



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica**

**Elaborato Finale**

**Vis Unita Fortior:**

**Strutture d'Interazione e metodo PQ-s**

**in un'analisi single-case del processo in psicoterapia**

*Vis Unita Fortior:*

*Interaction Structures and PQ-s method  
in a single-case analysis of psychotherapy process*

*Relatore*

Prof. Diego Rocco

***Laureando: Matteo Balboni***

***Matricola: 2016629***

Anno Accademico 2021/2022



# INDICE

<b>CAPITOLO I - LA RICERCA IN PSICOTERAPIA</b>	<b>5</b>
1.1 L'OUTCOME RESEARCH	5
1.2 LA PROCESS RESEARCH	8
1.3 LA PROCESS-OUTCOME RESEARCH	9
1.4 LA SIGNIFICATIVITÀ DEI RISULTATI	10
1.5 LA RICERCA SINGLE-CASE	11
1.6 FATTORI SPECIFICI E ASPECIFICI	13
<b>CAPITOLO II - IL METODO</b>	<b>17</b>
2.1 STRUMENTI	17
2.1.1 <i>PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET (PQ-S)</i>	17
2.1.2 <i>SHEDLER-WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE (SWAP-200)</i>	20
2.1.2 <i>MILLON CLINICAL MUTIAXIAL INVENTORY-III (MCMI-III)</i>	27
2.2 MATERIALE	31
2.3 PROCEDURA	39
2.4 IPOTESI DI LAVORO	41
<b>CAPITOLO III - I RISULTATI</b>	<b>43</b>
3.1 RISULTATI OTTENUTI CON IL PQ-s	43
3.2 RISULTATI OTTENUTI CON LA SWAP-200	53
3.3 RISULTATI OTTENUTI CON IL MCMI-III	56
<b>CAPITOLO IV - LA DISCUSSIONE DEI RISULTATI</b>	<b>59</b>
4.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	59
4.2 LIMITI E PROSPETTIVE	66
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>69</b>



# CAPITOLO I

## La ricerca in psicoterapia

La psicoterapia è per molti una pratica ancora oscura, attorniata da un alone di mistero e indeterminatezza che divide le opinioni di tanti. Tra sostenitori, scettici, agnostici e fermi oppositori, la materia in questione non può che far sorgere domande, che esigono risposte.

La psicoterapia, come metodo di risoluzione di problematiche e disturbi di natura psicologica, funziona? E se funziona, nel vasto oceano degli approcci psicologici al trattamento del disagio psichico, quale funziona meglio? In aggiunta, come agisce questo enigmatico processo? Quali sono i meccanismi processuali che inducono effettivamente un cambiamento?

A titolo introduttivo, tenterò di tracciare un quadro sintetico, ma inclusivo, sulla ricerca in psicoterapia e sui presupposti su cui si basa, in quanto essa rappresenta incontrovertibilmente il mezzo tramite cui poter giungere a conclusioni relative alle questioni poste poco fa.

La ricerca in ambito psicoterapico si ramifica in due settori principali: la ricerca sui risultati, denominata “outcome research”, e la ricerca sul processo, denominata “process research” (Dazzi, 2006). Questi due ambiti sono stati integrati in quella che chiamiamo “process-outcome research”, la metodologia di ricerca che si propone di indagare la relazione tra ciò che accade a livello processuale all’interno della terapia e il suo esito finale (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

### *1.1 L’Outcome Research*

L’obiettivo di questa metodologia di ricerca è quello di poter stabilire se la psicoterapia sia un metodo valido ed efficace per il trattamento del disagio psicologico. Trarre conclusioni in merito non è sempre agevole, data l’enorme complessità di un processo terapeutico e del numero di variabili che si dispiega al suo interno. Un metodo per compiere ricerche sull’outcome è rappresentato dalla meta-analisi, una prassi analitica

che consente di sintetizzare i frutti di studi differenti sul medesimo argomento utilizzando un indice di misura comune, denominato “effect size” (Durlak, 1999). Tale metodo, pur intriso di un cospicuo rigore metodologico e attuabile grazie a statistiche complesse, rientra tuttavia tra i cosiddetti “metodi cumulativi di analisi dei risultati” (Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004), che si sono sviluppati da ricerche compiute a partire dagli anni '50 con il metodo del “box score”, il quale valutava l'outcome delle terapie semplicemente confrontando le somme dei risultati delle ricerche che davano esito positivo con quelle che davano esito negativo.

Una delle prime meta-analisi volta a valutare l'efficacia delle psicoterapie (Smith & Glass, 1977), ha appurato un effect size di .85 deviazioni standard su un campione di 475 ricerche che paragonavano gruppi di pazienti trattati con psicoterapia e gruppi che non avevano ricevuto alcun trattamento. Il valore ottenuto sta a significare che, al termine del trattamento, il soggetto medio sta decisamente meglio dell'80% dei soggetti non sottoposti ad alcun genere di terapia (Lambert, 2004).

Nel corso dei decenni sono state effettuate ulteriori meta-analisi, i cui risultati si sono confermati in linea con le conclusioni tratte dagli studi precedenti. Tuttavia, sebbene la conferma dell'efficacia della psicoterapia sembri ormai rappresentare una indiscutibile evidenza, ricerche svolte negli anni '80 (Balestrieri, Williams & Wilkinson, 1988; Nicholson & Berman, 1983) hanno ridimensionato l'effetto del trattamento psicologico, riducendolo a .60.

In generale, possiamo affermare con certezza che l'effetto della psicoterapia non possa dirsi riconducibile ad un effetto placebo (Barker, Funk & Houston, 1988) e che l'azione di questo tipo di trattamento conduca ad esiti comparabili agli psicofarmaci o addirittura maggiori (Robinson et al., 1990). Prendendo in considerazione l'effetto dei farmaci, confrontandolo con la psicoterapia, gli antidepressivi sembrano essere più efficaci di quest'ultima solamente nel trattamento della depressione endogena (Andrews, 1983) e nei casi di depressione più gravi. Tuttavia, anche in queste circostanze la psicoterapia può svolgere un ruolo importante nel prevenire le ricadute.

Le meta-analisi finora trattate hanno preso in esame la psicoterapia come un trattamento integrato e unitario, non tenendo in considerazione la varietà di approcci a questo fenomeno. Esistono molte psicoterapie differenti, ognuna con le proprie caratteristiche e i propri fondamenti, pertanto ci si è naturalmente domandati se esistesse una qualche

differenza nell'intera gamma degli orientamenti psicoterapeutici a livello di outcome. Il paradosso dell'equivalenza, formulato da Luborsky tramite il verdetto di Dodo, l'uccello de "Alice nel Paese delle Meraviglie", secondo cui non sussisterebbe alcuna differenza negli esiti di terapie sostanzialmente diverse, si è rivelata fondata (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975). Molte ricerche successive hanno confermato questo risultato, sebbene in alcuni casi si sia riscontrata una leggera superiorità delle terapie cognitivo comportamentali (Shapiro & Shapiro, 1982), soprattutto nei casi di disturbi specifici, come il DOC (Abramowitz, 1997). Anche queste conclusioni, tuttavia, sono state oggetto di critiche, prevalentemente a partire da altri studi che hanno ottenuto conclusioni opposte, come la sostanziale equivalenza tra gli approcci cognitivo comportamentali e la terapia dinamica breve (Anderson & Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992). Un'eventuale inesattezza delle ricerche che depongono a favore degli approcci cognitivi potrebbe essere spiegata dalla presenza, in quest'ultime, di un bias nel tipo di misurazioni eseguite per quantificare l'outcome (Dazzi, 2006). La spiegazione più convincente di questo bias chiama in causa il concetto di "allegiance", un fattore extraterapeutico che designa le preferenze di un ricercatore verso un determinato genere di intervento terapeutico. Il conduttore dello studio agirebbe dunque amplificando gli effetti di una terapia "prediletta" rispetto alle altre, assegnandole il ruolo di approccio maggiormente efficace (Luborsky & Barrett, 2005). Nel momento in cui questo bias viene eliminato, gli studi sembrano propendere per una conclusione di sostanziale equivalenza delle diverse tipologie psicoterapeutiche (Lambert, 2004), permettendoci perciò di affermare che il verdetto di Dodo è valido, ma non è plausibile sostenere che sia definitivo (Wampold et al., 1997).

Si prospetta ora il problema più squisitamente operativo della misurazione dell'outcome, che presuppone la questione ancor più basilare del che cosa rappresenti l'outcome. Ci si trova dunque impegnati su due fronti, l'uno volto all'adozione di strumenti di misura che consentano di riferire in modo affidabile ed autentico se e in che proporzione l'esito di un intervento psicoterapeutico possa ritenersi positivo o meno, mentre dall'altro lato ci si trova dinnanzi al difficile problema del dare una definizione a ciò che si chiama outcome. Questo secondo interrogativo chiama certamente in causa la diversità tra modelli di psicopatologia, psicoterapia, salute e malattia. Storicamente, riguardo a questo tema, la disputa si realizza tra due fazioni, le quali da una parte, come

nel caso delle terapie strategiche, cognitive e comportamentali, considerano l'outcome in termini di cambiamento del sintomo, mentre dall'altra, nel caso delle terapie psicoanalitiche ed esperienziali, lo configurano in termini di cambiamento a livello della personalità che sostiene il sintomo (Dazzi, 2006).

Nel vasto insieme degli strumenti di valutazione (Froyd e collaboratori ne hanno contati 1430), stupisce certamente il fatto che più della metà di questi sia stata utilizzata per una singola ricerca e che la maggior parte non siano standardizzati (Dazzi, 2006). Gli strumenti di valutazione sono suddivisibili in due categorie: quelli che valutano un singolo tratto del funzionamento dell'individuo e quelli che valutano contemporaneamente una pluralità di dimensioni. Di quest'ultimo ordine fanno parte anche gli strumenti di valutazione globale del cambiamento, che valutano il funzionamento psichico complessivo. Gli strumenti multitratto risultano utili quando la popolazione analizzata non è omogenea, ma talvolta questi risultano lunghi ed eccessivamente complessi da somministrare. Gli strumenti monotratto sono invece più agevoli, vagliando aree più limitate, sebbene possano presentare una validità statistica labile e campi d'interesse eccessivamente ristretti per risultare apprezzabili. Tra gli strumenti di valutazione della personalità inseriti all'interno della selezione di Wallerstein (2005), è opportuno ricordare la presenza della Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200), che è stata utilizzata in questo studio.

## ***1.2 La process Research***

La ricerca sul processo germoglia dal desiderio di decifrare il paradosso dell'equivalenza, spiegando il motivo per cui terapie sostanzialmente diverse confluiscono nel conseguimento dei medesimi risultati. Ci si è perciò domandati se queste terapie effettivamente differiscano nella pratica clinica o se le differenze si limitino alle concettualizzazioni teoriche che le sostengono (Dazzi, 2006). Alcuni autori ritengono che le analogie superino le differenze, tuttavia i risultati degli studi sul processo affermano che tra i vari approcci esistano differenze concrete e non limitate a presupposti teorici (Stiles, 1987; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986). È possibile dunque ritenere il paradosso dell'equivalenza essenzialmente vero, nella consapevolezza però che esistono debolezze



metodologiche che non ci consentono di accettare il verdetto con cieca fede. Nel possesso di questa coscienza, la ricerca sul processo tenta di rispondere alle seguenti domande (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999): al netto delle differenze teoriche tra i vari approcci, gli interventi effettuati nella pratica clinica sono effettivamente diversi? Di fatto, se le terapie si somigliassero, il paradosso dell'equivalenza non avrebbe logica di sussistere. Esistono delle differenze sistematiche tra i vari pazienti? Se queste effettivamente esistessero, il mito dell'uniformità del paziente (Kiesler, 1973) si rivelerebbe esatto e l'interazione tra le caratteristiche dei pazienti e i diversi tipi di intervento non consentirebbe di cogliere l'efficacia specifica di quest'ultimi. Infine, ci sono elementi in comune tra le varie psicoterapie? Una loro esistenza potrebbe spiegare il paradosso dell'equivalenza.

In ogni caso, al di là delle dispute degli anni '80 riguardanti il verdetto di Dodo, la process research affonda le sue radici molto tempo prima, alimentata da due trasformazioni in campo psicoterapico: da una parte, l'introduzione di metodi di audioregistrazione e trascrizione del materiale clinico derivante dalle sedute; dall'altra, l'adozione di una prospettiva di tipo esperienziale impiegata nell'analisi di ciò che effettivamente accade nel corso del percorso di trattamento (Orlinsky & Howard, 1967; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977).

Ciò che di fatto gli strumenti di valutazione del processo si prefiggono di misurare è quello che accade tra paziente e terapeuta nel corso delle sedute (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999), e nonostante la dispersione che la loro copiosità può generare, il disporre di una gamma così vasta di strumenti si rivela sovente un elemento prezioso sul piano clinico (Dazzi, 2006). L'autentica ricerca sul processo, tuttavia non sempre è in grado di associare ciò che accade concretamente nel setting con l'esito finale.

### ***1.3 La process-outcome research***

La nascita di questo tipo di ricerca, che cerca di stabilire una connessione tra il cambiamento e le modalità in cui è avvenuto, risale ai primi anni '50 (Bartlett, 1950; Blau, 1950). Lo studio process-outcome non può prescindere dalla ricerca delle spiegazioni per le quali si realizza un cambiamento e per fare ciò non è sufficiente rilevare

l'esistenza di una correlazione. Per comprendere il modo in cui un determinato processo determina con una certa probabilità uno specifico esito terapeutico e svelare dunque una spiegazione causale, è necessario tenere in considerazione ciò che fa il terapeuta (variabile distale) e ciò che viene attivato insieme al paziente e nel paziente stesso (variabile prossimale), collegando questi aspetti all'outcome. Nella ricerca process-outcome sono ordinariamente tratteggiati nove livelli di analisi, che si dipanano dai microprocessi, a valutazioni più ampie comprendenti larghi tratti di terapie, fino al follow-up. Naturalmente, il livello di analisi adottato per l'outcome andrà a riflettere il livello adottato per l'analisi del processo e viceversa, cosicché se ad essere valutato è il processo di una singola seduta, a livello di outcome ci si focalizzerà sull'esito di quella specifica seduta e così via.

Al fine di sistematizzare e interpretare gli studi sulla materia, Orlinsky ha concepito un "modello generico di psicoterapia" che postula all'interno del processo terapeutico l'esistenza di sei dimensioni (Orlinsky & Howard, 1987): gli aspetti contrattuali (Bordin, 1979), le tecniche impiegate (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Luborsky, 1984), il legame che si instaura tra paziente e terapeuta e il loro livello di coinvolgimento nel processo terapeutico (Bordin, 1979), l'esperienza intrapsichica che i due protagonisti hanno rispetto alla loro relazione interpersonale (self-relatedness), l'impatto dei precedenti elementi sulla terapia (es. raggiungimento di insight), i pattern sequenziali del processo.

#### ***1.4 La significatività dei risultati***

Nell'affrontare l'analisi dei risultati di uno studio in psicoterapia, è possibile fare riferimento a due tipi di significatività, i quali concorrono in modo difforme, ma egualmente importante, alla formulazione di una tesi conclusiva che possa fornire una spiegazione dell'outcome, del processo o della loro influenza reciproca.

Da un lato, la significatività statistica permette di affermare che le differenze tra gruppi di individui non siano dovute al caso, ma che siano frutto di un qualche fattore che ne influenza la distribuzione. In questo senso, il parametro non può essere considerato un indicatore di cambiamento clinico *tout court*, ma esclusivamente un rilevatore della non

casualità delle differenze osservate (Dazzi, 2006). La significatività statistica, in sostanza, si riferisce alla grandezza del cambiamento osservato prima e dopo la terapia in una variabile oggetto di studio.

Dall'altro lato, la significatività clinica esprime il significato che la grandezza della differenza osservata può avere per il paziente e per il terapeuta, in modo tale che il cambiamento sia effettivamente esperito dal paziente nella sua vita reale (e chiaramente riscontrabile dal clinico) e non solo rimarcato a livello statistico. La significatività clinica può essere rilevata in tre modi: attraverso comparazione normativa, in cui viene calcolato il valore medio della variabile in una popolazione significativa in modo che tale valore corrisponda poi al valore normativo di riferimento rispetto alle proprie valutazioni, tramite il Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991), in cui viene calcolato il numero di soggetti che transitano da un range disfunzionale ad uno normativo, e infine mediante validazione sociale, scenario in cui il paziente viene confrontato con un gruppo normativo di pari grazie ad auto o eterovalutazioni (Dazzi, 2006).

Riassumendo, un dato statisticamente significativo non notifica la certezza che quel dato sarà significativo anche a livello clinico, sebbene inequivocabilmente la significatività clinica non possa in alcun modo surrogare quella statistica. In generale, la significatività statistica resta comunque un'analisi necessaria, ma non sempre è possibile affermare che corrisponda alla significatività clinica.

### ***1.5 La ricerca single-case***

La più recente generazione di ricercatori in campo psicoterapico si è concentrata sullo studio particolareggiato del processo e del suo legame con l'outcome, intensificando considerevolmente la catalogazione di un numero sempre maggiore di registrazioni di casi clinici e la creazione di strumenti valutativi sempre più raffinati da applicare a trascritti di audioregistrazioni di sedute (campionate o di intere terapie) (Dazzi, 2006).

D'altronde, "le misure del processo terapeutico sono il cuore della ricerca single-case" (Fonagy & Moran, 1993, p.85).

La ricerca single-case, che negli ultimi vent'anni ha ottenuto un riconoscimento scientifico sempre maggiore, rappresenta il *trait d'union* tra il remoto e fascinoso

resoconto clinico e la ricerca di laboratorio. I resoconti di psicoanalisti come Freud, Adler e Ferenczi hanno certamente permesso uno scambio di idee e scoperte tra clinici, movimentandone il pensiero verso la ricerca di spiegazioni riguardo al processo terapeutico e al trattamento dei sintomi; tuttavia, il fatto che queste osservazioni non fossero pubbliche, la loro attinenza alle idiosincrasie e ai giudizi dell'analista, alle loro distorsioni mnestiche e la forte propensione alla generalizzazione basata sull'osservazione di un numero ristretto di casi, fecero di questo metodo di ricerca oggetto sottoposto ad aspre critiche (Wallerstein & Sampson, 1971). Il resoconto clinico ha certamente contribuito alla formulazione di teorie innovative e affascinanti, ma non è riuscito nell'intento di decifrare in maniera convincente i fenomeni osservati (Dazzi, 2006). Alla luce di queste osservazioni, il rischio di una eventuale esclusione della psicoanalisi dalla comunità scientifica si è rivelato concreto e da qui è nata l'esigenza di avvalersi di tecniche più obiettive per la raccolta e l'elaborazione dei dati nella ricerca empirica (Eagle, 1999).

Negli studi sul caso singolo, la ricerca si focalizza su un solo soggetto sul quale viene effettuata una serie di misurazioni operazionalizzate, nell'intento di valutare il peso e la qualità del cambiamento generato in un lasso temporale stabilito. Una credenza diffusa, opportunamente riportata da Kazdin (1982a), è quella secondo cui una ricerca between groups, considerando un numero elevato di soggetti, condurrebbe a risultati maggiormente generalizzabili rispetto ad uno studio single-case. Chassan (1979), ha brillantemente fugato i dubbi che aleggiavano attorno alla questione affermando che l'ultra-specificità del caso singolo consentirebbe la generalizzazione delle conclusioni ottenute ad una precisa popolazione statistica, ovviando alla nebulosità delle inferenze ricavate a partire da un campione estensivo.

Normalmente, la ricerca single-case viene distinta nelle due categorie dello studio qualitativo e quantitativo, sebbene queste rappresentino piuttosto due fasi del medesimo processo, concretamente imprescindibili l'una dall'altra. La ricerca quantitativa privata di una fase qualitativa, infatti, presupporrebbe categorie oggetto di studio ambigue e poco significative; dal canto suo, una ricerca qualitativa necessita di una fase di studio quantitativo per risultare attendibile. Di fatto, le analisi quantitative hanno la capacità di aumentare la comprensibilità dei dati permettendo analisi statistiche e di ridurre gli indicatori utili ad un numero inferiore e più gestibile (Dazzi, 2006). Tra i vari metodi di

analisi quantitative illustrati e perfezionati da autori come Luborsky, Weiss, Cronbach e Fonagy, uno in particolare è quello su cui voglio concentrare l'attenzione: l'*analisi delle serie temporali*. Questa procedura è estremamente efficace nei casi in cui si vogliono studiare fenomeni che variano in base alla loro posizione all'interno del trattamento, rivelandosi ideali per la valutazione di terapie a lungo termine, come nella fattispecie del presente studio. Fonagy e Moran (1993) definiscono analisi delle serie temporali ogni forma di misurazione effettuata a intervalli più o meno regolari in momenti differenti di una terapia e aggiungono che questa tecnica consente uno studio proficuo delle variabili psicoanalitiche, a patto che siano adottate come unità di analisi le singole sedute o le settimane del trattamento. Comprensibilmente, anche questa tipologia di studio presenta dei limiti metodologici, infatti può essere applicata ad un numero ristretto di variabili e, in particolare, queste si devono supporre presenti sia in tutta la serie temporale, che all'interno delle singole unità oggetto di studio (Dazzi, 2006). In aggiunta, sono riscontrabili anche lacune a livello di validità interna, dal momento in cui non risulta possibile eliminare l'influenza della normale fluttuazione di variabili psicologiche e/o biologiche sulle correlazioni osservate.

### ***1.6 Fattori specifici e aspecifici***

La ricerca in psicoterapia viene concettualizzata anche distinguendo gli studi su fattori specifici da quelle su fattori aspecifici. La prima tipologia affronta un'analisi dei fattori peculiari e caratteristici di un determinato orientamento e cerca di stabilire se siano responsabili del cambiamento durante e al termine della terapia. La seconda, d'altro canto, si dedica ai fattori trasversali ai diversi approcci, che non appartengono in maniera specifica ad un particolare modello, ma che anzi sono ordinariamente traducibili negli elementi più umani del paziente e del terapeuta, come la qualità della relazione o la capacità empatica. Nella popolare accettazione del paradosso dell'equivalenza, a detenere il primato di fattore maggiormente influente nel determinare un buon esito in psicoterapia, non poteva che essere un fattore aspecifico: l'alleanza terapeutica. Questo costrutto è il principale predittore di un outcome favorevole (o sfavorevole) ed è vagliabile in modo empirico in quanto sufficientemente circoscritto, pur rivelandosi ampio quanto basta per

essere dichiarato un costrutto sovraordinato, che accoglie al suo interno altri fattori aspecifici contribuenti alla sua formazione (Dazzi, 2006).

Tra le abbondanti sistematizzazioni dei fattori aspecifici presenti in letteratura, la classificazione di Lambert rappresenta una soluzione estremamente pratica e intuitiva. L'autore li cataloga in fattori supportivi (empatia, alleanza terapeutica, calore del terapeuta ecc.), fattori di apprendimento (insight, esperienza emotiva correttiva, assimilazione dell'esperienza problematica ecc.) e fattori di azione (abilità cognitive, esame di realtà, regolazione comportamentale ecc.) (Lambert, 2004).

In linea con il verdetto di Dodo e il paradosso dell'equivalenza, le ricerche confermano che l'outcome è determinato in modo significativamente maggiore da fattori aspecifici rispetto a quelli specifici, senza sgombrare tuttavia il campo da alcuni interrogativi. Infatti, studi sulla capacità dei diversi fattori di rendere conto della varianza rispetto all'outcome affermano che né i fattori specifici (valori tra l'1% e il 15%), né i fattori aspecifici (dal 7% al 30%), né la loro somma (Dall'8% al 45%) sono in grado di spiegare totalmente l'outcome (Beutler & Harwood, 2002).

In linea con queste osservazioni, la ricerca sembra aver pressoché ignorato l'interazione esistente tra fattori specifici e aspecifici ed il loro rinvigorismento reciproco (Beutler & Harwood, 2002), anche a causa del fatto che innumerevoli fattori sono stati definiti specifici senza aver tenuto in considerazione evidenti componenti aspecifiche relazionali presenti nella loro struttura. Una visione più inclusiva del fenomeno reputa i fattori aspecifici vitali nella realizzazione del cambiamento, ma incapaci di rendere conto dell'intero outcome senza l'influenza dei fattori specifici (Dazzi, 2006). Le due tipologie fattoriali confluiscono perciò in una necessaria integrazione e interazione reciproca grazie alla quale si modificano e si rafforzano vicendevolmente. Questo aspetto è stato in effetti verificato da uno studio che, osservando congiuntamente fattori aspecifici e specifici, ha rilevato come l'interazione tra le due classi fosse in grado di spiegare più del 60% della varianza rispetto all'outcome (Beutler, Moleiro, Malik & Harwood, 2000).

Sul piano storico e teoretico, la questione riguardante l'influenza di fattori specifici e aspecifici si polarizza tra autori che hanno posto enfasi su insight e consapevolezza come promotori del cambiamento terapeutico (Castonguay & Hill, 2007; Dazzi, 2006) e altri che hanno puntualizzato l'importanza della relazione (Hill & Knox, 2009). In sostanza, la diatriba si riassume nel modo seguente: il cambiamento deve essere considerato un

prodotto dell'insight del paziente e delle interpretazioni del clinico? O deve essere compreso come il prodotto dell'interazione e dello scambio reciproco che si genera tra paziente e terapeuta nel contesto della relazione clinica? (De Bei & Montorsi, 2013). I sopracitati aspetti sono stati integrati nel lavoro di Enrico Jones (2000), il quale afferma che la conoscenza psicologica si sviluppa all'interno di un contesto relazionale in cui il terapeuta prova a comprendere il paziente attraverso ciò che accade nell'interazione con lo stesso: in questo senso l'interpretazione si fa atto relazionale e non azione volta unicamente al raggiungimento di un insight. La combinazione tra le prospettive enunciate si realizza con il concetto di *struttura d'interazione*, che l'autore conia dopo aver constatato che, durante il trattamento, paziente e terapeuta tendono ad interagire con pattern stabili e ripetitivi. L'azione terapeutica risiederebbe dunque nell'esperienza, nel riconoscimento e nella comprensione da parte di terapeuta e paziente di queste interazioni ricorrenti (Jones, 2000). "Il concetto di struttura interattiva ci permette di considerare sia la dimensione intrapsichica sia quella interpersonale riconoscendo in ciò che è interno alla persona un possibile e importante fondamento di ciò che si manifesta nel campo interpersonale e interattivo" (Jones, 1998, p.171). Le strutture d'interazione si riferiscono infatti non solo alle modalità con cui il paziente esprime i propri conflitti nel transfert, ma altresì ai modi peculiari con cui il clinico reagisce ad essi. Questi modelli interattivi delineano pertanto le componenti comportamentali osservabili e le componenti emotive del transfert-controtransfert. (Jones, 1998). Per queste ragioni, all'interno del modello di Jones, relazione e insight non si possono separare (Jones, 2000).

A partire da questi assunti, è opportuno tenere presente che l'autore non ha semplicemente concepito un modello del processo terapeutico dotato di valenza euristica, ma ne ha supportato la fondatezza grazie a studi empirici applicati a trascritti di sedute. Grazie a questo lavoro, Jones ha dimostrato l'esistenza delle strutture d'interazione, il loro ruolo nel processo di cambiamento, ha rilevato le caratteristiche più efficaci delle terapie psicoanalitiche e cognitivo comportamentali, ma anche la specificità di ogni singolo trattamento (Ablon & Jones, 1998, 1999, 2002, 2005; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, Ghannam, Nigg & Dyer, 1993; Jones, Hall & Parke, 1991; Jones, Parke & Pulos, 1992; Jones & Price, 1998; Jones & Windholz, 1990).

Le idee sviluppate da questo approccio non provengono esclusivamente dalla prospettiva relazionale o intersoggettiva, ma coinvolgono anche il moderno pensiero

freudiano e la prospettiva kleiniana contemporanea (Jones, 2000). Pertanto, la ricerca di Jones non si svolge a partire da una scuola di pensiero, ma è fortemente focalizzata sul processo terapeutico, dalla cui analisi tenta di costruire una teoria seguendo una logica *bottom-up* (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2005). Lo studio sistematico del processo analitico e delle componenti interattive che promuovono o frenano il cambiamento è avvenuto grazie all'esame di centinaia di ore di trascritti verbatim di sedute. Le indagini sono state realizzate grazie allo strumento di valutazione del processo ideato da Jones: lo Psychotherapy Process Q-set (PQ-s), una procedura di grande rilevanza nel presente studio di cui tratterò in seguito.

Le strutture d'interazione risultano inoltre un concetto di grande importanza dal punto di vista teorico, in quanto rappresentano un'innovazione rispetto alle concezioni convenzionali della psicoterapia. Quest'ultime partono difatti dal presupposto che il cambiamento del paziente sia promosso dalle azioni e dalle tecniche del terapeuta, configurando una visione unidirezionale del processo. Il modello di psicoterapia elaborato da Jones, al contrario, enfatizza la dualità della relazione terapeutica, all'interno della quale i processi psicologici di ogni attore influenzano quelli di chi ha di fronte. Infatti, la prospettiva interattiva pone in rilievo l'influenza che le caratteristiche e il comportamento del paziente hanno sul terapeuta, sulla relazione e sul dispiegarsi del processo, evidenziando in questo modo le dinamiche di influenza reciproca che si realizzano durante la terapia (Jones, 2000).

In conclusione, la ricerca sul processo ha aperto le porte a nuovi interrogativi e a nuovi stimoli che hanno guidato e ispirato la ricerca in psicoterapia degli ultimi decenni, corroborando la consapevolezza della complessità della materia psicologica e della laboriosità dello studio di variabili tanto affascinanti quanto ostiche da affrontare. Il concetto di struttura d'interazione rappresenta un nuovo tentativo di fare progressivamente sempre maggiore luce sui fattori alla base della terapia della parola e sui meccanismi che regolano il cambiamento in questo campo. Nonostante la difficoltà della sfida che questo ambito propone, nuove scoperte vengono continuamente portate a galla, fungendo da incentivo al mantenimento di un atteggiamento conoscitivo tenace e ambizioso, che dopo aver guidato tutta la ricerca condotta sino alla conoscenza contemporanea, dovrà guidare anche le nuove generazioni nel proseguire questo affascinante compito.



## CAPITOLO II

### Il metodo

#### *2.1 Strumenti*

Nel presente paragrafo tratterò degli strumenti utilizzati in questo studio, cercando di descriverne l'utilità e i metodi di applicazione, al fine di tracciarne un quadro sintetico e di motivarne la scelta. Questa ricerca si propone di valutare in che modo il cambiamento delle strutture d'interazione concepite da Jones durante l'arco di una terapia dinamica possano influenzare l'outcome. Per fare questo ci si è serviti di tre strumenti, due dei quali sono in grado di rispecchiare la struttura di personalità e l'eventuale disagio psicologico del paziente presente alla somministrazione, mentre il terzo permette di valutare le strutture d'interazione tra paziente e terapeuta in varie fasi della terapia. I primi due sono stati sfruttati al fine di valutare l'outcome, confrontandone i risultati ottenuti all'inizio e al termine del percorso terapeutico, mentre ci si è avvalsi del terzo per determinare l'andamento del processo ed analizzarne le varie fasi.

##### *2.1.1 Psychotherapy Process Q-set (PQ-s)*

Lo strumento più rappresentativo di questo studio è certamente quello impiegato nell'indagine del processo: lo Psychotherapy Process Q-set (PQ-s) (Jones, 2000). Enrico Jones ha sviluppato il suo strumento di valutazione processuale partendo dal presupposto che dati validi riguardanti i costrutti psicoanalitici possano essere raccolti per mezzo di sedute audioregistrate, in cui risulta possibile cogliere l'immediatezza della relazione terapeutica (Jones, 2000). Il metodo dello Psychotherapy Process Q-set è architettato per essere applicato a sedute audio- o video-registrate oppure a trascritti verbatim di sedute di terapia, mentre non è impiegabile con dati clinici provenienti da annotazioni sulle sedute o report dei casi, dato che il materiale raccolto tramite queste modalità risulta troppo selettivo e inadatto a distinguere le inferenze dai dati reali (Jones, 2000). Inoltre, i fenomeni clinici devono essere osservabili intersoggettivamente, ossia

valutati uniformemente da giudici indipendenti che concordano sulla loro presenza e sulle loro caratteristiche: per questo motivo è necessario dimostrare l'affidabilità di un metodo, ossia stabilire la misura del consenso tra i giudici.

Il PQ-s è composto da 100 items descrittivi di atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente, di azioni e atteggiamenti del terapeuta e della natura dell'interazione che si stabilisce tra i due. La loro funzione è quella di offrire una descrizione e classificazione del processo terapeutico, componendo uno strumento che si pone come neutrale rispetto ad ogni orientamento teorico. Gli items sono illustrati dettagliatamente all'interno di un manuale di codifica che, avvalendosi anche di numerosi esempi, ha lo scopo di minimizzare potenziali variabilità nelle interpretazioni. Esempi di item sono: "Il paziente è animato o eccitato" (item 13), che identifica la presenza nel paziente di una certa attivazione affettiva; "Vengono attivamente differenziati i significati reali vs fantastici" (item 68), che presuppone un focus sulle funzioni cognitive all'interno della seduta; "Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa" (item 80), che specifica un orientamento espressivo del clinico. La procedura di utilizzo del PQ-s prevede che diversi giudici valutino indipendentemente il materiale clinico selezionato, provvedendo in seguito ad un confronto dei risultati ottenuti. Una volta effettuata la comparazione, si ottengono le strutture d'interazione per la specifica seduta sulla base degli items i cui punteggi hanno ottenuto un livello di accordo adeguato. Dopo aver studiato la registrazione o il trascritto di una seduta, suddividano i 100 items in nove categorie che variano su un continuum dal meno caratteristico (categoria 1) al più caratteristico (categoria 9), passando per una categoria centrale di neutralità (categoria 5). L'assegnazione degli items alle categorie avviene secondo una distribuzione forzata degli items alle varie categorie di punteggio, in cui il numero di descrizioni assegnabili ad ogni classe diminuisce progressivamente via via che si procede dalla categoria 5 alle categorie estreme (1 e 9) (Tabella 2.1). Questo permette un'approssimazione della distribuzione degli items ad una curva normale e raffigura la situazione che più si avvicina alla distribuzione che si osserverebbe se si lasciassero i valutatori liberi di attribuire i punteggi nel modo che ritengono più opportuno, contenendo parallelamente l'influenza di eventuali bias (ad es. la tendenza ad attribuire preferenzialmente punteggi centrali o estremi indipendentemente dalla descrittività dell'item).

<b>Categoria</b>	<b>Numero item</b>	<b>Etichetta della categoria</b>
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

Tabella 2.1 Distribuzione Q-sort degli items

Questa procedura impone dunque che ogni categoria contenga un numero prestabilito e sempre maggiore di items man mano che si procede di categoria in categoria dagli estremi (categorie 1 e 9, che devono possedere 5 items ciascuna) verso il centro (categoria 5, a cui devono essere assegnati 18 items). Nel collocare ogni specifico item è necessario domandarsi se il pattern descritto è presente o assente e, nel caso in cui questo non sia chiaramente comprensibile, chiedersi in che misura quella caratteristica sia presente o assente. In questo senso, l'adozione di un atteggiamento analitico ed estremamente neutrale è di fondamentale importanza durante l'utilizzo di questo strumento. Un item deve essere collocato nella categoria neutrale (categoria 5) se risulta irrilevante o ininfluenza all'interno della relazione; una scelta più estrema verso il polo non caratteristico significa che l'assenza di quel particolare pattern è significativa, necessitando dunque di rientrare nella descrizione Q-sort; infine, una collocazione più estrema in direzione del polo caratteristico esplicita naturalmente il fatto che la presenza di quella caratteristica è significativa all'interno dell'interazione. La distribuzione forzata richiede ai clinici di effettuare valutazioni multiple dei vari items, dal momento in cui al termine di una prima compilazione difficilmente il clinico si trova nella condizione di aver assegnato ad ogni categoria l'esatto numero di items. Il fatto di ri-valutare più di una volta le stesse descrizioni per far sì che ogni classe di punteggio venga saturata, permette di evitare un effetto alone sia positivo che negativo, scenario in cui la valutazione di un tratto verrebbe influenzata dalla percezione di altre caratteristiche rilevate nell'individuo (Jones, 2000). Il vantaggio del metodo Q-sort è quello di rappresentare una modalità di quantificare le qualità del processo terapeutico contemplando l'unicità della singola

seduta e consentendo contemporaneamente di valutare similarità e differenze tra sedute e pazienti (Block, 1961). Le valutazioni Q-sort, inoltre, concentrandosi sull'intera seduta, permettono ai clinici di cogliere più efficacemente eventi significativi e di valutare più precisamente le proprie impressioni sul processo.

In questo ambito, considerato il fatto che il processo terapeutico si configura come un flusso di relazioni tra paziente e terapeuta, è opportuno stabilire l'unità di tempo da studiare, in modo che questa consenta di delineare l'andamento della terapia in modo veritiero e tralasciando il minor numero di informazioni possibile. L'approccio più frequente per rendere adatto allo studio un lasso di tempo molto esteso è rappresentato da una forma di campionamento basata sulle serie temporali, attuata suddividendo l'intera terapia in blocchi di sedute ravvicinate durante fasi verosimilmente equidistanti all'interno del periodo di trattamento.

I pattern d'interazione, che consentono di considerare sia l'aspetto intrapsichico che quello interpersonale, configurano il comportamento osservabile e le componenti emotive del transfert-controtransfert, emergendo generalmente attraverso un pattern dominante, sebbene non sia raro che si presenti più di una struttura d'interazione nella coppia terapeutica.

### *2.1.2 Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*

Secondo Westen (1998), le diagnosi del DSM non consentirebbero una formulazione clinica dei casi diagnosticati, in quanto i criteri che definiscono i disturbi non sarebbero sufficientemente informativi su un numero di caratteristiche adeguato a comprendere il funzionamento psichico e comportamentale del soggetto in situazioni diversificate, né sarebbero in grado di descriverne la struttura di personalità. Con questi presupposti, è incontrovertibilmente legittimata l'impossibilità di elaborare la formulazione di un caso clinico sulla base della sola diagnosi, dato che, mentre quest'ultima costituisce un processo standardizzato e piuttosto oggettivo, la formulazione del caso viene abbandonata alla sola soggettività del clinico, alle sue conoscenze e interpretazioni (Gazzillo, 2006).

La risposta a queste criticità è rappresentata dalla "diagnosi funzionale", che configura i tratti di personalità come attitudini a reagire in modi precisi a specifici contesti e

situazioni, permettendo di fatto una formulazione del caso che tenga nota di questi aspetti (Gazzillo, 2006). Una diagnosi adeguata e rispettosa delle esigenze cliniche e della ricerca in psicoterapia dovrebbe inoltre tenere in considerazione anche le risorse dei soggetti, e non solo i loro punti di debolezza.

La nomenclatura del DSM presenta ulteriori incongruenze e problematiche nei cui dettagli non mi addentrerò in questa trattazione, ma quanto riportato è sufficiente per comprendere il terreno su cui sono germogliati i presupposti che hanno portato alla costruzione della SWAP-200.

La Shedler-Westen Assessment Procedure – 200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) è una procedura composta da 200 items descrittivi di tratti di personalità normali e patologici elaborati sulla base dei presupposti derivanti dagli assi I e II delle edizioni III-R e IV del DSM e dalle relative appendici.

Gli autori, presupponendo che i clinici con un determinato percorso di studi e un training specifico abbiano maggiori capacità di osservare, discernere e inferire i pattern comportamentali e psichici dei pazienti, rispetto ai pazienti stessi, hanno optato per la costruzione di uno strumento compilato dal professionista, piuttosto che in direzione di un formato self-report.

Gli items, che nel tempo sono stati soggetti a svariate revisioni, sono espressi in un linguaggio semplice e spogliato dei termini tecnici e si riferiscono a dimensioni direttamente osservabili ma anche a costrutti ipotetici. In aggiunta, relativamente a questi ultimi costrutti, i realizzatori hanno anche sviluppato items che ne descrivono i correlati osservabili. Le 200 affermazioni descrivono tratti che tengono in considerazione anche i particolari contesti e situazioni, con il fine di ottenere una diagnosi funzionale della personalità dell'individuo. Gli items della SWAP-200 si propongono dunque di valutare la struttura di personalità in vari domini. Alcuni esempi sono: “La sua percezione della realtà può deteriorarsi gravemente sotto stress (per esempio può diventare delirante) (item 44), caratteristico del dominio di funzionamento cognitivo; “Tende a vedere alcune persone come totalmente cattive e perde la capacità di percepire le loro qualità positive” (item 79), peculiare del dominio delle rappresentazioni di sé e degli altri; “Tende a sentirsi vuoto/a o annoiato/a” (item 90), distintivo del dominio degli affetti; “Ha paura a coinvolgersi in relazioni d'amore a lungo termine” (item 158), appartenente al dominio della capacità di stabilire relazioni intime o amicali.

Addentrando ad un livello più operativo, la SWAP-200 è uno strumento clinician-report in cui il clinico attribuisce a ciascuno dei 200 items un punteggio da 0 a 7. Il punteggio minimo va attribuito agli items che non sono per nulla descrittivi della personalità del soggetto, mentre i punteggi che gradualmente si avvicinano all'estremo massimo (7) vanno assegnati a quegli items che risultano via via sempre più descrittivi della personalità dell'esaminato. La procedura impone una distribuzione fissa degli items alle varie categorie di punteggio, in cui il numero di descrizioni assegnabili ad ogni classe diminuisce progressivamente man mano che ci si sposta dalla categoria 0 alla categoria 7 (Tabella 2.2). Questa condizione consente un'approssimazione della distribuzione degli items alla metà destra di una curva normale e rappresenta lo scenario che si avvicina maggiormente alla distribuzione che si riscontrerebbe se si lasciassero i valutatori liberi di assegnare i punteggi nel modo che ritengono più opportuno, contenendo contemporaneamente l'influenza di eventuali bias (ad es. la tendenza ad attribuire preferenzialmente punteggi medi o estremi indipendentemente dalla descrittività dell'item).

<b>Pila</b>	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Numero item</b>	100	22	18	16	14	12	10	8

Tabella 2.2 – Distribuzione degli items SWAP-200

Sulla base di questo ragionamento, una corretta analisi con la SWAP-200 può essere effettuata da un clinico che conosca bene l'esaminato, vale a dire che condotto almeno 3 colloqui o che abbia avuto la possibilità di prendere visione di almeno 3 colloqui video- o audio-registrati o trascritti. Infine, Shedler e Westen hanno costruito anche un'intervista clinico-diagnostica (Westen & Muderrisoglu, 2003).

Ultimata l'attribuzione dei punteggi, un software procede al calcolo e alla standardizzazione in punti T (con media = 50 e varianza = 10) delle correlazioni tra il profilo SWAP-200 del paziente esaminato e due tipologie di prototipi: prototipi SWAP-200 di pazienti ideali che presentano i disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV (PD factors) e prototipi di stili di personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 sulla base di descrizioni di pazienti reali (Q factors).

I PD factors, che possono essere rappresentati dal software sia numericamente che in forma di grafico a barre, corrispondono a descrizioni di pazienti ideali che riportano un disturbo di personalità dell'Asse II del DSM-IV e ciascuno di essi può considerarsi un indice di disturbo di personalità qualora la sua correlazione superi il punteggio di 60, vale a dire un punteggio che scollina la media (= 50) di almeno una deviazione standard (= 10). Nel caso in cui venga osservato un punteggio che si colloca tra il 55 e il 60, è possibile rilevare la presenza di forti tratti di personalità in linea con quella tipologia di disturbo. Questo tipo di diagnosi offre perciò sia una visione categoriale dei disturbi (presenza o assenza), sia una loro visione dimensionale (grazie alla considerazione della correlazione tra la SWAP-200 compilata e i prototipi ideali dell'Asse II del DSM-IV). In aggiunta, tale descrizione SWAP-200 rilevata viene correlata anche con il fattore di alto funzionamento, consentendo una misurazione delle risorse di cui il paziente dispone, oltre che dei suoi tratti patologici. Il fattore di alto funzionamento viene calcolato a partire da specifici items che ne descrivono le caratteristiche e rappresenta un indice di buon funzionamento psicologico. Questi fattori hanno dimostrato una buona validità convergente e discriminante quando sono stati correlati con punteggi SWAP-200 di pazienti reali con disturbi di personalità classificabili mediante il DSM e anche un'opportuna concordanza tra clinici di orientamento formativo differente.

I Q factors (Westen & Shedler, 1999b) sono stati ricavati dalle descrizioni SWAP-200 di 496 pazienti reali con diagnosi di Asse II per mezzo di un procedimento denominato Q-analysis, una variante dell'analisi fattoriale che accorpa gruppi di casi con punteggi simili sulle medesime variabili. Questa procedura ha consentito l'estrazione di 7 Q factors, dei quali il primo, che raccoglieva il 20% dei soggetti del campione, è stato suddiviso ulteriormente in 5 sotto-fattori in seguito ad una Q-analysis di secondo grado, consentendo in questo modo di ottenere un totale di 11 fattori. I 7 Q factors di prim'ordine sono distinguibili in: *disforico*, *antisociale*, *schizoide*, *paranoide*, *ossessivo*, *istrionico* e *narcisistico*. I 5 fattori di second'ordine sono invece rappresentabili in: *evitante*, *depressivo-nevrotico*, *emotivamente disregolato*, *dipendente-masochistico* e *ostile*.

Illustrerò ora una descrizione dei sopracitati fattori rifacendomi al lavoro di Shedler e Westen (Westen & Shedler, 2000), al fine di comprenderne in maniera chiara le sostanziali peculiarità.

Il fattore Q *disforico* è contraddistinto da items che indicano una tendenza a sentirsi inadeguato/a, inferiore, fallito/a, infelice, depresso/a o abbattuto/a, ad auto-accusarsi o a sentirsi responsabile dei fatti negativi che accadono, a sentirsi in colpa, ad essere sensibile al rifiuto o all'abbandono, a sentirsi debole o impotente, bisognoso/a o dipendente, a ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere, ad essere passivo/a o poco assertivo/a.

Il fattore Q *antisociale* si caratterizza per items che indicano una tendenza alla disonestà, ad approfittarsi degli altri e ad attribuire poco valore ai precetti morali, a non avere alcun rimorso per eventuali danni procurati agli altri, ad essere arrabbiato/a od ostile, ad agire in modo impulsivo e senza pensare alle conseguenze delle proprie azioni, a manipolare gli altri al fine di raggiungere i propri scopi, a dimostrare scarsa empatia, ad una diminuita preoccupazione per le conseguenze generate dalle proprie azioni.

Il fattore Q *schizoide* presenta items che mostrano una tendenza a non impegnarsi in relazioni o amicizie strette, a disporre di una gamma di emozioni limitata, alla carenza di abilità sociali, a mostrare un aspetto o un atteggiamento strano o particolare, a essere timido/a o riservato/a in circostanze sociali, a essere inibito/a o coartato/a (ovvero avere difficoltà a riconoscere ed esprimere desideri e impulsi), ad avere difficoltà nel comprendere il senso del comportamento degli altri (spesso fraintendendolo, interpretandolo in modo scorretto o essere confuso/a dalle azioni altrui), a essere incapace di descrivere gli altri in modo da far capire che tipo di persone siano (descrizioni bidimensionali e carenti), ad avere scarso insight psicologico, a pensare in termini concreti e a interpretare i fatti in modo letterale.

Il fattore Q *paranoide* rispecchia items che indicano una tendenza a tenere il broncio, a sentirsi incompreso/a, maltrattato/a o vittimizzato/a, a pensare che gli altri vogliano danneggiarlo o approfittarsi di lui/lei, a esprimere una rabbia intensa e sproporzionata rispetto alla situazione; a coinvolgersi in scontri di potere, ad essere arrabbiato od ostile, a polarizzare alcune persone come totalmente cattive, a essere arrogante e moralistico, a reagire alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione.

Il fattore Q *ossessivo* rappresenta items che descrivono una miscellanea di aspetti adattivi e disadattivi, determinando una tendenza a essere coscienzioso/a, responsabile e articolato/a, ad avere standard morali ed etici, a essere capace di utilizzare i propri talenti, le proprie abilità e le proprie energie in modo efficace e produttivo, ad amare le sfide, a vedersi come una persona logica e razionale, non influenzata dalle emozioni, a essere



eccessivamente focalizzato sul lavoro e sulla produttività, ad essere controllante, a trovare significato e soddisfazione nel perseguimento di obiettivi a lungo termine, ad apprezzare e saper rispondere all'umorismo, a essere inibito o coartato/a (avere difficoltà ad esprimere desideri e impulsi).

Il fattore Q *istrionico* si distingue per items estremamente caratterizzanti che delineano una tendenza ad essere eccessivamente bisognoso/a e dipendente, a sviluppare attaccamenti intensi e veloci, a legarsi o essere romanticamente interessato/a a persone che non sono emotivamente disponibili, a essere suggestionabile o facilmente influenzabile, a essere eccessivamente seduttivo/a o provocante dal punto di vista sessuale, a esprimere le emozioni in modo esagerato e teatrale, a fantasticare di trovare l'amore ideale e perfetto, a essere incapace di calmarsi o rassicurarsi quando è angosciato/a, a provare emozioni che aumentano fino a sfuggire dal proprio controllo e a sperimentare la paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dalle persone che per lui/lei emotivamente significative.

Il fattore Q *narcisistico* si caratterizza per items che puntualizzano una tendenza ad avere fantasie di illimitato successo, potere, bellezza, talento, a sentirsi privilegiato/a e a sentire di avere ogni tipo di diritto (aspettandosi un trattamento preferenziale), ad avere un senso esagerato della propria importanza, a trattare le altre persone come un pubblico testimone della propria importanza, a cercare di essere al centro dell'attenzione, ad aspettarsi di essere perfetto/a, a essere arrogante, sprezzante o superbo/a, a fantasticare di trovare l'amore ideale, a pensare che gli altri siano invidiosi di lui/lei, a invidiare gli altri.

Affronterò ora i cinque sotto-fattori Q del fattore *disforico*, il primo tra quelli di prim'ordine, esordendo con il sottotipo *evitante*, caratterizzato da items che raffigurano una tendenza a essere timido/a o riservato/a, a evitare le situazioni sociali per timore di essere imbarazzato/a o umiliato/a, a essere socialmente strano/a o inappropriato/a, inibito/a o coartato/a, passivo/a o poco assertivo/a, a non avere relazioni o amicizie strette, a sentirsi privo/a di appartenenze o un outsider, ad avere difficoltà nel permettersi di provare forti emozioni piacevoli, a sentirsi inadeguato/a, a provare vergogna, imbarazzo e umiliazione.

Il sottotipo *depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento* è caratterizzato da items che indicano adattività psicologica, i quali una tendenza ad essere articolato/a, ad avere standard etici e morali, ad essere empatico/a, ad apprezzare l'umorismo, ad essere

intuitivo/a, a suscitare simpatia negli altri. 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, 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, è contraddistinto da items che descrivono escalation emotive fino alla perdita di controllo, frequenti lotte con ideazioni suicidarie, incapacità di calmarsi o tranquillizzarsi in caso di angoscia, tendenza a sentire che la propria vita è priva di significato e minacce o gesti suicidari.

Il sottotipo *dipendente-masochista* raccoglie items che descrivono una tendenza a coinvolgersi o a mantenersi in relazioni in cui subiscono abusi fisici e/o emotivi, a ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere, ad attaccarsi agli altri in modo intenso e veloce, a essere suggestionabili o facilmente influenzabili, ad attaccarsi o innamorarsi di persone emotivamente non disponibili, a essere eccessivamente bisognoso o dipendente.

Per concludere, il sottotipo *ostile* racchiude items che descrivono una tendenza a partecipare a lotte di potere, a essere arrabbiato/a od ostile, ad accusare gli altri dei propri fallimenti o insuccessi, a sentirsi incompreso/a, vittimizzato/a o maltrattato/a, ad avere conflitti con l'autorità, a tenere il broncio, a esprimere l'aggressività in modi passivi e indiretti.

Una nota interessante è l'inesistenza 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. Questa diagnosi 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.

Anche per i Q factors, il software calcola la correlazione tra il profilo SWAP-200 valutato e i diversi fattori Q, standardizzandola in punti T (Q-T factors). Analogamente a quanto riportato per i PD factors, quando la correlazione supera il valore 60 è possibile diagnosticare un disturbo di personalità, mentre se il valore si attesta tra 55 e 60 si può parlare di forti tratti di personalità per quel fattore. In caso contrario, ciò che si osserva è uno stile di personalità. Come in precedenza, da questi punteggi si ottiene sia una diagnosi

categoriale, sia una diagnosi dimensionale. La categorizzazione degli stili di personalità in fattori Q ha riportato una buona validità convergente e discriminante e altresì un'adeguata validità predittiva in relazione a svariati parametri, come il numero di ospedalizzazioni successive. I prototipi SWAP-200 possono dunque essere utilizzati efficacemente in ambito clinico in seguito ad un'appropriata valutazione del paziente durante i colloqui necessari, consentendo di colmare in maniera appropriata il divario tra diagnosi di personalità e formulazione del caso.

### 2.1.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

L'approccio di Millon alla personalità risiede nei principi concepiti all'interno del suo Modello Biosociale della Personalità. In una prospettiva evolucionistica della personalità, gli esseri viventi tentano di evitare il dolore, dunque i danni alla propria integrità fisica, procurarsi nutrimento e infine riprodursi diffondendo i propri geni e allevando la prole. Secondo Millon, la personalità è strutturata attorno ad un insieme di attitudini, abitudini ed emozioni dove sequenze ripetitive di esperienze in cui il soggetto si ritrova coinvolto circoscrivono il suo repertorio comportamentale a particolari strategie, che diventano predominanti (Millon & Davis, 1996). Lo stile di personalità si configura perciò come il prodotto di due tipi di influenze: la predisposizione biologica e le esperienze sociali. Pertanto, i disturbi di personalità non sono definibili "malattie", quanto piuttosto patterns maladattivi di funzionamento, conducendo in questo modo l'autore a sostituire il classico gergo di "disturbo" con la concezione di "*modelli clinici di personalità*". Integrando i fondamenti derivati dal darwinismo con il sistema classificatorio del DSM-IV, viene elaborato un modello biosociale multiassiale della personalità, concettualizzata come un continuum in cui il livello di gravità del disturbo è determinato dall'interazione tra individuo e ambiente. La patologia si manifesta sulla base delle variazioni che sopraggiungono in tre differenti livelli, corrispondenti a tre specifici assi del DSM-IV: *Sindromi cliniche* (Asse I), *Disturbi di personalità* (Asse II) e *Stressors psicosociali* (Asse IV) (Millon, 1969).

Il grande impegno di Millon nello studio della personalità ha portato l'autore americano a costruire uno strumento di valutazione tuttora largamente impiegato: il

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), che affonda le radici nel suo lavoro sulla psicopatologia del 1969 (*Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*). Nel 1972 viene pubblicato il Millon Illinois Self Report Inventor (MISRI), cui fa seguito la prima versione del MCMI nel 1977, uno strumento self-report composto da 175 items e 20 scale di valutazione. Il questionario, nell'arco di vent'anni, è stato revisionato e divulgato in versioni aggiornate: nel 1987 viene pubblicato il MCMI-II, che si correla al DSM III-R e in cui vengono modificati 50 items, mentre nel 1997 esce il MCMI-III, correlato al DSM IV e composto, come in precedenza, da 175 items, di cui tuttavia ne vengono modificati 90 e nel quale vengono aggiunte nuove scale cliniche. Il questionario di Millon, la cui ultima revisione risale al 2009, è stato utilizzato in oltre 700 studi e rappresenta il terzo test di personalità più utilizzato al mondo.

Il MCMI-III (Millon, Millon, Davis & Grossman, 1997) è stato sviluppato a partire da un campione normativo di soli pazienti, motivo per cui il suo utilizzo in ambito extra-clinico risulta inappropriato, e rileva esclusivamente aspetti patologici, non risultando uno strumento impiegabile nell'indagine delle risorse di un paziente. Il questionario è applicabile ad adulti con almeno 18 anni, richiede un tempo di somministrazione di 20-30 minuti, è composto da 175 items con risposta "Vero/Falso" e analizza la personalità del soggetto su un totale di 28 scale di valutazione raggruppate in 5 categorie.

La categoria "Pattern di personalità clinica" coinvolge 11 scale: *Schizoide* (1), *Evitante* (2A), *Depressiva* (2B), *Dipendente* (3), *Istrionica* (4), *Narcisistica* (5), *Antisociale* (6A), *Sadica (Aggressiva)* (6B), *Ossessivo-Compulsiva* (7), *Negativistica (Passivo-Aggressiva)* (8A), *Masochistica (Autofrustrante)* (8B). La categoria "Grave patologia della personalità" racchiude 3 scale: *Schizotipica* (S), *Borderline* (C) e *Paranoide* (P). Tra le "Sindromi cliniche" si riscontrano 7 scale: *Ansia* (A), *Somatizzazione* (H), *Bipolare: Mania* (N), *Distimia* (D), *Dipendenza da alcol* (B), *Dipendenza da droghe* (T), *Disturbo post-traumatico da stress* (R). La quarta categoria si riferisce a "Sindromi cliniche gravi" e ingloba 3 scale: *Disturbo del pensiero* (SS), *Depressione maggiore* (CC) e *Disturbo delirante* (PP). Infine, le 4 scale che compongono la categoria "Indici di modifica" si riferiscono a: *Validità* (V), *Apertura* (X), *Desiderabilità* (Y) e *Autosvalutazione* (Z).

Le scale sono mediamente composte da 15 items e in continuità con il pensiero di Millon, secondo il quale tra tipologie di personalità e sindromi cliniche esiste una correlazione, molti items sono condivisi tra le varie scale. Un item ottiene un punteggio di 2 quando

rappresenta un aspetto prototipico di quella scala, mentre ottiene un punteggio di 1 quando non corrisponde ad un aspetto caratterizzante. Esistono 6 cluster di risposte rilevanti: preoccupazioni riferite allo stato di salute, alienazione nei rapporti interpersonali, discontrollo emotivo, potenziale distruttivo, abuso infantile e disturbo dell'alimentazione. Sebbene i nomi delle scale possano far pensare che il questionario costruisca le diagnosi seguendo il DSM-IV, il MCMI-III classifica i disturbi sulla base di dati scientifici ricavati empiricamente. Nel riconoscimento delle tipologie di personalità, secondo studi indipendenti, il MCMI-III risulta estremamente affidabile per quanto concerne i casi di personalità evitante, dipendente, borderline e passivo-aggressiva, mentre si classificherebbe meno efficace per i casi di personalità ossessivo-compulsiva, antisociale, istrionica e narcisistica.

Millon ha adottato un sistema che ancora i punteggi cut-off alla prevalenza di un disturbo, o di un tratto, alla popolazione psichiatrica, con il fine di ovviare al problema intrinseco ai punti T, che presuppongono una distribuzione normale. I punteggi, denominati *punteggi base rate* (BR), rappresentano indicatori della probabilità che il paziente presenti effettivamente una determinata caratteristica. Nello specifico, un punteggio base rate di 35 corrisponde alla mediana per la popolazione non psichiatrica, un valore uguale a 60 rappresenta la mediana per la popolazione di pazienti psichiatrici, un punteggio di 75 indica una presenza sicura della caratteristica misurata e quando un punteggio BR è uguale o maggiore di 85 è possibile affermare che in quell'individuo la caratteristica misurata è predominante.

A questo punto, è essenziale esaminare brevemente gli aspetti delle 4 scale degli Indici di modifica, che rappresentano indici di quanto le risposte fornite dal paziente possano essere considerate valide e interpretabili. Entrando nel dettaglio, la scala di *Validità* (V) contiene 3 items bizzarri o estremamente improbabili: item 65 (Lo scorso anno ho sorvolato l'Atlantico trenta volte), item 110 (L'anno scorso sono apparso nella copertina di alcune riviste), item 157 (Non ho visto un'automobile negli ultimi dieci anni). Nel caso due o più di questi siano contrassegnati come veri, il protocollo non è ritenuto valido, mentre nelle compilazioni con uno dei sopracitati items ritenuto vero è necessario condurre preliminarmente un'inchiesta riguardo quell'item non appena il questionario viene consegnato. L'indice di *Apertura* (X), che ingloba caratteristiche che valutano in che proporzione il soggetto si attribuisca qualunque tratto psicologico, non viene

considerato una vera e propria scala, in quanto è ottenuto grazie ad un punteggio composito derivato dalle scale di personalità. Concretamente, l'indice informa il clinico riguardo a quanto il paziente tende ad essere schietto e sincero o reticente e riservato ed è l'unica scala in cui può essere interpretato un punteggio basso. La validità del protocollo non è comprovata nel caso in cui l'indice di *Apertura* si attesti su valori inferiori a 34 o maggiori di 178. L'indice di *Desiderabilità* (Y) quantifica l'influenza sulle risposte dell'eventuale tendenza del soggetto a dichiararsi socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato. In questa scala, un punteggio elevato non invalida il protocollo, tuttavia un valore maggiore di 75 suggerisce che il soggetto nasconde alcuni aspetti delle proprie difficoltà psicologiche e relazionali. Infine, l'indice di *Autosvalutazione* (Z) rispecchia la misura in cui il soggetto tende a riferire caratteristiche negative e poco desiderabili di sé, attestandosi in linea di massima come scala contrapposta a quella di *Desiderabilità* (Y) citata poco fa. Tuttavia, i due indici non hanno sempre andamenti invertiti, essendo possibile riscontrare livelli elevati in entrambi, soprattutto in soggetti riservati. Un punteggio maggiore di 75 su questa scala indica che il paziente presenta una tendenza all'autocritica e all'autosvalutazione, ma in ogni caso valori elevati non invalidano il protocollo e possono essere rivelatori di una richiesta d'aiuto o di attivazione emotiva.

Da tenere in considerazione deve essere anche la combinazione riscontrata tra particolari indici di modifica: bassa *Apertura* (X) e alta *Desiderabilità* (Y) indicano un protocollo con tendenza a riportare eccessivi falsi tratti positivi, alta *Apertura* (X) e alta *Autosvalutazione* (Z) indicano un protocollo con tendenza a riportare eccessivi falsi tratti negativi, bassi valori di *Apertura* (X) e *Autosvalutazione* (Z) insieme ad alta *Desiderabilità* (Y) indicano underreporting (tendenza a non fornire informazioni su di sé), bassa *Apertura* (X) insieme ad alte *Desiderabilità* (Y) e *Autosvalutazione* (Z) indicano difensività o la presenza di sintomi e tratti antitetici. Sulla base di queste relazioni è pertanto possibile descrivere il caratteristico stile di risposta del paziente in questione.

Il MCMI-III è dunque da ritenersi non valido quando si riscontrano punteggi di *Validità* (V) di 2 o 3, quando il livello di *Apertura* (X) è minore di 34 o maggiore di 178, nel caso in cui nel questionario non venga indicato il sesso o l'età del soggetto, se almeno 12 items sono privi di risposta o presentano una risposta doppia e infine nel caso in cui nessuno

dei punteggi BR alle scale di personalità cliniche si attesti al di sopra di un valore di 59, in quanto il test è stato concepito per la valutazione di pazienti con disturbo di personalità e, corrispondendo la mediana per pazienti psichiatrici al valore 60, nessun disturbo può essere riscontrato.

Una volta in possesso del protocollo compilato, il clinico deve affrontare la fase di interpretazione delle risposte fornite dal paziente, all'interno della quale è opportuno affrontare alcuni passaggi significativi. Innanzitutto vanno esaminati gli indici di modifica e di conseguenza si procede alla descrizione dello stile di risposta del paziente. In secondo luogo, si analizzano le scale di grave disturbo di personalità e nel caso in cui si dimostrino clinicamente elevate è necessario porre su queste l'enfasi interpretativa. In seguito è opportuno individuare lo stile di personalità caratteristico del soggetto e valutarne il livello di funzionalità sulla base di dati storici e forniti dal MCMI-III. Un momento importante è quello della descrizione della sindrome clinica o dei sintomi dell'Asse I che il paziente sembra sperimentare, in cui vanno valutate le sindromi gravi a partire dalla più caratteristica (le scale cliniche da prendere immediatamente in considerazione sono quelle che presentano punteggi maggiori di 85; in seguito si esaminano le rimanenti). In ultima sede, il clinico procede con l'interpretazione del significato della sintomatologia nel contesto dello stile (o del disturbo) di personalità del soggetto, controllando poi l'eventuale presenza di risposte particolarmente rilevanti. Nell'individuazione dello stile di personalità, è opportuno considerare esclusivamente le tre scale con i punteggi più elevati, che ad ogni modo non sono di per sé indici di patologia, in quanto le caratteristiche riscontrate devono sempre essere contestualizzate all'interno della vita del soggetto. Difatti, se è riscontrabile una nicchia ecologica in cui i tratti rilevati non rappresentano modalità funzionali disturbate, non è opportuno considerare tali peculiarità come patologiche.

## ***2.2. Materiale***

Il presente studio affronta l'analisi del processo di un caso singolo in cui un giovane paziente ha affrontato una psicoterapia dinamica a lungo termine nell'arco di circa quattro

anni, durante i quali sono state condotte 200 sedute da uno psicoterapeuta di sesso maschile.

Il materiale utilizzato si compone innanzitutto dei trascritti verbatim di una serie di colloqui audio-registrati, che sono stati selezionati in modo da descrivere attendibilmente l'intero trattamento. Nello specifico, si è cercato di suddividere l'intero percorso terapeutico in sei fasi, ciascuna composta da tre sedute ravvicinate (ma non obbligatoriamente conseguenti) selezionate casualmente.

Oltre ai trascritti dei colloqui, ci si è avvalsi di procedure che potessero valutare il profilo della personalità del paziente ad inizio e a fine terapia, al fine di confrontarle ed analizzare un eventuale cambiamento. In particolare, si è svolta una valutazione grazie alla SWAP-200 nella fase iniziale della terapia e al termine della stessa, inoltre il paziente ha provveduto alla compilazione del MCMI-III all'inizio del trattamento e un mese dopo la fine della terapia. La scelta di questi due strumenti si è incentrata sulla possibilità di disporre di dati provenienti sia da uno strumento clinician-report come la SWAP-200, che da uno strumento self-report come il MCMI-III; in questo modo, oltre che confrontare le misurazioni provenienti dallo stesso strumento in fasi differenti, è possibile effettuare una comparazione tra ciò che emerge nel protocollo stilato dal clinico con ciò che si ricava dal questionario compilato dal paziente. In sostanza, disporre di queste tipologie di dati consente di stabilire se il cambiamento osservato dal terapeuta e la percezione del cambiamento da parte del paziente coincidono.

Illustrerò ora il caso clinico del paziente la cui terapia è alla base della presente ricerca, al fine di comprenderne la diagnosi e le caratteristiche sostanziali.

G. è un paziente maschio di ventuno anni, eterosessuale celibe, che frequenta l'università della sua città e appartiene ad una famiglia tradizionale di ceto medio con genitori sposati e una sorella maggiore. Viene inviato in terapia dalla madre dopo aver affrontato, tempo prima, un percorso terapeutico non andato a buon fine e che il paziente non intendeva proseguire.

G. riferisce di intrattenere un rapporto speciale con la madre, descritta come una donna emotivamente disponibile, che riesce a comprendere le esigenze del figlio come nessun altro e capace di confortarlo e consigliarlo pressoché in ogni circostanza. Con il padre il paziente ha una buona relazione, basata sul rispetto reciproco e con un buon livello di socievolezza, sebbene G. lo descriva come piuttosto restio a manifestare i propri



sentimenti, positivi e negativi. Nei momenti in cui il paziente sente il bisogno di manifestare il proprio disagio emotivo, presenta il padre come sostanzialmente incapace di rispondere prontamente a questa esigenza, riferendo la tendenza del genitore a prendere le distanze all'interno di situazioni con livelli di emotività o problematicità che eccedono rispetto a quelli della normale conduzione della vita familiare.

G. riferisce una pervasiva difficoltà nel prendere decisioni, di fronte alle quali opta sistematicamente per un atteggiamento di ricerca di sostegno nella figura materna. Il comportamento della madre narrato dal paziente non sembra operare in maniera dannosa o con manifeste finalità di mantenere il figlio legato a sé, ma di fatto non viene nemmeno promossa alcuna azione in favore dello sviluppo dell'autonomia del figlio. Questo meccanismo relazionale ha determinato nel paziente una notevole quota di confusione, che in certi momenti non gli consente di comprendere che cosa egli abbia effettivamente intenzione di fare.

Oltre a ciò, dalle prime sedute di consultazione emerge una forte ansia legata a pensieri sulla morte dei genitori, sul fatto che l'invecchiamento o un'eventuale malattia di quest'ultimi possa ridurre notevolmente il tempo a disposizione da passare con loro. Questi aspetti si ripercuotono altresì sulle relazioni extra-familiari di G., che dispone di una discreta cerchia di amici, ma con molti dei quali fatica ad entrare in sintonia e che in molte occasioni, di fronte al dilemma della possibilità di uscire o meno, decide di non incontrare, preferendo restare a casa. Anche il timore della perdita dei genitori influisce sulle relazioni sociali del paziente, dato che la scelta di non uscire con gli amici si basa sulla sensazione che questi momenti di svago, in un certo senso, agiscano limando la quota di tempo che gli resta da passare con i familiari.

La situazione attuale riportata dal paziente appare in qualche modo contrapposta alle narrazioni sul passato riferite dal soggetto. G., infatti, descrive l'infanzia e la prima adolescenza come momenti di serenità, in cui si riteneva in possesso di abilità sociali più che buone e che metteva efficacemente in atto all'interno di una cerchia amicale numerosa, scandita da relazioni appropriate. Il paziente racconta inoltre che anche all'interno delle relazioni con il sesso opposto ha sperimentato una sensazione di efficacia, almeno fino al termine delle scuole medie; con la transizione alla scuola superiore invece sono via via subentrate modalità relazionali ansiose e una tendenza ad isolarsi simili alla condizione esposta nei primi colloqui.

Il funzionamento mentale di G. non sembra presentare criticità importanti, dato che l'esame di realtà non risulta alterato e il paziente si dimostra in grado di comprendere le proprie difficoltà, tuttavia si notano certamente alcune credenze di tipo disfunzionale riguardanti il sé e le relazioni (soprattutto familiari), tra i quali spicca la sensazione che la madre sia capace di risolvere pressoché qualunque tipo di problema.

Il software della SWAP-200 ha permesso, in seguito alla compilazione del protocollo, di estrapolare i PD factors relativi al paziente nella fase iniziale del trattamento (Figura 2.1), grazie ai quali è possibile evidenziare la significatività dei fattori *Schizoide*, *Evitante* e *Dipendente*. In particolare, il fattore *Dipendente* è contraddistinto dal punteggio più elevato, che essendo al di sopra del limite 60, indica la presenza di un disturbo di personalità su questa dimensione.

I punteggi dei fattori *Schizoide* ed *Evitante*, invece, attestandosi tra il 55 e il 60 indicano una forte presenza dei relativi tratti, che però non esulano in disturbo di personalità.

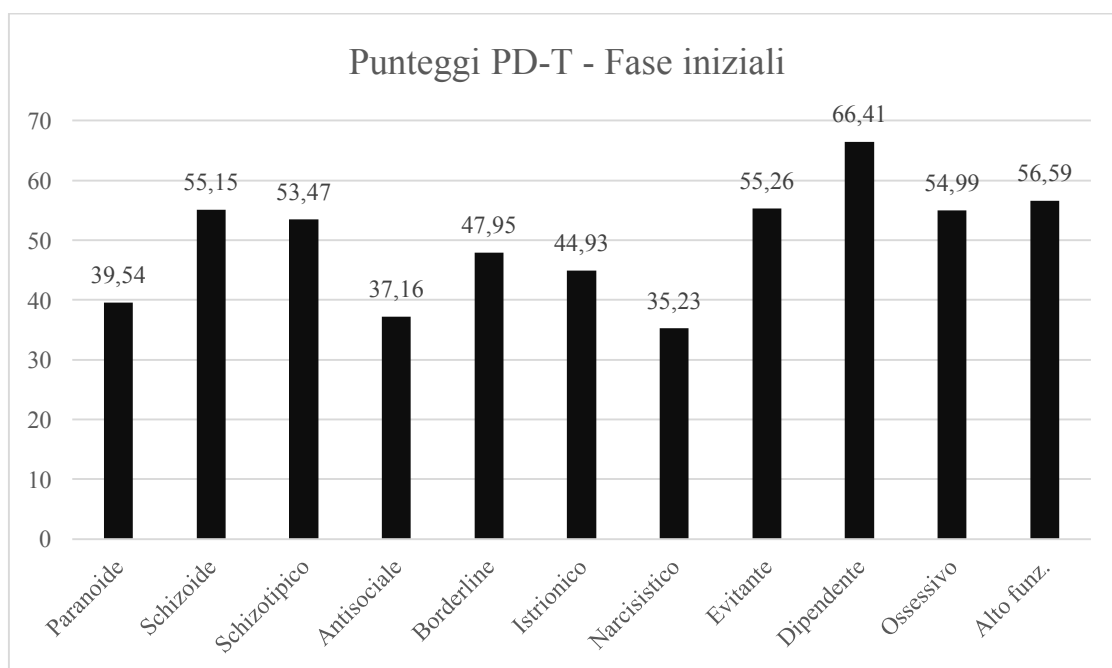


Figura 2.1 – Punteggi PD-T factor SWAP-200 in fase iniziale – Paziente: G

Inoltre, grazie alle valutazioni riportate nel protocollo SWAP-200, è stato possibile estrapolare gli items più caratteristici a cui è stato attribuito un punteggio elevato (di 5, 6 o 7), con lo scopo di profilare un quadro generale dei principali tratti personologici del paziente.

Da questo tipo di analisi è emerso chiaramente che G. si configura come un soggetto con una tendenza ad essere eccessivamente bisognoso o dipendente, che richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive a causa della paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone che per lui sono emotivamente significative (item 77), tendenzialmente ansioso (item 35) e indeciso di fronte alle scelte (item 180).

Il soggetto sperimenta la sensazione che una o alcune delle persone per lui importanti siano in possesso di una capacità speciale e quasi magica di capire i suoi pensieri e i suoi sentimenti più intimi (item 10), tende ad idealizzare alcune persone in modi irrealistici, identificandole come totalmente buone, finanche ad escludere la presenza dei difetti umani più comuni (item 45).

G. tende ad essere inibito o coartato; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri o impulsi (item 119), esprime difficoltà nel riconoscere la rabbia (item 25) e si dimostra incapace di calmarsi o tranquillizzarsi da solo quando è stressato, manifestando il bisogno di un'altra persona che lo aiuti a regolare gli affetti (item 117). Il paziente manifesta una tendenza a sentirsi in colpa (item 57), non ha un'immagine stabile di chi sia o di chi vorrebbe diventare (item 15) e mostra una propensione a sentirsi impotente, debole o alla mercé di forze fuori dal suo controllo (item 36).

A livello relazionale si dimostra empatico, sensibile e responsivo verso i bisogni e i sentimenti degli altri (item 59), manifestando tuttavia una propensione ad essere passivo e poco assertivo (item 199), ad ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere (item 17).

G. pare non preoccuparsi sufficientemente della soddisfazione dei propri bisogni, sembra non sentirsi in diritto di ottenere o chiedere ciò che si merita (item 88), concedendosi difficilmente la possibilità di provare forti emozioni piacevoli (item 131).

Infine, il paziente mostra un'inclinazione ad essere suggestionabile o facilmente influenzabile (item 46), a pensare in termini astratti e intellettualizzanti, anche su argomenti di rilievo personale (item 100), con una particolare preoccupazione nei riguardi della morte o del morire (item 195).

A partire da questi dati è risultato possibile effettuare una diagnosi clinica sulla base dei criteri diagnostici del DSM-5 (considerando opportuno ricordare in questa sede che parte degli items della SWAP-200 sono stati costruiti grazie alle descrizioni del DSM). La diagnosi proposta è quella di “*Disturbo Dipendente di personalità*” (ICD-9-CM: 301.6; ICD-10-CM: F60.7), un disturbo di personalità appartenente al gruppo “C” del

DSM-5 i cui criteri diagnostici riportano “Una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un’eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri.
2. Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.
3. Ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione.  
Nota: Non includere realistici timori o punizioni.
4. Ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia).
5. Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli.
6. Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell’esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé.
7. Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un’altra relazione come fonte di accudimento e di supporto.
8. Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a a prendersi cura di sé.”  
(American Psychiatric Association, 2014, p.782).

Grazie all’analisi dei tratti salienti estratti dal profilo SWAP-200, è possibile affermare che le caratteristiche maggiormente descrittive dell’assetto di personalità confermano chiaramente la presenza di cinque dei criteri diagnostici sopracitati: nello specifico, i criteri numero 1, 2, 3, 4 e 8. La diagnosi di “Disturbo dipendente di personalità” appare perciò fondata e clinicamente rilevata.

Il disturbo dipendente di personalità presuppone una dipendenza estrema, che diviene patologica dal momento che i soggetti con questa diagnosi sono sottomessi, sono incapaci di prendere decisioni da soli, necessitano di continue rassicurazioni e non riescono a funzionare efficacemente se non in presenza di qualcun altro che si prende cura di loro (Gabbard, 2015). Questo disturbo inoltre si manifesta spesso in comorbilità con

depressione maggiore, disturbo bipolare, alcuni disturbi d'ansia e disturbi dell'alimentazione (Bornstein, 1995; Loranger, 1996; Skodol, Gallagher & Oldham, 1996). Le famiglie di pazienti dipendenti spesso presentano caratteristiche peculiari, quali una ridotta espressività e un elevato controllo (Head, Baker & Williamson, 1991), genitori che hanno promosso una tipologia di attaccamento insicuro o invischiato (West, Rose & Sheldon-Keller, 1994), comunicazioni riguardo al fatto che l'indipendenza sia costellata di pericoli o una sottile spinta a rimanere legati ai genitori (Gabbard, 2015).

Una peculiarità di questo disturbo è che dipendenza e passività non devono obbligatoriamente ritenersi equivalenti (Bornstein, 1993), ma spesso l'atteggiamento passivo che manifestano le personalità dipendenti maschera l'aggressività, attestandosi come una formazione di compromesso che protegge il soggetto dall'ostilità che viene silenziosamente espressa (Gabbard, 2015).

Dal punto di vista del trattamento, il terapeuta ha il compito di affrontare i sentimenti di attaccamento e tutte le difficoltà relative alla percezione delle relazioni che il soggetto intrattiene con gli altri (Svartberg & McCullough, 2010) e per permettere a questi pazienti di migliorare è innanzitutto necessario promuovere lo sviluppo di una loro dipendenza nei confronti del terapeuta.

A livello transferale, una problematica intrinseca di questo aspetto è rappresentata dal fatto che, una volta costruita la dipendenza, questi pazienti tendono a vederla come il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico anziché come un passaggio finalizzato al cambiamento. Se questa criticità si presenta, il paziente può dimenticare la propria sofferenza e focalizzarsi esclusivamente sul mantenimento della relazione terapeutica (Gabbard, 2015). In questi casi, la regola d'oro per il terapeuta è quella di ricordare che ciò che affermano questi pazienti non rispecchia ciò di cui veramente necessitano e di sentirsi rilassato nel frustrare queste richieste, promuovendo l'indipendenza (Gabbard, 2015).

In alternativa, il paziente dipendente potrebbe sviluppare un'idealizzazione del terapeuta (Perry, 2014), delegando a lui le scelte di ogni decisione impegnativa e considerandolo onnisciente.

I diversi controtransfert con cui i terapeuti si scontrano nel trattamento di questi pazienti sono tipicamente caratterizzati da sentimenti di disprezzo o risentimento, oppure da una sintonia empatica in cui i desideri inconsci del paziente si associano a quelli del

terapeuta generando una situazione rischiosa dove, nel momento in cui il terapeuta rifiuta i desideri del paziente sta parallelamente rifiutando anche i propri. Inoltre il terapeuta potrebbe sperimentare un compiacimento derivato dall'idealizzazione del paziente, da cui trarrebbe gratificazione, o in alternativa adottare un atteggiamento eccessivamente autoritario e direttivo.

Le difese più comuni in questo disturbo corrispondono a *regressione* (impiego di comportamenti tipici di uno stato evolutivo precedente), *formazione reattiva* (commutazione di un affetto negativo in positivo, o viceversa), *evitamento* (sottrarsi a relazioni sociali per scongiurare potenziali minacce percepite) e *somatizzazione* (tendenza ad esprimere il disagio psichico mediante stati di patologia organica) (Manuale Diagnostico Psicodinamico: PDM-2, 2018; McWilliams, 1994).

In linea con quanto appena trattato, all'interno dei trascritti analizzati è stato possibile riscontrare una tendenza transferale del paziente in direzione di un'idealizzazione del terapeuta, seppur non estremamente marcata. Questa propensione si manifestava nei tratti di terapia condotti durante momenti di vita del paziente particolarmente stressanti, durante i quali emergeva un tentativo di "appoggiarsi" alle affermazioni del terapeuta.

Le difese adottate dal paziente gravitavano prevalentemente attorno a due poli. Il primo corrispondeva alla *formazione reattiva* nelle fasi in cui G. percepiva come troppo pericoloso manifestare apertamente i propri sentimenti aggressivi, preferendo convertirle in sentimenti meno intensi ed equilibrati; il secondo era identificabile nel meccanismo di *evitamento* grazie al quale il paziente posticipava le proprie scelte e si rifugiava all'interno del proprio mondo familiare, delegando ad altri le responsabilità che viveva come eccessivamente problematiche.

A livello controtransferale, soprattutto nella fase iniziale del trattamento, si sono osservati nel terapeuta vissuti di estrema difficoltà con momenti di risentimento nell'interagire con un soggetto estremamente restio nel manifestare i propri sentimenti e le proprie preferenze. In queste occasioni il terapeuta ha anche adottato un approccio chiaramente direttivo, riuscendo ad ogni modo a non incorrere in atteggiamenti autoritari che avrebbero probabilmente compromesso la relazione. In generale è possibile affermare che il terapeuta sia riuscito nel non facile compito di gestire in maniera adeguata una relazione complicata, prevalentemente nelle fasi iniziali, affrontando efficacemente i problemi relazionali insieme al paziente, non incorrendo in potenziali rischi di auto-

gratificazione derivanti dall'idealizzazione del paziente, frustrando, quando necessario, le sue richieste implicite con garbo, promuovendo l'indipendenza e mantenendo un costante atteggiamento di sintonizzazione empatica.

### ***2.3 Procedura***

All'interno di questa sezione illustrerò nel dettaglio il procedimento seguito durante la conduzione del presente studio.

Per intraprendere questa ricerca, è stato necessario partecipare ad un training formativo, della durata di circa tre mesi, finalizzato all'acquisizione di dimestichezza con il costrutto delle strutture d'interazione e all'apprendimento delle modalità di utilizzo del PQ-s. Questa fase preliminare è stata svolta da tre studenti, nelle vesti di giudici indipendenti, presso l'Università di Padova sotto la supervisione del Prof. Diego Rocco. Nello specifico, i tre giudici sono stati formati riguardo il tipo di misura del processo che si sarebbe effettuata e riguardo allo strumento impiegato grazie al connubio di due modalità istruttive: per mezzo di incontri formativi frontali con due professionisti esperti in materia, il Prof. Diego Rocco e il Prof. Francesco De Bei, e con lo studio di materiale fornito dal supervisore.

Una volta in possesso delle conoscenze necessarie, cinque trascritti verbatim di sedute di terapia psicodinamica sono state messe a disposizione dei giudici, i quali hanno svolto indipendentemente l'analisi delle strutture d'interazione grazie al PQ-s. In seguito, i risultati ottenuti dai tre valutatori sono stati confrontati e dagli items con i punteggi più caratteristici e caratterizzati dal maggior grado di accordo sono state estrapolate le strutture d'interazione più rappresentative di ogni seduta. Ognuno degli stadi sopracitati riguardanti il periodo formativo è stato rigorosamente coordinato e ispezionato dal supervisore qualificato.

Terminata questa fase preparatoria, ha avuto inizio il processo di ricerca vero e proprio. Innanzitutto, i ricercatori hanno avuto accesso a trascritti verbatim di sedute appartenenti ad una singola terapia della durata di 200 incontri.

Le sedute sono state selezionate seguendo una forma di campionamento a serie temporali, grazie al quale è stato possibile accedere ad un quadro sufficientemente realistico

dell'intero trattamento, suddividendolo in sei fasi poste ad intervalli piuttosto regolari. In particolare, ogni fase è stata composta da tre sedute ravvicinate (ma non necessariamente conseguenti) di particolare rilievo: la prima fase aggrega le sedute numero 1, 2 e 3 (questi colloqui rivestono chiaramente un ruolo di primo piano in quanto costituiscono l'entrata in terapia del soggetto e rappresentano l'iniziale incontro tra paziente e terapeuta); la seconda fase incorpora le sedute numero 23, 24 e 25; la terza fase, le sedute 78, 80 e 90; la quarta fase, le sedute 125, 134 e 137; la quinta fase, le sedute 162, 163 e 167; infine, la sesta fase assorbe le sedute conclusive del trattamento, le numero 198, 199 e 200.

I trascritti selezionati sono stati analizzati dai tre giudici, i quali hanno in seguito compilato in maniera indipendente un protocollo PQ-s per ciascuna delle 18 sedute. Al termine di ogni compilazione, i valutatori (sempre in maniera indipendente) hanno ricavato le strutture d'interazione della seduta esaminata raggruppando gli items con punteggio rilevante (punteggi estremamente caratteristici, 8 e 9, e punteggi poco caratteristici 1 e 2) in base alla loro reciproca appartenenza ad una modalità interattiva comune. A titolo di esempio, nel caso in cui due items che esprimono un atteggiamento fortemente interpretativo del clinico, come "Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconse e da cui il paziente si difende" (item 67) e "Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa" (item 80), ottengano un punteggio significativo (alto o basso), possono essere raggruppati insieme ad altri items con punteggio rilevante e riguardanti lo stesso aspetto per formare la struttura d'interazione *Espressività del terapeuta* (o *Supportività del terapeuta*).

Una volta ultimato questo lavoro, sono stati confrontati gli items più significativi delle strutture d'interazione ottenute dai tre giudici indipendenti in ciascuno dei sei blocchi di tre sedute e da questi sono stati estrapolati quelli caratterizzati da un maggior grado di accordo. Gli items estratti sono stati poi combinati con le stesse modalità descritte poco fa al fine di ottenere una o più strutture d'interazione generali per ogni intero blocco di tre sedute, considerato nel suo complesso. In questo modo sono state ricavate le strutture d'interazione caratteristiche di ciascuna delle sei diverse fasi del processo terapeutico.

Oltre all'analisi del processo tramite il PQ-s, i giudici hanno congiuntamente compilato il protocollo SWAP-200 per due diversi momenti del trattamento: nello specifico per la prima fase, composta dalle sedute 1, 2 e 3, e per la sesta fase, ossia quella



finale, comprendente le sedute 198, 199 e 200. In questo modo è stato possibile ottenere la struttura di personalità del paziente all'entrata in terapia e al termine della stessa.

Infine, sono stati messi a disposizione dei giudici i risultati del test MCMI-III compilato in prima persona dal paziente durante la prima fase della terapia (naturalmente nell'effettivo periodo in cui si è dispiegato il trattamento) e dopo un mese dalla conclusione della stessa.

## ***2.4 Ipotesi di lavoro***

Il lavoro di Jones (2000) sulle strutture d'interazione si è posto come obiettivo quello di unificare il pensiero discordante di diversi autori nei confronti dei fattori specifici e aspecifici. Alcuni autori affermavano che il cambiamento terapeutico si realizzasse grazie al raggiungimento di insight e di consapevolezza di sé da parte del paziente (Castonguay & Hill, 2007), mentre studiosi con visioni differenti attribuivano un ruolo preponderante, nel processo di cambiamento, alla relazione terapeutica (Hill & Knox, 2009). Innumerevoli studi hanno comprovato l'influenza delle strutture interattive sull'outcome e l'efficacia del PQ-s. In un famoso studio single-case (Jones, 2000), il PQ-s ha permesso di rilevare il cambiamento associato al trattamento e le strutture di interazione che giocavano un ruolo nel raggiungimento dell'outcome finale. In particolare, le strutture d'interazione hanno individuato l'effetto sia di caratteristiche specifiche del paziente, che di specifici interventi del terapeuta.

Uno studio ha inoltre dimostrato che terapie con esiti positivi sono caratterizzate da una graduale, ma significativa, transizione del paziente da una tendenza ad attribuire la responsabilità dei propri problemi a fonti esterne ad una propensione a comprenderne le cause psicologiche interne (Jones, Parke & Pulos, 1992).

Gabbard e Westen (2003) affermano che il concetto di strutture d'interazione sostanzia il collocamento dell'azione terapeutica all'interno della connessione tra fattori tecnici e interpersonali, nella fattispecie all'interno dell'identificazione e dell'interpretazione dei modelli relazionali disfunzionali del paziente, che emergono naturalmente nel contesto della relazione con il terapeuta.

Nello specifico, nel caso della terapia con pazienti con diagnosi di *Disturbo Dipendente di personalità*, il clinico dovrebbe inizialmente consentire lo sviluppo di una dipendenza nei suoi confronti da parte del paziente e solo in un secondo momento favorire l'indipendenza. All'interno del processo con questo tipo di pazienti, la difficoltà del paziente di trovare un senso di sé separato deve essere bersaglio di interpretazioni e confrontazioni da parte del terapeuta e quest'ultimo deve prestare attenzione ai molteplici rischi a cui il controtransfert lo può mettere di fronte. In particolare, in questi casi è molto frequente osservare nel controtransfert del terapeuta atteggiamenti di disprezzo, compiacimento per l'idealizzazione del paziente dipendente o uno stile autoritario e direttivo (Gabbard, 2015).

Il presente studio si pone dunque l'obiettivo di indagare in che modo il processo terapeutico possa aver agito nel conseguimento di un cambiamento significativo della struttura di personalità del paziente. Si vuole dunque valutare se i risultati ottenuti si dimostrano in linea con quelli ottenuti dagli studi di Jones (2000), di Jones, Parke e Pulos (1992) e con le osservazioni di Gabbard riguardanti il processo terapeutico con pazienti dipendenti (2015). Nello specifico, ci si aspetta di osservare all'interno delle strutture d'interazione, che si manifestano nella relazione tra paziente e terapeuta nell'arco del trattamento, un cambiamento qualitativo graduale che possa rendere conto dell'outcome.

## CAPITOLO III

### I risultati

In questa sezione presenterò i risultati ottenuti dall'analisi del processo e dell'outcome effettuata grazie all'applicazione alle trascrizioni della terapia del PQ-s di Jones, della SWAP-200 e del MCMI-III. Nello specifico, il primo strumento è stato applicato per rilevare le strutture d'interazione, mentre il secondo e il terzo per la valutazione della struttura di personalità e della sintomatologia del paziente nelle fasi iniziale e finale del trattamento.

#### *3.1 Risultati ottenuti con il PQ-s*

In prima istanza esporrò i dati relativi alle strutture d'interazione generali per ognuna delle sei fasi della terapia (di seguito riportate con la denominazione Fase 1, Fase 2 ecc.). Come già riportato in precedenza, queste strutture generali sono state ottenute dagli items PQ-s più rilevanti e contraddistinti dal maggior grado di accordo in merito alla valutazione dei tre giudici indipendenti, per ciascuna fase del trattamento.

In ciascuna delle tabelle presentate a breve sono riportati proprio gli items più caratterizzanti (che nell'insieme costituiscono una struttura d'interazione specifica della fase considerata) accompagnati dal rispettivo punteggio medio ottenuto (è opportuno ricordare in questa sezione che un item con punteggio elevato, 8 o 9, è rilevante in quanto estremamente caratteristico della relazione, mentre un punteggio basso, 1 o 2, è di rilievo in quanto minimamente caratteristico della stessa).

**Fase 1.** L'analisi qualitativa delle strutture d'interazione della fase 1 ha mostrato due livelli interattivi.

## Strutture d'interazione – Fase 1

### *Direttività del terapeuta*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
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
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
31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.	8
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	8

Tabella 3.1

### *Passività del paziente*

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

Tabella 3.2

Il primo livello, che è stato denominato *Direttività del terapeuta* (Tabella 3.1), è caratterizzato dagli items 3, 17, 62, 65, 31 e 81. In questo livello il terapeuta cerca di dirigere la relazione (item 17), di aiutare il paziente ad esprimere la sua narrazione ed i suoi vissuti emotivi in maniera più chiara (items 3, 65, 81) e di estrapolare più informazioni (item 31), individuando tra queste un tema rilevante (item 62).

Il secondo livello interattivo è stato denominato *Passività del paziente* (Tabella 3.2) e comprende gli items 33, 8, 20, 42 e 87. In questo livello il paziente esprime il bisogno di

vicinanza con una persona particolare (item 33), ricercando questo aspetto di dipendenza anche nella relazione terapeutica (item 8) e assume un comportamento compiacente nei confronti del clinico (item 20), assecondando le sue affermazioni (item 42) e lasciandosi guidare da quest'ultimo all'interno del processo (item 87).

**Fase 2.** Per ciò che concerne le strutture d'interazione della fase 2, sono stati evidenziati tre livelli interattivi.

### Strutture d'interazione – Fase 2

#### *Senso di colpa del paziente*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
22	Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente.	9
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
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

Tabella 3.3

#### *Esplorazione collaborativa*

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

Tabella 3.4

### *Direttività del terapeuta*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
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 3.5

Il primo livello, denominato *Senso di colpa del paziente* (Tabella 3.3), assorbe gli items 22, 71, 76, 30, 34. In questo livello il terapeuta affronta il senso di colpa del paziente (item 22) e cerca di spronarlo a non assumersi livelli troppo elevati di responsabilità per i problemi in cui si imbatte (item 76). Il paziente d'altro canto accusa eccessivamente sé stesso, esprimendo sentimenti di colpa (items 71, 34). Il dialogo inoltre si attesta su un piano prettamente cognitivo, in cui sono esaminate credenze disfunzionali (item 30).

Il secondo livello, che è stato denominato *Esplorazione collaborativa* (Tabella 3.4), racchiude gli item 63, 18, 14, 25, 45, 56 e 9. In questo livello il terapeuta adotta un atteggiamento interpretativo, con alti livelli di espressività (item 45), si dimostra empaticamente sintonizzato con il paziente (item 9) e sostiene le affermazioni del paziente con una modalità non giudicante (item 18). Il paziente si sente compreso dal clinico (item 14), esprime i suoi affetti in maniera coinvolta (item 56) e intraprende le sedute comunicando apertamente (item 25). I colloqui inoltre hanno come focus principale le relazioni interpersonali del paziente.

Il terzo livello è stato denominato *Direttività del terapeuta* (Tabella 3.5) e ingloba gli items 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 (item 12), ai quali il terapeuta cerca di far fronte controllando attivamente l'interazione (item 17), spingendo il paziente ad elaborare maggiori informazioni (item 31) e tentando di fornire interpretazioni alternative degli eventi in contrasto con la visione del paziente (items 80, 93).

**Fase 3.** All'interno fase 3 sono stati messi in evidenza due livelli di strutture d'interazione.

### Strutture d'interazione – Fase 3

#### *Collaborazione empatica*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
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
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1

Tabella 3.6

#### *Focus sulla dipendenza*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	9
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
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
100	Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni.	8
29	Il paziente dice di voler essere separato o distante.	2

Tabella 3.7

Il primo livello, denominato *Collaborazione empatica* (Tabella 3.6), riassume gli items 6, 24, 51, 56, 93, 99, 9, 14. In questo livello il terapeuta si dimostra sintonizzato con i sentimenti del paziente (item 6), rilassato e non sopraffatto dal controtransfert (item

24), coinvolto e aperto al confronto (items 9, 51), accettando e sostenendo il punto di vista del paziente (items 99, 93). Il paziente a sua volta si sente in contatto con i propri vissuti emotivi (item 56) e contemporaneamente compreso dal clinico (item 14).

Il secondo livello, definito *Focus sulla dipendenza* (Tabella 3.7), racchiude gli items 23, 62, 69, 33, 35, 48, 100 e 29. In questo livello il dialogo è focalizzato sulla vita attuale e sul sé del paziente (items 69, 35), in particolare sul tema della dipendenza (items 23, 33, 29), che viene riconosciuto dal terapeuta (item 62). Il terapeuta in questa fase incoraggia il paziente ad esprimere maggiormente la propria indipendenza (item 48) e per affrontare questo contenuto crea collegamenti tra le relazioni del paziente e la loro relazione terapeutica (item 100).

**Fase 4.** Per quanto riguarda le strutture d'interazione della fase 4, sono stati individuati due livelli interattivi.

#### Strutture d'interazione – Fase 4

##### *Espressività del terapeuta*

Numero item	Descrizione	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
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
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
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	1

Tabella 3.8



*Collaborazione empatica*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	1

Tabella 3.9

Il primo livello è stato definito *Espressività del terapeuta* (Tabella 3.8), e include gli items 40, 80, 99, 62, 65 e 45. In questo livello il terapeuta adotta un atteggiamento espressivo (item 45), riformula le affermazioni del paziente (item 65), effettua interpretazioni riguardanti persone della vita del paziente (item 40), individuando una tematica ricorrente all'interno della narrazione (item 62), presenta eventi da una prospettiva differente per generare insight (item 80) e mette in discussione il punto di vista del paziente (item 99).

Il secondo livello è stato nuovamente nominato *Collaborazione empatica* (Tabella 3.9) e coinvolge gli items 97, 6, 14, 9, 58. In questo livello il paziente si dimostra disposto a indagare i propri pensieri e sentimenti senza opporre resistenza (items 97, 58), sentendosi compreso dal terapeuta (item 14). Il terapeuta a sua volta si dimostra emotivamente sintonizzato e coinvolto (items 6, 9).

**Fase 5.** Per quanto riguarda la fase 5, sono state riscontrati due livelli di strutture d'interazione.

## Strutture d'interazione – Fase 5

### *Proattività del paziente*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	9
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9
73	Il paziente si impegna nel lavoro terapeutico.	8
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.	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

Tabella 3.10

### *Espressività del terapeuta*

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

Tabella 3.11

Il primo livello individuato è stato denominato *Proattività del paziente* (Tabella 3.10) e contiene gli items 88, 97, 73, 70, 15 e 58. In questo livello il paziente affronta gli argomenti di sua iniziativa (item 15), senza opporre resistenza al terapeuta (item 58) e regolando efficacemente i propri sentimenti (item 70), si dimostra introspettivo (item 97) e riporta spontaneamente materiale significativo (item 88), impegnandosi efficacemente all'interno della terapia (item 73).

Il secondo livello, definito *Espressività del terapeuta* (Tabella 3.11), racchiude gli items 32, 63, 9, 45 e 89. In questo livello, in cui le relazioni interpersonali del paziente hanno un ruolo di primo piano (item 63), il terapeuta manifesta vicinanza emotiva e coinvolgimento (item 9), adotta un atteggiamento espressivo (item 45), non agendo per

rafforzare le difese del paziente (item 89) e portando quest'ultimo al raggiungimento di un insight (item 32).

**Fase 6.** 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.

### Strutture d'interazione – Fase 6

#### *Senso di efficacia del paziente*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
72	Il paziente comprende la natura della terapia e ciò che ci si può aspettare da essa.	9
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	8
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	8
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	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
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
5	Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.	1
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1

Tabella 3.12

*Espressività del terapeuta (Sottolivello 1)*

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

Tabella 3.13

*Supportività del terapeuta (Sottolivello 2)*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	8
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
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1

Tabella 3.14

Il primo livello interattivo è stato definito *Senso di efficacia del paziente* (Tabella 3.12), ed è costituito dagli items 72, 32, 97, 15, 34, 56, 58, 59, 5 e 42. In questo livello il paziente si dimostra attivo (item 15) e introspettivo (item 97), non opponendo resistenza ad esaminare i propri vissuti (item 58), comprende efficacemente i meccanismi della terapia (item 72) e manifesta vicinanza ai propri sentimenti (item 56); inoltre comprende chiaramente gli interventi del terapeuta (item 5), accettandoli pacificamente (item 42). Infine il paziente assume un senso di responsabilità adeguato per i problemi con cui si confronta (item 34), raggiunge un insight (item 32) e sperimenta un senso di efficacia (item 59).

Il secondo livello rappresenta la transizione dell'atteggiamento del terapeuta da un polo espressivo ad un polo supportivo durante le sedute conclusive ed è caratterizzato da due sottolivelli.

Il primo sottolivello, definito *Espressività del terapeuta* (Tabella 3.13), contiene gli items 40, 80, 46, 45 e 93. In questo sottolivello il terapeuta adotta un atteggiamento espressivo (item 45) effettua interpretazioni chiare (items 40, 46) e offre punti di vista personali e alternativi al paziente (items 80, 93).

Il secondo sottolivello è stato classificato come *Supportività del terapeuta* (Tabella 3.14) e racchiude gli items 45, 6, 28, 77, 99, 9 e 14. In questo sottolivello il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo, percepisce efficacemente il processo terapeutico (item 28), dimostrandosi delicato (item 77), emotivamente sintonizzato nei confronti del paziente (items 6, 9) e validando le percezioni di quest'ultimo (item 99). Il paziente, dal canto suo, si sente compreso dal terapeuta all'interno dello scenario conclusivo del trattamento (item 14).

### **3.2 Risultati ottenuti con la SWAP-200**

L'applicazione della SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) ha consentito di estrapolare i punteggi dei PD-T factors (punteggi standardizzati) del paziente nelle fasi iniziale (T1) e conclusiva (T2) della terapia (Figura 3.1). Questi fattori rapportano il profilo analizzato a modelli personologici prototipici basati sui disturbi di personalità dell'Asse II del DSM.

Durante la fase iniziale (T1) si osservano punteggi significativi nelle dimensioni *Schizoide* ed *Evitante* (punteggi compresi tra 55 e 60) e una forte rilevanza del tratto *Dipendente* (punteggio superiore a 60). Da questi dati è possibile confermare la diagnosi di *Disturbo Dipendente di Personalità*, con presenza di tratti schizoidi ed evitanti.

Nella fase finale della terapia (T2), i punteggi identificati rivelano uno scenario in cui la criticità di tutte le sopracitate dimensioni è diminuita fino ad attestarsi al di sotto del livello di cut-off (punteggio 55) e, parallelamente, si è verificato un incremento significativo del parametro *Alto funzionamento* (punteggio maggiore di 70).

I risultati ottenuti mostrano dunque chiaramente come le dimensioni che in fase T1 si attestavano a livelli patologici si siano collocate in fase T2 al di sotto del valore cut-off, evidenziando un cambiamento della struttura di personalità completato.

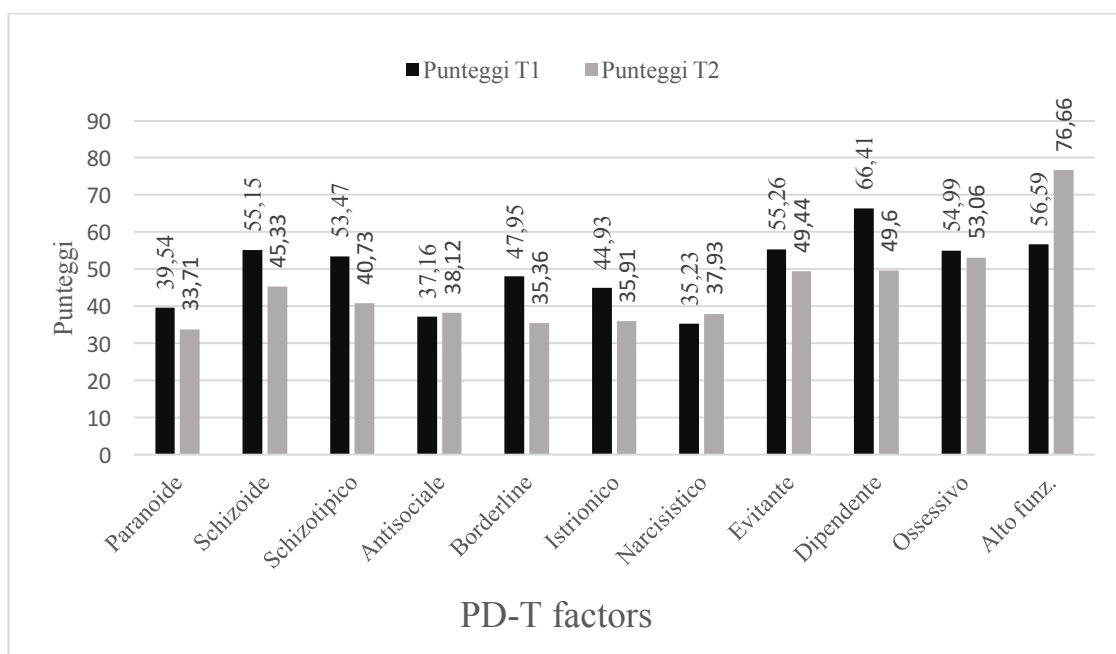


Figura 3.1 – Punteggi PD-T factor SWAP-200 a T1 e a T2 – Paziente: G

Per quanto riguarda i Q factors (Figura 3.2), nella fase iniziale (T1) i punteggi sottolineano una presenza significativa (punteggi tra 55 e 60) dei tratti *Disforico*, *Ossessivo*, *Evitante*, *Depressivo ad alto funzionamento* e *Dipendente*. Questi valori indicano che, accanto al Disturbo Dipendente di personalità rilevato grazie ai fattori PD, è possibile attribuire allo stile di personalità del paziente alcune caratteristiche aggiuntive.

La presenza di tratti disforici indica una tendenza a sentirsi inadeguato, inferiore e infelice; la rilevanza di tratti ossessivi si riferisce ad un insieme di caratteristiche sia adattive sia disadattive, come la tendenza ad essere coscienzioso, ad usare le proprie energie in maniera produttiva e ad avere difficoltà a concedersi esperienze gratificanti; la presenza di tratti evitanti mostra caratteristiche in linea con quelle già evidenziate nei PD factor, come la tendenza alla timidezza, all'evitamento di situazioni sociali e all'inibizione; la significatività di tratti depressivi ad alto funzionamento indica la presenza di alcuni punti di forza psicologici, come empatia e possesso di standard etici, ma in questa fase iniziale riguarda prevalentemente il rilevamento di tratti disforici come la tendenza a sentirsi depresso e in colpa; infine, la rilevanza di tratti dipendenti nei fattori

Q indica patterns più disturbati rispetto a quelli descritti nella corrispondente categoria dei PD factors, come la tendenza ad ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere, ad attaccarsi alle persone in modo intenso e rapido e ad essere facilmente suggestionabili o influenzabili.

Nella fase finale della terapia (T2), si osserva un evidente ridimensionamento di tutti i fattori sopracitati, con ciascuno dei relativi punteggi che si attesta al di sotto del cut-off (punteggi minori di 55). Inoltre si evidenzia un importante incremento dei punteggi relativi alle dimensioni *Ossessivo*, *Depressivo ad alto funzionamento* e *Alto funzionamento*, i cui relativi valori si collocano tutti ampiamente al di sopra del 60. La forte significatività di questi tratti è indicativa di un cambiamento in senso positivo del paziente, in quanto (come citato sopra) queste dimensioni rappresentano modalità di funzionamento adattive e funzionali, le quali manifestano dunque un forte implemento da parte del paziente delle proprie risorse sia cognitive che relazionali, quali una tendenza ad essere articolato, responsabile, a saper sfruttare le proprie abilità, a saper perseguire obiettivi con soddisfazione, ad essere empatico, intuitivo e a suscitare simpatia nelle altre persone.

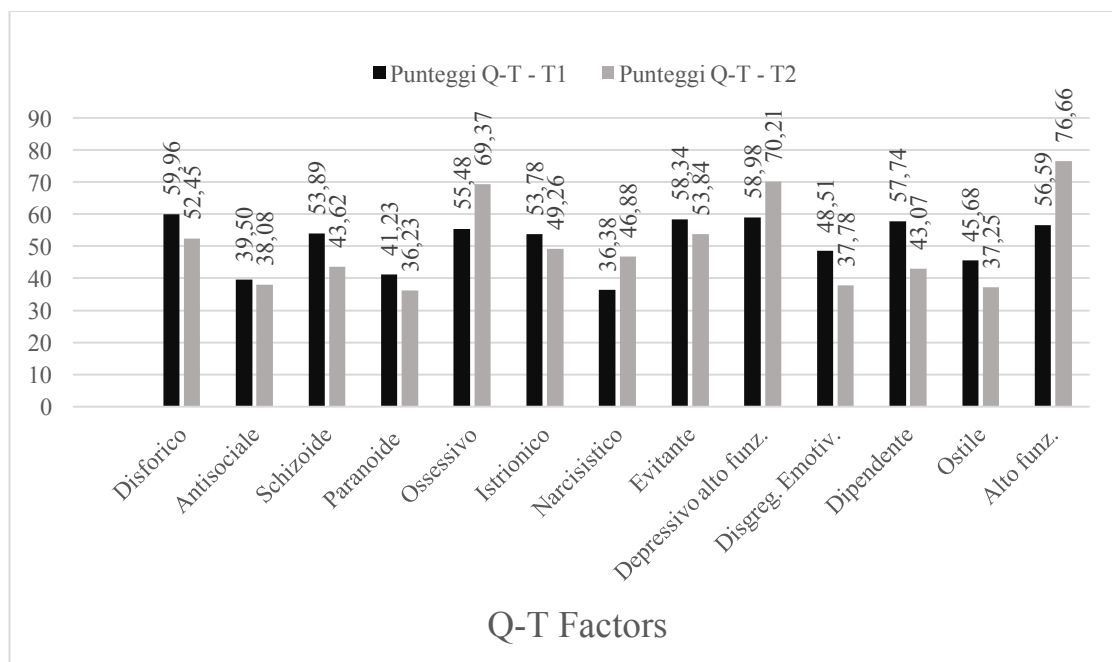


Figura 3.2 – Punteggi Q-T factor SWAP-200 a T1 e a T2 – Paziente: G.

### 3.3 Risultati ottenuti con il MCMI-III

Al fine di valutare se i valori rilevati dai giudici indipendenti si dimostrassero in linea con le percezioni di miglioramento del paziente, è stato somministrato anche il questionario self-report MCMI-III (Millon, 2009). I risultati del protocollo (Figura 3.3) sono stati ottenuti, come nel caso della SWAP-200, in due fasi: all'inizio del trattamento (T1) e al *follow-up*, ad un mese dalla conclusione della terapia (T2).

È opportuno ricordare che il test esamina i disturbi relativi agli Assi I e II del DSM e valuta l'entità di disturbi di personalità e sindromi cliniche tramite 28 scale, suddivisibili in 5 categorie relative a *pattern di personalità clinica*, *grave patologia della personalità*, *sindromi cliniche*, *sindromi cliniche gravi* e *indici di modifica*.

Gli indici di modifica forniscono una valutazione della validità del protocollo e dello stile di risposta del paziente. I punteggi di *Apertura* (X=59) e *Desiderabilità* (Y=55) manifestano coerenza nello stile di risposta del paziente e non rilevano una tendenza a mostrare un'immagine eccessivamente positiva di sé. I punteggi degli indici di *Autosvalutazione* (Z=76) e *Validità* (V=0) indicano una tendenza del paziente all'autocriticismo, come manifestato da un punteggio significativo sulla scala Z, ma attestano la validità del protocollo.

Ad inizio della psicoterapia i pattern di personalità clinica mostrano livelli significativi nelle dimensioni *Evitante* (2A), *Depressiva* (2B) e *Dipendente* (3). In base alle descrizioni che sottendono la scala *Evitante* (2A=81), il paziente si trova in bilico tra situazioni in cui si sente desideroso d'affetto e altre in cui si percepisce impaurito o ansioso. Riferisce di provare vissuti di rifiuto e isolamento, che lo portano a percepirsi alienato, annoiato e confuso tra pensieri discordanti. Si trova spesso in uno stato di vigilanza eccessiva teso a rilevare eventuali pericoli o minacce e per ovviare a questo disagio tende a chiudersi in sé stesso, al fine di mantenersi distante da vissuti di disapprovazione.

I punteggi della scala *Depressiva* (2B=78) rispecchiano pessimismo, tendenza a provare sentimenti di tristezza, rari vissuti di gioia e difficoltà a concedersi esperienze in cui si prova piacere. Questi aspetti sono affiancati da un rallentamento motorio collegato ad una sensazione di perdita e bassa autostima. È importante precisare che punteggi elevati su questa scala non implicano necessariamente la presenza di uno stile di personalità depressivo, in quanto questi valori sono collegati a quelli osservati sulla dimensione



*Distimia* (D=76), nella quale si riscontrano di frequente valori elevati in soggetti con stile dipendente, evitante o passivo-aggressivo.

Per ciò che concerne la dimensione *Dipendente* (3=82), i valori rivelano un pattern calmo, accomodante e predisposto al sacrificio, con una propensione ad evitare tensioni e conflitti a livello relazionale. Di fatto, il paziente tende ad assumere comportamenti di sottomissione, ricercando il supporto di altre persone, in mancanza delle quali sperimenta vissuti di ansia. G. rivela un basso livello di assertività, che lo spinge sovente a non esprimere le proprie emozioni negative, come l'aggressività, percependosi fragile e inadeguato, con una tendenza a sottovalutare le proprie abilità.

Per quanto riguarda le condizioni cliniche gravi, ogni punteggio su queste scale si trova al di sotto del cut-off, non indicando dunque la presenza di alcuna criticità.

Le scale relative alle sindromi cliniche individuano specifici patterns sintomatologici collegati a distorsioni delle configurazioni di personalità, tuttavia questi sintomi risultano avere un carattere transitorio e legato a contesti stressanti. Un elevato punteggio sulla scala *Ansia* (A=98) manifesta la presenza di sintomi legati agli stili *Dipendente ed Evitante*, vale a dire indecisione, tensione, inquietudine e uno stato di profonda apprensione, mentre i valori sulla scala *Distimia* (D=76) indicano una presenza sicura di sentimenti di colpa, autocritica e scarsa iniziativa, indicatori di una bassa autostima. Particolare attenzione va posta ai punteggi della scala *Depressiva*, che sono significativi ma non indicano la presenza di depressione clinica in quanto questa non si osserva sulla scala di *Depressione Maggiore*, che si colloca al di sotto del valore di cut-off (CC=40).

Passando ora a valutare i dati ottenuti dal MCMI-III a fine terapia, più precisamente un mese dopo la conclusione del trattamento, gli indici di modifica del protocollo al *follow-up* permettono di rilevare coerenza nello stile di risposta (X=41), assenza di una propensione a mostrare un'immagine di sé eccessivamente positiva (Y=70), drastico ridimensionamento del livello di autosvalutazione (Z=45) e validità del protocollo (V=0). Sulla base di questi presupposti, è possibile affermare che in fase T2 non è presente alcun pattern clinico significativo, in quanto il valore dei punteggi relativi alle scale cliniche e ai patterns di personalità si attesta al di sotto della soglia di criticità.

In conclusione, i risultati ottenuti testimoniano l'effettività del cambiamento e come quest'ultimo si sia verificato a livello di struttura di personalità, ma altresì a livello di patterns sintomatologici.

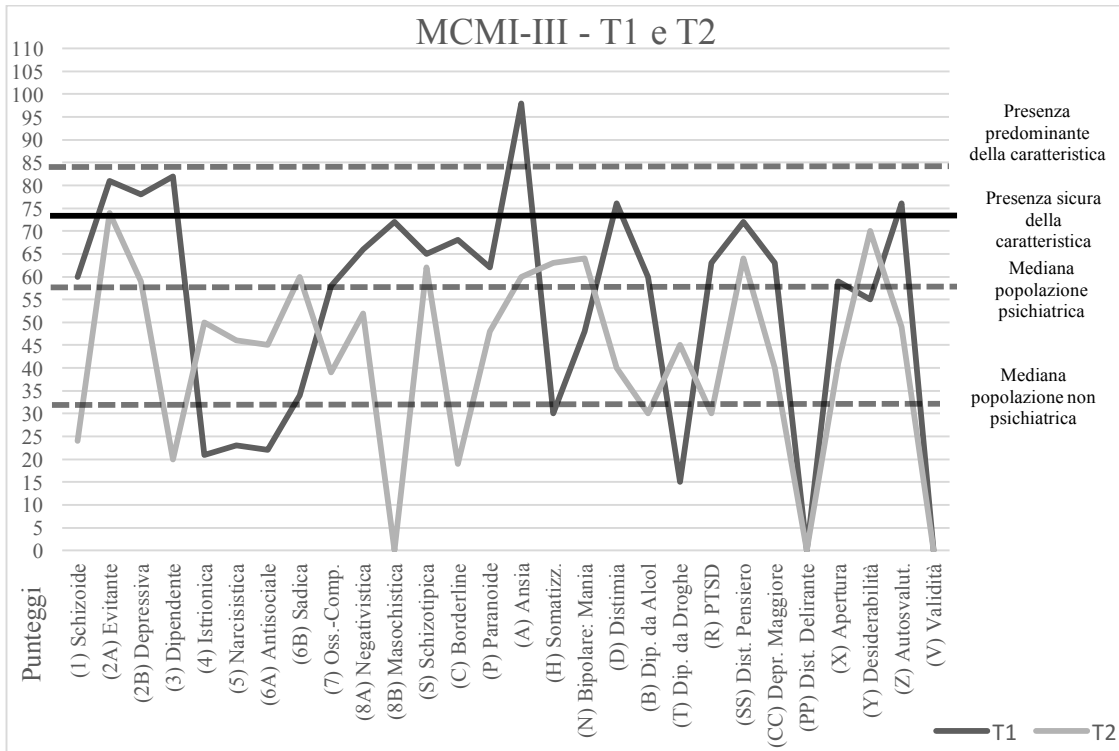


Figura 3.3 – Risultati MCMI-III a T1 e a T2 Paziente: G.

## CAPITOLO IV

### La discussione dei risultati

#### *4.1 Discussione dei risultati*

Nel presente studio è stata considerata la relazione tra processo e outcome in psicoterapia, vale a dire le modalità con cui ciò che accade tra paziente e terapeuta influisce sull'esito finale di un trattamento. Si è indagata l'azione terapeutica di fattori specifici e aspecifici, sottolineando come la loro interazione e reciproca influenza sia indispensabile al fine di spiegare il cambiamento in termini processuali (Beutler et al., 2000; Dazzi, 2006).

Questi presupposti hanno largamente influenzato il lavoro di Jones e Price (1998), portandoli a concepire il concetto di *strutture d'interazione*. Grazie a questa concettualizzazione è stato possibile mostrare come interpretazioni e insight possano essere compresi solamente all'interno di un contesto interattivo, attuando un mutuo scambio continuo tra questi due aspetti (Jones, 2000).

Ci si è proposti perciò di esaminare l'andamento di una terapia dinamica grazie ad uno studio single-case, al fine di valutare in che maniera il processo potesse rendere conto dell'outcome.

Per perseguire l'obiettivo prefissato sono state valutate le strutture interattive in sei diverse fasi della terapia, avvalendosi dello strumento ideato dallo stesso Jones (2000), lo *Psychotherapy Process Q-set (PQ-s)*. Tre giudici indipendenti hanno applicato il protocollo alle sedute appartenenti a ciascuna delle sei fasi della terapia, ricavandone gli items più caratteristici ed estrapolandone le relative strutture d'interazione. Grazie ad un successivo confronto, le valutazioni indipendenti sono state comparate, permettendo di estrarre gli items più rilevanti e caratterizzati da un maggiore grado di accordo tra i giudici. A partire da queste descrizioni è stato dunque possibile elaborare le effettive strutture interattive per ciascuna fase della terapia.

Al fine di analizzare il cambiamento realizzatosi nel paziente e dunque giungere ad una valutazione dell'outcome che potesse essere comparata alle strutture d'interazione del processo, sono stati utilizzati due strumenti di valutazione della personalità: la SWAP-

200 e il MCMI-III. Questi protocolli sono stati entrambi compilati in due fasi del trattamento: durante la fase iniziale e alla conclusione della terapia. Nello specifico, la SWAP-200 è stata stilata dai giudici, in quanto strumento clinician-report, la prima volta basandosi sui trascritti delle tre sedute iniziali del trattamento e la seconda volta a partire dalle tre sedute conclusive. Il MCMI-III, essendo uno strumento self-report, è invece stato compilato dal paziente all'inizio della terapia e al *follow-up*, ossia ad un mese dal termine del percorso terapeutico. I dati rilevati dai due strumenti nella fase iniziale del trattamento hanno consentito di formulare per il paziente la diagnosi di “*Disturbo dipendente di personalità*”, mentre i dati rilevati a terapia conclusa hanno evidenziato una completa remissione sintomatologica.

L'ipotesi di lavoro rispecchiava la volontà di stabilire le modalità con cui il processo terapeutico potesse aver agito nel permettere un cambiamento significativo della struttura di personalità del paziente.

L'obiettivo prefissato era quello di stabilire se i risultati ottenuti si dimostrassero in linea con quelli ottenuti dagli studi di Jones (2000), Jones, Parke e Pulos (1992) e Gabbard (2015). In particolare, ci si aspettava di osservare all'interno delle strutture d'interazione, manifestatesi all'interno della relazione tra paziente e terapeuta nell'arco del trattamento, un cambiamento qualitativo graduale che potesse rendere conto dell'outcome.

Alla luce dei dati osservati, i dati confermano le ipotesi, dimostrandosi in linea con quanto affermato da Jones (2000) riguardo al fatto che le strutture di interazione, che individuano l'effetto di caratteristiche specifiche sia del paziente, sia di specifici interventi del terapeuta, giocano un ruolo importante nel raggiungimento dell'outcome finale.

Infatti, è stato evidenziato come all'inizio del trattamento, durante la fase 1, le strutture d'interazione indicassero 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 di 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 clinico. Difatti, in questa fase permane la struttura interattiva di direttività del terapeuta, ma altresì fa la sua comparsa

un livello di esplorazione collaborativa, che mette in luce un meccanismo interattivo in cui i due soggetti cooperano per il raggiungimento di un obiettivo.

Durante la fase 3 assume nuovamente importanza un livello cooperativo, denominato collaborazione empatica, e il focus si sposta sulla dipendenza, vale a dire sul tema centrale della terapia. Anche in questo caso si riscontra un ulteriore avanzamento in senso positivo del processo terapeutico, in quanto la diade esplora efficacemente il fulcro problematico della diagnosi.

La fase 4 è caratterizzata dal mantenimento di una relazione collaborativa e da un atteggiamento espressivo del terapeuta, scenario in cui le problematiche riportate vengono interpretate nel tentativo di generare un insight all'interno di un contesto cooperativo ed emotivamente positivo.

In fase 5, l'espressività del terapeuta si associa al raggiungimento di un atteggiamento proattivo da parte del paziente, manifestazione del fatto che le interpretazioni del clinico sono riuscite a farsi largo tra le difese erette da G., che ora esplora autonomamente i propri contenuti mentali alla ricerca di soluzioni alternative e più mature alle problematiche riportate.

Infine, la fase 6 rispecchia il definitivo raggiungimento di insight da parte del paziente e la sperimentazione dunque di un senso di efficacia grazie alla consapevolezza di aver acquisito nuove abilità relazionali, di problem-solving e di poterle mettere in pratica adeguatamente. All'interno di questo scenario, il terapeuta, consapevole del raggiungimento dell'obiettivo terapeutico del paziente e della remissione sintomatologica, completa la transizione da un atteggiamento, assunto fino a quel momento, di tipo interpretativo ad un atteggiamento di tipo supportivo. Questo passaggio consente di sostenere il paziente durante la normale regressione che spesso incorre in un individuo prossimo alla conclusione della terapia, rafforzandone l'indipendenza e consentendone l'uscita dal trattamento.

I risultati della SWAP-200 e del MCMI-III confermano un effettivo cambiamento all'interno della struttura di personalità del paziente e dopo aver analizzando qualitativamente i dati ottenuti dal PQ-s, è possibile rendere conto di questo miglioramento sulla base dell'evoluzione delle strutture d'interazione.

Ciò che si osserva è una progressiva transizione da strutture interattive disfunzionali a modalità d'interazione più efficaci sul piano del paziente, su quello del terapeuta e infine

a livello della relazione tra i due. Quanto esposto sino a questo punto consente perciò di affermare che ciò che ha permesso l'efficacia del trattamento sul piano interattivo è rappresentato da transizioni avvenute a tre livelli.

In primo luogo, a livello del clinico, l'efficacia terapeutica si sostanzia nel passaggio da uno stile direttivo-investigativo, caratterizzato dai punteggi ottenuti da items come i numeri 17, 31 e 81 (fasi 1, 2, 3), ad uno stile direttivo-interpretativo, definito dai valori di items come i numeri 40, 80, 46, 45 (fasi 4, 5, 6); in secondo luogo, questo mutamento si realizza all'interno di una cornice interazionale in cui gradualmente si passa da modalità disequilibrate (clinico direttivo e paziente passivo), caratterizzate dai punteggi di items come i numeri 65, 12, 31, 81 e 87 (fasi 1, 2, 3), ad un clima relazionale esplorativo e soprattutto collaborativo, specificato dai valori di items come i numeri 14, 9, 56, 6, 97 e 58 (fasi 4, 5, 6); in terzo luogo, a livello del paziente, l'azione terapeutica si compie grazie al passaggio da una tendenza a lasciarsi guidare passivamente all'interno della relazione, come rivelato dai punteggi di items quali i numeri 33, 8, 20, 87, 22, 48 e 29 (fasi 1, 2, 3) ad un atteggiamento proattivo, costruttivo ed introspettivo che gli consente di acquisire un senso di efficacia e propositività, come testimoniato dai valori degli items 88, 97, 73, 15, 58, 72, 32 e 34 (fasi 4, 5, 6; alcuni items tra quelli elencati potrebbero risultare significativi per più di una volta all'interno dei tre livelli analizzati ed assumere significato opposto in base al punteggio ricevuto, elevato o basso, che solitamente presenta una tendenza inversa nelle fasi iniziale e finale del trattamento).

Queste formulazioni si dimostrano altresì in linea con la seconda ipotesi del presente studio, vale a dire le osservazioni riportate da Jones, Parke e Pulos (1992), i quali affermano che terapie con outcomes positivi sono caratterizzate dalla 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.

Grazie alle analisi qualitative descritte è possibile confermare questa ipotesi, in quanto il paziente preso in esame ha effettivamente realizzato un passaggio da un'iniziale atteggiamento passivo, in cui la responsabilità delle proprie scelte veniva scaricata su altre persone, dalle quali si sentiva dipendente, ad un atteggiamento proattivo, rilevabile nella fase conclusiva del trattamento, in cui i problemi venivano affrontati con un locus of control interno, consentendo l'attribuzione delle problematiche a fonti psicologiche interiori. Particolare attenzione merita l'attribuzione di punteggi rilevanti durante la fase

iniziale a descrizioni come “Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà” (item 34, punteggio 1; il punteggio basso indica esattamente la tendenza opposta) oppure “Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi” (item 76, punteggio 1; anche in questo caso il valore basso indica la tendenza opposta). In quest’occasione, questi punteggi potrebbero risultare fuorvianti in quanto indicatori di una propensione del paziente a mantenere un locus of control interno, affermazione che risulterebbe in contrasto con il lavoro di Jones, Parke e Pulos (1992). In realtà, questi valori sono stati attribuiti all’interno di un contesto interattivo denominato *Senso di colpa del paziente* (andando a delineare un quadro in cui il paziente accusa sé stesso per i propri problemi) che va affiancato alle strutture *Passività del paziente* e *Focus sulla dipendenza* (che delineano invece una tendenza ad appoggiarsi agli altri nella soluzione delle problematiche). In questo scenario, non è possibile affermare che il paziente effettui attribuzioni di responsabilità interne nella ricerca di soluzioni ai propri problemi, in quanto il locus of control interno viene mantenuto esclusivamente ai fini del meccanismo di auto-colpevolizzazione, mentre l’effettiva responsabilità per le scelte legate a decisioni complicate e alla risoluzione di problematiche viene delegata ad altri (come specificato dai punteggi ottenuti da items appartenenti alle strutture *Passività del paziente* e *Focus sulla dipendenza*, ossia i numeri 33, 87, 48, 29).

La transizione avvenuta ha di fatto consentito a G. di assumersi maggiormente la responsabilità delle proprie azioni e delle proprie scelte, di sperimentare un senso di efficacia e di sviluppare le proprie potenzialità in vari ambiti cognitivi e relazionali, realizzando dunque l’instaurazione di una maggiore indipendenza nell’individuo.

Il raggiungimento dell’indipendenza è evidente se si valutano items relativi al paziente caratteristici delle prime fasi della terapia con items descrittivi della conclusione del trattamento. In quest’ottica si passa da items come “Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno” (item 33, punteggio elevato), “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” (item 20, punteggio basso), “Il paziente dice di voler essere separato o distante” (item 29, punteggio basso), ad items come “Il paziente si sente inadeguato e inferiore, vs efficace e superiore” (item 59, punteggio basso), “Il paziente accusa altri o forze esterne

per le proprie difficoltà” (item 34, punteggio basso), “Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo” (item 15, punteggio basso).

Gli items relativi alle strutture d’interazione *Esplorazione collaborativa* e *Collaborazione empatica* descrivono la qualità della relazione terapeutica tra paziente e clinico, che ha contribuito al successo della terapia. In questo caso ci si sta riferendo ad un fattore non specifico, il cui ruolo si dimostra perciò in linea con le osservazioni di Horvath (2011)

Inoltre, i dati osservati confermano anche l’azione terapeutica positiva delle interpretazioni del clinico relative al conflitto centrale del paziente nel caso in cui queste siano effettuate in un contesto di una buona alleanza terapeutica. Questo tipo di interventi contestualizzati rappresenta dunque un buon predittore di un outcome positivo, dimostrandosi in linea con i risultati di uno studio di Crits-Christoph e Connolly (2001). Infatti, principalmente nelle fasi 4, 5 e 6 della terapia sono presenti strutture d’interazione che testimoniano la presenza di patterns profondamente interpretativi da parte del terapeuta, corrispondenti alle strutture denominate *Espressività del terapeuta*, esplicitate dai punteggi di items come i numeri 9, 80, 99, 62, 65, 45 e 89. Questi livelli interattivi, specificati dai valori di items quali i numeri 97, 6, 14, 9, 58, 88, 73 e 15, sono affiancati dalle strutture *Collaborazione empatica* e *Proattività del paziente*, che manifestano l’esistenza di una relazione che si è evoluta in senso positivo e cooperativo lungo l’arco dell’intero trattamento. Pare dunque che buoni livelli di alleanza terapeutica abbiano rappresentato il contesto ideale all’interno del quale le interpretazioni del terapeuta hanno potuto agire nel ristrutturare la personalità del paziente, sradicando i pattern relativi all’eccessivo bisogno di supporto da altri individui ed instaurando una maggiore indipendenza, che ha permesso la totale remissione sintomatologica.

Infine, la comparazione delle valutazioni ottenute per mezzo della SWAP-200 e del MCMI-III ha permesso di osservare che esiste una solida concordanza dei due strumenti sia nella definizione della diagnosi, sia nella misura dell’outcome finale. Nello specifico, per ciò che riguarda la fase iniziale della terapia (T1) si riscontrano in entrambi i protocolli punteggi elevati sulle dimensioni Dipendente ed Evitante, mentre nella fase finale (T2) si evidenzia in ambedue un decremento significativo al di sotto del livello di cut-off. In aggiunta, la bontà del trattamento si manifesta anche con un significativo incremento della dimensione Alto Funzionamento nel protocollo SWAP-200.



I dati esposti permettono di confermare, oltre all'efficacia della terapia, che le percezioni del terapeuta riguardo le condizioni del paziente nelle fasi iniziale e finale del trattamento concordano con le percezioni che il paziente ha di sé stesso nelle medesime fasi.

I risultati ottenuti si dimostrano in linea anche con la terza ipotesi di ricerca, basata sulle osservazioni di Gabbard (2015). In questo caso si desiderava valutare se all'interno del processo si fossero verificate le modalità interattive caratteristiche della terapia con il paziente *Dipendente*. Nello specifico, il clinico dovrebbe favorire, durante le fasi iniziali del trattamento, lo sviluppo di una dipendenza del paziente nei suoi confronti e in un secondo momento effettuare interpretazioni e riformulazioni con l'obiettivo di permettere al paziente di trovare un senso di sé separato, favorendo dunque l'indipendenza. Inoltre ci si è proposti di verificare se il controtransfert del terapeuta propendesse verso un atteggiamento disprezzante, di compiacimento per l'idealizzazione da parte del paziente o direttivo (con la possibilità di quest'ultimo di sfociare in una modalità interattiva autoritaria).

I risultati indicano l'effettiva instaurazione di un meccanismo di dipendenza del paziente nei confronti del terapeuta nelle strutture d'interazione delle fasi iniziali della terapia (fasi 1, 2 e 3), come evidenziato dai punteggi degli item "Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta (vs si sente a proprio agio o ricerca la dipendenza)" (item 8, punteggio 1), "Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta" (item 42, punteggio 1), "Il paziente dice di voler essere separato o distante" (item 29, punteggio 2), "Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno" (item 33, punteggio 2).

Inoltre, i dati delle strutture d'interazione delle fasi centrali e conclusive del trattamento (fasi 4, 5 e 6) confermano anche il fatto che il terapeuta, dopo aver permesso l'instaurazione della dipendenza, abbia adottato un atteggiamento fortemente espressivo, che presuppone un largo impiego di interpretazioni e riformulazioni volte a promuovere l'indipendenza. Questo aspetto è confermato dagli items "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)" (item 40, punteggio 9), "Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa" (item 80, punteggio 9), "Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs

valida le percezioni del paziente)” (item 99, punteggio 9), “Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente” (item 62, punteggio 8), “Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente” (item 65, punteggio 8), “Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo” (item 45, punteggio 1), “Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight” (item 32, punteggio 9), “Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente” (item 89, punteggio 2).

Infine, per ciò che riguarda il controtransfert del clinico, è emersa dall’analisi delle strutture d’interazione delle fasi iniziali del trattamento (fasi 1, 2 e 3) l’adozione di un atteggiamento marcatamente direttivo. Anche questo aspetto si dimostra in linea con le ipotesi di ricerca ed è confermato dagli items “Il terapeuta esercita un controllo attivo sull’interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti)” (item 17, punteggio 9), “Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente” (item 3, punteggio 9), “Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione” (item 31, punteggio 8), “Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo” (item 81, punteggio 8). Queste descrizioni, caratteristiche del controtransfert, non riflettono tuttavia uno stile autoritario del terapeuta, che all’interno del processo terapeutico si è dimostrato in grado di tollerare il controtransfert, lavorando con esso senza cedere a modalità interattive che si sarebbero potute rivelare estremamente sfavorevoli per il buon esito della terapia.

#### ***4.2 Limiti e prospettive***

In conclusione, è opportuno affermare che questo studio presenta certamente alcuni limiti, uno dei quali è rappresentato dal fatto che le valutazioni effettuate sono tutte di carattere qualitativo e per questo motivo non risulta semplice giungere a conclusioni univoche.

Inoltre, l’analisi delle serie temporali consente di profilare un quadro dell’intero trattamento certamente verosimile, ma il numero delle sedute oggetto di analisi è comunque piuttosto esiguo rispetto all’intera gamma dei trascritti di tutti i colloqui, da cui risulterebbe possibile attingere ulteriori informazioni rilevanti. Una ricerca che valutasse l’andamento processuale di tutte le sedute di una terapia si rivelerebbe

certamente più completa e informativa, tuttavia perderebbe naturalmente buona parte della sinteticità e della fluidità che hanno caratterizzato questo studio.

Infine, il presente lavoro ha adottato un approccio focalizzato sull'identificazione e sulla valutazione delle strutture d'interazione tramite il PQ-s, mentre sono assenti altri indicatori del processo, che avrebbero certamente consentito di ampliare ulteriormente il campo d'indagine. Ad ogni modo, studi qualitativi single-case come il presente possono rivelarsi di fondamentale importanza al fine di generare nuove ipotesi di ricerca da analizzare sperimentalmente.

In quest'ottica, come citato poco fa, una prospettiva interessante sarebbe sicuramente quella di analizzare le strutture d'interazione dell'intera gamma dei colloqui della terapia, al fine di ottenere lo scenario completo delle oscillazioni e delle transizioni all'interno della relazione terapeutica di ogni singolo momento del trattamento. Uno studio di questo tipo permetterebbe di osservare non solo i cambiamenti cruciali nell'andamento processuale, come nella presente ricerca, ma anche il percorso tracciato dai singoli momenti che hanno legato le diverse fasi critiche e che hanno consentito il raggiungimento di tali fasi, oltre che dell'outcome finale.

Infine, con lo scopo di fornire una valutazione più accurata e variegata dell'andamento processuale, una prospettiva affascinante è rappresentata dall'applicazione di ulteriori strumenti di analisi del processo. A titolo di esempio, di particolare interesse potrebbe risultare l'applicazione del Core Conflictual Relationship Theme – CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), che fornisce una valutazione del modello relazionale centrale del paziente, della Defense Mechanism Rating Scale – DMRS (Perry, 1990), che esamina i meccanismi difensivi del paziente sulla base di un sistema gerarchico, e del Reflective Function – RF (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998), che studia la capacità di mentalizzazione del paziente.

In conclusione, la ricerca in psicoterapia rappresenta un filone di ricerca complesso, all'interno del quale molto rimane ancora da scoprire. Lavori come il presente si prefiggono l'obiettivo di contribuire all'esplorazione di questo campo scientifico così articolato quanto affascinante. La speranza è quella di fungere da stimolo per implementazioni, riflessioni e prospettive di ricerca che possano consentire di comprendere sempre più chiaramente i meccanismi che regolano quel piccolo ma rigoglioso universo che fiorisce all'interno della stanza d'analisi.



## Bibliografia

- ABLON, J. & JONES, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy research*(8), 71-83.
- ABLON, J. & JONES, E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(67), 64-75.
- ABLON, J. & JONES, E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*(159,5), 775-783.
- ABLON, J. & JONES, E. (2005). On analytic process. (53), 541-568.
- ABRAMOWITZ, J. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (V ed.). (DSM-5 Task Force, A cura di) Milano: Raffaello Cortina.
- ANDERSON, E. & LAMBERT, M. (1995). Short term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta analysis. *Clinical Psychology Review*(15), 503-514.
- ANDREWS, G. (1983). A treatment outline for depression disorders: The quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*(17).
- BALESTRIERI, M., WILLIAMS, P. & WILKINSON, G. (1988). Special mental health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine*(18).
- BARKER, S., FUNK, S. & HOUSTON, B. (1988). Psychological Treatment versus non specific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*(8).
- BARTLETT, M. (1950). A six month follow-up of the effects of personal adjustment counseling of veterans. *Journal of Consulting Psychology*(14), 393-394.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B. & EMERY, G. (1979). *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Boringhieri.
- BEUTLER, L. & HARWOOD, M. (2002). What is and can be attributed to the Therapeutic Relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*(32), 25-33.
- BEUTLER, L., MOLEIRO, C., MALIK, M. & HARWOOD, T. (2000). The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: First results. *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Chicago.
- BLAU, T. (1950). Report on a method of predicting success in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*(6), 403-406.
- BLOCK, J. (1961). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Springfield, IL.: Charles C. Thomas.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*(16), 252-260.
- BORNSTEIN, R. (1993). *The Dependent Personality*. New York: Guilford.
- BORNSTEIN, R. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personality Disorders*(9), 286-303.
- CASTONGUAY, L. & HILL, C. (2007). *Insight in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- CHASSAN, J. (1979). *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. New York: Appleton Century Crofts.
- CRITS-CHRISTOPH, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*(149,2), 151-158.
- CRITS-CHRISTOPH, P. & CONNOLLY, M. (2001). Relational interpretations. *Psychotherapy*(38(4)), 423-428.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, & A. COLLI (A cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*. (p. 3-29). Milano: Raffaello Cortina.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V. & COLLI, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

- DE BEI, F. & MONTORSI, A. (2013). Interaction Structure and Transferential Patterns in Brief Psychotherapy: A Single-case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*(16).
- DURLAK, J. (1999). Meta analytic research method. In KENDALL, P.C., BUTCHER, J. & HOLMBECK, G. (A cura di), *Handbook of Research Method in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- EAGLE, M. (1999). The crisis of psychoanalysis in the United States. In JERVIS, G. (A cura di), *Il secolo della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FONAGY, P. & MORAN, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In MILLER N., LUBORSKY, L., BARBER, J.P. & DOCHERTY, J.P. (A cura di), *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (p. 62-95). New York: Basic Books.
- FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, H. & STEELE, M. (1998). In *Manuale della funzione riflessiva*. Documento non pubblicato.
- GABBARD, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- GABBARD, G. O. & WESTEN, D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *International Journal of Psycho-Analysis*(84(4)), 823-841.
- GAZZILLO, F. (2006). La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200. In DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (A cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*. (p. 609-629). Milano: Raffaello Cortina.
- HEAD, S., BAKER, J. & WILLIAMSON, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*(5), 256-263.
- HILL, C. & KNOX, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. In *Psychotherapy Research* (p. 13-29).
- HORNSTEIN, G. (1992). The return of the repressed: Psychology's problematic relations with psychoanalysis, 1909-1960. *American Psychologist*(47), 254-263.
- HORVATH, A., DEL RE, A., FLUCKIGER, C. & SYMONDS, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In NORCROSS, J. C. (A cura di), *Psychotherapy Relationship that Work* (2 ed.). New York: Oxford University Press.
- INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENTAL AND LEARNING DISORDERS. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico: PDM-2* (II ed.). (V. LINGIARDI & N. MCWILLIAMS, A cura di) Milano: Raffaello Cortina.
- JACOBSON, N. & TRUAX, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful clinical change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(59), 12-19.
- JONES, E. (1998). Interazione e cambiamento nella psicoterapia analitica a lungo termine. In LEUZINGER-BOHLEBER, M. & TARGET, M. (A cura di), *I risultati della psicoanalisi* (p. 171). Bologna: Il Mulino.
- JONES, E. (2000). *Therapeutic Action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- JONES, E. & PRICE, P. (1998). Interaction structure and change in psychodynamic psychotherapy. In BORNSTEIN, R. & MASLING J. (A cura di), *Empirical Studies of the Therapeutic Hour* (p. 27-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- JONES, E. & WINDHOLZ, M. (1990). The psychodynamic case study: Toward a method of systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*(38), 985-1015.
- JONES, E., CUMMING, J. & HOROWITZ, M. (1998). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. (56), 48-55.
- JONES, E., GHANNAM, J., NIGG, J. & DYER, J. (1993). A paradigm for single case research: The time series study of a long term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(61), 381-394.
- JONES, E., HALL, S. & PARKE, L. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In BEUTLER, L. & CRAGO, M. (A cura di), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies* (p. 99-106). Washington, DC: American Psychological Association.
- JONES, E., PARKE, L. & PULOS, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*(2), 16-30.
- KAZDIN, A. (1982a). *Single Case Research Design Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- KENDALL, P., HOLMBECK, G. & VERDUIN, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In GARFIELD, S. L. BERGIN A. E. & M. LAMBERT (A cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Quinta ed., p. 16-44). New York: John Wiley and Sons.

- KIESLER, D. (1973). *The Process of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- LAMBERT, M. (A cura di). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons.
- LORANGER, A. (1996). Dependent personality disorder: age, sex and Axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*(184), 17-21.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- LUBORSKY, L. & BARRETT, M. (2005). Theoretical Allegiance. In NORCROSS, J.C., BEUTLER, L.E. & LEVANT, R.F. (A cura di), *Evidence-based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (p. 257-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). Core Conflictual Relationship Theme - CCRT. In *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*(32).
- MCWILLIAMS, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders.
- MILLON, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - II*.
- MILLON, T. & DAVIS, R. (1996). Teoria evolutiva dei disturbi di personalità. In CLARKIN, J. & LENZENWEGER, M. (A cura di), *I Disturbi di Personalità: le Cinque Principali Teorie*. Milano: Raffaello Cortina.
- MILLON, T., MILLON, C., DAVIS, R. & GROSSMAN, S. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Giunti.
- NICHOLSON, R. & BERMAN, J. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*(93).
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H. & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In BERGIN, A. E. & GARFIELD, S. L., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Quinta ed., p. 307-392). New York: John Wiley and Sons.
- ORLINSKY, D. & HOWARD, K. (1967). The good therapy hour. *Archives of General Psychiatry*(16), 621-632.
- ORLINSKY, D. & HOWARD, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychology*(6), 6-27.
- PERRY, J. (1990). Defense Mechanism Rating Scale. In LINGIARDI, V. & MADEDDU, F. (A cura di), *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.
- PERRY, J. (2014). Cluster C personality disorders: avoidant, obsessive-compulsive and dependent. In GABBARD, G. O. (A cura di), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- ROBINSON, L. A. ET AL. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*(108).
- SHAPIRO, D. & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*(92).
- SKODOL, A., GALLAGHER, P. & OLDFHAM, J. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *Journal of Nervous and Mental Disease*(184), 165-171.
- SMITH, M., & GLASS, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*(32).
- SPITZER, R., WILLIAMS, J. & GIBBON, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. New York: New York Psychiatric Institute.
- STILES, W. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In RUSSELL, R. (A cura di), *Language in Psychotherapy* (p. 131-170). New York: Plenum Press.
- STILES, W., HONOS-WEBB, L. & KNOBLOCH, L. (1999). Treatment process research methods. In KENDALL, P. C., BUTCHER, J. N. & HOLMBECK, G. N. (A cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- STILES, W., SHAPIRO, D. & ELLIOTT, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychology*(41), 165-180.
- STRUPP, H., HADLEY, S. & GOMES-SCHWARTZ, B. (1977). *Psychotherapy for Better or Worse*. New York: Jason Aronson.

- SVARTBERG, M. & MCCULLOUGH, L. (2010). Cluster C personality disorders: prevalence, phenomenology, treatment effects, and principles of treatment. In CLARKIN, J., FONAGY, P. & GABBARD G.O. (A cura di), *Psychodynamic Psychotherapy of Personality Disorders: A Clinical Handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- WALLERSTEIN, R. S. (2005). La ricerca sull'outcome. In PERSON, E.S., COOPER, A.M. & GABBARD, G.O. (A cura di), *Psicoanalisi. Teoria, Clinica, Ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- WALLERSTEIN, R. & SAMPSON, H. (1971). Le questioni della ricerca nel processo psicoanalitico. In BONAMINIO, V. & FABOZZI, P., *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Milano: Franco Angeli.
- WAMPOLD, B., MONDIN, G., MOODY, M., STICH, F., BENSON, K. & AHN, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically "all must have prizes". *Psychological Bulletin*(122), 203-215.
- WEST, M., ROSE, S. & SHELDON-KELLER, A. (1994). Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*(8), 249-256.
- WESTEN, D. (1998). Diagnosi e formulazione del caso: due processi o uno? In WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (p. 37-60). Milano: Raffaello Cortina.
- WESTEN, D. & MUDERRISOGLU, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: Evaluating an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*(17), 350-368.
- WESTEN, D. & SHEDLER, J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte 2: Verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. In WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (p. 95-123). Milano: Raffaello Cortina.
- WESTEN, D. & SHEDLER, J. (2000). Un approccio alla diagnosi dei disturbi della personalità basato sulla comparazione con dei prototipi. In WESTEN, D., SHEDLER, J. & LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (p. 125-145). Milano: Raffaello Cortina.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C. & THOMPSON-BRENNER, H. (2005). Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. In PDM Task Force, *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico* (p. 565-658). Milano: Raffaello Cortina.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. & LINGIARDI, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.