

1222•2022
800
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

Le strutture di interazione in psicoterapia: un'analisi del processo
tramite l'applicazione dello Psychotherapy Process Q-Set

*Interaction structure in psychotherapy: examining the process in
psychotherapy using the Psychotherapy Process Q-Set*

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Laureando:

Alessandro Valente

2023854

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

Abstract

Nell'ambito degli studi sul processo e sui risultati in psicoterapia, questo studio si avvale del costrutto di "strutture di interazione". Sono schemi ricorrenti di interazione tra terapeuta e paziente che si influenzano reciprocamente. L'esperienza, il riconoscimento e la comprensione del significato di tali interazioni ripetitive sono una componente fondamentale dell'azione terapeutica che enfatizza l'esperienza del paziente e del terapeuta. Si descrive un modello di ricerca single-case basato sull'osservazione di tali strutture di interazione siglate attraverso l'applicazione dello Psychotherapy Process Q-set proposto da Enrico E. Jones che ha permesso di osservare come gli schemi di interazione tra paziente e terapeuta siano unici e come questi schemi siano collegati all'esito della terapia.

In the context of process and outcome studies in psychotherapy, this study makes use of the construct of "interaction structures". They are recurring patterns of interaction between therapist and patient that influence each other. The experience, recognition and understanding of the meaning of such repetitive interactions are a fundamental component of the therapeutic action that emphasizes the experience of the patient and the therapist. A single-case research model is described based on the observation of these interaction structures signed through the application of the Psychotherapy Process Q-set proposed by Enrico E. Jones which allowed to observe how the interaction patterns between patient and therapist are unique and how these patterns relate to therapy outcome.

Indice

CAPITOLO I

Introduzione	3
1.1 – Il contesto della ricerca in psicoterapia	3
1.2 - La ricerca single-case	8
1.3 - Le strutture di interazione nel processo clinico	12

CAPITOLO II

Metodo	15
2.1 – Descrizione degli strumenti	15
2.2 - Materiali	26
2.3 – Procedure	32
2.4 – Ipotesi	34

CAPITOLO III

Risultati	37
3.1 – La diagnosi e la valutazione dell'esito del trattamento	37
4.2 – L'analisi delle strutture di interazione con il PQS	42

CAPITOLO IV

Discussione	51
4.1 Discussione dello studio	51
4.2 Conclusioni	58
Bibliografia	61

CAPITOLO I

Introduzione

1.1 – Il contesto della ricerca in psicoterapia

Valutare l'efficacia della pratica psicoterapeutica nella cura della sofferenza psicologica risulta importante a livello sia scientifico che politico e il progresso della ricerca in psicoterapia ha giovato di una forte spinta nel tentativo di rispondere a tale domanda (Dazzi, 2006). Fin dagli anni '50 del secolo scorso molti ricercatori si sono impegnati nel produrre dati in grado di dimostrare i cambiamenti positivi che si ottengono con la psicoterapia, in relazione sia a sé stessa sia rispetto ad altri metodi di trattamento dei disturbi psicologici, comparando anche trattamenti psicoterapeutici di approcci diversi che utilizzano a loro volta tecniche diverse.

La ricerca in psicoterapia viene tradizionalmente divisa nei due settori *Outcome Research* e *Process Research*. L'*Outcome Research* è il campo di ricerca che valuta l'esito della terapia al termine della stessa e ha caratterizzato una prima fase di ricerca. Successivamente si è assistito ad un progressivo abbandono della ricerca sull'esito in favore della *Process Research*, cioè la ricerca sui diversi aspetti del processo della terapia, mentre la stessa è in corso e indipendentemente dal risultato. L'integrazione tra questi due ambiti ha dato luogo alla *Process-outcome Research* (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004) che si propone di studiare la relazione tra quello che succede in terapia e l'esito della terapia stessa e il cui scopo è quello di individuare il rapporto 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).

Nella prima fase della ricerca tra gli anni '50 e gli anni '70 l'interesse principale era essenzialmente rivolto al risultato della psicoterapia. La provocazione lanciata da Eysenck (1952) poneva il dubbio che la psicoterapia non funzionasse di per sé, ma che il miglioramento nei pazienti fosse il risultato della "remissione spontanea", cioè del semplice passare del tempo. La difficoltà nell'elaborazione di un valido metodo di ricerca in psicoterapia ha origine nelle peculiarità della materia stessa data dall'incredibile soggettività della natura umana che rende impossibile applicare i metodi tipici della farmacologia. Ad esempio, le ricerche in doppio cieco prevedono la

somministrazione della terapia al gruppo sperimentale (in tal caso, una psicoterapia strutturata) e la somministrazione di un placebo (in tal caso un trattamento non strutturato) in un altro gruppo di partecipanti, il gruppo di controllo. In psicoterapia non è possibile fare ricerca utilizzando un placebo, poiché in questa situazione esso rappresenterebbe comunque un agente psicologico che può essere considerato in un certo senso una forma di “psicoterapia” (Grünbaum, 1986), o perlomeno un trattamento psicologico. Come argomenta Migone (2006) è stato dimostrato che il 10%-18% dei pazienti mostra un miglioramento significativo solo con l’inserimento in lista d’attesa. Non è perciò possibile trascurare, nel fare ricerca in psicoterapia, quelle caratteristiche intrinseche dell’azione psicoterapeutica come l’impatto emotivo che si crea nell’interazione tra due persone (anche solo durante la somministrazione di un test), la personalità di paziente e terapeuta e, infine, il tipo e la gravità della diagnosi. Va sottolineato anche che, per poter condurre uno studio con il placebo si rende necessario un accordo su cosa sia effettivamente terapeutico e cosa non lo sia per poterlo così isolare da altre variabili. Proprio per questi motivi nelle ricerche in psicoterapia non è possibile utilizzare un gruppo di controllo, ma è piuttosto preferibile cercare di confrontare tra loro due tipi di intervento psicologico diverso (Migone, 2006).

La numerosa produzione di ricerche sull’esito della psicoterapia ha aiutato a sostenerne l’efficacia, ma si è via via reso difficile interpretare questi dati in modo unitario. Un metodo che ha aiutato a superare questo problema consiste nel compiere ricerche di tipo meta-analitico, una tecnica di indagine statistica grazie alla quale è stato possibile sistematizzare i dati derivanti da numerosi studi secondo un parametro di misura comune detto “*effect size*”¹ (Dazzi, 2006; Durlak, 1999). L’*effect size* esprime la dimensione del risultato del trattamento in termini di deviazioni standard dalla media, una costante statistica che non risente della numerosità del campione. Numerosi studi di meta-analisi (Asay, Lambert, Christensen, & Beutler, 1984; Balestrieri, Williams, & Wilkinson, 1988; Nicholson & Berman, 1983) e anche meta-analisi di meta-analisi (Lipsey & Wilson, 1993) hanno concluso che “le terapie psicologiche, comportamentali

¹ La meta-analisi è un potente strumento di ricerca secondario (a partire da strumenti primari, le ricerche). È una procedura statistica che permette di combinare i risultati di più studi sullo stesso argomento sintetizzandoli in un unico indice di misura comune detto “*effect size*” (Rosenthal, 1991). Dalle meta-analisi si possono trarre conclusioni più forti di quelle tratte sulla base di ogni singolo studio.

ed educazionali portano generalmente ad effetti positivi” (Lipsey & Wilson, 1993, p. 1198) con un effetto che varia tra .40 e .60. Altri studi meta-analitici si sono preoccupati di valutare l’efficacia della psicoterapia in relazione alla diagnosi, al trattamento farmacologico o con placebo. Secondo Lambert (2004) la psicoterapia risulta efficace quanto o più dei farmaci antidepressivi (Dazzi, 2006) e secondo Robinson quanto o più degli psicofarmaci in generale (Robinson et al., 1990). seppur successive meta-analisi abbiano trovato che gli psicofarmaci siano più indicati per la cura dei disturbi depressivi più gravi (Elkin, 1994; Migone, 2006). L’insieme dei risultati di questi studi ci permette quindi di affermare che la psicoterapia è efficace, che non è riconducibile a un effetto placebo e che è spesso più efficace delle terapie farmacologiche (Migone, 2006).

I progressi ottenuti nello studio rivolto all’esito della psicoterapia, però, non riuscirono a dimostrare chiaramente la superiorità di un trattamento psicoterapeutico rispetto ad un altro. Nello specifico, sebbene ogni approccio teorico concettualizzi la psicopatologia e la terapia in modo diverso i risultati a cui giungono si equivalgono. Questo problema costrinse i ricercatori ad accettare il “paradosso dell’equivalenza” tra le varie tecniche di trattamento, come già anticipato da Luborsky attraverso il verdetto di Dodo, l’uccello di *Alice nel paese delle meraviglie* che affermava non ci fosse nessun vincitore e che tutti si meritano un premio (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Sulla base di questo assunto si è ipotizzato che le differenti forme di terapia condividano la presenza di alcuni fattori terapeutici non direttamente legati alla tecnica e alla teoria su cui i vari approcci si fondano. Si distinguono in tale direzione la presenza di fattori specifici e aspecifici nelle pratiche psicoterapeutiche. I primi rappresentano le caratteristiche di un determinato approccio terapeutico, ad esempio: l’interpretazione nel transfert in psicoanalisi, la discussione dei pensieri irrazionali nella terapia cognitiva, le prescrizioni nella terapia strategica, ecc). I secondi, rappresentano quegli elementi che sono presenti in maniera trasversale a tutti gli approcci terapeutici e indipendenti dalla teoria (Dazzi, 2006). Questi ultimi sono riconducibili alle caratteristiche umane degli attori coinvolti e riguardano: empatia, esperienza clinica, alleanza terapeutica, ecc. Nello specifico, Lambert (2004) propone di suddividere i fattori aspecifici in: fattori supportivi (identificazione col 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).

Sulla base di questi dati, ci si aspetterebbe che i fattori aspecifici siano maggiormente in grado di spiegare i cambiamenti legati all'azione terapeutica. Lambert and Barley (2002) hanno dimostrato che il miglioramento sperimentato dal paziente può essere spiegato per il 15% da fattori specifici, il 15% dalle aspettative del paziente rispetto alla terapia, il 40% da fattori di cambiamento esterni alla terapia e solamente il 30% può essere spiegato da fattori aspecifici. È probabile, perciò, che i fattori aspecifici non siano una condizione preliminare sufficiente per spiegare appieno l'outcome. Inoltre, emerge che l'impatto dei fattori specifici è meno significativo. Ciò non significa che la tecnica terapeutica sia irrilevante, ma che i fattori curativi della psicoterapia devono essere ricercati prima di tutto nelle caratteristiche della relazione che si instaura tra una persona in cerca di aiuto, il paziente, e una persona presente per fornirlo, il terapeuta (De Bei & Montorsi, 2013). Il problema rese chiaro che lo studio dell'outcome non dava informazioni esaurienti, orientando i ricercatori verso lo studio dei processi che avvengono in psicoterapia.

Lo studio e l'analisi dei processi che caratterizzano i cambiamenti che avvengono nel corso di una psicoterapia vede il suo inizio tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso, in quella che viene definita la seconda fase della ricerca in psicoterapia. In questa seconda fase l'attenzione viene volta non solo al "cosa", ma anche al "come" avvengono i cambiamenti, cercando di svelare i processi che sottostanno alla buona riuscita di una psicoterapia, con l'idea di "classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta" (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999). Numerosi gli studi svolti in questi anni: lo studio della Menninger Foundation (Freedheim, 1992; Kernberg, 1972; Wallerstein, 1986), rivolto alla psicoterapia a lungo termine; il primo vero e proprio studio sul processo di Wallerstein (1986) che fece un follow-up di trent'anni su 42 pazienti; il Temple Study (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975) che paragonò la terapia comportamentale con quella psicoanalitica.

Si rese evidente che per studiare il processo sottostante alle varie forme di terapia era necessario chiarire le caratteristiche delle varie tecniche. Prese avvio la ricerca basata sui cosiddetti "manuali" di psicoterapia che consentirono di evidenziare le differenze metodologiche tra i vari approcci. I manuali erano caratterizzati da una selezione

rappresentativa dei principi di una determinata tecnica psicoterapeutica, di esempi concreti per ogni principio e da una serie di scale (*rating scales*) che misuravano il grado con cui un campione della terapia rientrava nei principi di quella tecnica. È quest'ultima caratteristica che ha permesso di misurare la concordanza tra un determinato manuale e la tecnica psicoterapeutica sperimentata (Migone, 2006).

I manuali di psicoterapia sono stati d'aiuto nella ricerca sul processo, ponendo l'obiettivo di comprendere se nella pratica clinica esistano differenze importanti tra le varie forme di terapia o se esistano degli elementi comuni a tutti i tipi di psicoterapia che possano quindi spiegare il paradosso dell'equivalenza. In aggiunta, Kiesler (1973), che parlava del "mito dell'uniformità del paziente", introduce il dubbio che ci siano delle differenze sistematiche tra i pazienti che, in interazione con le diverse terapie, possono oscurare l'efficacia specifica degli interventi (Dazzi, 2006).

Una sempre maggiore attenzione allo studio dei processi e in particolare dei microprocessi terapeutici avviene nella terza fase della ricerca in psicoterapia. A partire dal 1970 ai giorni nostri si è cercato di studiare i processi che conducevano ad un determinato outcome terapeutico attraverso lo studio intensivo di ciascun caso clinico. Uno studio di fondamentale importanza in questo verso è il Penn Psychotherapy Project di Luborsky (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz, & Auerbach, 1988) che, grazie all'analisi di 63 psicoterapie interamente registrate ha permesso di osservare il ruolo di sei aspetti fondamentali, considerati dagli autori i sei fattori curativi in psicoterapia dinamica. Questi sono: l'alleanza terapeutica, la comprensione e formulazione del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) del terapeuta, la correttezza delle interpretazioni, l'insight del paziente, l'elaborazione dei risultati raggiunti (affinché questi permangano alla fine della terapia) e la scala salute-malattia (HSRS): ovvero che ad una maggiore sanità mentale del paziente all'inizio della terapia corrispondano risultati migliori alla fine della stessa (Migone, 2006).

Il limite rappresentato dalla "pura" ricerca sul processo è quello di non riuscire a connettere quanto avviene in seduta con i risultati della terapia stessa. In pratica manca della capacità di legare processo e outcome sullo stesso piano in quanto la sola osservazione del processo rende i risultati troppo statici per essere collegati in maniera causale con l'outcome (Migone, 2006).

A questo limite cerca di rispondere la ricerca process-outcome, che si propone di collegare le modalità con le quali avviene il cambiamento (processo) con il l'esito stesso della terapia (outcome), ricercando non solo una correlazione tra le due variabili, ma “una spiegazione esaustiva che renda conto della causazione” (Migone, 2006, p. 23). In questa nuova fase della ricerca in psicoterapia, una quarta generazione di ricercatori ha fatto affidamento a strumenti più sofisticati per studiare in modo dettagliato il processo e la sua influenza sull'outcome, applicandoli ai trascritti o alle registrazioni di interi trattamenti o singole porzioni promulgando la fiducia nello studio del caso singolo (Lingiardi, 2006).

1.2 - La ricerca single-case

Nella fase attuale della ricerca in psicoterapia è sorto il movimento degli *Empirically Supported Treatments*, abbreviato in EST (Chambless & Ollendick, 2001) allo scopo di validare alcuni trattamenti di psicoterapia² rispetto a forme di trattamento farmacologiche. L'approccio EST assume i principi del modello medico basandosi su metodi RCT, *Randomized Clinical Trial*, e ha come scopo la verifica empirica dell'efficacia comparata dei trattamenti. Da un punto di vista metodologico, il disegno RCT considera i pazienti come ricevitori passivi di trattamenti standardizzati e non come attivi collaboratori alla terapia e la tecnica terapeutica come erogabile in modo identico e standardizzabile per ciascun caso, indipendentemente dalla relazione che si instaura tra clinico e paziente (Lingiardi, 2006). Tale sviluppo ha portato con sé aspetti negativi che potrebbero emarginare importanti tradizioni terapeutiche (come quella dinamica) la cui efficacia non è ancora stata completamente dimostrata e i cui principi di cura si basano su aspetti di natura relazionale che non vengono valutati nella procedura EST. Infatti, la ricerca empirico-qualitativa (o sperimentale) di tipo top-down, che segue le norme condivise dalla comunità scientifica in generale, comporta delle implicazioni metodologiche che vanno a snaturare il lavoro clinico, rischiando di rendere il processo inutile. Si corre il rischio di rendere la ricerca troppo distante dalla realtà clinica con la conseguente impossibilità di esportare i dati nella pratica clinica quotidiana. In risposta agli EST, un movimento interno dell'*American Psychological Association* (Divisione 29) ha proposto una linea di ricerca detta *Empirically Supported*

² Principalmente trattamenti per la depressione e l'ansia.

Relationships (ESR), metodo che si propone di evidenziare come variabili quali la personalità del terapeuta, le caratteristiche del paziente e la qualità della relazione clinica contribuiscano all'efficacia della terapia (Norcross, 2002; Lambert & Barley, 2002). Viene suggerito quindi l'utilizzo di una metodologia correlazionale di tipo bottom-up, che prenda come base di lavoro la pratica clinica alla quale successivamente applicare ricerche più sofisticate per verificare le singole ipotesi, tipiche della ricerca sperimentale tradizionale. Si tratta quindi di applicare rigore scientifico senza tralasciare quegli aspetti emotivi tipici dell'interazione tra paziente e terapeuta, come sono l'empatia, l'alleanza terapeutica, la saggezza, il calore umano, ecc. che rivestono un ruolo fondamentale nel processo terapeutico.

La metodologia della ricerca *single-case* cerca di istituire, attraverso osservazioni sistemiche ripetute, una relazione tra interventi del terapeuta, outcome della terapia e altre variabili (Lingiardi, 2006). L'ampio consenso ricevuto dagli addetti ai lavori negli ultimi venti anni (Lingiardi & Fontana, 2003) ne ha permesso il riconoscimento come il metodo più appropriato per la ricerca sul processo, ponendosi come ponte tra il resoconto clinico, considerato di scarsa validità e affidabilità empirica (Lingiardi, 2006; Westen, 2002) e la ricerca in laboratorio.

Nella ricerca *single-case* il focus è posto su un soggetto sul quale vengono effettuate più valutazioni attraverso l'ausilio di opportuni strumenti e misure operazionalizzate. Lo scopo è quello di valutare la qualità dei cambiamenti entro un tempo definito a priori. Nella ricerca in psicoterapia si utilizzano strumenti affidabili applicati solitamente alle trascrizioni delle sedute del caso in esame. Le valutazioni possono essere compiute sul paziente, sul terapeuta o sulle variabili dell'interazione tra i due (Lingiardi, 2006). Come affermato da Wallerstein (2002) il disegno *single-case* permette un'analisi macro e microanalitica che esprime in misure confrontabili il funzionamento del paziente a livello di personalità, il processo del trattamento e gli esiti dello stesso. I disegni *single-case* si compongono di analisi *qualitative* e *quantitative* che possono essere considerate due fasi distinte di un unico percorso: una buona analisi quantitativa non può prescindere da un'analisi qualitativa e viceversa (Lingiardi, 2006). Nelle analisi quantitative classiche le numerose osservazioni vengono ridotte ad un numero di indicatori più chiari e gestibili grazie all'applicazione di analisi statistiche. Nella ricerca *single-case* l'analisi quantitativa è data dal tentativo di stabilire una relazione tra due o

più variabili ricercandone le co-occorrenze e non manipolando la situazione sperimentale (impossibile in psicoterapia).

Si possono utilizzare diversi tipi di analisi quantitativa nei disegni single-case, come ad esempio:

- *La replica per segmentazione* (Luborsky L. , 1967), che preveda la scelta di particolari segmenti, presi dal materiale registrato sulla base di eventi che si ripetono, e la definizione di una dimensione specifica misurabile. L'ipotesi formulata dal ricercatore ricerca una possibile associazione tra gli eventi scelti e la dimensione in esame. Ad es: attività referenziale e velocità d'eloquio (Rocco, 2005);

- *L'analisi delle serie temporali*, che permette di studiare fenomeni contingenti rispetto alla loro posizione nel trattamento (Lingiardi, 2006) cercando di stabilire un legame tra la comparsa dei fenomeni studiati e la comparsa delle serie temporali così da poter stabilire delle causazioni di alcune relazioni;

- *Serie di pazienti e disegni sperimentali single-case*: i primi consentono l'analisi di una o più variabili su una serie di pazienti. I secondi constano di condizioni sperimentali che permettano al ricercatore di manipolare una variabile di interesse al fine di valutarne l'effetto e vedono una migliore applicazione all'interno dell'ambito di ricerca comportamentale.

Per quanto concerne gli aspetti più tecnici di analisi, la ricerca single-case non può far riferimento alle tradizionali tecniche di indagine statistica che analizzano i dati punto per punto (Lingiardi, 2006; Kazdin, 1982). Le variabili temporale e dipendente si possono valutare visivamente in un primo passo. Successivamente, per valutare le differenze nelle varie fasi si possono utilizzare analisi log-lineari o Q-analysis (Lingiardi, 2006; Giles, 2002). Le misurazioni si basano sull'utilizzo di strumenti derivati empiricamente o standardizzati. La ricerca sul processo e sui microprocessi terapeutici ha spinto generazioni di ricercatori nella costruzione di strumenti atti a valutare la personalità e il cambiamento strutturale (Bucci, 2005; Lambert, 2004; Sandell, 1987; 1997; 2002). Come ad esempio (Wallerstein, 2005):

- *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)*: manuale diagnostico di stampo psicodinamico che consente di organizzare il processo della diagnosi clinica secondo quattro assi quali esperienza di malattia e presupposti per il

trattamento, relazioni interpersonali, conflitti intrapsichici, struttura di personalità (Arbeitskreis OPD, 2001);

- *Structured Interview of Personality Organisation (STIPO)*: un'intervista semistrutturata che si fonda sulla concettualizzazione teorica della personalità di Kernberg. Comprende 94 aree di indagine divise in 6 macroaree di funzionamento della personalità (identità, relazioni d'oggetto, difese, aggressività, sviluppo morale ed esame di realtà) (Stern, Caligor, Roose, & Calrkin, 2004);
- *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)*: procedura Q-sort che permette di siglare le strutture di interazione che si verificano tra paziente e terapeuta nella stanza d'analisi. Formato da 100 item descrittivi di atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente, di azioni e atteggiamenti del terapeuta e della natura della loro interazione. Consente di effettuare misurazioni del processo terapeutico (Jones, 1985, 2000);
- *Object Relations Inventory*: valuta l'organizzazione strutturale e il contenuto tematico delle rappresentazioni del sé (Blatt & Ford, 1994);
- *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*: procedura Q-sort per la valutazione della personalità composta da 200 affermazioni descrittive dei tratti di personalità normali e patologici che restituisce in output il profilo di personalità del paziente valutato, calcolato in relazione ai prototipi di pazienti ideali secondo il DSM-IV (PD-factors) o in relazione ai prototipi di personalità derivati empiricamente in base alle descrizioni di pazienti reali con il metodo Q-sort (Q-factors) (Westen, Shedler, & Lingiardi, 2003).

I principali vantaggi dei disegni empirici single-case delineati da Davison e Lazarus (1994) riguardano la capacità: di mettere in discussione una teoria generale, di fornire validità euristica a ricerche successive e meglio controllate, di facilitare lo studio di fenomeni clinici importanti e l'applicazione di nuovi principi, di fornire informazioni "scientificamente accettabili" su fenomeni legati al processo e di aiutare a "rimpolpare lo scheletro teorico". Questo, però, non li rende immuni da critiche a livello metodologico. Roth e Fonagy (2004) sottolineano: i problemi di generalizzazione dei risultati, la difficoltà dell'interpretazione degli stessi dovuta alla mancanza del paragone

con un trattamento diverso, l'assenza di randomizzazione nella selezione dei pazienti (come nei disegni RCT) (Lingiardi, 2006).

Riassumendo, la ricerca single-case espone una metodologia ben sostenuta e chiaramente definita che, unita alla facilità nella lettura dei risultati e alla flessibilità, risulta utile sia per la verifica di ipotesi sul singolo caso sia dei metodi di ricerca sul processo, senza correre il rischio di svalutare la ricchezza dell'incontro clinico.

1.3 - Le strutture di interazione nel processo clinico

Storicamente, il dibattito sui processi di cambiamento si posiziona su due differenti linee di pensiero. Da una parte viene data molta importanza all'effetto dell'interpretazione e della conoscenza psicologica, molti autori hanno individuato nei costrutti di insight e consapevolezza i fattori specifici maggiormente implicati nel generare cambiamento (Castonguay & Hill, 2007). Dall'altra parte viene enfatizzato il ruolo dell'interazione interpersonale in cui è la relazione terapeutica (che può rientrare nei fattori aspecifici) che risulta più determinante (Hill & Knox, 2009). Jones (2000) propone il concetto di *strutture di interazione* con l'idea di portare sullo stesso piano in maniera combinata il ruolo delle interpretazioni dell'analista e dell'insight del paziente e dell'interazione che avviene tra i due nel contesto della relazione terapeutica come generatori di cambiamento.

Le strutture di interazione sono strutture ripetitive che riflettono il funzionamento psicologico del paziente, del terapeuta e di paziente e terapeuta nella loro relazione. Il riconoscimento, l'esperienza e la comprensione di queste strutture è ciò che meglio descrive l'azione terapeutica secondo questo autore, per il quale, insight e relazione non sono separabili: la conoscenza psicologica del sé può svilupparsi solo se il terapeuta tenta continuamente di comprendere la mente del paziente attraverso l'analisi della loro interazione (Lingiardi & Dazzi, 2008). Il processo di cambiamento è dato dalla comprensione della presenza di questi pattern di interazione che contribuisce alla capacità di riflessione e comprensione del sé del paziente (Jones, 2000)

Il concetto di strutture di interazione fornisce un modo per operationalizzare aspetti cruciali del processo terapeutico quali: la responsività di ruolo, enactment di transfert-controtransfert e intersoggettività. La responsività di ruolo si riferisce al ruolo intrapsichico che paziente e terapeuta si impongono reciprocamente (Sandler, 1976): sia il ruolo che il paziente si auto assegna, sia il ruolo che il paziente spinge il terapeuta ad

assumere. Gli enactment sono la messa in scena da parte del paziente durante la seduta di quello che è un suo tipico schema relazionale. Sono interazioni di carattere simbolico che hanno significato inconscio e, spesso, sono vissute come una conseguenza del comportamento dell'altro (Chused, 1991; McLaughlin, 1991). La prospettiva intersoggettiva sottolinea l'esperienza emotiva condivisa creata da entrambi i partecipanti. Le strutture di interazione non esprimono direttamente ciò che è dinamicamente inconscio, sono la parte manifesta delle dinamiche interne degli attori coinvolti e della loro relazione. Sono aspetti comportamentali ed emotivi più direttamente accessibili a terapeuta e paziente.

Il concetto delle strutture di interazione viene ricavato attraverso studi intensivi sul processo terapeutico con l'uso dello Psychotherapy Process Q-set (PQS) (Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011). Il PQS è uno strumento per l'analisi del processo e permette, a partire dai trascritti delle sedute, di osservare le dinamiche relazionali che si verificano nel setting psicoterapeutico. Gli studi condotti con il PQS sono riusciti a delineare caratteristiche specifiche del paziente (ad es: resistenze, difese, ecc) e caratteristiche specifiche degli interventi del terapeuta (Jones & Windholz, 1990; Spence, Dahl, & Jones, 1993; Weiss & Sampson, 1986). In uno studio del 1992 (Jones, Parke, & Pulos, 1992) la ri-analisi di 60 sedute di psicoterapia con il PQS ha consentito di evidenziare i meccanismi di cambiamento associati a risultati positivi. I pazienti che hanno tratto maggior beneficio dalla terapia si distinguevano per il graduale spostamento dell'attribuzione causale dei loro problemi da fonti esterni ad una maggior capacità di coglierne le cause psicologiche (fonti interne). Nei pazienti in cui questo cambiamento non è avvenuto, la terapia è risultata insoddisfacente. Questi primi studi, però, soffrivano di un importante problema metodologico: non dimostravano ma suggerivano soltanto una causalità tra gli interventi del terapeuta, le dinamiche del processo e l'outcome della terapia (Lingiardi & Dazzi, 2008). Grazie ad uno studio successivo Jones e collaboratori (1993) riuscirono a superare questo limite con il metodo delle *Time Series Analysis* applicato ai trascritti di una psicoterapia dinamica di una paziente affetta da depressione, la signora M (*Mrs M*). Il ricorso all'analisi fattoriale delle *time series* ha permesso di svelare le co-occorrenze che hanno evidenziato un modello in grado di associare processo e risultato: l'umore della paziente stimolava atteggiamenti di accettazione e neutralità nel terapeuta, che a loro volta generavano sentimenti depressivi

nella paziente che spingevano il terapeuta ad essere più manipolativo ed emotivamente reattivo. Ancora più interessante è il fatto che non appena il terapeuta abbandonava la posizione di neutralità, i sintomi del paziente mostravano un miglioramento.

Il concetto di strutture di interazione ha dato consistenza empirica e clinica all'idea, ora sufficientemente accettata, che l'azione terapeutica sia caratterizzata dalla compresenza di fattori tecnici e interpersonali, quali l'identificazione e l'interpretazione degli schemi relazionali disfunzionali del paziente che nascono nella relazione con il clinico (Gabbard & Westen, *Rethinking Therapeutic Action*, 2003).

Lo scopo del presente studio, che si inserisce nell'ambito della ricerca *process-outcome*, è quello di investigare le cause che hanno contribuito al successo di una psicoterapia nel generare un cambiamento significativo nella struttura di personalità del paziente. Ai trascritti di sedute audio registrate di un trattamento psicodinamico classico sono stati applicati degli strumenti di analisi del processo progettati per indagare, in modo affidabile e replicabile, le strutture di interazione del terapeuta, del paziente e della diade terapeuta-paziente e il cambiamento della struttura di personalità del paziente: lo Psychotherapy Process Q-set (PQS), la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) e il Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III).

CAPITOLO II

Metodo

Il presente studio si propone di valutare la relazione tra processo ed esito di una psicoterapia psicodinamica osservando i cambiamenti nelle strutture di interazione che si osservano tra paziente e terapeuta. Questo capitolo ha lo scopo di presentare il metodo di lavoro scelto per indagare tali aspetti e i materiali da cui sono stati ricavati i dati. Nella prima parte vengono descritti gli strumenti secondo le loro caratteristiche e utilità a partire dalle motivazioni che hanno spinto i loro autori a costruire tali soluzioni testistiche. Nella seconda parte viene esposto dettagliatamente il caso clinico *single-case* preso in esame, la diagnosi effettuata e le indicazioni di trattamento ricavate dalla letteratura di riferimento. Successivamente, vengono presentate le procedure che hanno caratterizzato l'assetto metodologico dello studio, seguite dalle ipotesi che hanno motivato la ricerca.

2.1 – Descrizione degli strumenti

Sono stati utilizzati tre strumenti che permettono di indagare diversi aspetti caratterizzanti la situazione terapeutica. Il primo fornisce delle descrizioni delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta nelle varie fasi della terapia. I restanti permettono di valutare la struttura di personalità del paziente e la sintomatologia al fine di effettuare la diagnosi. Il confronto tra i dati *pre* e *post* trattamento fornisce una misura indicativa dell'esito del processo terapeutico.

Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000). Il PQS è uno strumento di misura costruito da Enrico E. Jones per valutare empiricamente il processo terapeutico nel suo complesso (Jones, 1985, 2000). Secondo Jones (2000), la ricerca quantitativa sull'efficacia delle psicoterapie ad orientamento psicoanalitico è lontana da importanti questioni di teoria e tecnica e i risultati ottenuti dai disegni RCT sono poco generalizzabili rispetto a condizioni cliniche reali. La costruzione dello strumento nasce dalla necessità di costituire un modello in grado di compiere osservazioni obiettive sui fenomeni di processo senza incorrere nel rischio di snaturare le caratteristiche del lavoro clinico vero e proprio. Il sistema adottato dal PQS permette di descrivere, definire e

classificare il processo in una forma adatta all'analisi quantitativa (Jones, 2000) e costituisce la base che ha permesso a Jones di concettualizzare le strutture di interazione. Il PQS, seppur di derivazione analitica, si propone di essere neutrale verso qualsiasi approccio teorico specifico, permettendo di descrivere un'ampia gamma di interazioni terapeutiche senza la necessità di far riferimento a costrutti teorici specifici. Utilizza un linguaggio preciso e non gergale e un sistema di valutazione standardizzato.

Il PQS è applicabile alle registrazioni audio o video o ai trascritti *verbatim* di interesse sedute di psicoterapia. È formato da 100 item che descrivono ognuno una variabile clinicamente rilevante nell'interazione tra paziente e terapeuta. Gli item sono classificabili in tre categorie: (a) item che descrivono gli atteggiamenti, il comportamento e le esperienze del paziente, (b) item che descrivono le azioni e gli atteggiamenti del terapeuta e (c) item riguardanti la natura della relazione nel suo complesso. Gli item sono riportati in un manuale per la codifica, che comprende istruzioni dettagliate accompagnate da esempi per ognuno degli item, in modo da ridurre al minimo la variabilità dell'interpretazione degli osservatori. A questi ultimi si chiede di ricercare nel testo (o nelle registrazioni) *specifiche* evidenze relative a quanto espresso in ogni item, ponendosi in una posizione obiettiva e libera da preconcetti teorici.

La procedura di applicazione prevede la distribuzione degli item secondo 9 categorie, lungo un continuum dalla meno caratteristica (numero 1) alla più caratteristica (numero 9) rispetto alla seduta presa in esame. Gli elementi ritenuti non descrittivi sono invece collocati nella categoria centrale (numero 5). Un item molto descrittivo dell'interazione dovrebbe essere collocato in una posizione estrema verso la categoria 9 *estremamente caratteristico*. Allo stesso modo, un item che viene collocato verso la posizione estrema negativa, la categoria 1 *estremamente non caratteristico*, è da considerarsi descrittivo dell'interazione poiché indica l'assenza di un particolare aspetto comportamentale o esperienziale. Un item dovrebbe essere collocato nella categoria 5 *neutrale* se è irrilevante o ininfluenza rispetto all'interazione. Alcune delle definizioni degli item presenti nel manuale di codifica contengono specifiche indicazioni per la collocazione al fine di ottenere una più completa descrizione della seduta. Questo approccio utilizza la metodologia Q-sort per misurare costrutti psicologici (Brown, 1996; Davidson & MacGregor, 1996; Hauser, 2005), un sistema di elezione per lo studio della soggettività

(McKeown & Thomas, 1988), che obbliga ad assegnare gli item ad ogni categoria secondo una distribuzione forzata come riportato nella tabella 1. La scelta di assegnare una precisa distribuzione di item rispetto alle varie categorie ha l'obiettivo di ovviare alla possibile tendenza del valutatore di dare valutazioni estreme o intermedie, a prescindere dall'effettiva descrittività degli item. Tale scelta è supportata dalla dimostrazione che essa risulta essere una procedura più valida rispetto alla situazione in cui il clinico è libero di assegnare un numero di item variabile per ogni categoria (Jones, 2000). Una volta completata l'assegnazione dei punteggi è possibile ottenere precise descrizioni dell'interazione tra paziente e terapeuta grazie al contenuto degli item posti nelle categorie più estreme (1-9 e 2-8).

Tabella 1. Distribuzione Q-sort degli item

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

Le qualità psicometriche dello strumento sono buone. Secondo molteplici studi l'affidabilità tra giudici indipendenti varia da .83 a .89 tra due osservatori, mentre varia da .89 a .92 quando il numero di osservatori va da tre a dieci (Jones, Cumming, & Horowitz, 1988; Jones & Windholz, 1990). Studi sulla validità dello strumento hanno mostrato che il PQS è in grado di cogliere le differenze tra diversi approcci terapeutici. Ad esempio, tra approccio razionale-emotivo (REBT) e Gestalt, tra REBT e terapia non direttiva, tra terapia non direttiva e Gestalt e tra approccio psicodinamico e cognitivo-comportamentale (Ablon, Levy e Smith-Hansen, 2011).

Come ricorda Jones (2000), la procedura Q-sort è progettata per ridurre la complessità dell'interazione a livelli gestibili, ma è evidente che cogliere tutte le possibili forme di interazione è un compito arduo per qualsiasi strumento. La

configurazione finale della collocazione degli item del PQS permette di descrivere le caratteristiche degli eventi della terapia presa in esame.

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler, & Lingardi, 2003). La SWAP-200 è un test psicologico *clinician-report* che utilizza la procedura Q-sort per porre diagnosi di personalità e per formulare casi clinici, sviluppato dagli psicologi Jonathan Shedler e Drew Westen. Gli autori hanno evidenziato delle criticità importanti nella diagnosi categoriale di derivazione psichiatrica proposta dal DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), sollevando forti dubbi sull'effettiva capacità di questo strumento di cogliere le dimensioni implicite e inferite sul funzionamento della personalità, che sono rilevanti per il lavoro clinico (Westen, 1998). Il DSM si basa su criteri diagnostici standardizzati e precise regole che guidano le decisioni diagnostiche, dando maggior rilievo a sintomi comportamentali e oggettivi. Le informazioni che si possono estrarre da questi elementi, però, non forniscono dettagli sufficienti riguardo alle caratteristiche personologiche utili al fine di una comprensione adeguata del funzionamento dell'individuo. L'asse II del DSM, inoltre, si basa sulla concezione di personalità come una costellazione di tratti stabili nel tempo e indipendenti dal contesto (Gazzillo, 2006), mentre secondo Westen (1998) è più opportuno pensare ai tratti della personalità come a delle tendenze a reagire in modo stabile a certe situazioni. Inoltre, dal DSM sono escluse le potenzialità, i punti di forza e le risorse del funzionamento psicologico, aspetti di importante rilevanza nella pianificazione dei trattamenti. I criteri del DSM, quindi, non permettono di elaborare un'adeguata formulazione del caso, pratica fondamentale nel lavoro clinico, che consente di immergersi nel mondo interno della persona, di descriverlo e di comprenderlo nelle sue funzioni e motivazioni. Westen sottolinea anche alcuni importanti punti di forza della diagnosi nosografica del DSM tra cui l'ateoricità che contraddistingue il manuale, la quale ha permesso una comunicazione efficace tra clinici e psichiatri di orientamenti diversi, e il fatto di fornire schemi di pensiero utili per orientarsi nel complesso sistema del lavoro clinico.

Nel tentativo di conciliare gli aspetti positivi della diagnosi nosografica con la formulazione del caso, Drew Westen propone il processo di diagnosi funzionale. Per valutazione funzionale si intende come l'individuo tende a funzionare dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale in presenza di situazioni specifiche importanti.

Permette di considerare nella valutazione sia le caratteristiche funzionali della personalità sia quelle disfunzionali (Westen, 1998). La diagnosi secondo l'autore (Westen, 1995; 1996) dovrebbe rispondere alle seguenti domande: (1) quali sono desideri, paure e valori, quali sono consapevoli e quali no e in che misura sono reciprocamente compatibili? (2) Quali sono le risorse psicologiche di cui la persona dispone per adattarsi al suo mondo interno e al mondo che la circonda? (3) Quali sono le capacità dell'individuo di stabilire relazioni intime, e che rappresentazione ha di se stesso, degli altri e delle sue relazioni? (4) In che modo si sono sviluppate queste caratteristiche nella storia dell'individuo? È per rispondere a queste domande che Westen e collaboratori (Westen & Cohen, 1992; Westen & Shedler, 1999a; 1999b) hanno costruito un metodo diagnostico basato sulle narrazioni con l'obiettivo di operazionalizzare il modello della diagnosi funzionale.

La SWAP-200 è costituita da 200 item che riportano affermazioni descrittive di tratti della personalità normali e patologici. Gli item sono stati elaborati a partire dalla letteratura teorica sulla personalità, sui meccanismi di difesa e di coping, dagli assi I e II del DSM e sono scritti con un linguaggio semplice e non gergale in modo tale da risultare immediatamente comprensibili. Possono descrivere aspetti direttamente osservabili del comportamento (item 103 "reagisce alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione"), oppure possono descrivere costrutti inferenziali come intellettualizzazione (item 100 "tende a pensare in termini astratti e intellettualizzati, anche su argomenti di rilievo personale"), identificazione proiettiva e formazione reattiva. In tal caso alcuni di questi costrutti vengono indagati attraverso l'utilizzo congiunto di più item che riflettono gli aspetti direttamente osservabili dei costrutti (Gazzillo, 2006). Ad esempio, l'identificazione proiettiva è misurata attraverso gli 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)" e 154 "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti".

Il valutatore deve attribuire ai 200 item un valore compreso tra 0 e 7, dove 0 indica l'assenza della caratteristica misurata e 7 indica la presenza assoluta di tale caratteristica. Punteggi intermedi indicano una presenza più o meno moderata dalla

caratteristica. La valutazione con la SWAP-200 dovrebbe essere compiuta dopo aver fatto almeno tre colloqui con il soggetto o averne ascoltato/visto/letto almeno tre colloqui registrati o trascritti. Il metodo Q-sort su cui si fonda la SWAP-200 prevede una distribuzione fissa degli item (tabella 2) che, approssimandosi alla metà destra di una curva normale, consente di minimizzare la tendenza ad attribuire valori intermedi o estremi ai diversi item.

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 validazione dello strumento è stata affidata ad un pool di 797 clinici che ha valutato su una scala da 1 (voto massimo) a 4 (voto minimo) quanto gli item fossero in grado di descrivere i loro pazienti. La maggior parte del campione (72%) ha assegnato il punteggio 1, mentre nessuno ha assegnato il punteggio 4 (Westen & Shedler, 1999a).

La procedura di valutazione è completamente computerizzata. Con il manuale, il quale comprende anche una sezione dedicata alla spiegazione di ogni item, viene fornito il software dedicato alla compilazione elettronica. Una volta terminata la valutazione da parte del valutatore, il computer calcola e standardizza in punti T ($\mu= 50$, $\sigma^2=10$) il confronto tra il profilo valutato (la distribuzione dei 200 item completata dal valutatore) con:

- I prototipi di personalità SWAP-200 ricavati dalle definizioni dell'asse II del DSM, detti *PD factors*;
- I prototipi di stili di personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 sulla base di descrizioni di pazienti reali, detti *Q factors*.

I *PD factors* sono stati elaborati a partire dalle descrizioni di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi del DSM elaborate da 237 clinici di formazione teorica diversa. In aggiunta, i clinici hanno elaborato anche un prototipo ideale di personalità di un paziente sano, etichettato come “alto funzionamento”. La valutazione con la SWAP-200 considera la presenza di un disturbo di personalità secondo l'asse II del DSM quando c'è una qualsiasi correlazione tra il profilo valutato (standardizzato in punti T) e i singoli *PD factors* (anch'essi standardizzati, PD-T) che supera il punteggio di 60. Quando il punteggio si colloca tra 55 e 60 è indicativo della presenza di forti tratti della

personalità. In tal modo, la SWAP-200 permette di ottenere una diagnosi sia categoriale che dimensionale, ma anche un'indicazione sulle risorse della personalità dell'individuo attraverso la scala dell'alto funzionamento.

I *Q factors* derivano, invece, dall'applicazione di una particolare variante dell'analisi fattoriale detta Q-analysis, che individua gruppi di soggetti con punteggi simili anziché gruppi di variabili tra loro correlate, alle descrizioni SWAP-200 di 496 pazienti con diagnosi di asse II. Lo studio (Westen & Shedler, 1999b) ha fatto emergere la presenza di 7 fattori di primo ordine: *disforico*, *antisociale*, *schizoide*, *paranoide*, *ossessivo*, *istrionico* e *narcisistico* e altri 5 fattori di secondo ordine derivati dal fattore *disforico*: *evitante*, *depressivo-nevrotico*, *emotivamente disregolato*, *dipendente-masochistico* e *ostile*.

I fattori di primo ordine rappresentano stili di personalità che richiamano categorie diagnostiche note, ma non sono completamente sovrapponibili alle categorie dei disturbi di personalità del DSM. Primo fra tutti in tal senso, il fattore *Q disforico*, di cui nel DSM non è possibile trovarne un equivalente. Descrive uno stile di personalità caratterizzato da tipi di disagio diversi accomunati dalla presenza di inadeguatezza, vergogna, colpa, depressione, ansia, paura del rifiuto e paura dell'abbandono. Da questo fattore, che nello studio si presentava in circa il 20% del campione (costituito da pazienti che avevano ricevuto diagnosi di depressione, disturbo di personalità dipendente, evitante, auto-frustrante o borderline secondo il DSM), derivano i cinque fattori di secondo ordine ottenuti da una seconda Q-analysis che ha permesso di spiegare il 51% della varianza. I cinque fattori di secondo ordine differiscono per le condizioni che attivano la disforia (ad esempio, alcuni si angosciano quando sono costretti ad interagire con gli altri, altri si angosciano quando si sentono soli) e per i tentativi di regolarla (ad esempio, evitando le situazioni, aggrappandosi agli altri, attaccando con rabbia).

Il fattore *Q antisociale* descrive la tendenza alla disonestà e alla manipolazione, scarsa moralità, impulsività, sentimenti di rabbia e ostilità, scarsa empatia e assenza di rimorso. Il fattore *Q schizoide* presenta un generale disinteresse verso relazioni e le situazioni sociali, affettività limitata, carenza di abilità sociali, atteggiamento strano o particolare, timidezza e/o riservatezza, difficoltà a riconoscere ed esprimere desideri e impulsi,

difficoltà nel comprendere il senso del comportamento degli altri, incapacità di descrivere gli altri, scarso insight, pensiero concreto.

Il fattore Q *paranoide* rispecchia individui che si sentono tendenzialmente incompresi, maltrattati o vittimizzati. Pensano che gli altri vogliano danneggiarli o approfittarsi di loro. Possono esprimere una rabbia intensa e sproporzionata, coinvolgersi in scontri di potere, essere arroganti e moralistici, provare sentimenti di rabbia, ostilità e umiliazione e tendono a polarizzare alcune persone come totalmente cattive.

Il fattore Q *ossessivo* rappresenta una miscellanea di aspetti adattivi e disadattivi quali alta coscienziosità, standard morali ed etici elevati, umorismo, pensiero logico e razionale non influenzato dalle emozioni, tendenza a focalizzarsi sul lavoro, sulla produttività e sui progetti, tendenza ad essere controllante e difficoltà ad esprimere desideri e impulsi.

Il fattore Q *istrionico* delinea la tendenza ad essere eccessivamente bisognoso/a e dipendente, con intensità affettiva elevata, precipitosa ed egosintonica. Questi individui sono tendenzialmente seduttivi e provocanti, suggestionabili, teatrali e temono di essere abbandonati.

Il fattore Q *narcisistico* descrive individui con un senso esagerato di sé e della propria importanza. Ricercano l'attenzione, si dimostrano arroganti, sprezzanti o superbi e tendenti a provare invidia. Hanno la tendenza ad avere fantasie di illimitato successo, potere, bellezza, talento.

Tra i cinque sotto-fattori di secondo ordine, il sottotipo *evitante* è caratterizzato dalla tendenza all'evitamento di situazioni sociali, mancanza di relazioni strette, inibizione e passività in aggiunta a sentimenti di inadeguatezza, vergogna, imbarazzo e umiliazione.

Il sottotipo *depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento* ha buone caratteristiche di adattività psicologica come alti standard etici e morali, empatia, umorismo, intuitività, simpatia. Accanto a questo polo si colloca una serie di caratteristiche che presumono una disforia cronica, ossia una tendenza ad autoaccusarsi, a sentirsi in colpa, infelice, depresso/a o abbattuto/a e a cercare relazioni in cui giocare il ruolo di salvatore.

Il sottotipo *emotivamente disregolato*, che generalmente include i pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità, presenta escalation emotive fino alla perdita di controllo, ideazioni suicidarie e minacce o gesti suicidari, incapacità di calmarsi, sentimenti angosciosi di mancanza di significato.

Il sottotipo *dependente-masochista* raccoglie e descrive individui tendenzialmente sottomessi, abusati fisicamente e/o emotivamente, dipendenti facilmente influenzabili e suggestionabili.

Il sottotipo *ostile* descrive la tendenza a partecipare a lotte di potere, a sentirsi incompreso/a, vittimizzato/a o maltrattato/a, sentimenti di rabbia e ostilità espressa in modo passivo o indiretto, tendenza ad avere conflitti con l'autorità.

Si può notare la mancanza di un fattore Q borderline la cui diagnosi DSM viene assegnata a pazienti che presentano come tratto caratterizzante una notevole difficoltà nella regolazione delle emozioni che si spalma all'interno dei fattori Q istrionico, emotivamente disregolato e dipendente-masochistico e si differenzia in ciascuno di questi per la presenza di una disregolazione emotiva ego-sintonica nel primo caso, ego-distonica nel secondo e caratterizzata da relazioni con altri abusanti nel terzo.

Inoltre, i pazienti che ricadono nel fattore Q ossessivo sono meno gravi rispetto a pazienti che ricevono una diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo di personalità secondo il DSM (Gazzillo, 2006). Elevazioni in queste dimensioni sono indici di un buon funzionamento.

In sintesi, la SWAP-200 è uno strumento basato su dati empirici e utile al lavoro clinico, che offre la possibilità di elaborare diagnosi di personalità categoriali e dimensionali e di valutare sia gli aspetti patologici che gli aspetti sani del funzionamento della personalità. La SWAP-200 permette inoltre di sanare il *gap* esistente tra la diagnosi di personalità e la formulazione del caso clinico (Westen, 1998): a partire dagli item più descrittivi di un certo paziente (con punteggio di 5, 6 o 7), con l'aggiunta delle informazioni più utili della sua storia è possibile ottenere una descrizione narrativa del funzionamento di personalità del paziente.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (Millon, Davis, Millon & Grossman, 2006). Il MCMI-III è un test *self-report* per la diagnosi di personalità elaborato da Theodore Millon.

La prima versione del MCMI, risalente al 1977, e le successive revisioni (1987, 1997, 2009) si basano sul libro intitolato *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning* (Millon, 1969) che contribuì molto al successo della teoria di Millon sulla personalità. Secondo Millon (1969) la personalità è un tessuto complesso ed altamente contestualizzato di caratteristiche psicologiche che

si esprimono per la maggior parte in modo automatico. Tali caratteristiche sono considerate intrinseche e pervasive, emergono da una complicata matrice biopsicosociale e comprendono i modi distintivi individuali di percepire, provare emozioni, pensare ed agire delle persone.

Secondo questo autore un modello scientifico della personalità deve essere costituito da quattro elementi: (1) una teoria coerente organizzata secondo schemi esplicativi come avviene per la biologia evolutiva; (2) un sistema di classificazione basato sulla teoria del DSM; (3) deve essere costituito da strumenti di valutazione (test) del modello empiricamente fondati e (4) deve dare la possibilità di costruire interventi concreti a partire dai dati ottenuti dai test. A partire da questi assunti Millon conetualizza la personalità come un continuum di gravità tra individuo e ambiente, che porta al manifestarsi di disturbi patologici oppure no in base alle oscillazioni che si verificano sui tre livelli degli stressors psicosociali (asse IV del DSM), della personalità (asse II del DSM) e delle sindromi cliniche (asse I del DSM). Il modello evolutivo della personalità che ne deriva distingue tre domini polarizzati che in interazione tra loro possono descrivere le varie sindromi:

1. Il dominio dell'esistenza è caratterizzato dalla polarità "piacere-dolore" che descrive da un lato la tendenza a ricercare nuovi stimoli e a perseguire la soddisfazione (personalità narcisistiche, istrioniche o antisociali), dall'altro si riferisce all'evitamento del pericolo (personalità ossessive ed evitanti).
2. La polarità "attivo-passivo" caratterizza il dominio dell'adattamento e si riferisce al mantenimento dell'equilibrio interno rispetto agli stressor esterni e identifica le personalità passivo, stazionario, radicato, essenzialmente arrendevole e dipendente.
3. Il terzo dominio, l'autopropagazione, è caratterizzato dalla polarità Sé-altro e descrive personalità che esaltano le proprie idee in maniera assertiva e direttiva oppure che dipendono dagli altri per soddisfare i propri bisogni.

Per Millon la personalità si struttura sulla combinazione di questi aspetti attraverso un certo grado di equilibrio o disequilibrio fra i due estremi di un determinato polo.

Il MCMI-III è composto da 175 item dicotomici vero/falso. È questionario autosomministrato relativamente veloce (richiede in media 25 minuti per essere completato dal paziente). È stato sviluppato e standardizzato sulla popolazione clinica

ed è somministrabile a adulti con almeno un grado di scolarità di otto anni solamente nel contesto dei servizi della salute mentale. Non è possibile somministrare il test ad un soggetto non facente parte della popolazione clinica o ad un adolescente. Il test si propone di valutare i disturbi relativi all'Asse I e all'Asse II del DSM, fornendo una misura dei disturbi di personalità e delle sindromi cliniche, attraverso l'utilizzo di 28 scale raggruppabili in 5 categorie: *pattern di personalità clinica, grave patologia della personalità, sindromi cliniche, sindromi cliniche gravi e indici di modifica*.

I prototipi della personalità clinica evidenziati dall'autore sono 11: schizoide (1), evitante (2), depressiva (2B), dipendente (3), istrionica (4), narcisistica (5), antisociale (6), sadica (6B), ossessivo-compulsiva (7), negativistica (8) e masochistica (8B). Tra queste rileva tre varianti severe che considera grave patologia della personalità che sono caratterizzate dalla presenza di episodi psicotici reversibili: personalità schizotipica (S), borderline (C) e paranoide (P).

Le sindromi cliniche sono 7: ansia (A), somatizzazione (H), bipolare-mania (N), distimia (D), dipendenza da alcol (B), dipendenza da droghe (T), disturbo post-traumatico da stress (R). Le sindromi cliniche gravi includono: disturbo del pensiero (SS), depressione maggiore (DD) e disturbo delirante (PP).

Gli indici di modifica consentono di rilevare informazioni circa le modalità di risposta dell'individuo e indicano se il test può essere considerato valido oppure no. Sono composte da 4 scale: validità (V), che comprende quattro item bizzari o improbabili; apertura (X), indica se e quanto il soggetto tende ad essere franco e sincero oppure reticente e riservato; desiderabilità (Y), valuta la tendenza del soggetto a mostrarsi socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato; autosvalutazione (Z), indaga se l'individuo tende all'autocriticismo e all'autosvalutazione.

I punteggi ottenuti al completamento del test vengono trasformati in punti standard (*base rate*). Un punteggio pari a 60 indica il valore medio atteso per ogni scala e rappresenta la mediana della popolazione psichiatrica. Nel caso in cui nessuno dei punteggi corretti nelle scale cliniche risulti al di sopra dei 59 punti il protocollo è da considerarsi nullo in quanto il test è stato pensato per valutare solo pazienti con disturbo di personalità. Un punteggio maggiore o uguale a 74 indica la presenza certa di un tratto

patologico. Un punteggio maggiore di 84 indica l'intensità della presenza della patologia come predominante.

Una corretta interpretazione del protocollo di risposta deve comprendere l'esaminazione attenta degli indici di modifica (accompagnata da una breve descrizione dello stile di risposta del paziente), delle scale di grave disturbo della personalità, dello stile di personalità di base dell'individuo, delle sindromi cliniche e delle sindromi cliniche gravi (avendo cura di esaminare per prime quelle con punteggio più elevato). La sintomatologia presentata dall'individuo deve essere interpretata sulla base del contesto fornito dallo stile di personalità. L'interpretazione del test nel suo insieme dovrebbe essere integrata con le informazioni disponibili al fine di una corretta formulazione del caso.

2.2 - Materiali

La descrizione del caso clinico

Il caso clinico preso in esame consiste in una psicoterapia ad orientamento psicodinamico classico, della durata complessiva di quattro anni con un numero totale di duecento sedute interamente audio registrate. La frequenza delle sedute ha subito dei cambi dovuti alle necessità del percorso clinico passando da una seduta settimanale a due sedute a settimana dopo un breve periodo iniziale; dopo la ottantesima seduta il trattamento ha ripreso la frequenza settimanale. La durata era generalmente di 45/50 minuti, salvo alcuni casi dove le necessità hanno consentito di allungare leggermente il tempo a disposizione. Le sedute di psicoterapia sono state condotte da uno psicoterapeuta maschio con esperienza decennale. La psicoterapia si è conclusa con successo.

G. è un giovane uomo di 21 anni, single, studente universitario. Viene inviato dalla madre presso un servizio di psicologia e psicoterapia del nord Italia per problemi legati alla presenza di ansie e insicurezza. Durante la consultazione G. riferisce di avere difficoltà nel prendere decisioni, anche di poco conto, in ogni ambito della vita. Tale situazione è fonte di ansia, pensiero ruminativo e incapacità di concentrazione; il pensare troppo lo porta a concentrarsi su pensieri negativi (morte) riguardo ai propri familiari. La madre lo ha spinto ad intraprendere un percorso psicologico a causa della mancanza di aspirazione verso il futuro e scarsa motivazione nella vita sociale. Secondo

G. questi aspetti sono legati a difficoltà nelle interazioni con le altre persone (specialmente con persone nuove) che non gli consentono di rispondere in modo adeguato quando si trova in situazioni sociali. L'indecisione di G. nel compiere delle scelte si esprime soprattutto nella programmazione delle attività sociali che genera in lui la paura di sottrarre tempo prezioso alla famiglia.

G. racconta di essere stato un bambino molto diverso rispetto all'adulto che è ora. Era un bambino vivace e sfrontato sia con i pari che con gli adulti (G. descrive questo atteggiamento come "scorretto"). Il suo comportamento in età pre-adolescenziale viene descritto come diretto e deciso, con un atteggiamento generale di fiducia di sé. Il periodo dell'adolescenza e dello sviluppo puberale ha rappresentato un punto di svolta: il passaggio dalla scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado e l'emergere della componente sessuale nelle relazioni affettuose hanno generato in G. un senso di inadeguatezza che l'ha portato a concentrarsi più sullo studio (dove eccelleva) che nelle relazioni sociali con i pari. Sembra che G. esprima un leggero rimorso per non aver compiuto esperienze di tipo sociale-relazionale in età adolescenziale.

G. è figlio di due impiegati e ha una sorella maggiore di 28 anni. Quando è da solo si sente triste e poco incline a sperimentare emozioni positive, aspetti di cui parla quasi esclusivamente con la madre, la cui risposta genera un immediato senso di tranquillità in lui. La madre è sempre stata per lui il riferimento per ogni aspetto della vita fin da quando era bambino. G. riporta solo rari momenti di conflittualità con la figura materna, di brevissima durata e con assenza di aggressività diretta. Anche con il padre ha un rapporto forte, ma più centrato su aspetti di natura pratica che emotiva. I loro dialoghi riguardano principalmente argomenti come i compiti scolastici, la scelta dell'università, il lavoro, ecc. Con la sorella il rapporto è più instabile: l'atteggiamento aggressivo e giudicante della sorella induce G. ad allontanarsi e preferire il riparo materno, pur senza riuscire ad esprimere l'aggressività in modo diretto.

Gli affetti principali che paiono comparire in G. riguardano (1) tristezza: "io solitamente sono abbastanza allegro, cerco di scherzare, di ridere; però, ecco, mi capita sempre poi di tornare a certi pensieri che poi, insomma, dipende anche dalla giornata", [...] questo pensiero "mi intristisce". (2) Paura eccessiva nell'impegnarsi in nuove relazioni: "nel conoscere una persona nuova mi dico: eh, adesso se magari conosco

questa persona devo vederla anche spesso e mi sento come limitato”. Questo aspetto è legato direttamente alla (3) paura di alterare l’equilibrio della relazione di dipendenza dalla madre, il legame di attaccamento con la madre è la primaria fonte di sicurezza, G. ha continuamente bisogno della sua approvazione. (4) Ansia nel conflitto che si genera quando G. deve compiere una scelta per sé stesso che potrebbe allontanarlo dalla tranquillità delle cure materne. (5) Senso di inadeguatezza e timore delle critiche (soprattutto dei genitori). G. sembra essere intrappolato in una serie di decisioni impossibili da prendere in autonomia in quanto ognuna avrebbe un potenziale risvolto negativo per una delle parti coinvolte.

La diagnosi

La selezione degli item più descrittivi della SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) è stata utile alla fine della formulazione del caso. Gli item sono stati composti tra loro al fine di creare una descrizione narrativa che riassume le caratteristiche del paziente.

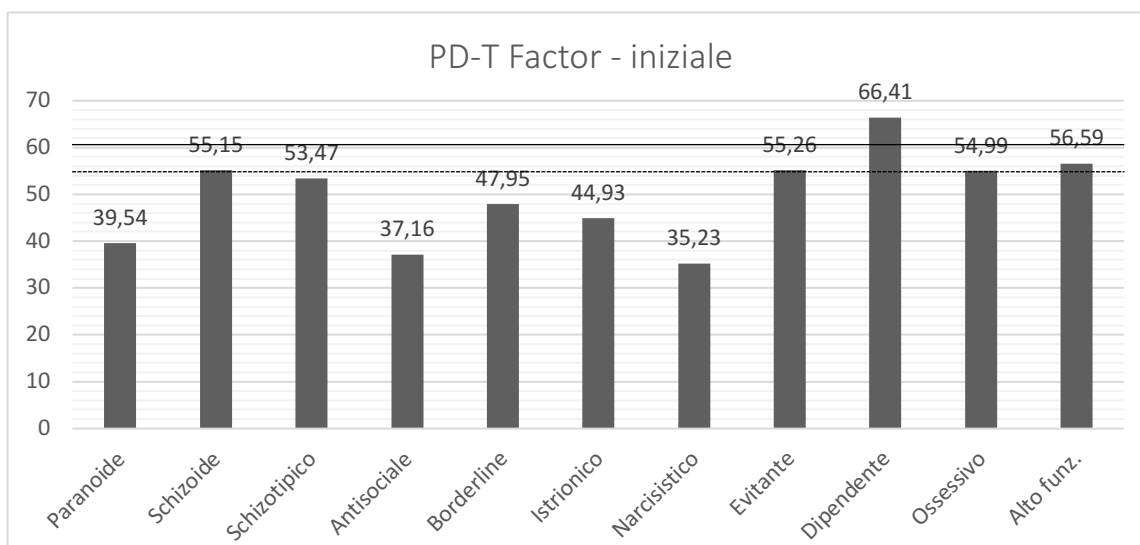
G. è un ragazzo tendenzialmente ansioso (35) e indeciso di fronte alle scelte (180). Tende ad essere eccessivamente bisognoso o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive (77) a causa della paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone che per lui sono emotivamente significative. Ha difficoltà a riconoscere la rabbia (25), tende ad essere inibito o coartato; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri o impulsi (119) ed è incapace di calmarsi o tranquillizzarsi da solo quando è stressato; ha bisogno di un’altra persona che lo aiuti a regolare gli affetti (117). Tende a sentirsi in colpa (57), non ha un’immagine stabile di chi sia o di chi vorrebbe diventare (15) e tende a sentirsi impotente, debole o alla mercè di forze fuori dal suo controllo (36). Nelle relazioni è un ragazzo empatico, sensibile e responsivo verso i bisogni e i sentimenti degli altri (59), ma tende ad essere passivo e poco assertivo (199) fino ad ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere (17). Sente che una o alcune delle persone per lui importanti hanno una capacità speciale e quasi magica di capire i suoi pensieri e i suoi sentimenti più intimi (10), tende ad idealizzare alcune persone in modi irrealistici; le vede come totalmente buone fino ad escludere la presenza anche dei difetti umani più comuni (45). Tende ad essere suggestionabile o facilmente influenzabile (46), a pensare in termini astratti e intellettualizzanti, anche su argomenti di rilievo personale (100) e ad essere preoccupato dalla morte o dal morire

(195). G. sembra non preoccuparsi abbastanza della soddisfazione dei propri bisogni, sembra 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).

L'analisi fattoriale con il software SWAP-200, che ha confrontato gli item più rappresentativi del paziente G. con i prototipi dei *PD-T factors*, ha evidenziato la presenza del fattore "dipendente" con un punteggio standardizzato di 66.41 (figura 1). Le caratteristiche prominenti di G. elaborate con la SWAP-200 sono sovrapponibili ai criteri diagnostici secondo DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) del disturbo dipendente di personalità (301.6/F60.7), il quale evidenzia una pervasiva ed eccessiva necessità di essere accuditi che determina comportamenti di sottomissione e dipendenza e timore della separazione. G. presenta sei dei criteri elencati nel manuale:

- difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte di altre persone;
- bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita;
- difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri nel timore di perdere supporto o approvazione;
- si sente a disagio o indifeso quando è solo a causa del timore di essere incapace di prendersi cura di sé;
- difficoltà a iniziare progetti e a fare cose autonomamente;
- ha una preoccupazione irrealistica di essere lasciato a prendersi cura di sé.

Figura 1 – PD-T factors SWAP-200



Inoltre, l'output fornito dalla SWAP-200 ha evidenziato la presenza di forti tratti della personalità afferenti ai fattori "evitante" (55.26) e "schizoide" (55.15) che indicano inibizione sociale, con una tendenza all'evitamento di situazioni sociali, e sentimenti di inadeguatezza.

Le caratteristiche e le indicazioni di trattamento

Il disturbo dipendente di personalità è connotato da una dipendenza estrema che rende queste persone incapaci di prendere decisioni autonomamente, eccessivamente sottomesse, bisognose di continue ed eccessive rassicurazioni e non in grado di funzionare in assenza di qualcuno che si prenda cura di loro (Gabbard, 2015). In relazione a questo disturbo sono state evidenziate delle caratteristiche specifiche nello stile genitoriale che sembra fondarsi su un modello di rinforzo pervasivamente centrato sulla dipendenza, connotato dalla presenza di una ridotta espressività e un elevato controllo (Head, Baker & Williamson, 1991), dalla promozione di uno stile di attaccamento insicuro o invischiato (West, Rose & Sheldon-Keller, 1994) e dalla tendenza a negare i tentativi di autonomia, comunicando che l'indipendenza è piena di pericoli (Gabbard, 2015). La preoccupazione principale dei pazienti con queste caratteristiche è quella di mantenere relazioni rassicuranti e protettive, talvolta risultando assillante e ostile alla persona rappresentante l'oggetto di attaccamento. Le personalità dipendenti spesso mascherano l'aggressività attraverso la passività che protegge il soggetto dall'ostilità che viene silenziosamente espressa (Gabbard, 2015). A livello difensivo i pazienti con personalità dipendente spesso ricorrono a regressione (ritorno ad un livello di funzionamento precedente sul piano evolutivo), capovolgimento dell'affetto nel suo opposto, evitamento (tendenza ad evitare il confronto sociale) e somatizzazione (espressione del disagio psichico attraverso sintomi fisici) (Lingiardi & McWilliams, 2018).

Nel corso del trattamento con pazienti dipendenti è necessario affrontare i sentimenti di attaccamento e le percezioni che l'individuo ha rispetto alle relazioni con gli altri (Svartberg & McCullough, 2010). L'ansia di separazione e la minor forza dell'Io di questi pazienti tende a generare un transfert di dipendenza nei confronti del terapeuta che può perdurare nel tempo. È necessario che il paziente impari a considerare questa dipendenza come un mezzo per raggiungere una propria autonomia anziché considerarlo una meta in sé. Il paziente dipendente potrebbe sviluppare un transfert di idealizzazione

del terapeuta e tentare di farsi guidare da lui nelle proprie scelte di vita. Il terapeuta “deve sentirsi sereno nel frustrare queste tendenze e promuovere l’indipendenza di pensiero e di azione del paziente” (Gabbard, 2015, p. 597). Il terapeuta dovrebbe promuovere il compito di trovare un senso autentico di sé nel paziente.

A livello controtransferale i pazienti dipendenti evocano sentimenti di disprezzo e sdegno nel terapeuta oppure, in una situazione di profonda sintonia empatica, i sentimenti di dipendenza del paziente possono entrare in risonanza con i sentimenti di dipendenza inconsci del terapeuta dando luogo ad una situazione pericolosa. Il transfert di idealizzazione nel paziente potrebbe generare nel terapeuta compiacenza e gratificazione o, al contrario, potrebbe spingerlo a diventare più autoritario e direttivo (Gabbard, 2015).

Dai trascritti delle sedute del caso in esame emerge la tendenza di G. ad utilizzare difese quali l’evitamento, che gli consente di evitare le situazioni ansiogene e delegare agli altri le scelte che vive come problematiche, il capovolgimento dell’affetto e l’isolamento dell’affetto, le quali gli permettono di mantenere sotto controllo i sentimenti di natura aggressiva.

Il transfert di G. tende verso l’idealizzazione del terapeuta, il quale, sembra sperimentare un controtransfert negativo, caratterizzato da difficoltà di interazione e risentimento a causa della riluttanza nell’esplorare i propri sentimenti da parte del paziente. Durante le sedute il paziente G. risulta spesso molto distaccato dai propri sentimenti e dalle proprie emozioni ed emerge da parte del terapeuta la tendenza ad incoraggiare il paziente ad elaborarle in maniera più profonda e ad assumere una posizione direttiva, ma non autoritaria. Le principali modalità di intervento del terapeuta riguardano l’ampio ricorso ad interpretazioni, osservazioni, confrontazioni e chiarificazioni, elementi che si pongono prevalentemente verso il polo espressivo del continuum espressivo-supportivo.³

³ Il trattamento psicoterapeutico attuato è stato di orientamento dinamico espressivo-supportivo, il quale si basa su una concettualizzazione degli interventi del terapeuta che pone lungo un continuum da un lato interventi più mirati a raggiungimento di insight, comprensione e consapevolezza nel paziente, dall’altro lato interventi tesi a rafforzare le difese del paziente e le sue capacità di adattamento. Come evidenziato da Gabbard (2015), nella terapia espressivo-supportiva il terapeuta modifica i suoi interventi passando dal livello espressivo a quello supportivo in relazione alle esigenze del paziente nelle diverse fasi del processo terapeutico.

2.3 – Procedure

L'applicazione degli strumenti e l'analisi dei dati si basa interamente sulle trascrizioni *verbatim* tratte dalle audio registrazioni delle sedute. Tre giudici hanno valutato le sedute con il PQS e la SWAP-200.

I giudici sono stati adeguatamente formati con uno specifico training per una corretta applicazione degli strumenti. In una prima fase ai giudici sono state consegnate le trascrizioni di sedute relative ad un intervento di psicoterapia intensiva dinamica breve (ISTDP)⁴ già studiato in letteratura (De Bei & Montorsi, 2013; Rocco, De Bei & Mariani, 2013) e composto in totale da 14 sedute. I giudici hanno lavorato sulle sedute relative alla fase iniziale (sedute 1 – 2), alla fase centrale (seduta 7) e alla fase finale (sedute 13 – 14) della terapia. Per quanto riguarda il PQS, i giudici, dopo aver accuratamente studiato il manuale, hanno proceduto all'assegnazione dei punteggi degli item attraverso l'implementazione di una procedura computerizzata con il software Microsoft Excel (Microsoft, 2022). Le strutture di interazione ottenute dai giudici in maniera indipendente sono state poi confrontate tra loro per constatarne il grado di accordo che è risultato soddisfacente.

Per quanto riguarda la SWAP-200, il training ha compreso una lezione introduttiva sulla storia, sulle potenzialità e sull'utilizzo dello strumento e una successiva guida all'attribuzione dei punteggi. I giudici hanno compilato la SWAP-200 attraverso il software dedicato facendo riferimento alla prima e all'ultima fase della terapia (a distanza di tempo). In una seconda fase i dati ottenuti dai giudici sono stati confrontati con i risultati riportati in letteratura relativamente allo stesso caso clinico (De Bei & Montorsi, 2013; Rocco, De Bei & Mariani, 2013) constatandone un buon grado di accordo che ha determinato la chiusura del training.

Delle duecento sedute che compongono il trattamento psicoterapeutico del paziente G. ne sono state selezionate diciotto, poi ripartite in sei gruppi di tre sedute per ciascuno ad indicare sei periodi diversi del trattamento: *fase 1 (consultazione), fase 2, fase 3, fase 4, fase 5, fase 6 (chiusura del trattamento)*.

Il dettaglio delle sedute prese in considerazione è riportato in tabella 3.

⁴ Metodo proposto da Davanloo **Specificata fonte non valida.** che fa riferimento all'uso di tecniche attive come la confrontazione e l'interpretazione delle difese che emergono.

Tabella 3 – Selezione delle sedute

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 consegnate inizialmente le sedute della fase di consultazione. Dopo un attento studio delle stesse è stato possibile compilare la SWAP-200 da cui sono stati estratti i punteggi PD-T che individuano la presenza di disturbi di personalità secondo il DSM-V. L'output fornito dalla SWAP-200 è stato confrontato sia con i punteggi SWAP-200 ricavati dal clinico che ha trattato il paziente sia con i dati ricavati dal protocollo MCMI-III compilato direttamente dal paziente.

È stato quindi approfondito lo studio del processo terapeutico, attraverso il PQS, al fine di identificare possibili elementi che potrebbero fornire alcune ipotesi esplicative sui fattori sottostanti il cambiamento osservato. I giudici hanno proceduto con la compilazione degli item del PQS sulle singole sedute dei sei periodi selezionati cercando specifiche prove delle affermazioni poste negli item all'interno delle sedute. I trascritti delle fasi successive sono stati consegnati ai giudici blocco per blocco (singoli periodi da tre sedute) in maniera non ordinata e in momenti distanti nel tempo al fine di eliminare eventuali bias dovuti all'andamento generale della terapia. La siglatura PQS dei trascritti da parte dei giudici è avvenuta in maniera indipendente con un confronto finale dei risultati relativi ad ogni periodo che ha rilevato omogeneità nella distribuzione dei punteggi tra i giudici, indice di un buon grado di accordo tra gli stessi.

Il PQS ha permesso di rilevare precise descrizioni delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta relativamente alle singole sedute. Sono stati considerati gli item assegnati alle categorie più estreme: categorie 1-9 (*estremamente caratteristico-estremamente non caratteristico*) e categorie 2-8 (*decisamente caratteristico-decisamente non caratteristico*). Le strutture di interazione relative a ciascun periodo sono state valutate raggruppando gli item (o serie di item) con punteggio 1-9 e 2-8 che comparivano più frequentemente nelle tre sedute componenti il periodo (item in

comune) e si è proceduto a ricavarne una descrizione. In questo modo, gli item raccolti sono stati aggregati e discussi in base ai criteri clinici.

È stato così possibile ottenere (1) una descrizione delle strutture di interazione, (2) il monitoraggio di importanti elementi del processo (3) e informazioni sui cambiamenti nel processo che si sono verificati durante l'intero trattamento.

Con la lettura e lo studio approfondito delle sedute 198 – 199 – 200 i giudici hanno nuovamente compilato il protocollo SWAP-200 che ha restituito in output i punteggi dei fattori PD-T e Q-T relativi al termine della terapia. È stato così possibile confrontare questi dati con i risultati SWAP-200 e MCMI-III relativi al primo periodo della terapia che hanno confermato l'esito positivo del trattamento.

2.4 – Ipotesi

Nel dibattito sulla ricerca process-outcome in psicoterapia alcuni autori hanno dato maggior peso agli effetti dell'intepretazione e della conoscenza psicologica nel generare cambiamento (Castonguay & Hill, 2007), mentre altri autori reputano più importante il ruolo giocato dalle interazioni tra paziente e terapeuta nella stanza d'analisi (Hill & Knox, 2009). Il lavoro di Jones (2000) consente di portare sullo stesso piano questi due livelli e affermare che l'identificazione e l'interpretazione degli schemi relazionali disfunzionali del paziente, che nascono nella relazione con il clinico (Gabbard & Westen, 2003), costituiscono la base dell'azione terapeutica.

Gli studi che hanno analizzato le strutture di interazione in psicoterapia (Jones et al., 1992; 1993) hanno evidenziato il legame tra specifici pattern di interazione e risultati positivi della terapia. Jones, Parke & Pulos (1992) hanno osservato che il graduale spostamento dell'attribuzione causale dei loro problemi da fonti esterne ad una maggior capacità di coglierne le cause psicologiche (fonti interne) sia caratteristico delle terapie con outcome positivi. Nelle terapie con outcome negativi questa transizione non avviene. De Bei e Montorsi (2013) hanno indagato l'interazione tra paziente e terapeuta in relazione ai cambiamenti del tema relazionale conflittuale centrale (CCRT) del paziente con l'ipotesi di osservare la presenza di dinamiche transferali in una psicoterapia psicodinamica a breve termine (ISTDP), caratterizzata da un lavoro clinico fondato *sul* transfert (come modello stabile di desideri, pensieri, sentimenti e comportamenti associati proiettati sulla relazione interpersonale del paziente). I risultati a cui sono giunti hanno evidenziato un collegamento tra le chiarificazioni e le

interpretazioni dirette ai conflitti relazionali del paziente e il risultato positivo della terapia (De Bei & Montorsi, 2013). Affinchè le psicoterapie a breve termine abbiano successo, però, il paziente deve presentare pochi sintomi clinici e ben definiti e il suo livello di funzionamento deve essere buono. Nei casi più gravi, come nei disturbi di personalità, in cui i sintomi sono meno facilmente circoscrivibili, un lavoro *nel* transfert (che si dipani nella relazione terapeutica) risulta più appropriato (De Bei & Montorsi, 2013).

Il presente studio, che prende in esame una psicoterapia a lungo termine con disturbo di personalità dipendente, pone l'obbiettivo di investigare le cause che hanno contribuito a generare un cambiamento significativo nella struttura di personalità del paziente. Ci si aspetta che le strutture d'interazione che si verificano nella relazione tra paziente e terapeuta subiscano dei cambiamenti qualitativi nel corso del trattamento in linea con i risultati di studi precedenti (Jones et al, 1992, 1993; De Bei & Montorsi, 2013). Nello specifico, ci si aspetta di trovare delle strutture di interazione che richiamino le caratteristiche del processo clinico per come descritto in letteratura nel trattamento con questi pazienti. Nelle strutture di interazione del paziente ci si aspetta di notare una modalità interattiva prettamente passiva, caratterizzata dalla presenza di un transfert di dipendenza e dalla tendenza a farsi guidare dal terapeuta. Rispetto al terapeuta ci si aspetta che le strutture di interazione evidenzino modalità più direttive e/o autoritarie, che esprimano la tendenza a frustrare le richieste di dipendenza a favore dell'autonomia e la promozione della consapevolezza dei propri sentimenti nel paziente (Gabbard, 2015).

CAPITOLO III

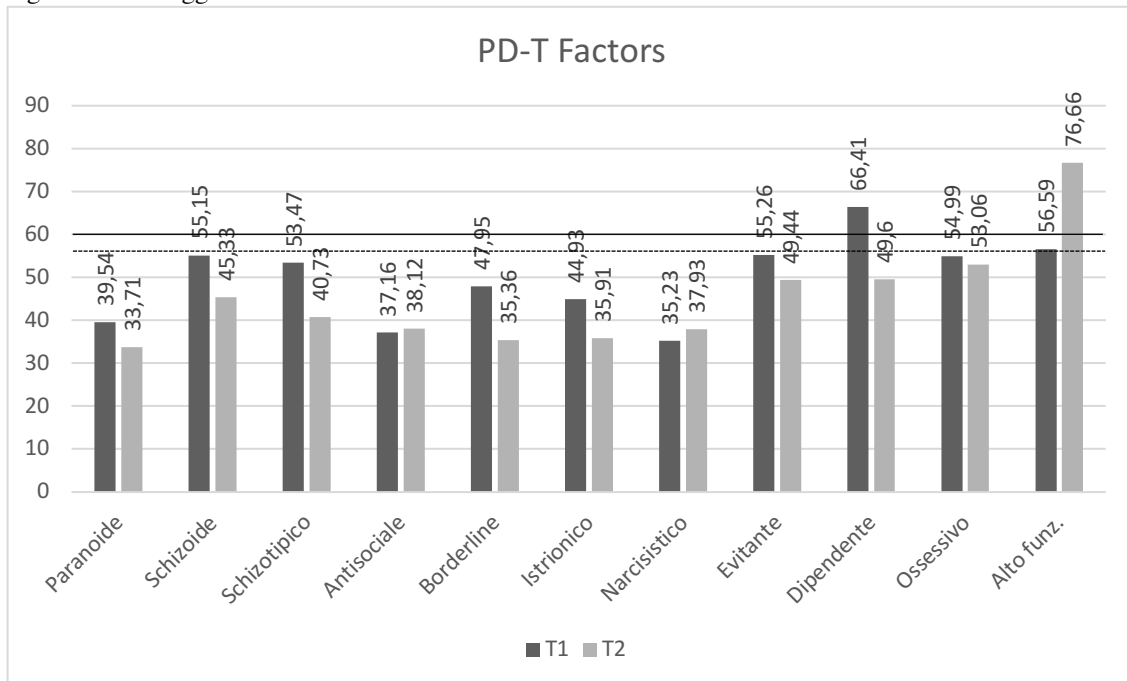
Risultati

Nel presente capitolo vengono presentati i risultati ottenuti dagli strumenti descritti nella sezione precedente. La diagnosi di personalità e la valutazione dell'esito del trattamento sono stati misurati con la SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) compilata dai tre giudici e con il protocollo *self-report* MCMI-III (Millon et al., 2006) somministrato al paziente. La valutazione del processo è avvenuta tramite la siglatura delle sedute con il metodo Q-sort del PQS (Jones, 2000) che ha permesso di ottenere delle precise descrizioni delle strutture di interazione di paziente e terapeuta nella relazione clinica.

3.1 – La diagnosi e la valutazione dell'esito del trattamento

Il metodo Q-sort della SWAP-200 è stato utilizzato sia per ottenere una valutazione della personalità del paziente sia per valutare l'esito del trattamento. Il protocollo è stato completato dai giudici all'inizio della terapia (T1), sulla base delle informazioni ottenibili dalle trascrizioni delle tre sedute di consultazione, e alla fine della terapia (T2) a partire dalle ultime tre sedute a conclusione del trattamento.

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



Il grafico in figura 2 riporta i punteggi dei fattori PD-T (standardizzati) estratti dal protocollo SWAP-200 tramite il software dedicato. I *PD factors* fanno riferimento a prototipi di personalità costruiti al fine di rispecchiare le caratteristiche dei disturbi di personalità di asse II del DSM.

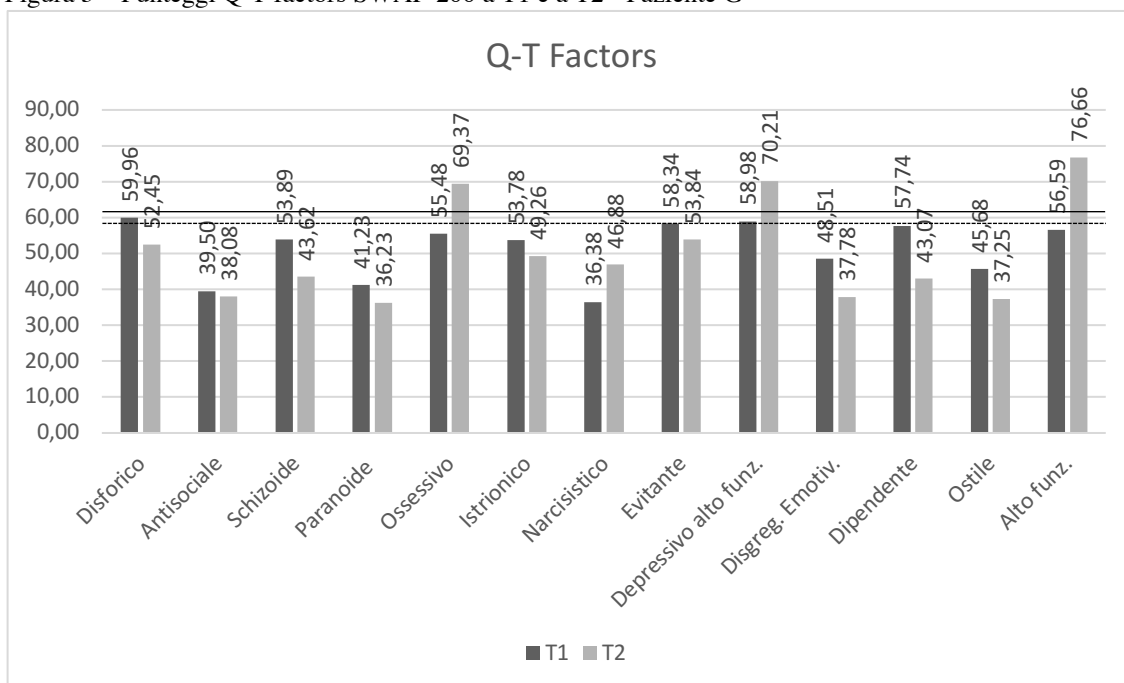
I fattori PD-T a T1 evidenziano la presenza di tratti significativi delle dimensioni Schizoide ed Evitante (punteggi compresi tra 55 e 60) e una presenza certa della dimensione Dipendente (punteggio superiore a 60). Il secondo punteggio (T2), completato in riferimento alla conclusione del trattamento, evidenzia che tutte le dimensioni critiche sono scese sotto il livello di cut-off di 55. Allo stesso tempo si è verificato un aumento della dimensione Alto funzionamento decisamente significativo (punteggio sopra il 70).

Il grafico in figura 3 riporta i punteggi dei fattori Q-T (standardizzati). I *Q Factors* sono prototipi di stili di personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 sulla base di descrizioni di pazienti reali. A T1 è possibile notare la presenza di tratti significativi (punteggi tra 55 e 60) nei fattori Alto funzionamento e Disforico. Derivati da quest'ultimo fattore troviamo elevazioni nei punteggi dei fattori di secondo ordine Evitante, Depressivo alto funzionamento (nevrotico) e Dipendente. La presenza di tratti depressivi e di alto funzionamento indica alcuni punti di forza psicologici, quali empatia ed elevati standard morali ed etici, ma in questa fase iniziale della terapia gli item hanno rilevato una tendenza a sentirsi depresso e in colpa come prevalente. A T2 (fine trattamento) i punteggi evidenziano una diminuzione nei fattori Q-T Evitante e Dipendente sotto il livello di cut-off 55. Si nota, però, una presenza certa dei fattori Q-T Ossessivo, Depressivo alto funzionamento e Alto funzionamento (punteggio superiore a 60), stili caratterizzati da un misto di tratti adattivi e disadattivi che non indicano necessariamente la presenza di disturbo di personalità. Gli item che hanno ricevuto punteggi elevati (6 e 7) relativamente a queste scale sono i seguenti: “è tendenzialmente coscienzioso e responsabile” (175), “sa esprimersi in modo articolato, sa raccontarsi” (92), “ha standard morali ed etici e si sforza di vivere alla loro altezza” (120), “sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficaci e produttivo” (2), “apprezza e sa rispondere all'umorismo” (68), “quando è necessario, sa essere assertivo” (63), “è capace di riconoscere punti di vista alternativi anche quando si tratta di argomenti che suscitano pensieri forti” (111), “è empatico, sensibile e responsivo verso i bisogni e i

sentimenti degli altri” (59), “riesce ad ascoltare una notizia minacciosa sul piano emotivo e sa usarla e trarne beneficio” (82), “sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un’intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell’altra persona” (32), “è creativo, sa affrontare i problemi in modi originali” (121), “riesce a stringere amicizie intime e di lunga durata caratterizzate da sostegno reciproco e condivisione delle esperienze” (200). Gli item sono indicativi di uno stile di personalità che funziona in modo adattivo piuttosto che della presenza di un disturbo di personalità.

Il risultato è coerente con la remissione dei sintomi, vi è una diminuzione notevole delle dimensioni che all’inizio erano oltre il cut-off.

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



Al fine di ottenere una comprensione più ampia della sintomatologia presentata, è stato somministrato al paziente il protocollo MCMI-III (Millon et al., 2006) ad inizio terapia (T1) e dopo un mese dalla fine del trattamento (T2). I punteggi standardizzati sono visibili nella figura 4. Il test valuta i disturbi relativi all’Asse I e all’Asse II del DSM, fornendo una misura dei disturbi di personalità e delle sindromi cliniche attraverso l’utilizzo di 28 scale raggruppabili in 5 categorie: *pattern di personalità clinica*, *grave patologia della personalità*, *sindromi cliniche*, *sindromi cliniche gravi* e *indici di modifica*.

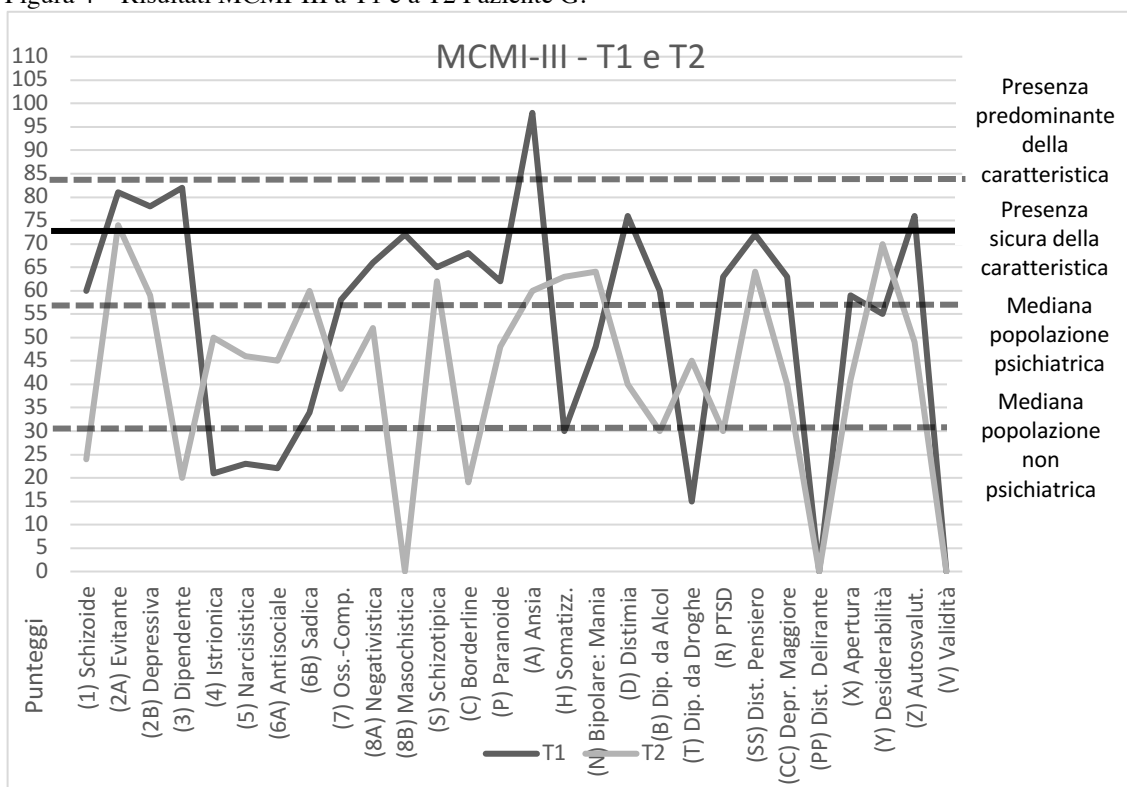
Rispetto al protocollo somministrato a T1, gli indici di modifica, che valutano lo stile di risposta dal paziente e la validità del protocollo, mostrano che G. ha risposto in modo coerente, prestando adeguata attenzione ai singoli item componenti l'inventario (X-59, V-0). Non ha cercato di rispondere con l'obiettivo di dare un'immagine di sé non aderente alla realtà e nello specifico non vi sono indicatori che voglia dare un'impressione di sé maggiormente positiva rispetto a quanto senta realmente (Y-55). È più probabile che G. tenda all'autosvalutazione e all'autocriticismo come evidenziato dalla scala Autosvalutazione (Z-76), punteggi elevati in questa scala possono indicare richiesta d'aiuto, attivazione emotiva o una percezione distorta delle proprie problematiche. Il protocollo è da considerarsi valido.

Gli indici dei pattern di personalità clinica indicano innalzamento significativo rispetto alle categorie Evitante (2A), Depressiva (2B) e Dipendente (3) ad indicare la presenza certa delle caratteristiche afferenti a tali pattern di personalità. G. si descrive teso, confuso ed oscillante tra desiderio di affetto, sentimenti di paura e bassa sensibilità affettiva. Può sentirsi annoiato e distratto da pensieri che lo confondono tanto da percepirsi alienato dalla vita, che descrive come caratterizzata da isolamento e rifiuto. Tende a ricercare la privacy per evitare la disapprovazione e la sua ipersensibilità a livello percettivo lo porta ad assumere atteggiamenti di vigilanza al fine di individuare eventuali minacce (2A-81). A livello relazionale G. si descrive pacifico e docile, accomodante e disposto a sacrificarsi, con la tendenza ad evitare le tensioni sociali e i conflitti interpersonali. Preferisce trovarsi in condizioni di sottomissione interpersonale: cerca qualcuno che lo sostenga e senza tale sostegno si sente ansioso. G. si percepisce inadeguato, debole, fragile ed inefficace e tende a sminuire le proprie abilità e competenze. Evita di asserirsi e di prendersi responsabilità e spesso sopprime emozioni "brutte" come la rabbia. G. sembra incapace di prendere l'iniziativa e il suo stile di vita è pacato, passivo e privo di eventi (3-82). Secondo i punteggi della scala Depressiva, G. descrive una certa tendenza alla tristezza, pessimismo, mancanza di gioia, inabilità ad esperienze di piacere e rallentamento motorio collegate ad un senso cronico di perdita e ad una bassa opinione di sé (2B-78). Le elevazioni in questa scala non implicano la presenza di uno stile di personalità depressivo, in quanto sono riconducibili alle elevazioni riscontrate nella scala Distimia (D-76), comunemente presente nelle persone caratterizzate da stili evitante, dipendente o passivo-aggressivo.

Le sindromi gravi di personalità non presentano motivo di preoccupazione clinica in quanto risultano sotto il cut-off.

Le scale delle sindromi cliniche rappresentano sintomi specifici connessi a distorsioni delle configurazioni di personalità di base, ma sono piuttosto transitori e legati a situazioni di stress. G. descrive senso di apprensione, reazioni fobiche, indecisione, tensione e inquietudine (A-98), sintomi ansiosi correlati con lo stile Evitante e/o Dipendente. Inoltre, G. riporta scoraggiamento legato a sentimenti di colpa, mancanza di iniziativa e scarsa autostima con una tendenza all'autobiasimo (D-76). I punteggi nell'area depressiva non indicano la presenza di depressione clinica in quanto questa andrebbe ricercata in relazione alla scala Depressione Maggiore che in G. risulta sotto il cut-off (CC-40).

Figura 4 – Risultati MCMI-III a T1 e a T2 Paziente G.



Rispetto alla somministrazione del protocollo a T2 (*follow-up* dopo un mese dalla fine del trattamento), gli indici di modifica evidenziano che G. ha risposto in modo coerente e attento (X41, V-0) senza cercare di rispondere con l'obiettivo di dare un'immagine di sé maggiormente positiva rispetto alla realtà (Y-70). La tendenza all'autosvalutazione e all'autocriticismo si posiziona sotto il livello critico (Z-45). Il

protocollo è da considerarsi valido. I punteggi relativi alle scale cliniche e ai pattern di personalità non evidenziano alcuna criticità; pertanto, è possibile affermare che il test non ha rilevato la presenza di alcuna condizione clinica necessaria di particolari attenzioni.

In conclusione, i risultati degli strumenti evidenziano la presenza di caratteristiche personologiche descrittive del disturbo dipendente di personalità (301.6/F60.7) che può essere posto come diagnosi principale secondo l'asse II del DSM. Secondariamente, G. presenta tratti afferenti al disturbo evitante di personalità (301.82/F60.6) e, a livello sintomatologico, presenta caratteristiche ansiose con tratti depressivi.

I risultati evidenziati dagli strumenti sono coerenti sia con la valutazione del clinico che ha trattato il paziente che con i dati sulla remissione dei sintomi. Inoltre, c'è concordanza tra la valutazione effettuata con la SWAP-200 dai giudici e la valutazione ottenuta dal protocollo MCMI-III compilato direttamente dal paziente. Sulla base di questi dati è possibile affermare che il cambiamento osservato abbia coinvolto sia la sintomatologia clinica sia la struttura della personalità.

4.2 – L'analisi delle strutture di interazione con il PQS

I risultati ottenuti dall'analisi di processo tramite l'applicazione del PQS (Jones, 2000) hanno permesso di rilevare le strutture d'interazione tra paziente e terapeuta per ognuna delle sei fasi selezionate della terapia. Le strutture di interazione relative a ciascun periodo sono state valutate raggruppando gli item (o serie di item) con punteggio 1-9 e 2-8 che comparivano più frequentemente nelle tre sedute componenti il periodo (item in comune) e contraddistinti dal maggior grado di accordo in merito alla valutazione dei tre giudici indipendenti. In seguito, si è proceduto a ricavarne una descrizione.

Fase 1 – Consultazione

L'analisi qualitativa delle strutture d'interazione della fase 1 ha mostrato due livelli interattivi. Il primo livello, denominato *Direttività del terapeuta* (tabella 4.1), è caratterizzato dagli item 3, 17, 31, 62, 65, e 81. In questo livello il terapeuta cerca di dirigere la relazione (17), di aiutare il paziente ad esprimere la narrazione dei suoi vissuti emotivi in maniera più chiara (3, 65, 81) e di estrapolare più informazioni (31), individuando tra queste un tema rilevante (62). Il secondo livello interattivo,

denominato *Passività del paziente* (tabella 4.2), comprende gli item 8, 20, 33, 42 e 87. Il paziente esprime il bisogno di vicinanza con una persona particolare (33), ricercando questo aspetto di dipendenza anche nella relazione terapeutica (8). Assume un comportamento compiacente nei confronti del clinico (20) assecondando le sue affermazioni (42) e lasciandosi guidare da quest'ultimo all'interno del processo (87).

Tabella 4.1 – Direttività del terapeuta

N	Descrizione item	Punteggio
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	9
17	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).	9
31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	9
65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	9
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	8

Tabella 4.2 – Passività del paziente

N	Descrizione item	Punteggio
8	Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta (vs si sente a proprio agio o ricerca la dipendenza).	1
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
33	Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	8
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
87	Il paziente è controllante.	1

Fase 2

Rispetto alle strutture d'interazione della fase 2, sono stati evidenziati tre livelli interattivi. Il primo livello è stato denominato *Senso di colpa del paziente* (tabella 4.3) e comprende gli item 22, 30, 34, 71, 76. In questo livello il terapeuta affronta il senso di colpa del paziente (22) e cerca di spronarlo a non assumersi livelli troppo elevati di responsabilità per i suoi problemi (76). Il paziente d'altro canto accusa eccessivamente sé stesso, esprimendo sentimenti di colpa elevati (34, 71). Il dialogo, inoltre, si attesta su un piano prettamente cognitivo, in cui vengono esaminate credenze disfunzionali (30). Il secondo livello, denominato *Direttività del terapeuta* (tabella 4.4), ingloba gli item 12, 17, 31, 80 e 93. In questo livello sono presenti momenti di silenzio che sembrano riflettere un certo grado di difficoltà emotiva del paziente (12), ai quali il terapeuta cerca

di far fronte controllando attivamente l'interazione (17), spingendo il paziente ad elaborare maggiori informazioni (31) e tentando di fornire interpretazioni alternative degli eventi in contrasto con la visione del paziente (80, 93). Il terzo livello, denominato *Esplorazione collaborativa* (tabella 4.5), racchiude gli item 9, 14, 18, 25, 45, 56 e 63. Il terapeuta adotta un atteggiamento interpretativo, caratterizzato da alti livelli di espressività (45), sintonizzazione empatica con i sentimenti del paziente (9) e da una modalità non giudicante nel sostenere le affermazioni del paziente (18). Il paziente si sente compreso dal clinico (14), esprime i suoi affetti in maniera coinvolta (56) e comunica apertamente durante le sedute (25). Il focus principale delle sedute è rappresentato dalle relazioni interpersonali del paziente.

Tabella 4.3 – Senso di colpa del paziente

N	Descrizione item	Punteggio
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.	1
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	1
71	Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa.	9
76	Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.	2

Tabella 4.4 – Direttività del terapeuta

N	Descrizione item	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
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	8
93	Il terapeuta è neutrale.	2

Tabella 4.5 – Esplorazione collaborativa

N	Descrizione item	Punteggio
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	2
18	Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica disapprovazione, mancanza di accettazione).	8
25	Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.	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
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	9

Fase 3

La fase 3 ha messo in evidenza due livelli di interazione. Il primo livello, denominato *Collaborazione empatica* (tabella 4.6), riassume gli item 6, 9, 14, 24, 51, 56, 93, 99. Il terapeuta si dimostra sintonizzato con i sentimenti del paziente (6), rilassato e non sopraffatto dal controtransfert (24), coinvolto e aperto al confronto (9, 51), accettando e sostenendo il punto di vista del paziente (93, 99). Il paziente a sua volta si sente in contatto con i propri vissuti emotivi (56) e contemporaneamente compreso dal clinico (14). Il secondo livello, definito *Focus sulla dipendenza* (tabella 4.7), racchiude gli item 23, 29, 33, 35, 48, 62, 69 e 100. In questo livello il dialogo è focalizzato sulla vita attuale e sul sé del paziente (35, 69), in particolare sul tema della dipendenza (23, 33, 29) che viene riconosciuto dal terapeuta (62). Il terapeuta in questa fase incoraggia il paziente ad esprimere maggiormente la propria indipendenza (48) creando collegamenti tra le relazioni del paziente e la loro relazione terapeutica (100).

Tabella 4.6 – Collaborazione empatica

N	Descrizione item	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.	1
24	I conflitti emotivi del terapeuta 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
93	Il terapeuta è neutrale.	2
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	2

Tabella 4.7 – Focus sulla dipendenza

N	Descrizione item	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
48	Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni.	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
100	Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni.	8

Fase 4

Nella fase 4 sono stati individuati due livelli interattivi. Il livello *Collaborazione empatica* (tabella 4.8), coinvolge gli item 6, 9, 14, 58 e 97. Il paziente si dimostra disposto a indagare i propri pensieri e sentimenti senza opporre resistenza (58, 97) e dimostra di sentirsi compreso dal terapeuta (14). Il terapeuta a sua volta appare emotivamente sintonizzato e coinvolto (6, 9). Il secondo livello, denominato *Espressività del terapeuta* (tabella 4.9), include gli item 40, 45, 62, 65, 80, 99. Il terapeuta adotta un atteggiamento espressivo (45) con il quale riformula le affermazioni del paziente (65), effettua interpretazioni riguardanti persone della vita del paziente (40), individua una tematica ricorrente all'interno della narrazione (62), presenta eventi da una prospettiva differente per generare insight (80) e mette in discussione il punto di vista del paziente (99).

Tabella 4.8 – Collaborazione empatica

N	Descrizione item	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
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	1
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9

Tabella 4.9 – Espressività del terapeuta

N	Descrizione item	Punteggio
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
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	1
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.	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

Fase 5

La fase 5 evidenzia due livelli di interazione. Il livello *Espressività del terapeuta* (tabella 4.10), racchiude gli item 9, 32, 45, 63 e 89. In questo livello, in cui le relazioni interpersonali del paziente hanno un ruolo di primo piano (63), il terapeuta manifesta

vicinanza emotiva e coinvolgimento (9). Adotta un atteggiamento espressivo (45) non agendo per rafforzare le difese del paziente (item 89) e portando quest'ultimo al raggiungimento di un insight (32). Il livello *Proattività del paziente* (tabella 4.11) contiene gli item 15, 58, 70, 73, 88, e 97. In questo livello il paziente affronta gli argomenti di sua iniziativa (15) senza opporre resistenza al terapeuta (58) e regolando efficacemente i propri sentimenti (70). Si dimostra introspettivo (97), riporta spontaneamente materiale significativo (88) e si impegna efficacemente nel lavoro terapeutico (73).

Tabella 4.10 - Espressività del terapeuta

N	Descrizione item	Punteggio
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	9
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	2
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	8
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2

Tabella 4.11 – Proattività del paziente

N	Descrizione item	Punteggio
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	1
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	1
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.	2
73	Il paziente si impegna nel lavoro terapeutico.	8
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	9
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9

Fase 6 – Chiusura del trattamento

All'interno della fase 6, corrispondente alla sezione conclusiva del trattamento, sono stati ravvisati due livelli interattivi, di cui uno composto da due sottolivelli sequenziali. Il livello *Senso di efficacia del paziente* (tabella 4.12) è costituito dagli item 5, 15, 32, 34, 42, 56, 58, 59 72 e 97. Il paziente si dimostra attivo (15) e introspettivo (97). Comprende chiaramente gli interventi del terapeuta (5) e li accetta pacificamente (42). Sembra comprendere efficacemente i meccanismi della terapia (72): non oppone resistenza ad esaminare i propri vissuti (58) e manifesta vicinanza ai propri sentimenti

(56) nel culminare al raggiungimento di insight (32). Inoltre, il paziente sembra in grado di assumere un senso di responsabilità adeguato per i problemi con cui si confronta (34) e sperimentare un importante senso di efficacia (59). Nel corso delle ultime sedute del trattamento è stato possibile notare la transizione dell'atteggiamento del terapeuta da un polo espressivo ad un polo supportivo. L'analisi delle strutture di interazione delle tre sedute ha consentito di valutare la presenza di due sottolivelli caratterizzanti questa fase. Il primo sottolivello, *Espressività del terapeuta* (tabella 4.13), contiene gli item 40, 45, 46, 80 e 93. In questo sottolivello il terapeuta adotta un atteggiamento maggiormente espressivo (45), teso ad effettuare interpretazioni chiare (40, 46) e ad offrire punti di vista personali e alternativi al paziente (80, 93). Il secondo sottolivello, *Supportività del terapeuta* (tabella 4.14), racchiude gli item 6, 9, 14, 28, 45, 77 e 99. A questo punto del trattamento il terapeuta adotta uno stile maggiormente supportivo (45), dimostrandosi delicato (77), emotivamente sintonizzato nei confronti del paziente (6, 9) e validando le percezioni di quest'ultimo (99). Inoltre, sembra percepire efficacemente il processo terapeutico (28). Il paziente, dal canto suo, si sente compreso dal terapeuta (14).

Tabella 4.12 – Senso di efficacia del paziente

N	Descrizione item	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
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	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
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	2
59	Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs efficace e superiore).	2
72	Il paziente comprende la natura della terapia e ciò che ci si può aspettare da essa.	9
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	8

Tabella 4.13 – Espressività del terapeuta (sottolivello 1)

N	Descrizione item	Punteggio
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
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	2
46	Il terapeuta comunica con il paziente in uno stile chiaro e coerente.	8
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	9
93	Il terapeuta è neutrale.	2

Tabella 4.14 – Supportività del terapeuta (sottolivello 2)

N	Descrizione item	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.	1
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	8
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
77	Il terapeuta è privo di tatto.	2
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	2

CAPITOLO IV

Discussione

4.1 Discussione dello studio

La ricerca in psicoterapia a partire dagli anni '50 ha conosciuto importanti progressi. Gli innumerevoli dati raccolti dagli studi di meta-analisi relativi all'esito della psicoterapia ne hanno confermato l'efficacia rispetto al placebo e alle terapie farmacologiche (Migone, 2006) mentre gli studi sul processo hanno permesso di cogliere importanti caratteristiche dell'azione terapeutica come l'influenza di fattori specifici e aspecifici (Lambert & Barley, 2002). Infine, la *Process-outcome Research* ha iniziato a studiare i processi che conducevano ad un determinato outcome terapeutico attraverso lo studio intensivo di ciascun caso clinico, riuscendo a connettere quanto avviene in seduta con i risultati della terapia stessa (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Storicamente, il dibattito in questo ambito si polarizza da una parte sulla predominanza dei costrutti di insight e consapevolezza implicati nel generare cambiamento (Castonguay & Hill, 2007) e dall'altra parte sul ruolo dell'interazione interpersonale nella relazione terapeutica come determinante dell'outcome (Hill & Knox, 2009). Il concetto di *strutture di interazione* proposto da Jones (2000) ha dimostrato che le interpretazioni del terapeuta e l'insight nel paziente possono essere compresi solamente all'interno di un contesto interattivo che caratterizza la relazione terapeutica.

Questo lavoro di tesi si pone nell'ambito della *Process-outcome Research* in psicoterapia e ha l'obiettivo di osservare in modo sistematico l'evoluzione delle strutture di interazione di paziente e terapeuta in relazione all'outcome della terapia. A partire dalle trascrizioni *verbatim* delle sedute di una psicoterapia psicodinamica classica sono state valutate le strutture interattive rispetto a sei diverse fasi del trattamento con lo Psychotherapy Process Q-set (PQS). Il protocollo PQS è stato applicato da tre giudici indipendenti e ha permesso di ottenere descrizioni precise delle strutture d'interazione per ciascuna delle sedute. A partire da questi dati è stato possibile estrarre gli item più rilevanti relativamente alle tre sedute componenti ogni periodo e

caratterizzati da un maggiore grado di accordo tra i giudici. Sono state quindi prodotte delle descrizioni delle strutture di interazione rappresentative di ogni periodo.

Le sedute in esame sono state estrapolate da una psicoterapia psicodinamica con un paziente con disturbo di personalità. La misurazione dell'outcome è stata indagata attraverso due strumenti di valutazione diagnostica, la SWAP-200 e il MCMI-III, compilati ad inizio terapia (T1) e a fine trattamento (T2). Il protocollo *clinician-report* della SWAP-200 è stato compilato da tre giudici a partire dai trascritti delle tre sedute di consultazione ed ha permesso di valutare il funzionamento generale della personalità del paziente e di ottenere una descrizione delle sue caratteristiche coerente con il quadro di "disturbo dipendente di personalità con tratti evitanti" secondo il DSM. Al fine di ottenere una valutazione più approfondita, questo dato è stato confrontato con l'inventario di personalità MCMI-III, uno strumento *self-report* compilato direttamente dal paziente prima di iniziare la terapia, che ha riportato in output dati coerenti con la diagnosi posta. In un secondo momento, dopo aver attentamente studiato le ultime tre sedute del trattamento, i tre giudici hanno nuovamente compilato la SWAP-200 rilevando una misura oggettiva del cambiamento prodottosi nel paziente a livello funzionale e personologico. I dati ottenuti hanno trovato riscontro positivo anche rispetto all'output MCMI-III compilato dal paziente al *follow-up*, ossia ad un mese dal termine del percorso terapeutico, che ha evidenziato una remissione delle caratteristiche relative all'assetto di personalità patologico e alla sintomatologia clinica presentati all'inizio. I risultati evidenziati dagli strumenti si sono dimostrati coerenti anche con la valutazione del clinico che ha trattato il paziente. Sulla base di questi dati è stato possibile affermare che il cambiamento osservato abbia coinvolto sia la sintomatologia clinica sia la struttura della personalità.

Le ipotesi dello studio volevano investigare le cause che hanno contribuito a generare un cambiamento significativo nella struttura di personalità del paziente attraverso l'osservazione di variazioni qualitative nelle strutture d'interazione di paziente e terapeuta nel corso del trattamento, in linea con i risultati ottenuti da studi precedenti e in accordo con le caratteristiche del processo clinico per come descritto in letteratura nel trattamento con questi pazienti. Nello specifico, è stato fatto riferimento allo studio di Jones e collaboratori (1992) i quali hanno evidenziato come questi cambiamenti avvengano in maniera graduale durante il percorso terapeutico. Le

strutture di interazione hanno delineato uno spostamento dell'attribuzione causale dei problemi da fonti esterne ad una maggior capacità di coglierne le cause psicologiche (fonti interne) nei pazienti la cui terapia aveva avuto un outcome positivo. Nelle terapie con outcome negativi questa transizione non avveniva. Un altro dato preso in considerazione riguarda un'indagine qualitativa delle strutture di interazione in relazione al CCRT, in cui è stato evidenziato un collegamento tra le chiarificazioni e le interpretazioni dirette ai conflitti relazionali del paziente e il risultato positivo della terapia (De Bei & Montorsi, 2013). Infine, ci si aspettava che le strutture di interazione potessero cogliere le caratteristiche del processo clinico per come descritto in letteratura nel trattamento con questi pazienti (Gabbard, 2015).

I dati osservati nel lavoro di ricerca presentato in questa tesi hanno individuato l'effetto di caratteristiche interattive specifiche del paziente e di specifici interventi del terapeuta nel determinare il raggiungimento dell'outcome finale, in linea con la teoria di Jones sull'azione terapeutica (2000).

Durante la prima fase del trattamento (*Fase 1*) l'analisi delle strutture d'interazione ha evidenziato un atteggiamento passivo del paziente che generava nel terapeuta un'attitudine a dirigere la relazione, nel tentativo di estrapolare maggiori informazioni. Nella *Fase 2*, la passività del paziente G. si è tramutata in manifestazioni del suo senso di colpa, il quale rappresenta certamente un pattern disfunzionale ma è descrittivo di una transizione ad un atteggiamento più aperto nei confronti del terapeuta. Sempre in questa fase permane la struttura interattiva *Direttività del terapeuta*, ad indicare un atteggiamento direttivo dello stesso, ma si aggiunge il livello definito *Esplorazione collaborativa* caratterizzato dalla presenza di cooperazione tra i due nella misura in cui il terapeuta adotta un atteggiamento empatico ed interpretativo e il paziente si lascia andare al processo clinico. Verso la fase centrale della terapia si riscontra un ulteriore avanzamento in senso positivo del processo terapeutico. Permane un livello cooperativo di interazione, che nella *Fase 3* viene denominato *Collaborazione empatica*, ad indicare l'atteggiamento empatico del terapeuta e l'apertura emotiva del paziente relativamente al focus terapeutico, la dipendenza, delineato dalla struttura di interazione *Focus sulla dipendenza*. Nella *Fase 4*, il permanere di una relazione collaborativa consente al terapeuta di adottare uno stile maggiormente espressivo, dedito all'interpretazione delle problematiche riportate con l'obiettivo di generare insight nel paziente. Verso l'ultima

parte della terapia, nella *Fase 5*, all'espressività del terapeuta si associa un atteggiamento proattivo da parte del paziente che suggerisce la buona riuscita delle interpretazioni del clinico nel destrutturare le difese del paziente G., il quale ora si dimostra in grado di esplorare autonomamente i propri contenuti mentali alla ricerca di soluzioni alternative e più mature alle problematiche riportate. Nella *Fase 6* le strutture di interazione hanno evidenziato il raggiungimento di insight da parte del paziente, ora consapevole delle proprie abilità relazionali e di problem-solving che l'hanno portato a sperimentare un significativo senso di efficacia. Le strutture di interazione relative al terapeuta descrivono il passaggio da uno stile espressivo (predominante nel corso dell'intero trattamento) ad uno stile prevalentemente supportivo, al fine di sostenere il paziente nella comune fase di regressione che spesso incorre nelle battute finali della terapia, rafforzandone l'indipendenza e consentendone l'uscita dal trattamento.

L'analisi qualitativa dei risultati del PQS evidenzia una progressiva transizione da strutture interattive disfunzionali a modalità d'interazione più efficaci nella relazione tra paziente e terapeuta. È possibile osservare questa transizione accadere su tre livelli che differenziano il piano del paziente, del terapeuta e dell'interazione tra i due. Il piano del terapeuta evidenzia il passaggio da uno stile direttivo-investigativo, descritto dagli item 17, 31 e 81 nelle fasi iniziali (fasi 1, 2 e 3), ad uno stile direttivo-interpretativo, definito dagli item 40, 45, 45 e 80 nelle fasi finali (fasi 4, 5 e 6). A livello del paziente, l'effetto dell'azione terapeutica sembra compiersi nel passaggio da una tendenza a lasciarsi guidare passivamente all'interno della relazione, descritta dagli item 8, 20, 22, 29, 33, 48 e 87 nelle fasi iniziali (fasi 1, 2 e 3) ad un atteggiamento proattivo ed introspettivo legato alla comparsa di un senso di efficacia, descritto dagli item 15, 32, 34, 58, 72, 73, 88 e 97 nelle fasi finali (fasi 4, 5 e 6). Questi cambiamenti sembrano essere correlati con il clima relazionale nell'interazione tra paziente e terapeuta. Si nota il passaggio da modalità interattive disequilibrate (il terapeuta è direttivo e il paziente è passivo), descritte dagli item 12, 31, 65, 81 e 87 nelle fasi iniziali (fasi 1, 2 e 3), a modalità di interazione caratterizzate da esplorazione, collaborazione ed empatia, come riportano gli item 6, 9, 14, 56, 58 e 97 nelle fasi finali del trattamento (fasi 4, 5 e 6).

I risultati ottenuti si dimostrano in linea con gli studi di Jones e collaboratori (1992) e De Bei & Montorsi (2013). Jones e collaboratori (1992) hanno evidenziato nelle terapie con outcome positivi una transizione (nel paziente) da una tendenza ad

affrontare i propri problemi con attribuzioni di responsabilità a fonti esterne ad una propensione a comprenderne le cause psicologiche interne. Sembra sia possibile affermare che nella terapia del paziente G. si sia verificato un passaggio da un'iniziale atteggiamento di passività, in cui la responsabilità delle proprie scelte veniva scaricata sulle persone di cui G. era dipendente, ad un atteggiamento proattivo nella fase conclusiva del trattamento, in cui si nota il riconoscimento di fonti psicologiche interne relativamente alle proprie condizioni problematiche. Un aspetto distintivo di questi risultati si può trovare nelle strutture di interazione relative alla prima parte della terapia, nello specifico la struttura *Senso di colpa del paziente*, che contiene gli item "Il paziente (non) accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà" (34) e "Il terapeuta (non) suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi" (76)⁵, che potrebbe indicare attribuzione di responsabilità interna nel paziente. Tale ambiguità può essere meglio spiegata se si considera il contesto interattivo, in cui il paziente sperimenta senso di colpa, in relazione alle strutture *Passività del paziente* e *Focus sulla dipendenza*, le quali descrivono la tendenza di G. ad aggrapparsi agli altri nella soluzione dei propri problemi. In quest'ottica non sembra plausibile affermare una attribuzione di responsabilità interna rispetto alle condizioni del paziente, poiché questa viene mantenuta solo ai fini di auto-colpevolizzazione. È predominante la tendenza a delegare ad altri la responsabilità rispetto alle scelte e alle decisioni personali (come evidenziano gli item "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 terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni" (48) e "Il paziente (non) è controllante" (87).

Il cambiamento osservato nelle strutture di interazione del paziente G. rispetto all'inizio del trattamento evidenzia una maggiore autonomia decisionale e la comparsa di un positivo senso di efficacia rispetto alle proprie capacità emotive e relazionali. Come supportato dal confronto degli item caratteristici delle prime fasi della terapia con quelli trovati nella fase finali di conclusione del trattamento, che hanno mostrato un progressivo passaggio dalla tendenza del paziente a parlare di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno (33), adottare un comportamento compiacente (20),

⁵ Il testo degli item è stato capovolto al negativo in quanto tali item hanno ricevuto il punteggio 1 o 2, che indica aspetti non caratteristici dell'interazione. Quindi non presenti, ma descrittivi poiché indicano l'assenza di un particolare aspetto comportamentale o esperienziale.

cercare la vicinanza (29) e la dipendenza (8) a sperimentare sentimenti di efficacia e superiorità (59), adottare un atteggiamento attivo (15) e ricercare internamente le cause delle proprie difficoltà (34).

Queste affermazioni sembrano in linea anche con lo studio di De Bei e Montorsi (2013) i quali evidenziano nella natura direzionale della tecnica del terapeuta, caratterizzata da chiarificazioni e interpretazioni dirette ai conflitti relazionali del paziente, la chiave per definire e chiarire le dinamiche sottostanti le problematiche del paziente al fine di produrre una ristrutturazione cognitiva. Nelle fasi 4, 5 e 6 della terapia la struttura di interazione *Espressività del terapeuta* testimonia la tendenza del terapeuta ad effettuare interpretazioni (negli item 9, 45, 62, 65, 80, 89 e 99). Come osservato da Crits-Christoph e Connolly (1998), le interpretazioni portano ad outcome positivi se effettuate nel contesto di una buona alleanza terapeutica. Le strutture di interazione *Collaborazione empatica* e *Proattività del paziente* (item 6, 9, 14, 15, 58, 73, 88 e 97) supportano l'esistenza di una relazione positiva e cooperativa tra paziente e terapeuta. I dati confermano l'ipotesi che la direttività del terapeuta e le sue interpretazioni nel contesto di una buona alleanza terapeutica abbiano influito positivamente nel ristrutturare la personalità del paziente.

Una comprensione più specifica degli eventi che hanno prodotto cambiamenti significativi è stata trovata in risposta all'ipotesi centrale dello studio, che desiderava indagare nelle strutture di interazione la presenza di caratteristiche del processo clinico nel trattamento con pazienti dipendenti come descritto in letteratura (Gabbard, 2015). Nelle strutture di interazione del paziente ci si aspettava di trovare lo sviluppo di una dipendenza verso il terapeuta, caratterizzata da modalità interattive prettamente passive, dalla presenza di un transfert di dipendenza e dalla tendenza a farsi guidare dal terapeuta. Rispetto al terapeuta ci si aspettava che le strutture di interazione potessero evidenziare il ricorso ad interpretazioni e chiarificazioni e la presenza di modalità più direttive e/o autoritarie, così come la tendenza a frustrare le richieste di dipendenza a favore dell'autonomia e la promozione della consapevolezza dei propri sentimenti nel paziente (Gabbard, 2015). Relativamente alle prime fasi della terapia (fasi 1, 2 e 3) le strutture di interazione evidenziano l'instaurarsi di un attaccamento di dipendenza del paziente nei confronti del terapeuta e dall'assunzione di un atteggiamento prettamente passivo. Gli item più esplicativi sono "Il paziente è preoccupato o in conflitto per la

propria dipendenza dal terapeuta (vs si sente a proprio agio o ricerca la dipendenza)” (8), “Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta” (42), “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). Nelle successive fasi (fasi 4, 5 e 6) le strutture di interazione hanno evidenziato nel terapeuta l’adozione di uno stile espressivo, caratterizzato da interpretazioni e chiarificazioni volte a promuovere l’indipendenza. Come sottolineano gli item “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)” (40), “Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa” (80), “Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente)” (99), “Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente” (62), “Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente” (65), “Il terapeuta (non) adotta un atteggiamento supportivo” (45), “Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight” (32), “Il terapeuta (non) agisce per rafforzare le difese del paziente” (89). L’atteggiamento del clinico nel corso del trattamento, soprattutto nelle fasi iniziali, è risultato marcatamente direttivo e descritto sulla base degli 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). L’atteggiamento direttivo può essere esplicativo dei sentimenti di controtransfert provati dal terapeuta, il quale non ha assunto un atteggiamento eccessivamente autoritario che avrebbe potuto rivelarsi sfavorevole per il buon esito della terapia.

Lo studio ha soddisfatto tutte le ipotesi di ricerca pur presentando diversi limiti come la presentazione di dati per lo più qualitativi che non consentono di trarre conclusioni inequivocabili. Tuttavia, si pone come uno studio esplorativo che può essere utile per generare nuove ipotesi di ricerca da analizzare poi sperimentalmente.

4.2 Conclusioni

Questo studio ha indagato l'influenza di fattori processuali rispetto all'outcome in psicoterapia. L'obiettivo è stato quello di osservare in modo sistematico l'evoluzione delle strutture di interazione di paziente e terapeuta in relazione all'outcome di una terapia psicodinamica classica. Le trascrizioni delle sedute prese in esame (sei gruppi di tre sedute relative a sei fasi diverse del trattamento, diciotto sedute in totale) sono state analizzate con la metodologia Q-sort del PQS al fine di estrapolare descrizioni specifiche delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta. Tali dati sono stati messi a confronto con i dati ottenuti dagli strumenti diagnostici (SWAP-200 e MCMI-III) che hanno permesso di valutare il funzionamento del paziente pre e post trattamento confermando l'esito positivo dello stesso.

È stato possibile (1) osservare una progressiva transizione da strutture interattive disfunzionali a modalità d'interazione più efficaci nella relazione tra paziente e terapeuta verificatasi su tre livelli che differenziano il piano del paziente, del terapeuta e dell'interazione tra i due; (2) confermare i dati ottenuti da studi precedenti: è stata individuata nell'interazione del paziente una transizione da una tendenza ad affrontare i propri problemi con attribuzioni di responsabilità a fonti esterne ad una propensione a comprenderne le cause psicologiche interne, in linea con lo studio di Jones et al. (1992) ed è stato evidenziato un collegamento tra le chiarificazioni e le interpretazioni dirette ai conflitti relazionali del paziente e il risultato positivo della terapia, in linea con quanto trovato da De Bei e Montorsi (2013); (3) rilevare nelle strutture di interazione i fattori che tipicamente caratterizzano il trattamento di pazienti con disturbo di personalità dipendente (Gabbard, 2015).

Lo studio presenta diversi limiti, primo fra tutti quello di fornire esclusivamente informazioni di natura qualitativa. L'impiego di strumenti di analisi fattoriale per rilevare le co-occorrenze negli item del PQS avrebbe certamente restituito risultati più "solidi" dal punto di vista metodologico e scientifico. Tuttavia, studi esplorativi come il presente progetto di tesi si dimostrano utili al fine di raccogliere dati preziosi, verificare ipotesi poste da altri autori, allargare il campo d'azione della ricerca e generare nuove ipotesi da analizzare poi sperimentalmente.

I risultati di questo studio potrebbero essere estesi a un livello più approfondito applicando la metodologia del PQS ad altri diversi approcci psicoterapeutici (es. terapia

cognitiva, terapia strategica) e con altri tipi di pazienti (ad esempio, risulterebbe interessante indagare le variazioni nelle strutture di interazione con un paziente affetto da un disturbo borderline di personalità). Inoltre, futuri sviluppi di tale metodologia potrebbero considerare una psicoterapia condotta da un terapeuta diverso, a partire dal presupposto che le caratteristiche del terapeuta possano giocare un ruolo di qualche tipo rispetto all'esito della terapia.

Bibliografia

- 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*, 14-48.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5* (Quinta Edizione). (M. Biondi, A cura di) Milano: Ed. It. Raffaello Cortina Editore.
- 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*, 717.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano 2006: Tr. it. Raffaello Cortina.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., & Harwood, T. M. (2000). The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: first results. Paper presentato all'*Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Chicago, IL.
- Blatt, S., & Ford, R. (1994). *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*. New York: Plenum Press.
- Brown, S. (1996). Q-methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research* (6), 561-567.
- 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.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007). *Insight in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. In *Tr. it. in Psicoterapia e Scienze Umane* (capitoli 3 e 6).
- Chused, J. (1991). The Evocative Power of Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (39(3)), 615-640.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (1999). *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano 2000: Tr. it. Raffaello Cortina.
- Colli, A., & Lingiard, V. (2001). Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai manoscritti delle sedute: il sistema IVAT. *Convegno nazionale della Society for Psychotherapy Research*. Palermo, 18-21 ottobre: Raffaello Cortina.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1998). Empirical basis of supportive-expressive psychodynamic psychotherapy. In R. F. Bornstein, & J. M. Masling, *Empirical studies of the therapeutic hour* (p. 109-151).
- Davidson, K., & MacGregor, M. (1996). Reliability of an idiographic Q-sort measure of defense mechanism. *Journal of Personality Assessment*(66), 624-639.
- Davidson, R., & Fox, N. (1982). Asymmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in human infants. *Science*, 218, pp. 1235-7.
- Davison, G., & Lazarus, A. (1994). Clinical Innovation and Evaluation. *Clinical Psychoanalysis: Science and Practice*, 157-167.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, A. Colli, N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. (p. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dazzi, N., Lingiard, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Bei, F., & Montorsi, A. (2013). Interaction Structure and Transference Patterns in Brief Psychotherapy: A Single-case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 24-32.
- Durlak, J. A. (1999). Meta analytic research methods. In P. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck, *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (A cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (quarta edizione ed., p. 114-139). New York: John Wiley and Sons.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Personality Assessment*, 53, 3, pp. 520-536.

- Fonagy, P. (2004). Psychotherapy meets neuroscience. *Psychiatric Bulletin*, 28, pp. 357-359.
- Freedheim, D. (1992). *Storia della psicoterapia. Un secolo di cambiamenti*. Roma: Tr. it. Edizioni Scientifiche Magi.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata Sul DSM-5*. (5. Ed. ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *International Journal of Psycho-Analysis* (84), 823– 841.
- Gazzillo, F. (2006). La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (A cura di), *La Ricerca In Psicoterapia. Modelli e Strumenti* (p. 609-629). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Giles, M. (2002). *Advanced Research Methods in Psychology*. New York: Routledge.
- Grünbaum, A. (1986). The placebo concept in medicine and psychiatry. *Psychological Medicine*, 16, pp.19-38.
- Hauser, S. (2005). The legacy of Enrico Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 535-539.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 13-29.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. (38), 985–1016.
- 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), 381-394.
- Jones, E. E., Parke, L. A., & Pulos, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 16-30.
- 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, pp. 1-275.
- Kiesler, D. (1973). *The Process of Psychotherapy: Empirical Foundations and Systems of Analysis*. Chicago: Aldine.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Quinta edizione). (M. Lambert, A cura di) 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.
- Lingiard, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. (p. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiard, V., & Dazzi, N. (2008). Introduzione all'edizione italiana. In E. E. Jones, *L'azione Terapeutica: Una Guida alla Terapia Psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiard, V., & Fontana, A. (2003). La ricerca single-case: valutazioni e obiettivi. *Ricerca in psicoterapia* (6), 117-134.
- Lingiard, V., & McWilliams, N. (A cura di). (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), 1198.
- Luborsky, L. (1967). Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: A theory and research method. In R. Holt (A cura di), *Motives and Thought. Psychoanalytic Essays in Honour of David Rapaport*. New York: International University Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Torino: tr. it. Bollati Boringhieri (1989).
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* (32), 995-1008.
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q-methodology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- McLaughlin, J. (1991). Clinical and Theoretical Aspects of Enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (39(3)), 595-614.

- Microsoft. (2022). Microsoft Word per Mac.
- 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, pp. 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*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Saunders.
- Nicholson, R. A., & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin* (93), 261-278.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy Relationship That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- OPD, A. (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual* (3rd ed.). Göttingen: Huber.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*.
- Parloff, M. (1985). Stato attuale sulla ricerca dei risultati in psicoterapia. *trad. it. in Psicoterapia e Scienze Umane*, XXII, 1988, 3, pp. 9-39.
- Perry, J., & Cooper, S. (1989). An empirical study of defense mechanism. Clinical interview an life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 444-452.
- Robinson, L. B. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin* (108), 30-49.
- 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.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- 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. *Psychotherapy and Psychosomatics* (47), 29-58.
- 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.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis* (3(1)), 43-47.
- Sloane, R., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy Versus Behaviour Therapy*. Harvard University Press.
- Spence, D., Dahl, H., & Jones, E. E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting Clinical Psychology* (61), 395-402.
- Stern, B., Caligor, E., Roose, S., & Calrkin, J. (2004). The Structured Interview for Personality Organisation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1223-1224.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (A cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). Cluster C personality disorders: prevalence, phenomenology, treatment effects and principles of treatment. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (A cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- 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* (36), 10-13.
- Wallerstein, R. (2005). La ricerca sull'outcome. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (A cura di), *Tr. it. in Psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Weiss, J., & Sampson, H. (1986). Testing an alternative psychoanalytic explanations of the therapeutic process. In J. Masling, *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories* (Vol. 2, p. 1–26). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- 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., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.