Alla fine della terapia il paziente ha un'immagine più integrata di sé, riuscendo a trovare senso e soddisfazione nel perseguire obiettivi e ambizioni a lungo termine, anche se le sue aspirazioni tendono ad essere al di sotto delle sue potenzialità. È tendenzialmente coscienzioso e responsabile, ha acquisito intuito psicologico, è capace di riconoscere punti di vista alternativi anche quando si tratta di argomenti che suscitano emozioni forti ed è riuscito a scendere a patti con esperienze dolorose del passato e trovarvi un significato. Ha imparato a usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo e ad affrontare i problemi in modi originali.

Tabella 4 – Confronto nei punteggi degli item SWAP-200 più descrittivi di G. a T1 e T2⁷

Item	Descrizione	T1	T2
25	Ha difficoltà a riconoscere o esprimere la propria rabbia	7	6
54	Tende a sentirsi inadeguato, inferiore o fallito	7	7
60	Tende a essere timido o riservato nelle situazioni sociali	7	6
77	Tende a essere eccessivamente bisognoso o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive	7	2
117	È incapace di calmarsi o tranquillizzarsi da solo quando è stressato; ha bisogno di un'altra persona che lo aiuti a regolare gli affetti	7	3
180	Ha problemi nel prendere decisioni; tende a essere indeciso/a o a tentennare di fronte alle scelte	7	5
195	Tende a essere preoccupato dalla morte e dal morire	7	5
199	Tende a essere passivo e poco assertivo	7	7
6	È tormentato da pensieri ricorrenti che vive come intrusivi	6	7
12	Tende a cadere in spirali emotive senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia ecc	6	5
33	È inibito rispetto al raggiungimento di obiettivi o in generale del successo; le sue aspirazioni o le realizzazioni tendono a essere al di sotto delle sue potenzialità	6	5
35	È tendenzialmente ansioso	6	5
56	Sembra provare poco piacere, soddisfazione o godimento nelle attività quotidiane, o non ne prova affatto	6	2
119	Tende a essere inibito o coartato; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri e impulsi	6	6
126	Sembra avere una gamma di emozioni limitata o ristretta	6	3
131	Difficilmente si concede la possibilità di provare forti emozioni piacevoli (per esempio, eccitazione, gioia, orgoglio)	6	6
178	È angosciato dalla sensazione che qualcuno o qualcosa sia stato irrimediabilmente perso (per esempio, l'amore, la gioventù, la possibilità di essere felice ecc.)	6	7
189	Tende a sentirsi infelice, depresso o abbattuto	6	6
17	Tende a ingraziarsi gli altri o farsi sottomettere	5	1
36	Tende a sentirsi impotente, debole o alla mercé di forze che sono al di fuori del suo controllo	5	3
46	Tende a essere suggestionabile o facilmente influenzabile	5	5
86	Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato	5	4

⁷ In corsivo gli item relativi alla categoria “alto funzionamento”

88	Sembra non preoccuparsi abbastanza della soddisfazione dei propri bisogni; sembra non sentirsi in diritto di ottenere o richiedere ciò che si merita	5	4
98	Tende ad aver paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone per lui emotivamente significative	5	1
123	Tende ad aderire rigidamente alla routine giornaliera e si angoschia o si sente a disagio quando subisce alterazioni	5	1
124	Tende a evitare le situazioni sociali perché ho paura di trovarsi in imbarazzo o umiliato	5	2
16	Tende a essere arrabbiato o ostile (sia consciamente sia inconsciamente)	2	7
89	<i>Sembra essere riuscito/a ascendere a patti con esperienze dolorose del passato, avervi trovato un significato ed essere cresciuto/a grazie anche a queste esperienze</i>	2	7
183	<i>Ha intuito psicologico; riesce a capire in modo piuttosto sofisticato sé stesso/a e gli altri</i>	3	7
1	Tende a sentirsi responsabile delle cose negative che accadono	2	6
57	Tende a sentirsi in colpa	4	6
68	<i>Apprezza e sa rispondere all'umorismo</i>	3	6
92	<i>Sa esprimersi in modo articolato; sa raccontarsi</i>	3	6
175	<i>È tendenzialmente coscienzioso/a e responsabile</i>	4	6
2	<i>Sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo</i>	0	5
78	Tende a esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti	4	5
91	Tende a essere autocritico; si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerabile anche verso i propri umani difetti	2	5
111	<i>È capace di riconoscere punti di vista alternativi anche quando si tratta di argomenti che suscitano emozioni forti</i>	2	5
121	<i>È creativo: sa vedere le cose o affrontare i problemi in modi originali</i>	0	5
196	<i>Riesce a trovare senso e soddisfazione nel perseguire obiettivi e ambizioni a lungo termine.</i>	0	5

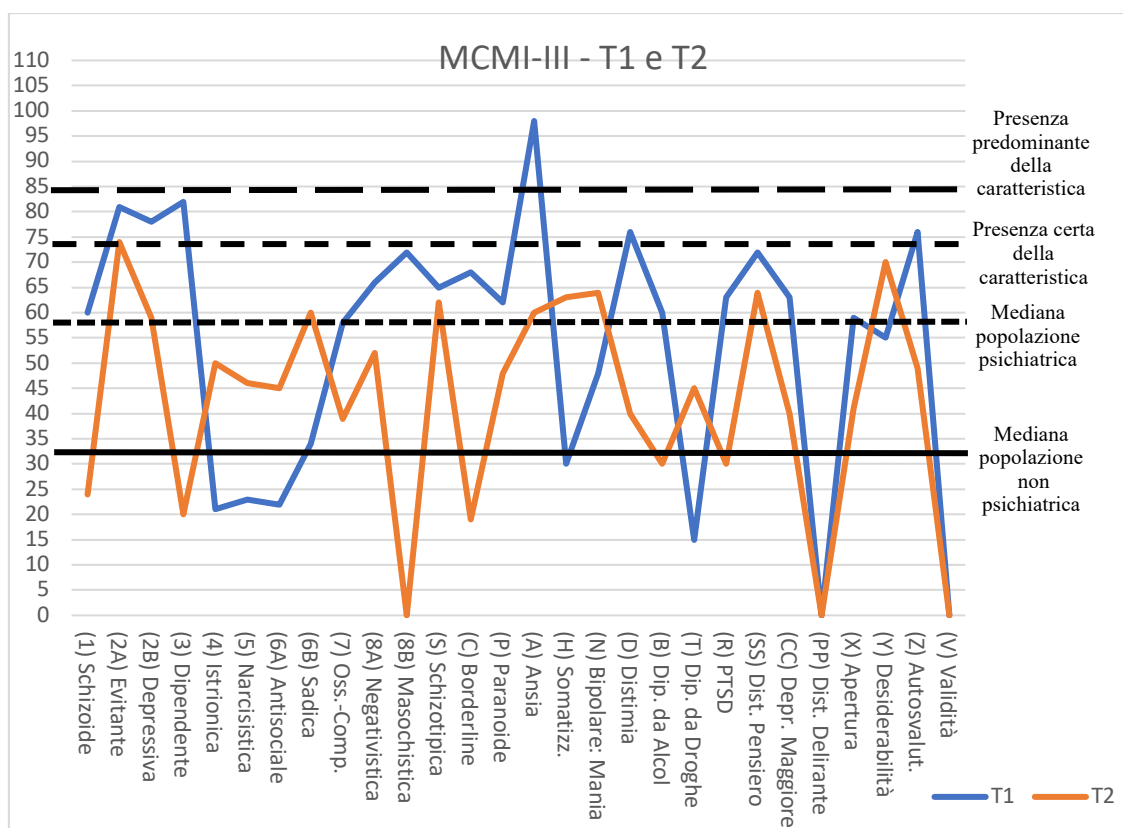
I risultati del MCMI-III

Per ottenere un quadro più ampio della sintomatologia presentata e possedere una valutazione *self-report* del disagio osservato, è stato somministrato al paziente l'inventario MCMI-III (Millon et al., 2006) in due momenti distinti: al momento della presa in carico (T1) e nel *follow-up* dopo un mese dalla fine della terapia (T2). Come abbiamo visto il test valuta i disturbi relativi all'Asse I e all'Asse II del DSM-IV attraverso 28 scale suddivisibili in 5 categorie: *pattern di personalità clinica*, *grave patologia della personalità*, *sindromi cliniche*, *sindromi cliniche gravi* e *indici di modifica*. I punteggi *base-rate* dei due protocolli sono sintetizzati nel grafico in figura 5. Rispetto al protocollo somministrato a T1, i punteggi degli *indici di modifica* indicano che il protocollo è valido ($V=0$), il paziente ha risposto in maniera adeguatamente franca e sincera ($X=59$) senza cercare di dare una rappresentazione di sé positiva non aderente alla realtà ($X=55$), anzi tendendo verso l'eccessiva autocritica ($Z > 76$). Non si rilevano punteggi sopra soglia nelle scale di *grave disturbo di personalità* (SS, CC, PP < 74), mentre tra i *pattern di personalità clinica*, i punteggi nelle dimensioni *Dipendente* (3), *Evitante* (2A) e *Depressiva* (2B) superano il cut-off di 74, indicando la presenza certa delle caratteristiche associate a tali stili. Punteggi elevati nella scala *Dipendente* (3=82) indicano che il paziente si riconosce un temperamento pacifico e docile che lo porta ad evitare le tensioni sociali e i conflitti interpersonali. Si descrive come tendente a ricercare qualcuno che lo sostenga, al fine di non provare ansia, accomodante e disposto a sacrificarsi. Si percepisce inadeguato, debole, fragile ed inefficace, tendendo a sminuire le proprie abilità e competenze. È incapace di prendere iniziativa, il suo stile di vita è pacato, passivo e privo di eventi. Evita di asserirsi e di prendersi responsabilità e spesso sopprime emozioni "brutte" come la rabbia. Un punteggio alto nello stile *Timido/Evitante* (2A= 81) indica che il paziente presenta disforia emozionale (si descrive teso, confuso ed oscillante tra desiderio di affetto, paura e bassa sensibilità affettiva) e che dal punto di vista cognitivo manifesta interferenze moderate di pensiero (può sentirsi annoiato e distratto da pensieri che lo confondono). Punteggi alti fanno riferimento anche al senso di alienazione del paziente, il quale descrive la sua vita come caratterizzata da isolamento e rifiuto. A livello interpersonale ha un comportamento ostile (ad esempio ricerca la privacy per evitare la disapprovazione). Infine, è ipersensibile a livello percettivo (ad esempio ha un atteggiamento di vigilanza per individuare eventuali minacce).

Relativamente alle caratteristiche del pattern Depressivo o Pessimistico/Melanconico (2B=78), il paziente descrive una tendenza alla tristezza, pessimismo, mancanza di gioia, inabilità ad esperienze di piacere e rallentamento motorio, oltre a sperimentare un senso cronico di perdita accompagnato da una bassa opinione di sé. Elevazioni in questa dimensione sono riconducibili al punteggio sopra soglia ottenuto nella scala Distimia (D=76), come spesso accade nei soggetti con stile dipendente, evitante o passivo-aggressivo, dunque non implicano la presenza di uno stile di personalità depressivo. Per quanto riguarda le *sindromi cliniche* (Asse I), oltre che nella scala Distimia si osservano elevazioni rilevanti nella scala Ansia (A=98). I sintomi di queste scale vanno intesi come estensioni o distorsioni delle configurazioni di personalità del paziente, in questo caso dipendente ed evitante, piuttosto transitori e legati a situazioni di stress. Il punteggio nella scala Ansia indica alti livelli di apprensione, reazioni fobiche, indecisione, tensione e inquietudine. I sintomi della Distimia (D=76), definita come uno stato cronico di depressione, perdurante da almeno 2 anni, non sono tali da considerare la presenza di depressione clinica in quanto la scala Depressione Maggiore del paziente risulta sotto il cut-ff (CC-40).

Nel protocollo MCMI-III compilato ad un mese dal termine del trattamento, dando luogo a un *follow-up* (T2), gli indici di modifica confermano la validità del protocollo (V=0), un adeguato livello di apertura e franchezza (X=41) e un punteggio di Desiderabilità che non suggerisce l'intento di presentarsi in maniera eccessivamente positiva (Y= 70). Vale la pena sottolineare la notevole riduzione del livello di Autosvalutazione che scende sotto la soglia critica (Z = 45). Nessun valore afferente alle scale degli stili di personalità o le sindromi cliniche dell'Asse I si attesta sopra i livelli di cut-off, indicando un cambiamento positivo della struttura di personalità, congiuntamente a una riduzione dei pattern sintomatologici che avevano condotto il paziente in terapia.

Figura 5 – Risultati MCMIII a T1 e a T2 Paziente G.



L'esito del trattamento

I dati ottenuti dalle SWAP-200 compilate dai giudici e dai protocolli MCMIII somministrati al paziente sono coerenti tra loro e con le valutazioni dello psicoterapeuta che ha condotto la terapia di G. Gli strumenti hanno rilevato che il paziente è giunto all'attenzione clinica presentando un disturbo dipendente di personalità (301.6/F60.7) e una sintomatologia ansioso depressiva. Al termine della psicoterapia, durata complessivamente quattro anni, si osserva un cambiamento nella struttura di personalità che si esprime in un guadagnato buon funzionamento psicologico, e una remissione dei sintomi. Tali risultati danno prova di un outcome positivo del trattamento.

3.2 – L'analisi del processo: le strutture di interazione rilevate con il PQS

L'impiego del PQS (Jones, 2000) sui trascritti di sedute ha permesso di indagare qualitativamente il processo terapeutico. Il trattamento del paziente G. è stato diviso in sei periodi, ciascuno composto da tre sedute. Dal contenuto degli item caratteristici (collocati nelle categorie 1-9 e 2-8) che sono comparsi più di frequente nelle tre sedute

componenti il periodo (item condivisi), sono state ricavate e descritte le strutture di interazione tra paziente e terapeuta per ogni fase del trattamento.

Fase 1 - Consultazione

Nella prima fase del trattamento, che include le tre sedute di consultazione (1, 2, 3), l'analisi qualitativa delle strutture di interazione ha mostrato un principale pattern di interazione, denominato *Suscitare la direttività del terapeuta* (tabella 5.1). Tale struttura d'interazione è descritta dagli item 3, 8, 17, 20, 31, 33, 62, 65, 69, 77, 91 e 87. Il paziente esprime il bisogno di vicinanza con una determinata persona nella sua situazione di vita attuale (33, 69). Il terapeuta cerca di ottenere più informazioni (31), individuando tra queste un tema ricorrente (62), e di facilitare la narrazione e l'espressione dei pensieri e sentimenti del paziente (3, 65, 81) trasmettendo sollecitudine verso di lui (77). Così il terapeuta dirige l'interazione (17) mentre il paziente si lascia passivamente guidare (87), mostrandosi compiacente (20), debole e bisognoso del suo aiuto (8).

Tabella 5.2 – Suscitare la direttività del terapeuta

Item	Descrizione	Punteggio
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	8
8	Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta.	1
17	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).	9
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	1
31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.	9
33	Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	8
65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	9
69	La situazione di vita attuale o recente del paziente è argomento della seduta.	8
77	Il terapeuta è privo di tatto.	2
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo	8
87	Il paziente è controllante.	1

Fase 2

Il secondo periodo del trattamento si riferisce alle sedute 23, 25 e 26. In questa fase sono state rilevate due strutture di interazione. La prima, denominata *Passività del paziente e direttività del terapeuta* (tabella 5.2) comprende gli item 12, 17, 31, 77, 80, e 93. In questo pattern il dialogo è caratterizzato da momenti di silenzio del paziente (12) che il terapeuta affronta dando una direzione all'interazione (17), invitando il paziente ad elaborare maggiori informazioni (31) e riformulando le sue affermazioni in modo che questi sia facilitato a guardare la situazione da una prospettiva diversa (80, 93).

Nel secondo pattern ripetitivo, denominato *Senso di colpa del paziente e apertura all'esplorazione* (tabella 5.3), sono inclusi gli item 9, 14, 22, 30, 45, 56, 62, 63, 71 e 89. In questo pattern il paziente si riferisce alle proprie relazioni interpersonali aprendosi all'espressione del senso di colpa (71, 63). Il terapeuta, responsivo ed empatico (9), ci si concentra (22) con interventi sul polo espressivo (45) che mettono in rilievo un pattern ricorrente nelle esperienze e nei comportamenti del paziente (62) ed esplorano i conflitti e gli stati affettivi che inducono sofferenza (30, 89). Il paziente dal canto si sente compreso dal terapeuta (14) ed esprime gli affetti in maniera coinvolta (56).

Tabella 5.3 – Passività del paziente e direttività del terapeuta

Item	Descrizione	Punteggio
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	8
17	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).	8
31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione	8
77	Il terapeuta è privo di tatto.	2
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	9
93	Il terapeuta è neutrale.	2

Tabella 5.4 – Senso di colpa del paziente e apertura all’esplorazione

Item	Descrizione	Punteggio
9	Il terapeuta è freddo, distaccato	2
14	Il paziente si sente compreso dal terapeuta.	2
22	Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente.	9
30	La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	2
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	2
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	9
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	9
71	Il paziente accusa sé stesso; esprime vergogna o colpa.	9
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2

Fase 3

Il terzo periodo considerato è costituito dalle sedute 78, 80 e 90, il paziente è in terapia da più di un anno. In questa fase sono state rilevate due strutture d’interazione, di cui una composta da due sottodimensioni.

Il primo pattern ripetitivo, denominato *Relazione empatica collaborativa* (tabella 5.4), include gli item 6, 9, 14, 24, 51, 56, 89 e 99. In questo sottolivello, il terapeuta, rilassato e non sopraffatto dal controtransfert (24), si mostra sintonizzato emotivamente con il paziente (6, 9). Dunque, mentre il paziente entra in contatto con i propri sentimenti, il terapeuta cerca di facilitare il suo discorso (3, 89), validando le sue percezioni (99) senza assumere mai atteggiamenti di sufficienza (51), e il paziente si sente compreso (14).

La prima sottodimensione, *Dipendenza del paziente* (tabella 5.6), comprende gli item 23, 29, 33, 48, 62 e 69. In questo pattern l’interazione si concentra (23) sull’immagine di sé del paziente e la sua situazione di vita attuale (69). In particolare, il terapeuta mette in rilievo il tema della dipendenza del paziente (29, 33) in quanto pattern ricorrente nelle sue esperienze (62), e cerca di trasmettere al paziente che se vuole risolvere le proprie difficoltà è necessario che rinunci all’evitamento delle responsabilità dei suoi problemi (76).

La seconda sottodimensione, denominata *La dipendenza nel qui ed ora* (tabella 5.7), comprende gli item 4, 20, 51, 82, 87, 93 e 100. Il terapeuta fa commenti salienti riguardo al comportamento del paziente durante le sedute (82, 93), eccessivamente passivo e condiscendente (20, 87), creando collegamenti tra la relazione terapeutica e le relazioni del paziente con le persone significative (100) e sottolineando gli obiettivi terapeutici riguardanti il raggiungimento dell'indipendenza di pensiero e azione (4, 48).

Tabella 5.5 – Relazione empatica collaborativa

Item	Descrizione	Punteggio
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	8
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1
24	I conflitti emotivi del terapeuta non interferiscono nella relazione con il paziente.	2
51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	2
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	1
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente	2

Tabella 5.6 – Sottodimensione 1: Dipendenza del paziente

Item	Descrizione	Punteggio
23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	9
29	Il paziente dice di voler essere separato o distante.	2
33	Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	8
35	L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	9
69	La situazione di vita attuale o recente del paziente è argomento della seduta.	9
76	Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.	8

Tabella 5.7 – Sottodimensione 2: Dipendenza del paziente nel qui ed ora

Item	Descrizione	Punteggio
4	Vengono discussi gli obiettivi terapeutici del paziente.	8
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente)	1
48	Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni.	8
82	Il comportamento del paziente durante la seduta è riformulato dal terapeuta in un modo non esplicitamente riconosciuto prima.	8
87	Il paziente è controllante.	1
93	Il terapeuta è neutrale.	2
100	Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni.	8

Fase 4

La fase 4 si riferisce alle sedute 125, 134 e 137, il paziente è in terapia da più di due anni. In questa fase sono stati individuati due pattern di interazione ripetitivi. Il primo è stato denominato *Autosvalutazione del paziente ed espressività del terapeuta* (tabella 5.7), e include gli item 30, 35, 36, 40, 42, 45, 59, 62, 63, 65, 80 e 99. In questo pattern gli argomenti principali del dialogo tra paziente e terapeuta riguardano il modo di porsi e percepirsi del paziente nelle sue relazioni interpersonali (63). Il terapeuta individua un tema ricorrente nelle esperienze e nei comportamenti del paziente (62) che tende a sentirsi inadeguato, incompetente e inefficace (35, 59). Dunque, adottando uno stile espressivo (45), il terapeuta mette in evidenza l'uso di manovre difensive (36), effettua interpretazioni riferite alle persone della vita del paziente (40, 65), e riformula le affermazioni del paziente, in modo da offrire una prospettiva diversa dei contenuti portati e mettere in discussione le sue credenze disfunzionali (30, 99, 80). Il paziente tende ad accogliere tali interventi (42).

Il pattern denominato *Relazione empatica collaborativa* (5.8) include gli item 6, 9, 14, 42, 56, 58, 89 e 97. In questo pattern ripetitivo il paziente è a contatto con i propri vissuti emotivi (56) e introspettivo (97), non opponendo resistenza all'esplorazione di pensieri e sentimenti connessi ai propri problemi (58). Il terapeuta è emotivamente coinvolto (9) e mostra di avere la capacità di sentire il "mondo interno" del paziente (6), che dal canto suo si sente compreso (14, 42).

Tabella 5.8 – Autosvalutazione del paziente ed espressività del terapeuta

Item	Descrizione	Punteggio
30	La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	9
35	L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	9
36	Il terapeuta mette in evidenza l'uso di manovre difensive da parte del paziente.	8
40	Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica che il terapeuta fa interpretazioni generali o impersonali).	9
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	1
59	Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs efficace e superiore).	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	8
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	9
65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	8
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	9
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	9

Tabella 5.9 – Relazione empatica collaborativa

Item	Descrizione	Punteggio
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	2
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	1
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9

Fase 5

La fase 5 è composta dalle sedute 162, 163 e 167; il paziente è in terapia da tre anni.

In questa fase sono stati rivelati due principali pattern di interazione. Il primo è stato denominato *Proattività del paziente ed espressività del terapeuta* (tabella 5.9) e include gli item 5, 15, 32, 42, 45, 54, 58, 63, 73, 88, 89 e 97. In questo pattern il paziente assume un ruolo attivo durante le sedute (15, 73), si esprime in modo chiaro e fluido (54) e porta contenuti relativi alle sue relazioni interpersonali (63) che sono connessi in modo significativo ai suoi conflitti psicologici (88). Il terapeuta adotta uno stile espressivo (45), non agendo per rafforzare le difese del paziente (89), che infatti dimostrandosi introspettivo (97) non oppone resistenza agli interventi (42, 58) ma li comprende prontamente (5) raggiungendo un insight (32).

Nel secondo pattern, denominato *Partecipazione affettiva* (tabella 5.10) sono inclusi gli item 6, 7, 9, 14, 56, 70, 77, 95, 99. Paziente e terapeuta collaborano in un clima dove il paziente, calmo e rilassato (70), si lascia andare all'espressione dei propri sentimenti (56, 70), e il terapeuta, sintonizzato ed empatico (9, 77), valida le sue percezioni. Il paziente si sente compreso, incoraggiato e aiutato dal terapeuta (14, 95).

Tabella 5.10 – Proattività del paziente ed espressività del terapeuta

Item	Descrizione	Punteggio
5	Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.	1
15	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	1
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	9
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	2
54	Il paziente si esprime in modo chiaro e organizzato.	8
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	8
73	Il paziente si impegna nel lavoro terapeutico.	8
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	9
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9

Tabella 5.11 – Partecipazione affettiva

Item	Descrizione	Punteggio
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	9
7	Il paziente è ansioso o teso (vs calmo e rilassato).	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
14	Il paziente si sente compreso dal terapeuta.	1
56	Il paziente (non) parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.	2
77	Il terapeuta (non) è privo di tatto.	2
95	Il paziente si sente aiutato.	8
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	1

Fase 6 – Conclusione

La fase 6 comprende le tre sedute (198, 199 e 200) in cui si è realizzata la conclusione del trattamento. In questa fase sono state rilevate due strutture di interazione. Il primo pattern è stato denominato *Autoefficacia del paziente ed espressività del terapeuta* (tabella 5.11) e include gli item 5, 15, 32, 34, 40, 42, 45, 56, 59, 72, 80 e 97. In questo modello di interazione ripetitiva il paziente si mostra attivo (15), a contatto con i propri sentimenti e introspettivo (97). Comprende prontamente e accoglie gli interventi del terapeuta (5, 42), il quale adotta uno stile espressivo (45) con cui effettua interpretazioni riferite alle persone reali della vita del paziente (40) e offre una prospettiva degli eventi alternativa a quella del paziente (80). Il paziente non oppone resistenza ad esaminare i propri vissuti (58) e giunge ad un insight (32). Inoltre, durante questi scambi il paziente sembra sperimentare un buon senso di efficacia e un adeguato senso di responsabilità per i problemi che lo riguardano (59, 34).

Il secondo pattern di interazione è stato dominato *Supportare l'indipendenza del paziente* (tabella 5.12) e racchiude gli item 6, 9, 14, 23, 28, 29, 33, 45, 72, 75, 77 e 99. In questo pattern il paziente comprende la natura della terapia e che essa stia terminando (23, 72, 75) ed esprime sentimenti connessi alla dipendenza (29, 33). Il terapeuta percepisce efficacemente il processo terapeutico (28) e in queste interazioni adotta uno stile maggiormente supportivo, incoraggiando il paziente (45), dimostrandosi sintonizzato

emotivamente (6, 9) e validando le sue percezioni (77, 99). Dal canto suo il paziente si sente sostenuto e compreso (14).

Tabella 5.12-Autoefficacia del paziente ed espressività del terapeuta

Item	Descrizione	Punteggio
5	Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.	1
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	8
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	2
40	Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente.	9
42	Il paziente rifiuta i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	2
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
59	Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs efficace e superiore).	2
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	9
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	8

Tabella 5.13 – Supportare l'indipendenza del paziente

Item	Descrizione	Punteggio
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
8	Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta (vs si sente a proprio agio o ricerca la dipendenza).	8
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1
23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	8
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	8
29	Il paziente dice di voler essere separato o distante.	2
33	Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	8
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
72	Il paziente comprende la natura della terapia e ciò che ci si può aspettare da essa.	9

CAPITOLO IV

Discussione

4.1 Discussione dei risultati

Il presente studio *single-case*, inserendosi nell'ambito della *process-outcome research*, mirava a indagare le cause che hanno contribuito all'esito di una psicoterapia psicodinamica a lungo termine con un paziente con disturbo di personalità.

Nel valutare la relazione tra processo ed esito terapeutico ci si è avvalsi del costrutto di *strutture di interazione* proposto da Jones (2000), secondo il quale il cambiamento terapeutico è da ascrivere al costituirsi e al trasformarsi, lungo l'arco della terapia, dei pattern interattivi ripetitivi e reciprocamente influenzanti di paziente e terapeuta.

Della psicoterapia presa in esame, durata complessivamente quattro anni, sono dunque state osservate le specifiche strutture di interazione tra paziente e terapeuta, cercando di stabilire una relazione tra il loro evolversi nel tempo e l'outcome del trattamento. Nello specifico, sono stati studiati i trascritti *verbatim* di diciotto sedute, rappresentative di sei fasi diverse della terapia con il paziente G.

Per ottenere una misura dell'outcome sono state osservate le differenze tra la valutazione della personalità del paziente ad inizio (T1) e a fine trattamento (T2), affidata a due strumenti, la SWAP-200 e il MCMI-III. La prima compilazione della SWAP-200, effettuata dai tre giudici sulla base delle tre sedute di consultazione, ha restituito un quadro del funzionamento psicologico del paziente coerente con la diagnosi di "disturbo dipendente di personalità con tratti evitanti" secondo il DSM. Lo strumento ha messo inoltre in evidenza la presenza di caratteristiche associate a uno stile di personalità disforico, che il DSM non contempla, caratterizzato dalla presenza di inadeguatezza, vergogna, colpa, depressione, ansia, paura del rifiuto e paura dell'abbandono. I risultati dell'inventario di personalità MCMI-III somministrato al paziente prima di iniziare la terapia hanno confermato la diagnosi posta, e arricchito la valutazione rilevando la presenza di una sintomatologia ansioso depressiva. La seconda valutazione con la SWAP-200, eseguita dai giudici in riferimento alle tre sedute conclusive del trattamento, ha permesso di rilevare un cambiamento significativo nella struttura di personalità del

paziente, espresso dal raggiungimento di un buon funzionamento psicologico. Questo dato è stato confrontato con l'output dell'MCMI-III compilato dal paziente nel *follow-up*, ovvero ad un mese dal termine della terapia, che ha confermato il cambiamento prodottosi a livello personologico, nonché una remissione completa della sintomatologia clinica presentata al momento della presa in carico. Le evidenze emerse dagli strumenti sono risultate coerenti con la valutazione del clinico che ha condotto il trattamento, ed hanno permesso di decretare l'outcome positivo della psicoterapia psicodinamica presa in esame.

Per ricavare le strutture interattive specifiche della diade terapeutica nel corso del trattamento, è stato impiegato lo Psychotherapy Process Q-set (PQS), uno strumento applicabile ai trascritti *verbatim* di intere sedute. Tre giudici indipendenti hanno provveduto alla compilazione del protocollo e ottenuto le strutture di interazione relative ad ogni seduta. Confrontando queste configurazioni, sono stati successivamente estratti gli item concordemente ritenuti più caratteristici e comparsi più di frequente nelle tre sedute componenti ciascuna fase. A partire da questi è stato possibile ricavare e descrivere le strutture di interazione tra paziente e terapeuta per ciascuna delle sei fasi del trattamento.

Nella *fase 1* è stato riscontrato un pattern interattivo ripetitivo caratterizzato dalla tendenza del paziente a *Suscitare la direttività del terapeuta*. Durante le sedute di consultazione, infatti, il paziente tende ad assumere spesso atteggiamenti passivi e remissivi, portando il terapeuta ad intervenire di frequente, per estrapolare maggiori informazioni e dare una direzione all'interazione.

Tale pattern si ritrova anche nella seconda fase del trattamento (*fase 2*), manifestandosi durante i ripetuti scambi in cui la *passività* di G. influenza la *direttività* del terapeuta, e viceversa. In questo periodo della terapia si osservano però anche interazioni nelle quali il paziente, parlando del senso di colpa, si apre al terapeuta, empatico e responsivo, consentendogli di concentrarsi su quei contenuti con interventi interpretativi. Questo pattern, denominato *Senso di colpa del paziente e apertura all'esplorazione*, sembra dunque un primo cambiamento verso modalità interattive più funzionali caratterizzate dall'esplorazione collaborativa dei conflitti e degli stati affettivi che inducono sofferenza. Nei trascritti di questa fase, ad esempio, il terapeuta individua e mette in evidenza il tema delle aspettative da parte degli altri, invitando il paziente a osservare come l'incapacità di

compiere scelte in autonomia (il “bloccarsi”) sia connessa alla paura che autoaffermandosi egli possa ferire l’Altro. Nell’affrontare il tema, porta l’attenzione anche al qui ed ora della relazione terapeutica, lasciando emergere l’aspettativa del paziente che la terapia possa presto concludersi nel caso in cui non trattasse contenuti dolorosi. L’espressione di un simile timore sembra indicare che il paziente ha sviluppato un legame di attaccamento con il terapeuta.

Nella *fase 3*, a più di un anno dall’inizio della terapia, la struttura interattiva *Passività del paziente e direttività del terapeuta* lascia lo spazio a interazioni ripetitive che hanno come focus i bisogni di *Dipendenza del paziente*, aspetto centrale attorno al quale è organizzata la sua personalità. In questi scambi il terapeuta confronta G. col fatto che il richiedere eccessive rassicurazioni per delegare agli altri qualsiasi responsabilità sia in realtà frutto di una sua scelta, la quale implica costosi svantaggi. Nel farvi luce, vengono creati frequenti collegamenti con ciò che accade in seduta quando G. accondiscende ai suoi interventi evitando lo sforzo di assumere un ruolo attivo. Dal canto suo, il paziente in questa fase accetta gli interventi espressivi del terapeuta. Difatti si osserva come si sia stabilita una *Relazione empatica collaborativa* caratterizzata dall’apertura emotiva del paziente e dall’attitudine ricettiva del terapeuta. In questo senso, ad esempio, il paziente porta in seduta anche temi che riguardano la relazione con il terapeuta, tra cui la difficoltà a lasciarsi andare alla libera espressione dei propri pensieri e sentimenti perché in “soggezione”.

A metà terapia, nella *fase 4*, si assiste ad un ulteriore cambiamento del processo terapeutico. Mentre rimane costante la struttura di *Relazione empatica collaborativa*, si ravvisa una modalità interattiva in cui paziente e terapeuta partecipano entrambi attivamente alla costruzione dell’interazione. In particolare, in questa fase il paziente, piuttosto che senso di colpa o bisogno di dipendenza, riferisce di provare sentimenti di inadeguatezza e inferiorità mostrandosi introspettivo e a contatto con i propri vissuti emotivi. Il terapeuta, dunque, interviene adottando uno stile fortemente *espressivo* teso all’interpretazione delle dinamiche problematiche riportate e a generare insight. Ad esempio, mette in luce l’uso della manovra difensiva della svalutazione di sé, con osservazioni ripetute dei momenti in cui il paziente invalida i propri pensieri o si trattiene dall’esprimerli.

Dopo tre anni di terapia, nella *fase 5*, all'*Espressività del terapeuta* si associa la *Proattività del paziente*, che ha assunto un ruolo attivo durante le sedute, dove si mostra propositivo e introspettivo, pronto a cogliere gli interventi del terapeuta senza resistenze e raggiungendo insight. L'altro pattern dominante, *Partecipazione affettiva*, coglie la natura del clima relazionale della diade terapeutica. G., infatti si lascia andare all'espressione degli affetti, in questa fase spesso positivi e connessi all'orgoglio per i miglioramenti raggiunti.

Infine, nella *fase 6* si assiste al raggiungimento di insight da parte del paziente, divenuto consapevole delle proprie risorse emotive e capacità relazionali. Nelle interazioni con il terapeuta esplora autonomamente i propri contenuti mentali, esprime un positivo senso di efficacia e si assume la responsabilità dei propri problemi cercando soluzioni mature per affrontarli in autonomia. Nel pattern *Supportare l'indipendenza del paziente*, gli interventi del terapeuta si spostano sul polo supportivo per affrontare il tema della conclusione del trattamento e sostenere il paziente nella comune fase di regressione che accompagna le fasi finali. Dunque, il clima empatico delle fasi precedenti si manifesta nella sintonizzazione del terapeuta che non collude con la richiesta del paziente di prolungare la terapia, rafforzandone l'acquisto indipendenza.

Le ipotesi che hanno guidato la ricerca miravano a stabilire come il processo terapeutico appena descritto, potesse aver agito nel promuovere un cambiamento significativo nella struttura di personalità di G. Nello specifico ci si aspettava che l'outcome del trattamento potesse essere spiegato dall'osservazione nelle strutture di interazione di:

- 1) una transizione graduale da strutture interattive disfunzionali a modalità d'interazione più efficaci nella relazione tra paziente e terapeuta, come proposto da Jones (2000);
- 2) una transizione, nel paziente, dalla tendenza ad attribuire i propri problemi a fonti esterne ad una propensione a comprenderne le cause psicologiche interne, in linea con lo studio di Jones, Parke e Pulos (1992);
- 3) interventi espressivi del terapeuta diretti ai conflitti relazionali del paziente nel contesto di una buona alleanza, come riscontrato da Crits-Christoph e Connolly (1998);
- 4) fattori che tipicamente caratterizzano la buona pratica del trattamento con pazienti con disturbo dipendente di personalità, per come è riportata da Gabbard (2015).

Per quanto riguarda la prima ipotesi, è stato possibile osservare che nel corso della terapia le modalità interattive caratteristiche della coppia terapeutica si sono progressivamente trasformate in pattern di interazione sempre più funzionali ed efficaci. Tale transizione è avvenuta gradualmente su tre livelli che differenziano il piano del paziente, del terapeuta e dell'interazione tra i due. Nello specifico, è stato possibile constatare un passaggio nel paziente da una modalità interattiva *passiva e remissiva*, caratterizzata da bisogni di dipendenza e sentimenti di inadeguatezza, come descritto dagli item 8, 20, 29, 33, 48 e 87 nelle fasi iniziali della terapia (1, 2 e 3) a una modalità *proattiva e introspettiva*, connessa alla comparsa dell'autonomia e dell'autoefficacia, come descritto dagli item 15, 32, 34, 58, 72, 73, 88 e 97 nelle fasi finali (4, 5 e 6). Sul piano del terapeuta si osserva la transizione da uno stile *direttivo* volto a introdurre i temi di discussione per strutturare l'interazione, descritto dagli item 17, 31, 62 e 81 nelle fasi iniziali (1, 2 e 3), ad uno stile più esplicitamente *interpretativo* teso ad esplorare i contenuti portati dal paziente, descritto dagli item 36, 40, 45 e 80 nelle fasi finali (4, 5 e 6). Infine, guardando al clima dell'interazione della diade, sembra che gli effetti dell'azione terapeutica si siano riflessi nel passaggio da modalità interattive disequilibrate (il terapeuta è direttivo e il paziente è passivo) con un focus sugli affetti negati del paziente, descritte dagli item 12, 20, 22, 31, 65, 81 e 87 nelle fasi iniziali (1, 2 e 3), a modalità di interazione collaborative, contraddistinte da empatia e partecipazione affettiva, come riportano gli item 6, 7, 9, 14, 15, 42, 56, 58 e 97 nelle fasi finali (4, 5 e 6).

I dati osservati si sono dimostrati in linea anche con i risultati dello studio di Jones, Parke, & Pulos (1992), nel quale è stato evidenziato che le terapie con outcome positivo sono associate un passaggio, nel paziente, dall'attribuzione dei propri problemi a fonti esterne a una maggior capacità di coglierne le cause psicologiche interne.

Osservando il contenuto degli item delle strutture di interazione proprie delle prime fasi della terapia di G. (1, 2, 3) è possibile osservare la tendenza del paziente a disconoscere il proprio ruolo nelle problematiche riportate, attribuendo la causa dei propri sintomi ansiosi ad alcune circostanze contingenti, e la tendenza del terapeuta a interpretare tale tendenza. Da questo punto di osservazione è emblematico il pattern interattivo composto dalle due sottodimensioni *La dipendenza del paziente* e *La dipendenza nel qui ed ora*. Durante questi scambi il terapeuta confronta il paziente con il fatto che i suoi

atteggiamenti passivi e dipendenti sono di per sé azioni finalizzate, con le quali egli rinuncia allo sforzo di autodeterminarsi e assumersi le responsabilità delle proprie scelte. Nel corso della stessa seduta, ad esempio, il terapeuta ripropone a più riprese la stessa domanda: “*quando lei va a chiedere la assicurazione, ce la fa a fare a meno di andare a chiedere?*” portando il paziente ad ammettere che, benché preferisca richiedere assicurazioni, egli in realtà sarebbe in grado di compiere decisioni autonomamente. Spostando l’attenzione al qui ed ora della loro relazione, il terapeuta affronta il tema della frequenza delle sedute evidenziando come il paziente sia capace di sostenere la frequenza settimanale (fino ad allora le sedute si erano tenute due volte alla settimana), perché in realtà quasi mai i momenti critici che caratterizzano le sue settimane sono “una questione di difficoltà reale” ma dipendono da come egli li interpreta e affronta. Gli item descrittivi di questo pattern sono infatti “Il paziente non dice di voler essere separato o distante” (29), “Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno” (33), “Il paziente non è controllante” (87), “Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente” (62) “Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni” (48), “Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi” (76).

A fronte di quanto rilevato nelle strutture di interazione delle fasi 4, 5 e 6, afferenti ai successivi tre anni di terapia, sembra possibile confermare l’ipotesi che nel paziente G. si sia verificata una transizione verso una maggiore capacità di auto osservarsi e cogliere cause interne dei propri problemi. Gli item descrittivi delle fasi finali della terapia, evidenziano infatti che “Il paziente non accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà” (34), “Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti” (97), “Il paziente affronta di sua iniziativa gli argomenti” (15), “Il paziente non lotta per controllare sentimenti o impulsi” (70) e “Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight” (32). Uno scambio avvenuto nella *fase 5* può esemplificare questo cambiamento. Il paziente sta raccontando, in una seduta tenutasi dopo la pausa estiva, di come abbia affrontato autonomamente l’ansia provata:

G: [...] fisicamente sentivo quell'ansia lì dei tempi peggiori, insomma quella di tre anni fa, quella che non riuscivo bene ad identificare con qualcosa, quindi era continua; addirittura avevo questo respiro un po' corto che durava per tutta la giornata, cioè era un po' ... in questi momenti qua ho capito ho imparato cioè non volevo scacciare via questa sensazione, volevo tenermela per per cercare di capire cosa voleva significare; e allora ho

cercato appunto di ascoltarla e mi sono messo a scrivere su un quaderno le sensazioni che provavo e mi sono accorto che riuscivo a scrivere pagine come se fosse naturale, quindi ho avvertito che questa cosa mi ha aiutato tanto a fissare appunto quelle sensazioni in modo un po' più razionale, insomma [...].

In generale, la trasformazione osservata delle strutture di interazione del paziente G. rispetto all'inizio del trattamento evidenzia una maggiore capacità di autodeterminarsi ed essere autonomo, connessa alla comparsa di un senso di efficacia riguardo le proprie risorse emotive e relazionali. Guardando al piano del terapeuta si osserva come fin dalle prime sedute egli abbia prestato attenzione alla costruzione dell'alleanza terapeutica e come, in particolare nelle fasi centrali 3, 4 e 5, abbia adottato uno stile fortemente espressivo. Lo testimoniano le strutture di interazione *Relazione empatica collaborativa* e *Partecipazione affettiva* (item 6, 9, 7, 14, 15, 56, 73, 88 e 97), indicative di un clima relazionale dove paziente e terapeuta cooperano per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, affiancate dalla modalità interattiva *Espressività del terapeuta*, indicativa della tendenza del terapeuta ad effettuare interpretazioni e chiarificazioni (item 45, 62, 40, 65, 99, 89). Considerando l'outcome positivo del trattamento, i dati sembrano confermare quanto osservato da Crits-Christoph e Connolly (1998), ovvero che le interpretazioni del terapeuta dirette al conflitto centrale del paziente, se effettuate nel contesto di una buona alleanza terapeutica, portano alla buona riuscita della terapia.

L'analisi qualitativa delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta ha permesso di confermare anche la quarta ipotesi di ricerca, secondo la quale ci si aspettava che al cambiamento significativo della struttura di personalità del paziente avessero partecipato gli elementi che caratterizzano la buona pratica del trattamento con pazienti con disturbo dipendente di personalità, così come è descritta in letteratura (Gabbard, 2015). Nello specifico ci si aspettava che le strutture di interazione riflettessero lo sviluppo da parte del paziente di una dipendenza verso il terapeuta, caratterizzata da un transfert idealizzante e da modalità interattive passive e accondiscendenti finalizzate ad evitare di trovare un senso di sé separato e autonomo. Rispetto al terapeuta ci si aspettava che le strutture di interazione evidenziassero la tendenza a promuovere l'autonomia e la consapevolezza dei sentimenti nel paziente, effettuando interpretazioni e chiarificazioni

e frustrando le sue richieste esplicite di dipendenza assoluta. Relativamente al controtransfert si ipotizzava di rilevare la tendenza del terapeuta a non assumere atteggiamenti disprezzanti, autoritari o di compiacimento per il transfert di dipendenza.

I risultati evidenziano che nelle prime fasi della terapia (fasi 1, 2 e 3) il paziente ha sviluppato una legame di dipendenza nei confronti del terapeuta, come evidenziato dagli item “Il paziente sente a proprio agio o ricerca la dipendenza” (8), “Il paziente accetta i commenti e le osservazioni del terapeuta” (42), “Il paziente non è controllante” (87), “Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno” (33), “Il paziente non dice di voler essere separato o distante” (29) e “Il paziente adotta un comportamento compiacente” (20).

Nella *fase 3* si osserva in particolare la tendenza del terapeuta a frustrare i bisogni espliciti del paziente, ovvero a non colludere con il suo evitare di prendere decisioni o di autoaffermarsi, come evidenziato dagli item: “Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni” (48), “Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni” (100), “Il comportamento del terapeuta durante la seduta è riformulato dal terapeuta in un modo non esplicitamente riconosciuto prima”(82) e “Vengono discussi gli obiettivi terapeutici del paziente”(4).

Infine, nelle fasi successive (fasi 4, 5 e 6) emerge l’attitudine del terapeuta ad effettuare interventi sul polo espressivo tesi a promuovere l’indipendenza di pensiero e azione del paziente, come sottolineano dagli item “Il terapeuta non adotta un atteggiamento supportivo” (45), “Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente” (62), “Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa” (80), “Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente” (40), “Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente” (99), “Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente” (65), “Il terapeuta non agisce per rafforzare le difese del paziente” (89) e “Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight” (32).

Soprattutto nelle fasi iniziali, lo stile di conduzione del terapeuta è stato marcatamente direttivo, come descritto dagli item “Il terapeuta esercita un controllo attivo sull’interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti)” (17), “Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente” (3), “Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione” (31), “Il terapeuta mette

in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo” (81). La tendenza a intervenire spesso per dirigere la seduta può essere legata a sentimenti controtransferali di irritazione per la passività del paziente. Gli altri item presenti lungo tutto l’arco della terapia testimoniano però come il clinico abbia tollerato il controtransfert senza assumere comportamenti autoritari che avrebbero potuto rivelarsi sfavorevoli al buon esito della terapia. Gli item sono “Il terapeuta non è privo di tatto” (77), “il terapeuta è sollecito ed emotivamente coinvolto” (9), “Il paziente si sente compreso dal terapeuta” (14), “Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico” (6), “I conflitti emotivi del terapeuta non interferiscono nella relazione con il paziente” (24).

Sono state dunque soddisfatte tutte le ipotesi di ricerca.

4.2 Conclusioni

Dagli anni '50 ad oggi la ricerca in psicoterapia ha conosciuto importanti progressi. In particolare, a partire dagli '80 gli studi nell’ambito della *process-outcome research* hanno iniziato a fornire spiegazioni relative a come ciò che avviene in seduta risulti connesso ai risultati della terapia (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004), servendosi sempre più spesso di disegni di ricerca single-case. Relativamente al trattamento dei disturbi di personalità attualmente si possiedono pochi dati, sappiamo che la terapia accelera il normale tasso di miglioramento della storia naturale di questi disturbi (Perry, Banon, & Ianni, 1999; Perry & Bond, 2000), che rispetto ad altri tipi di trattamento ha un miglior rapporto costi-benefici (Gabbard 2000; Stevenson & Meares 1992) e che è molto più efficace una terapia di lunga durata (Gabbard, 2000) che consenta al paziente di coinvolgersi in un rapporto stabile, coerente e caratterizzato da una forte alleanza terapeutica (Fonagy & Bateman, 2000).

Il presente studio *single-case* si inserisce in questo filone di ricerche, indagando la relazione tra il processo e il buon esito di una psicoterapia psicodinamica classica con un paziente con disturbo di personalità dipendente. Avvalendosi dell’osservazione delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta, è stato possibile: (1) verificare un legame tra il cambiamento terapeutico e il trasformarsi delle strutture interattive tra paziente e terapeuta lungo l’arco della terapia (Jones, 2000); (2) confermare i risultati di studi precedenti osservando una relazione tra l’outcome positivo del trattamento e

l'acquisizione da parte del paziente della capacità di attribuire i propri problemi a fonti psicologiche interne (Jones et al., 1992), oltre che una relazione tra l'outcome positivo e interventi del terapeuta diretti ai conflitti relazionali del paziente nel contesto di una buona alleanza (Crits-Christoph & Connolly, 1998); (3) verificare nella psicoterapia presa in esame la presenza dei fattori che tipicamente caratterizzano la buona pratica del trattamento con pazienti con disturbo dipendente di personalità (Gabbard, 2015).

È opportuno osservare che questo lavoro presenta diversi limiti, primo fra tutti il carattere qualitativo delle osservazioni effettuate. L'impiego dell'analisi fattoriale per rilevare le co-occorrenze negli item del PQS avrebbe certamente restituito dati più "puliti" dal punto di vista scientifico. Inoltre, avrebbe consentito di arricchire le valutazioni effettuate l'utilizzo di altri strumenti di analisi del processo, come ad esempio il Core Conflictual Relationship Theme – CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), che fornisce una valutazione del modello relazionale centrale del paziente, la Defense Mechanism Rating Scale – DMRS (Perry, 1990), che esamina i meccanismi difensivi del paziente sulla base di un sistema gerarchico, o la Collaborative Interaction Scale – CIS (Colli & Lingiardi, 2009), che permette di valutare i processi di rottura e riparazione dell'alleanza a partire dall'analisi dei trascritti di sedute secondo la prospettiva di un osservatore esterno.

Ad ogni modo, i risultati degli studi esplorativi come il presente possono rivelarsi preziosi nel verificare ipotesi proposte da altri autori e nel generarne di nuove, allargando così il campo di osservazione della ricerca. In quest'ottica, ad esempio, prospettive interessanti potrebbero essere quella osservare le strutture di interazione nel trattamento di altri disturbi di personalità o confrontare le strutture interattive in trattamenti psicoterapeutici di orientamento diverso con pazienti con la stessa diagnosi.

Bibliografia

- ABLON, J. & JONES, E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(67), 64-75.
- ABLON, J. & JONES, E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 775-783.
- ABLON, J. S., LEVY, R. A., & SMITH-HANSEN, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-set to psychotherapy research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 14*(1), 14-48.
- ADAMS, V. (1979, Luglio 10). Consensus is reached: Psychotherapy works. *New York Times*, C1.
- AHN, H. N., & WAMPOLD, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology, 48*(3), 251-257.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (V ed.). (DSM-5 Task Force, A cura di) Milano: Raffaello Cortina.
- ANDREWS, G. (1983). A treatment outline for depression disorders: The quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17*, 129-146.
- ASAY, T. P., & LAMBERT, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 23-55). Washington DC: American Psychological Association.
- ASAY, T. P., LAMBERT, M. J., CHRISTENSEN, E. R., & BEUTLER, L. E. (1984). A meta-analysis of mental health treatment outcome. *Brigham Young University*. Documento non pubblicato.
- BALESTRIERI, M., WILLIAMS, P. & WILKINSON, G. (1988). Special mental health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 18*, 717.
- BAKER, J. D., CAPRON, E. W., & AZORLOSA, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*(1), 82-87.
- BARKER, S., FUNK, S. & HOUSTON, B. (1988). Psychological Treatment versus non specific factors: A meta- analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review, 8*, 579-594.
- BATEMAN, A. W., & FONAGY, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 177*(2), 138-143.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B. & EMERY, G. (1979). *Terapia cognitiva della depressione*. Tr. it. Torino: Boringhieri.

- BLOCK, J. (1961). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Springfield: Charles C. Thomas.
- BOESKY, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59(4), 550-584.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- BORNSTEIN, R. (1993). *The Dependent Personality*. New York: Guilford.
- BORNSTEIN, R. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 286-303.
- BRAAKMANN, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. In O. C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 39-65). Vienna: Springer-Verlag.
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York: Guilford Press.
- BUCCI, W. (2005). La ricerca sul processo. In E.S. Person, A.M. Cooper & G.O. Gabbard (A cura di), Tr. it. in *Psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BUCCI, W., & KABASAKLIAN-MCKLAY, R. (1992). *Scoring Referential Activity. Instructions for use with transcripts of spoken narrative texts*. Ulm: Ulmer Textbank.
- CASTONGUAY, L.G., & BEUTLER, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- CASTONGUAY, L. & HILL, C. (2007). *Insight in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- CHASSAN, J. (1979). *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. New York: Appleton Century Crofts.
- COLLI A., & LINGIARDI V. (2009) The Collaborative Interactions Scale: a new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychother Research*, 19(6), 718-734.
- CTITS-CHRISTOPH, P., & CONNOLLY, M. (2001). Relational interpretations. *Psychotherapy*, 38 (4), 423-428.
- DAVISON, G., & LAZARUS, A. (1994). Clinical Innovation and Evaluation. *Clinical Psychoanalysis: Science and Practice*, 1, 157-167.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*. (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V. & COLLI, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- DE BEI, F. & MONTORSI, A. (2013). Interaction Structure and Transferential Patterns in Brief Psychotherapy: A Single-case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 24-32.

- DERUBEIS, R.J., BROTMAN, M.A., & GIBBONS, C.J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- DURLAK, J. (1999). Meta analytic research method. In P.C. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research Method in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- ELLIOTT, R. (2001), Hermeneutic Single Case Efficacy Design (HSCED): An Overview. In K. Schneider, J. Bugental, J. Fraser (Eds.), *Handbook of Humanistic Psychology*. Thousand Oaks CA: Sage.
- ELLIOTT, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy research*, 12(1), 1-21.
- FREEDHEIM, D. (1992). *Storia della psicoterapia. Un secolo di cambiamenti*. Tr. it. Roma: Edizioni Scientifiche Magi.
- FRENI, S., & PAPINI, S.P. (2006) Una rassegna critica degli strumenti utili per la ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 91-122). Milano: Raffaello Cortina.
- FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, H. & STEELE, M. (1998). In *Manuale della funzione riflessiva*. Documento non pubblicato.
- FRANK, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of psychotherapy*, 25(3), 350-361.
- GABBARD, G. O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 9(1), 1.
- GABBARD, G. O. & WESTEN, D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *International Journal of Psycho- Analysis*, 84(4), 823-841.
- GABBARD, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata Sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GAZZILLO, F. (2006). La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (A cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*. (pp.609-629). Milano: Raffaello Cortina.
- GELO, O. C., AULETTA, A. F., & BRAAKMANN, D. (2010). Aspetti teorico-metodologici e analisi dei dati nella ricerca in psicoterapia. Parte I: La ricerca sull'esito e la ricerca sul processo dagli anni'50 agli anni'80. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(1), 61-91.
- GRAWE, K. (1995). Grundrisseiner Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- GRENCAVAGE, L.M., & NORCROSS, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology-Research and Practice*, 21, 372-378.
- GREENBERG, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

- GREENBERG, L.S., WATSON, J.C. (2005), "Change process research". In J.C. Norcross, L.E. Beutler, R.F. Levant, (Eds.), *Evidence Based Practices in Mental Health*, (pp. 81-89). Washington, DC: APA Books.
- GORDON, T., GRUMMON, D. L., ROGERS, C. R., & SEEMAN, J. (1954). Developing a program of research in psychotherapy. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 12–34). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- HARDY, G. E., & LLEWELYN, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research . In O. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 83-194). Vienna: Springer.
- HEAD, S., BARKER, J. & WILLIAMSON, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5, 256-263.
- HILL, C. & KNOX, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- JONES, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 371-372.
- JONES, E. E. (2000). *Therapeutic Action*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Tr. it. *L'azione terapeutica: una guida alla psicoterapia psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- JONES, E. E. (2002). Interaction and change in psychoanalytic long-term therapy. In M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target (Eds.), *Outcome of Psychoanalytic Treatment* (pp. 280-293). London: Whurr Publishers.
- JONES, E. E., CUMMING, J. & HOROWITZ, M. (1998) Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- JONES, E. E., GHANNAM, J., NIGG, J. T., & DYER, J. F. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.
- JONES, E. E., HALL, S. & PARKE, L.A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies* (pp. 99-106). Washington DC: American Psychological Association.
- JONES, E. E., KRUPNICK, J. L., & KRIEG, P. K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 336-352.
- JONES, E. E., PARKE, L.A. & PULOS, S.M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2, 16-30.
- JONES, E. E., & PULOS, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- KÄCHELE, H., ALBANI, C., & POKORNY, D. (2015). From a psychoanalytic narrative case study to quantitative single-case research. In O. C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.),

- Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 367-379). Vienna: Springer-Verlag.
- KÄCHELE, H., SCHACHTER, J., & THOMÄ, H. (2011). *From psychoanalytic narrative to empirical single case research: Implications for psychoanalytic practice*. Routledge.
- KAPTCHUK, T. J. (1998). Intentional ignorance: a history of blind assessment. *Bulletin of the History of Medicine*, 72 (3), 389-433.
- KARASU, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- KAZDIN, A. (1982). *Single Case Research Design Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- KERNBERG, O. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- LAMBERT, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons.
- LAMBERT, M., & BARLEY, D. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. Norcross, *Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsivness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- LINGIARDI, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & COLLI, A. (2007). La ricerca in psicoterapia: limiti e successi. *Psichiatria e Psicoterapia*, 26(3), 202-216.
- LINGIARDI, V., & DAZZI, N. (2006). L'uso di trascrizioni di sedute nella ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 149-168). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & DAZZI, N. (2008). Introduzione all'edizione italiana. In E. E. Jones, *L'azione Terapeutica: Una Guida alla Terapia Psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & MCWILLIAMS, N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2* (Seconda Edizione). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LIPSEY, M. W., & WILSON, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioural treatment: confirmation from meta analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- LORANGER, A. W. (1996). Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(1), 17-21.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo- espressivo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- LUBORSKY, L. & BARRETT, M. (2005). Theoretical Allegiance. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based Practices in Mental Health: Debate*

- and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp. 257-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). Core Conflictual Relationship Theme - CCRT. In *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, (8), 995-1008.
- LUBORSKY, L., & SPENCE, D. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A. Bergin, & S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1 st ed., pp. 408–438). New York: Wiley.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., BERMAN, J. S., LEVITT, J. T., SELIGMAN, D. A., & KRAUSE, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12
- MCALEAVEY, A. A., & CASTONG, L. G. (2015). The Process of Change in Psychotherapy: Common and Unique Factors. In O. C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 294-307). Vienna: Springer-Verlag.
- MIGONE, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di ricerca, stato attuale degli studi su risultato e processo. *Rivista sperimentale di freniatria*, CXX, 2, 182-238.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 31-49). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MIGONE, P. (2013). Il problema della molteplicità dei modelli in psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 124, 61-77.
- MIGONE, P., SEMERARI, A. (2006) La ricerca sulla psicoterapia dei disturbi di personalità. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. (pp. 189-211). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders.
- MILLON, T. & DAVIS, R. (1996). Teoria evolutiva dei disturbi di personalità. In J. Clarkin, & M. Lenzenweger (A cura di), *I Disturbi di Personalità: le Cinque Principali Teorie*. Milano: Raffaello Cortina.
- MILLON, T., MILLON, C., DAVIS, R., & GROSSMAN, S. (2006). *MCMI-III manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- MOHR, L.B. (1993), Causation and the case study. Relazione presentata al Congresso NPMRC, Wisconsin University.
- NICHOLSON R. & BERMAN, J. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93(2), 261-278.
- NORCROSS, J. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.

- NORCROSS, J. C., & WAMPOLD, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 127-132.
- ORLINSKY, D. E., RONNESTAD, M. H. & WILLUTZKY, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process- outcome research: Continuity and change. In M. Lamber, (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-392) (5th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- ORLINSKY, D. & HOWARD, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psycholog*, 6, 6-27.
- PARLOFF, M.B. (1985). Stato attuale sulla ricerca dei risultati in psicoterapia. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXII, 1988, 3, 9-39.
- PERRY, J.C. (2014). Cluster C personality disorders: avoidant, obsessive-compulsive and dependent. In G.O. Gabbard (Eds.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- PERRY, J. C., BANON, E., & IANNI, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(9), 1312-1321.
- PERRY, J. C., & BOND, M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. *Psychotherapy for personality disorders*, 19(3), 1-31.
- PERSONS, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- ROBINSON, L.A. ET AL. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Buletin*, 108, 30-49.
- ROGERS, C. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12(3), 429-434.
- ROCCO, D. (2005). *Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate*. Padova: Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale.
- ROCCO, D., DE BEI, F., & MARIANI, R. (2013). Introduction to the Special Issue: An Analysis of a Short Term Dynamic Psychotherapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 1-5.
- ROTH, A., & FONAGY, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- SANDELL, R. (1987). Assessing the effects of psychotherapy. I: Analysis and critique of present conventions of estimating change, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 29-36.
- SANDELL, R. (1997). Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not. *Journal of Clinical Psychology*, 8(53), 925-933.
- SANDELL, R. (2002). The problematic concept of structural change. *International Psychoanalytical Association's Joseph Sandler Memorial Research Conference*. London: University College of London.

- SCHRÖDER, T., ORLINSKY, D., RØNNESTAD, M. H., & WILLUTZKI, U. (2015). Psychotherapeutic Process from the Psychotherapist's Perspective. In O. C. Gelo, A. Pritz, & B. R. (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 352-363). Wien: Springer.
- SHAPIRO, D. & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- SKODOL, A., GALLAGHER, P. & OLDHAM, J. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 165-171.
- SMITH, M., & GLASS, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-780.
- STEPHENSON, W. (1953). *The study of behavior; Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- STEVENSON, J., & MEARES, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- STILES, W., HONOS-WEBB, L. & KNOBLOCH, L. (1999). Treatment process research methods. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp.. New York: John Wiley and Sons.
- THASE, M. E., GREENHOUSE, J. B., FRANK, E., REYNOLDS, C. F. ET AL. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1009-1015.
- TSCHACHER, W., JUNGHAN, U. M., & PFAMMATTER, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy: results of an expert survey. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 82-96.
- WALLERSTEIN, R. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- WALLERSTEIN, R. (2002). Psychoanalytic therapy research: An overview. *The American Psychoanalyst*, 1(36), 10-13.
- WALLERSTEIN, R. & SAMPSON, H. (1971). Le questioni della ricerca nel processo psicoanalitico. (Tr. it In V. Bonaminio & P. Fabozzi, *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Milano: Franco Angeli, 2002).
- WAMPOLD, B. (2001), *The Great Psychotherapy Debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: LEA, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- WAMPOLD, B., & IMEL, Z. E. (2015). Absolute Efficacy: The Benefits of Psychotherapy Established by Meta-Analysis. In B. Wampold, & Z.E. Imel (Eds.), *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (pp. 83-113). Routledge.
- WEINBERGER, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- WEST, M., ROSE, M. S., & SHELDON-KELLER, A. (1994). Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 249-256.

- WESTEN, D. (1998). Diagnosi e formulazione del caso: due processi o uno? In D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (A cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 37-60). Milano: Raffaello Cortina.
- WESTEN, D. (2002). The logic of psychoanalytic discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 857-898.
- WESTEN, D., & SHEDLER, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- WESTEN, D., & SHEDLER, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. & LINGIARDI, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- ZENNARO, A., CRISTOFANELLI, S., & VOTTERO RIS, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingardi, & A. Colli (A cura di) *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 239-268). Milano: Raffaello Cortina.