

PSICHIATRIA PSICOTERAPIA NEUROSCIENZE  
Collana diretta da Vittorio Lingiardi

## Dal catalogo

N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura di)

*La ricerca in psicoterapia*

Modelli e strumenti

J. Shedler, D. Westen, V. Lingiardi

*La valutazione della personalità con la SWAP-200*

Nuova edizione

# LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA BASATA SULLA RICERCA

a cura di  
Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon,  
Horst Kächele

Edizione italiana a cura di  
Franco Del Corno e Vittorio Lingiardi

Con il patrocinio di  
**SPR-ITALY AREA GROUP**  
SEZIONE ITALIANA  
DELLA SOCIETY FOR PSYCHOTHERAPY  
RESEARCH, SPR



*Raffaello Cortina Editore*

[www.raffaellocortina.it](http://www.raffaellocortina.it)

Titolo originale

*Psychodynamic Psychotherapy Research*

Copyright © Springer Science+Business Media, LLC 2012  
Humana Press is a part of Springer Science+Business Media  
All Rights Reserved

Traduzione

Federica Angeloni, Emanuela Brusadelli, Guido Giovanardi,  
Nidia Morra, Diego Sarracino,  
Andrea Scalabrini, Annalisa Tanzilli

ISBN 978-88-6030-690-6

© 2015 Raffaello Cortina Editore  
Milano, via Rossini 4

Prima edizione: 2015

Stampato da

Consorzio Artigiano LVG, Azzate (Varese)  
per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

0	1	2	3	4	5
2015	2016	2017	2018	2019	

## Indice

Prefazione all'edizione italiana (Vittorio Lingiardi, Franco Del Corno)	IX
Autori	3
Introduzione	7
Ringraziamenti	9

### *Parte prima*

#### **Outcome research**

1. La ricerca sul trattamento psicoanalitico a breve e lungo termine: lo stato dell'arte (Jeremy D. Safran, Alexandra G. Shaker)	13
2. L'efficacia sperimentale della psicoterapia psicodinamica (Jonathan Shedler)	19
3. L'efficacia clinica della psicoterapia psicodinamica a lungo termine: un commento ai primi dati meta-analitici (Sven Rabung, Falk Leichsenring)	45
4. I trattamenti psicodinamici evidence-based per i disturbi d'ansia: una rassegna (Jenelle Slavin-Mulford, Mark J. Hilsenroth)	83
5. Cosa succede dopo il trattamento: il cambiamento strutturale può essere un predittore dell'outcome a lungo termine? (Tilman Grande, Wolfram Keller, Gerd Rudolf)	117

### *Parte seconda*

#### **La neurobiologia della psicoterapia**

6. Basi neurobiologiche della psicoterapia: stato dell'arte e sviluppi futuri (Andrew J. Gerber)	143
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

7. Modelli neurali dei concetti e dei trattamenti psicodinamici: implicazioni per la psicoterapia psicodinamica ( <i>Joshua L. Roffman, Andrew J. Gerber, Debra M. Glick</i> )	151
8. Implicazioni della ricerca in neurobiologia per la psicoterapia del disturbo borderline di personalità ( <i>Glen O. Gabbard</i> )	193
9. Le basi neurobiologiche della psicoterapia ( <i>George I. Viamontes</i> )	211

*Parte terza*

**Teoria, tecnica e processo**

10. La ricerca sul trattamento psicoanalitico è diventata grande ( <i>Patrick Luyten</i> )	249
11. Processo e outcome nella ricerca in psicoterapia psicoanalitica: la necessità di un paradigma (relativamente) nuovo ( <i>Patrick Luyten, Sidney J. Blatt, Linda C. Mayes</i> )	261
12. Come usare la ricerca sull'alleanza terapeutica nel lavoro clinico ( <i>Mark J. Hilsenroth, Thomas D. Cromer, Steven J. Ackerman</i> )	287
13. Teoria dell'attaccamento e ricerca: implicazioni per la psicoterapia psicodinamica ( <i>Kenneth N. Levy, Kevin B. Meehan, Christina M. Temes, Frank E. Yeomans</i> )	319
14. Accuratezza dell'interpretazione delle difese in tre tipi di carattere ( <i>J. Christopher Perry, Jonathan Petraglia, Trevor R. Olson, Michelle D. Presniak, Jesse A. Metzger</i> )	345
15. Quando il lavoro sul transfert è utile nella psicoterapia psicodinamica? ( <i>Per Høglend, Glen O. Gabbard</i> )	387

*Parte quarta*

**Studi sul caso singolo**

16. Combinare gli approcci idiografico e nomotetico nella ricerca sul caso singolo ( <i>Tai Katzenstein, Nnamdi Pole, J. Stuart Ablon, Carrie Olsen</i> )	419
17. Una seduta di psicoanalisi analizzata con il Psychotherapy Process Q-Set: Amalia X, Seduta 152 ( <i>Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Helmut Thomä, Hørst Kächele, Julie Ackerman, Ingrid Erhardt, Carolina Seybert</i> )	453

*Parte quinta*

**Valutare il cambiamento**

18. Dieci diverse misure di outcome per la ricerca in psicoterapia psicodinamica ( <i>Caleb J. Siefert, Jared A. DeFife</i> )	483
19. Per un'intervista clinica sui disturbi di personalità basata sulla ricerca ( <i>Jared A. DeFife, Drew Westen</i> )	523
Appendice. Manuale di codifica dello Psychotherapy Process Q-Set (PQS): Revised Version 2009 ( <i>Enrico E. Jones</i> )	551
Indice analitico	587





## Prefazione all'edizione italiana

Vittorio Lingiardi, Franco Del Corno

“Siamo ormai certi”, scrive Jeremy Holmes (2010, p. 8), “che la psicoterapia psicodinamica ‘funziona’, ma non sappiamo in che modo, né sappiamo che cosa, tra ciò che la caratterizza, produca il cambiamento: il carisma terapeutico, l’accuratezza delle interpretazioni, la sicurezza dell’attaccamento, l’induzione della capacità di mentalizzare, o qualche altro fattore finora non definito”. Il DNA delle psicoterapie psicodinamiche non è facile da sequenziare né è facile isolare, tra gli elementi che lo compongono, le sequenze di “purezza” psicoanalitica da quelle che contribuiscono a formare il più “contaminato” *common ground* delle azioni terapeutiche. Peraltro il dibattito sull’*azione terapeutica* (cosa funziona? come funziona?) non riguarda soltanto le psicoterapie psicoanalitiche o, più in generale, psicodinamiche (Gabbard, Westen, 2003; Jones, 2000; Lingiardi, 2013). Fonagy (2006, p. 666) manifesta preoccupazioni analoghe quando, a proposito della ricerca sull’efficacia delle psicoterapie, scrive che “l’identificazione di processi psicologici chiave è, nel migliore dei casi, fatta a posteriori. Non importa che esistano molte modalità di trattamento diverse tra loro e che sappiamo davvero pochissimo sul perché funzionino. Capovolgere questo processo sarebbe un risultato molto importante dell’impresa scientifica”.

Una tappa recente di questa impresa scientifica è senz’altro il documento in cui l’American Psychological Association (APA), in considerazione dei risultati delle ricerche empiriche condotte negli ultimi cinquant’anni (148 riferimenti bibliografici), afferma non solo che l’efficacia della psicoterapia è scientificamente provata al di là di ogni ragionevole dubbio, ma anche che *in ogni tipo di trattamento* ciò che è più efficace non sono le tecniche specifiche impiegate, bensì tutto quel che concerne la *relazione terapeutica* (*Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness*, APA, 2012; Campbell, Norcross, Vasequez et al., 2013). Invitiamo il lettore a consultare il documento e ci limitiamo a riportare il sito (<http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>) e alcune premesse del documento in quanto in forte continuità con lo spirito di questo volume e utili alla comprensione del nostro breve testo introduttivo: a) la psicoterapia si fonda su – ed è rafforzata da – un’alleanza terapeutica tra terapeuta e paziente, che implica un legame tra loro e un accordo sugli obiettivi e i com-

piti del trattamento (Cuijpers, van Straten, Andersson et al., 2008; Lambert, 2004; Karver, Handelsman, Bickman, 2006; Norcross, 2011; Shirk, Karver, 2003; Wampold, 2007); b) la psicoterapia (individuale, di gruppo e di coppia/familiare) è una pratica pensata per portare, sia pure in modi diversi, sollievo sintomatico e cambiamenti nella personalità, ridurre gli episodi sintomatici futuri, migliorare la qualità della vita, promuovere un funzionamento adattivo al lavoro o a scuola e nelle relazioni, aumentare la probabilità di compiere scelte di vita sane, e offrire altri benefici fondati sulla collaborazione tra paziente e terapeuta (American Group Psychotherapy Association, 2007; APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, Fuhrman, Mosier, 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kosters, Burlingame, Nachtigall et al., 2006; Shedler, capitolo 2; Wampold, 2007, 2013; Wampold, Imel, 2015); c) la pratica evidence-based in psicologia è “l’integrazione tra le migliori ricerche disponibili e l’esperienza clinica nel contesto delle caratteristiche, della cultura, e delle preferenze del paziente” (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273); d) una definizione operativa di *psicoterapia* è: “La psicoterapia è l’applicazione consapevole e intenzionale della metodologia clinica e delle posizioni interpersonali derivate da principi psicologici consolidati con il fine di aiutare le persone a modificare i loro comportamenti, cognizioni, emozioni, e/o altre caratteristiche personali, nella direzione che i partecipanti ritengono auspicabile” (Norcross, 1990, pp. 218-220); e) una definizione operativa di *trattamento* è: il termine “trattamento”, se utilizzato nel contesto dell’assistenza sanitaria, si riferisce a qualsiasi processo in cui un professionista qualificato offre un’assistenza basata sull’esperienza professionale a una persona che ha un problema definibile in riferimento ai concetti di “salute” o “malattia”. Nel caso della salute “mentale” o “comportamentale”, le condizioni per le quali si può richiedere un “trattamento” includono i problemi di vita, condizioni con sintomi discreti che sono identificate come, o collegate a, malattia o disagio, e problemi di adattamento interpersonale. Il trattamento consiste in qualsiasi atto o servizio offerto da un professionista della salute mentale in buona fede che sia mirato a correggere, modificare o migliorare queste condizioni o problemi (Beutler, 1983; Frank, 1973).

Se la *Recognition* dell’APA da una parte spezza una lancia a favore dell’ingrediente principale delle terapie dinamiche – gli aspetti relazionali (e gli inevitabili aspetti transferali e controtransferali; vedi Colli, Tanzilli, Dimaggio, Lingiardi, 2014; Hoglend, 2014) – dall’altra implicitamente ribadisce la complessità e l’elusività del “DNA psicodinamico” e della traduzione delle sue “informazioni” in azione terapeutica. Nella storia ormai più che centenaria della psicoanalisi e delle psicoterapie psicodinamiche, il tema dei “meccanismi d’azione” emerge precocemente. Nel contributo tradotto in questo volume, Grande, Keller e Rudolf (capitolo 5) fanno risalire al 1930 l’inizio delle ricerche sull’efficacia, quando cioè Fenichel, per conto del Berliner

Psychoanalytisches Institut, pubblica una rassegna sugli studi di follow-up della terapia psicodinamica. L'argomento si ripropone per tutto il secolo scorso, ma è solo attorno agli anni Ottanta che diviene oggetto di studi empirici sistematici. Robert Wallerstein (2014, 2006), protagonista del progetto Menninger,<sup>1</sup> si è assunto più volte il compito di descrivere queste tappe.

Il ritardo con cui le terapie psicodinamiche si sono confrontate con la richiesta di dimostrare la propria efficacia, in termini sia clinici (*effectiveness*) sia statistici (*efficacy*), deriva anche dal fatto che per molti anni la psicoanalisi è stata più o meno l'unica terapia disponibile e sufficientemente diffusa, tanto che ogni trattamento psicoterapeutico veniva identificato *tout court* con essa. La necessità di dimostrare la propria efficacia è diventata particolarmente incalzante quando hanno iniziato ad affermarsi le terapie cognitive e comportamentali, la cui natura *symptom-behavior oriented* rendeva più agevole la dimostrazione dei cambiamenti positivi che erano in grado di produrre. La mole di ricerche a sostegno dell'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali, solitamente a breve termine, rispetto al numero relativamente esiguo di studi sugli effetti della psicoanalisi e delle terapie psicodinamiche, per definizione a lungo termine, ha creato negli anni una sorta di pregiudizio per cui la *quantità* di ricerche sull'una o sull'altra terapia finiva per coincidere con la *robustezza del sostegno empirico*. Questo problema viene sottolineato in un editoriale dell'*American Journal of Psychiatry*, in cui Michael Thase (2013), editor e ricercatore di orientamento cognitivo-comportamentale, afferma che la verifica empirica “non era parte della cultura della psichiatria accademica quando la psicoterapia psicodinamica era il modello dominante di terapia, contrariamente alla strategia adottata dalla *second-wave* di interventi come le terapie cognitive, comportamentali e interpersonali, per le quali esistono studi di efficacia fin dagli anni Settanta”, ma anche sottolinea che “l'assenza di evidenze empiriche non equivale necessariamente all'evidenza dell'assenza di efficacia del trattamento” e che dunque “non c'è motivo di credere che la psicoterapia psicodinamica sia un trattamento meno efficace” delle altre *talking cures* (p. 954).

È noto che tra i clinici psicodinamici serpeggia una certa ambivalenza, in alcuni casi una palese antipatia, nei confronti della verifica empirica sia degli assunti che sostengono la propria pratica terapeutica sia degli effetti dei propri interventi (Chiesa, 2010; Lingiardi, Ponsi, 2013; Coleman, Curtis, 2014; Kernberg, 2006; McWilliams, 2013; Vivona, 2012). Stephen Mitchell (1997) chiamava ironicamente “sindrome di Grünbaum”, dal nome del filosofo contemporaneo che ha accusato la psicoanalisi di non rispondere ai cri-

1. Dal progetto Menninger emerge un quadro di miglioramento sostanziale nei pazienti che hanno seguito una psicoanalisi o una psicoterapia psicodinamica. Per quanto riguarda le azioni terapeutiche la ricerca evidenzia la rilevanza delle componenti non-interpretative e indica che ogni terapeuta utilizza, in proporzioni diverse, interventi esplorativi e interventi supportivi (Wallerstein, 1986).

teri del paradigma scientifico, la patologia contraddistinta da “sofferenza e senso di colpa per non essersi occupati di ricerca in psicoanalisi. Ci possono essere crisi in cui si tenta disperatamente di ricordare come funziona l'analisi della varianza, spingendosi a volte a tirare giù dallo scaffale un manuale di statistica vecchio di trent'anni, per rimmetterlo immediatamente a posto. Altri sintomi sono disturbi del sonno e scarsa concentrazione nel lavoro” che però inevitabilmente scompaiono più o meno in ventiquattr'ore, dopo di che “il paziente può tornare a una vita pienamente produttiva” (pp. 181-182). A questa “sindrome” possiamo affiancare anche lo scarso interesse per le ipotesi e i risultati che emergono dagli articoli di ricerca, da cui dichiarano di sentirsi poco influenzati clinicamente e molto distanti intellettualmente. Robert Michels (1988) riassume icasticamente le difficoltà del dialogo tra psicoanalisi e ricerca empirica: “Ciò che per gli psicoanalisti è interessante per lo più non è scientifico, e ciò che è scientifico non sembra interessare gli psicoanalisti” (p. 174). Lo psicoanalista che prova a entrare in contatto con questo tipo di studi si trova a confrontarsi con un approccio assai diverso da quello a cui normalmente ricorre per approfondire le proprie conoscenze e competenze, cioè metafore interpretative con cui sente di arricchire la comprensione della dinamica inconscia e la produzione di significati intersoggettivi. Il più delle volte la letteratura empirica non fornisce questo tipo di suggestioni; al contrario, impiega un tipo di ragionamento che il clinico considera semplicistico, schematico, superficiale e ovvio. Nel tenere lontani gli analisti dagli studi empirici entra dunque in gioco anche un fattore legato all'identità professionale: “Mettere da parte il proprio consueto modo di ragionare nella situazione clinica basato su sensazioni, intuizioni, associazioni di idee, e assumere un atteggiamento teso a individuare concetti e correlazioni misurabili, è un'operazione narcisisticamente impegnativa: significa accettare nel proprio territorio la presenza di un 'terzo' che può mettere in discussione le basi su cui poggiano i propri concetti e le proprie teorie” (Lingiardi, Ponsi, 2013). La ferita narcisistica diventa ancor più significativa se l'analista si trova a dover riflettere su dati che contraddicono certezze date per scontate e, per esempio, ridimensionano l'effetto terapeutico della coppia interpretazione-insight, esaltano il ruolo dei fattori aspecifici e l'equivalenza in efficacia delle varie psicoterapie. Elencando i motivi dello scarso interesse degli psicoanalisti per i risultati della ricerca, Dazzi, Lingiardi e Colli (2006) ricordano, tra gli altri, anche la tendenza a considerare “scoperta” solo il rilievo di un aspetto precedentemente “non conosciuto”, senza cogliere come nuova conoscenza la conferma empirica di ciò che prima apparteneva in modo esperienziale o intuitivo al proprio bagaglio di conoscenze: in parole povere “la scoperta dell'acqua calda” (p. xxxi).

In linea generale, tra i clinici psicodinamici possiamo identificare tre posizioni differenti:

1. La prima coincide con il sostanziale *rifiuto* di presentare le credenziali di efficacia che la comunità scientifica (ma anche la collettività, le agenzie erogatrici di fondi, i pazienti stessi) chiede a ogni trattamento terapeutico. I clinici che condividono questo approccio tendono a squalificare *tout court* la ricerca, talvolta considerandola addirittura dannosa e fuorviante; in molti casi esplicitano il proprio disinteresse per la ricerca in quanto tale e invocano per la psicoanalisi e le psicoterapie psicoanalitiche una sorta di “zona franca” che coincide con la stanza d’analisi. Ogni verifica esterna, extra-analitica, è deliberatamente esclusa in quanto rischierebbe di introdurre nella complessa dinamica del processo terapeutico elementi di *disturbo* che, paradossalmente, nell’intento di verificarne l’efficacia ne minano irrimediabilmente la qualità e validità. Nascono da qui, per esempio, le note resistenze all’audio/video-registrazione delle sedute, così come a ogni altro metodo di indagine empirica (questionari, valutazioni pre/post-trattamento, follow-up ecc.). La psicoanalisi è considerata una “scienza a statuto speciale” e il metodo analitico avrebbe poco o nulla a che fare con quello scientifico comunemente inteso (Green, 2003, 2005; Perron, 2006; Hoffman, 2009).

2. La seconda posizione esprime un sostanziale *favore* per la ricerca empirica, pur mantenendo, della precedente, il riconoscimento delle peculiarità dei trattamenti psicoanalitici e psicodinamici, che non si prestano (o, addirittura, non consentirebbero) una valutazione dell’efficacia condotta unicamente con le metodologie adottate nelle ricerche sugli altri tipi di psicoterapie. Il lavoro in cui questo punto di vista viene esposto con maggior chiarezza e ricchezza di argomentazioni è quello di Westen, Novotny e Thompson-Brenner (2004). Il punto di partenza è una riflessione metodologica sui Randomized Controlled Trials (RCT, studi randomizzati controllati), comunemente impiegati per comprovare l’efficacia delle psicoterapie *symptom-behavior oriented* e per attribuire a queste ultime la qualifica di Empirically Supported Treatment (EST; vedi anche Chambless, Ollendick, 2001). In altri termini, l’utilità clinica della ricerca e della verifica empirica non viene messa in discussione, ma viene però considerato criticamente l’approccio di ricerca più diffuso nel campo delle prove di efficacia delle psicoterapie: la medicina evidence-based applicata alla cura dei disturbi psicopatologici. Gli autori sottolineano in primo luogo la debolezza degli assunti sottesi a questo tipo di ricerca. Per esempio: la necessità di includere nei trial sperimentali soggetti che presentino una psicopatologia il più possibile “pura”, ossia senza disturbi in comorbidità, condizione invece frequentissima nel lavoro clinico quotidiano; la scarsa considerazione delle manifestazioni di resistenza al cambiamento, che condizionano inevitabilmente il risultato del trattamento; la scarsa considerazione del funzionamento globale della personalità nel cui contesto si inserisce il sintomo trattato; la fiducia accordata a procedimenti quali l’assegnazione casuale dei soggetti

ai trattamenti, i gruppi di controllo, la manualizzazione delle psicoterapie, la durata breve e il carattere prescrittivo dell'intervento. Tutti temi sui cui non solo il consenso dei ricercatori è sempre meno solido, ma che sembrano anche ridimensionare la portata degli studi sperimentali condotti nella pratica clinica quotidiana, esacerbando il divario tra *efficacy* e *effectiveness*. Gli autori propongono dunque una considerazione che, in termini epistemologici, si direbbe attinente al tema dell'"oggettualità", ossia della congruenza tra oggetto di studio/ricerca e metodo impiegato per indagarlo (Agazzi, 2006; per un approccio filosofico agli RCT vedi anche Cartwright, 2007; Worrall, 2002). Nel caso della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica si può infatti rilevare una certa *incongruenza* tra gli obiettivi perseguiti da questi trattamenti e ciò che viene effettivamente misurato nella stragrande maggioranza delle ricerche sugli outcome terapeutici (Lingiardi, Muzi, 2014). Tra gli obiettivi perseguiti, Gabbard (2009) elenca: "Risoluzione del conflitto intrapsichico, ricerca della verità riguardo a se stessi, maggiore capacità di cercare oggetti-Sé appropriati, miglioramento delle relazioni interpersonali come risultato di una maggiore comprensione delle propri relazioni oggettuali interne, creazione di significato nella propria vita come risultato del dialogo terapeutico, sviluppo della capacità di mentalizzazione" (p. 59). A prescindere dai modelli teorici sottesi a questi obiettivi, tutti gli approcci psicodinamici sembrano concordare sul fatto che il progresso dipende principalmente da *modificazioni della struttura intrapsichica e della personalità* dei pazienti (vedi anche Blatt, Auerbach, 2003; Hill, Chui, Baumann, 2013; Lingiardi, McWilliams, 2015). Ogni ricerca sull'efficacia dei trattamenti psicodinamici che non abbia come oggetto la verifica del conseguimento di questi obiettivi, bensì la *sola riduzione dei sintomi e dei comportamenti patologici* (l'oggetto di studio degli RCT), violerebbe il principio dell'oggettualità, rendendo insignificanti e poco generalizzabili le proprie conclusioni. Jonathan Shedler (capitolo 2) ripropone la stessa argomentazione, sottolineando la presenza di un fenomeno di *mismatching* (cattiva combinazione) tra gli obiettivi della psicoterapia psicodinamica e gli indici presi in considerazione dalla maggior parte degli RCT sull'outcome, da cui deriva una discutibile affidabilità delle meta-analisi condotte sulla base di questi ultimi. Per questi motivi, la metodologia degli EST non può essere considerata il *gold standard*, la "regola aurea" che sancisce quali terapie sono empiricamente validate (e quindi realmente efficaci) e quali no; è necessario compiere lo sforzo, soprattutto da parte dei terapeuti psicodinamici, di mettere a punto disegni di ricerca sui loro trattamenti che siano metodologicamente corretti ma anche clinicamente significativi, ossia che non trasgrediscano il vincolo dell'oggettualità (il primo da prendere in considerazione quando si fa ricerca nella clinica, o – a dire il vero – quando si fa ricerca *tout court*; Del Corno, Lang, 2006). Come osserva la filosofa Nancy Cartwright (2007, p. 11), "il vantaggio che segue deduttivamente le con-



clusioni nel caso ideale viene ottenuto a un caro prezzo: la ristrettezza del campo di applicazione. [...] Gli RCT hanno una forte validità interna, ma la metodologia formale che li contraddistingue pone vincoli severi alle ipotesi che una popolazione target deve soddisfare per giustificare la generalizzazione della conclusione dalla popolazione testata a quella di riferimento. [...] per trarre inferenze causali rispetto a una popolazione di riferimento, quale sia il metodo migliore dipende, caso per caso, da quale conoscenza pregressa abbiamo o stiamo per ottenere. Non esiste un gold standard”.

Westen e collaboratori (2004) precisano che le loro considerazioni non servono a reiterare in modo sterile la dicotomia “EST *vs* non EST”, derivata dall’interesse ad avere o meno un certo numero di RCT in propria difesa. Piuttosto, viene suggerita una serie di modifiche nei modi di riportare i dati e i risultati che possono massimizzare l’utilità degli RCT in psicoterapia (compresa quella psicodinamica), insieme alla considerazione di qualche alternativa che consenta di “giungere ugualmente a risultati che siano allo stesso tempo scientificamente rigorosi e clinicamente pertinenti” (p. 640). La proposta è quella di usare la pratica clinica come un “laboratorio naturale”, ossia di partire non da campioni e trattamenti “puri” di laboratorio ma da quelli “spuri” all’interno della comunità clinica e terapeutica reale, per poi passare a disegni sperimentali “da svolgersi in laboratorio o in setting clinici, o *preferibilmente in entrambi i contesti*” (p. 644, *corsivo nostro*). Se poi vogliamo affidarci alla voce “Scientific Objectivity” della *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2014), quello che leggiamo è che se da una parte gli RCT possono essere guardati come una “debiasing procedure”, dall’altra non va dimenticato che ogni “tentativo di rendere meccanica l’indagine può portare a una riduzione dell’accuratezza e dell’utilità dei risultati”.

Come non ricordare, a questo punto, la sempre maggior attenzione rivolta agli studi *single-case* che, grazie all’applicazione di strumenti validi e attendibili, si sono evoluti dal carattere aneddotico dei primi resoconti senza tuttavia sacrificare la ricchezza e la complessità del materiale clinico analizzato (Kächele, Albani, Buchheim et al., 2006; Lingiardi, Gazzillo, Waldron, 2010; Gazzillo, Lingiardi, Waldron, 2012)? Viene quindi enucleato un graduale passaggio, fondamentale per l’ottica psicoanalitica e psicodinamica, dal concetto di *terapie empiricamente fondate* (la logica degli EST) a quello di *terapie empiricamente informate*, che coniughi le capacità osservative di clinici esperti con le tecniche statistiche adatte ad aggregare e analizzare i dati in modo affidabile.

Non possono sfuggire le differenze di questo modo di argomentare rispetto alla posizione degli autori che abbiamo descritto al punto a). Qui, infatti, non vengono rigettati in modo aprioristico né il valore degli sforzi tesi a provare l’efficacia della psicoanalisi e delle psicoterapie psicodinamiche, né la necessità di rispondere alla richiesta di dimostrare scientificamente tale efficacia, e neppure viene affermato uno “statuto speciale” della psicoanalisi

rispetto ad altri tipi di trattamento. Piuttosto, descrivendo le caratteristiche delle psicoterapie psicoanaliticamente orientate, vengono indicati gli oggetti e i metodi di indagine più idonei. Non si tratta di rifuggire dal misurarsi con i concetti che caratterizzano ogni epistemologia (per esempio quello di falsificabilità, prima che anche da Popper si cominciasse a prendere le distanze; vedi Buzzoni, 1982; Lakatos, 1974), ma di affermare il legame tra metodi della ricerca e “sapere di sfondo” (un concetto popperiano che continua a piacerci) di una disciplina. Nessuno statuto speciale per la psicoanalisi, quindi, ma l'individuazione dei metodi di indagine e di verifica che rispettino le sue caratteristiche senza cedimenti autoreferenziali o autoconfermatori.

3. Dobbiamo riconoscere che una buona parte dei più recenti lavori di ricerca sull'efficacia della psicoanalisi e delle psicoterapie psicodinamiche non si è attenuta a questi suggerimenti e ha “raccolto la sfida” degli RCT lanciandosi in quella “sperimentazione di massa incontrollata” che Westen, Novotny e Thompson-Brenner (2004) avevano segnalato con qualche preoccupazione. È questa la terza delle posizioni che abbiamo individuato, rappresentata dai ricercatori che hanno ritenuto possibile rispondere ai dubbi sull'efficacia della psicoanalisi e delle psicoterapie psicoanalitiche rimanendo sul piano della riduzione sintomatologica (e quindi del confronto con le terapie *symptom-behavior oriented*) e hanno accettato di fare degli RCT lo standard metodologico delle loro indagini (per esempio, Coleman, Curtis, 2014; Leichsenring, 2009; Fonagy, 2006, 2015; per una rassegna vedi Lingiardi, Gazzillo, Genova, 2012; Del Corno, Lang, Gritti, 2013). Un'identificazione con l'aggressore? Una risposta al sentimento di inferiorità insidiosamente indotto dai risultati eclatanti che sembrano emergere dalle meta-analisi di terapie tutte EST (e che possiamo considerare simmetrico al sentimento di superiorità che per anni ha condotto molti analisti a guardare con aria di sufficienza ai lavori di ricerca sulla psicoterapia)? Un rapporto con gli aspetti metodologici ed epistemologici che sembra dar ragione alla nota affermazione di Glover (1954) per cui gli psicoanalisti sarebbero “statistici restii e inesperti”? Certo, Westen e collaboratori hanno disconfermato tale assunto: e se fossero l'eccezione che conferma la regola? Difficile dare una risposta a queste domande. Possiamo tentare un breve commento, che serva anche a contestualizzare la situazione che abbiamo descritto. Siamo convinti che le ricerche sugli esiti della psicoanalisi e delle psicoterapie psicodinamiche possono senz'altro concentrarsi anche sulla loro efficacia in termini di riduzione sintomatologica. Owen Renik (2006), noto psicoanalista, ha sottolineato che la psicoanalisi non deve essere solo un lavoro di crescita intellettuale, ma anche una specifica *relazione d'aiuto*, specificando che dell'aiuto fa inevitabilmente parte anche la possibilità di soffrire meno a causa dei propri sintomi. E, scrive, “la psicoanalisi deve la sua origine proprio alla sua efficacia terapeutica” (p. 7). Inoltre, non possiamo non prende-



re in considerazione tutti quegli studi rivolti alla valutazione dei trattamenti manualizzati di orientamento psicodinamico per i disturbi di personalità, come la psicoterapia focalizzata sul transfert di Kernberg e collaboratori (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2014) e il trattamento basato sulla mentalizzazione (Bateman, Fonagy, 2004). Questi trattamenti, e la “natura RCT” delle ricerche che li riguardano, rientrano nella categoria delle “Evidence-Based BPD-Specific Psychotherapies” (Gabbard, 2014). Anche se psicodinamicamente orientate, si tratta di terapie tendenzialmente diagnosi-specifiche e *symptom-behavior oriented*, che dunque richiedono una verifica del conseguimento del focus del trattamento (che è anche l’obiettivo-target): per esempio, il miglioramento della capacità riflessiva o mentalizzazione misurandone i segni diretti e indiretti, come l’eventuale remissione sintomatologica, la presenza di comportamenti più adattivi, minori ospedalizzazioni, e così via.

L’uso della metodologia RCT sembra dunque indicato se si ha in mente un trattamento focalizzato su un distretto circoscritto del funzionamento psico(pato)logico al di là delle tecniche utilizzate (di stampo dinamico o cognitivo-comportamentale), pur con i dubbi posti da questo tipo di ricerche. Altra cosa è mettere a confronto l’efficacia di una psicoanalisi o di una psicoterapia psicoanalitica con quella di una farmacoterapia o di un trattamento cognitivo nel miglioramento di patologie che interessano il funzionamento psicologico dell’individuo nella sua complessità. In questi casi non sembra possibile fermarsi solo al sollievo sintomatologico o al rilievo comportamentale, se è vero che la psicoterapia psicodinamica, soprattutto a lungo termine, “mira a favorire lo sviluppo di capacità e risorse psicologiche che riguardano le relazioni interpersonali, la sessualità, l’autostima, la regolazione affettiva, la comprensione di sé ecc.” (Dazzi, Speranza, 2010, p. 7). In questo senso, gli studi di efficacia condotti seguendo la metodologia degli EST “non considerano la complessità della personalità e gli obiettivi terapeutici della psicoterapia psicodinamica, per esempio una trasformazione della personalità che vada ben al di là dell’eliminazione della sintomatologia” (*ibidem*).

Allora, se non si tratta di trascurare le prove (comunque non inappellabili, visti i riconosciuti limiti degli RCT) a favore della positiva influenza dei trattamenti psicodinamici sulla sintomatologia, si deve comunque compiere lo sforzo di mettere a punto disegni di ricerca adeguati a una valutazione di efficacia che utilizzi strumenti rispettosi di quegli aspetti che non sono *symptom-behavior oriented* e che sia coerente con i più ampi obiettivi che si pone questa tipologia di trattamenti. È di nuovo l’“outcome problem”, su cui la letteratura è ovviamente sterminata (da Strupp, 1963 a Castonguay, 2013; Hill, Chui, Baumann, 2013; Wampold, 2013), che porta con sé la necessità di un ripensamento globale delle ricerche sull’efficacia dei trattamenti orientati in senso psicodinamico.

Lo stesso Leichsenring (2010; Leichsenring, Luyten, Hilsenroth et al., 2015), autore di numerose meta-analisi che attestano l'efficacia dei trattamenti psicodinamici per una vasta gamma di disturbi psicopatologici e che, in alcuni casi, mostrano come effetti post-trattamento a lungo termine di tali terapie siano più stabili e duraturi di quelli di altri tipi di terapia (Leichsenring, 2005, 2008; Leichsenring, Leibing, 2003; Leichsenring, Rabung, 2008, 2011; Leichsenring, Abbass, Luyten et al., 2013; Leichsenring, Klein, 2014), riprende le proposte di Westen, Novotny e Thompson-Brenner sottolineando l'importanza di disegni di ricerca che siano condotti nelle condizioni della pratica professionale quotidiana. Non trascura, tuttavia, di segnalare come questa tipologia di studi non sia universalmente accettata (per esempio, dall'APA) come dimostrazione dell'efficacia di una psicoterapia a causa della modesta validità interna (ossia l'insufficiente controllo dei fattori esterni alla terapia che ne possono influenzare l'esito). In verità, esiste ormai un buon numero di ricerche che testimonia che gli studi di *effectiveness* non sovrastimano le dimensioni dell'effetto in confronto agli RCT. Leichsenring conclude quindi che sarebbe utile distinguere gli studi di *efficacy* da quelli di *effectiveness* e non identificare il concetto di EST con gli RCT. Del resto, scrivono Roth e Parry (1997), anche "gli RCT sono [...] uno strumento imperfetto" e "i loro risultati vanno considerati come una *parte del ciclo della ricerca*" (p. 370).

Per concludere, i dati empirici a sostegno della psicoanalisi e delle psicoterapie *esistono*, e sono proprio queste ricerche che i clinici dovrebbero conoscere nel momento in cui sono chiamati, come sempre più spesso accade, a sostenere il proprio approccio terapeutico. Senza perdere uno sguardo critico, ovvero senza idealizzare né svalutare le procedure e i dati della ricerca. Arroccarsi su una di queste posizioni non serve. Serve, piuttosto, far proprio il consiglio di Eagle e Wolitzky (2011, p. 813) per cui "un modo costruttivo di affrontare i limiti della ricerca è *farla meglio*; fare cioè una ricerca più creativa e valida sul piano ecologico, e non lanciare attacchi contro ogni tipo di ricerca sistematica". O di Nancy McWilliams (2005, p. 157): "Proprio come l'astronomia non dovrebbe essere definita strettamente con ciò che il miglior telescopio può attualmente vedere, l'intero dominio della sofferenza e della cura mentale non dovrebbe venir definito da quello che gli RCT possono dirci". Senza trascurare il fatto, restando nella metafora, che gli RCT da soli certo non sono "il miglior telescopio disponibile" per catturare ciò che rende efficaci i trattamenti psicodinamici.

Questo volume costituisce un buon esempio della possibile e fruttuosa coesistenza delle posizioni che, più sopra, abbiamo indicato come seconda e terza. In altri termini, riferisce, con abbondanza di argomentazioni di carattere metodologico e un'accurata descrizione dei risultati, le sempre più numerose evidenze relative alla capacità delle terapie psicodinamiche di produrre miglioramenti sintomatologici apprezzabili. Nelle circa 700 pa-

gine dell'edizione originale, Levy, Ablon e Kächele, clinici e ricercatori di grande esperienza, raccolgono i contributi di colleghi altrettanto illustri e li suddividono in cinque sezioni: 1) ricerca sugli esiti della psicoterapia, 2) neurobiologia della psicoterapia, 3) teoria, tecnica e processo terapeutico, 4) studi single-case, 5) valutazione del cambiamento. Raccogliere in un volume il meglio della letteratura empirica contemporanea sulla psicoterapia psicodinamica è una missione impossibile e comunque arbitraria. In modo altrettanto arbitrario, abbiamo preferito offrire al lettore italiano una scelta ragionata, e senz'altro più maneggevole, di quanto generosamente raccolto da Levy, Ablon e Kächele.

È importante sottolineare come, nei lavori qui presentati, gli autori indirizzino la loro attenzione e quella del lettore sia sull'*efficacy* sia sull'*effectiveness* dei trattamenti psicodinamici, non solo sottolineando le differenze tra la prima e la seconda (come raramente accade in questa tipologia di studi), ma valutandone anche le reciproche interrelazioni nello sforzo di colmare un *gap* che rischia di danneggiare tutti. Inoltre, ribadiscono come le psicoterapie psicodinamiche si propongano l'obiettivo di conseguire (e di fatto conseguono) anche altri cambiamenti oltre al sollievo sintomatico: cambiamenti relativi “alla personalità, al funzionamento interpersonale, all'incremento delle capacità di coping, della comprensione di se stessi e del sentimento di coerenza” (Siefert, DeFife, capitolo 18). Nonostante queste variabili non possano sempre essere misurate agevolmente, gli autori di questo volume propongono e descrivono numerosi strumenti (di tipo quantitativo e qualitativo) che consentono di effettuare queste valutazioni, nel rispetto del “principio dell'oggettualità”, ma senza trascurare le esigenze di ostensibilità e riproducibilità delle procedure seguite. Proseguendo su questa linea ci è sembrato utile includere, in appendice al volume, anche per favorirne l'applicazione in contesti italiani di ricerca, una versione aggiornata del Psychotherapy Process Q-Set (PQS), uno strumento per la descrizione del processo terapeutico, originariamente costruito da Enrico Jones (2000) e già conosciuto e apprezzato dal pubblico italiano (Lingiardi, Dazzi, 2008).

Nei contributi che compongono questo volume si coglie la preoccupazione di descrivere i disegni di ricerca, i risultati conseguiti e le diverse opzioni metodologiche in un modo che sia realmente accessibile al lettore, sia esso clinico, ricercatore, o terapeuta in formazione, ma con particolare attenzione a tutte quelle figure professionali che credono nello svolgimento dell'attività clinica con pazienti “reali”. Condividiamo il rimprovero rivolto da alcuni autori del volume ai colleghi ricercatori che utilizzano un linguaggio e uno stile espositivo che inevitabilmente allontana i clinici, anziché incuriosirli e appassionarli ai risultati delle diverse ricerche. Un “vocabolario” clinico condiviso, che promuova un dialogo continuo e curioso con la prospettiva filosofica, consente di inserire in un contesto scientifico

le teorie esplicative su come e per chi funziona (*o non funziona*) la psicoterapia psicodinamica. Fornendo una validità rende quindi i suoi presupposti più precisi, realistici e coerenti; in altre parole, le osservazioni analitiche non possono più essere limitate al contesto della “scoperta”, ma devono confrontarsi con i dati empirici, appartenenti al contesto della “giustificazione” (Stiles, 2013). Questo sforzo di chiarezza e la messa a punto di disegni di ricerca quanto più possibile attenti alle esigenze della clinica può contribuire a far sì che si possa considerare per sempre superato “il tempo in cui i clinici psicoanalitici, anche a ragione, potevano trascurare i risultati delle ricerche sui trattamenti psicoanalitici” (Luyten, capitolo 10). Realizzando, anche in questo modo, l’auspicio espresso dal sottotitolo dell’edizione originale di questo libro: *Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, una pratica terapeutica che sia basata sulla ricerca, ma anche una ricerca che sia basata sulla pratica terapeutica.

## BIBLIOGRAFIA

- AGAZZI, E. (2006), “Epistemologia delle scienze psicologiche”. In GIORDANO, M. (a cura di), *Burnout. Seminario gruppoanalitico nazionale. Da Franco Fornari precursore alle nuove conoscenze scientifiche*. FrancoAngeli, Milano, pp. 57-83.
- AMERICAN GROUP PSYCHOTHERAPY ASSOCIATION (AGPA) (2007), *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. American Group Psychotherapy Association, New York.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2012), “Riconoscimento dell’efficacia della psicoterapia”. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, XLVII, 3, pp. 407-422.
- APA TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE (2006), “Evidence-based practice in psychology”. In *American Psychologist*, 61, pp. 271-285.
- BATEMAN, A.W., FONAGY, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- BEUTLER, L.E. (1983), *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*. Pergamon Press, New York.
- BLATT, S.J., AUERBACH, J.S. (2003), “Psychodynamic measures of therapeutic change”. In *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2), pp. 268-307.
- BURLINGAME, G.M., FUHRMAN, A., MOSIER, J. (2003), “The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective”. In *Group Dynamics: Theory, Research & Practice*, 2, pp. 101-117.
- BUZZONI, M. (1982), *Conoscenza e realtà in K.R. Popper*. FrancoAngeli, Milano.
- CAMPBELL, L.F., NORCROSS, J.C., VASQUEZ, M.J.T., KASLOW, N.J. (2013), “Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution”. In *Psychotherapy*, 50, 1, pp. 98-101.
- CARR, A. (2009a), “The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems”. In *Journal of Family Therapy*, 31, pp. 46-74.
- CARR, A. (2009b), “The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems”. In *Journal of Family Therapy*, 31, pp. 3-45.
- CARTWRIGHT, N. (2007), “Are RCTs the Gold Standard?”. In *BioSocieties*, 2, 2, pp. 11-20.
- CASTONGUAY, L.G. (2013), “Psychotherapy outcome: An issue worth re-visiting 50 years later”. In *Psychotherapy*, 50(1), pp. 52-67.
- CHAMBLESS, D.L., OLLENDICK, T.H. (2001), “Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche”. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXV, 3, pp. 5-46.

- CHIESA, M. (2010), "Research and psychoanalysis: Still time to bridge the Great Divide?". In *Psychoanalytic Psychology*, 27, 2, pp. 99-114.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, J.F., KERNBERG, O.F. (2006), *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali. Manuale della Psicoterapia Focalizzata sul Transfert*. Tr. it. Fioriti, Roma 2011.
- COLEMAN CURTIS, R. (2014), "Systematic research supporting psychoanalytic and psychodynamic treatments". In *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1-2), pp. 34-42.
- COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., LINGIARDI, V. (2014), "Patient personality and therapist response: An empirical investigation". In *American Journal of Psychiatry*, 171, pp. 102-108.
- CUJJPERS, P., VAN STRATEN, A., ANDERSSON, G., VAN OPPEN, P. (2008), "Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, pp. 909-922.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (2006) (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- DAZZI, N., SPERANZA, A.M. (2010), "Introduzione". In GABBARD, G.O. (2009), *Le psicoterapie. Teorie e modelli di intervento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010, pp. 3-9.
- DEL CORNO, F., LANG, M. (2006), "Empirically supported treatments vs. empirically supported relationships". In DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 49-64.
- DEL CORNO, F., LANG, M., GRITTI, E. (2013), "La psicoterapia psicodinamica". In DEL CORNO, F., LANG, M. (a cura di), *Elementi di psicologia clinica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 334-363.
- EAGLE, M.N., WOLITZKY, D.L. (2011), "Systematic empirical research versus clinical case studies: A valid antagonism?". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4), pp. 791-817.
- FONAGY, P. (2006), "Psicoterapie psicodinamiche evidence-based". Tr. it. in PDM TASK FORCE, *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 659-725.
- FONAGY, P. (2015), "The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update". In *World Psychiatry*, 14, pp. 137-150.
- FRANK, J.D. (1973), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy, Revised edition*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- GABBARD, G.O. (2009), *Le psicoterapie. Teorie e modelli di intervento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- GABBARD, G.O. (2014), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. Fifth edition*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- GABBARD, G.O., WESTEN, D. (2003), "Ripensare l'azione terapeutica". Tr. it. in JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 233-258.
- GAZZILLO, F., LINGIARDI, V., WALDRON, S. (2012), "The Merton Gill Single Case Study: Assessing psychoanalytic process with the Analytic Process Scales (APS) and the Dynamic Interaction Scales (DIS)". Paper presented at the Annual Conference of the American Psychoanalytical Association, New York. [Tr. it. Prospettive cliniche e empiriche su una terapia psicoanalitica di M. Gill]. Consultabile anche on-line: <http://www.spiweb.it>
- GLOVER, E. (1954), "The indication for psychoanalysis". In *Journal of Mental Science*, 100, pp. 393-401.
- GREEN, A. (2003), "The pluralism of sciences and psychoanalytic thinking". In LEUZINGER-BOHLEBER, M., DREHER, A.U., CANESTRI, J. (a cura di), *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis*. International Psychoanalytic Association, London, pp. 26-44.
- GREEN, A. (2005), "L'illusione di un terreno comune e di un mitico pluralismo". Tr. it. in *L'Annata Psicoanalitica Internazionale*, 2007, 3, pp. 217-223.
- HILL, C.E., CHUI, H., BAUMANN, E. (2013), "Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement". In *Psychotherapy*, 50 (1), pp. 68-76.



- HOFFMAN, I.Z. (2009), "Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: The dessiccation of human experience". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), pp. 1043-1069.
- HØGLEN, P. (2014), "Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy". In *American Journal of Psychiatry*, 171, 10, pp. 1056-1066.
- HOLMES, J. (2010), *Exploring in Security: Towards an Attachment-Informed Psychoanalytic Psychotherapy*. Karnak, London.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- KÄCHELE, H., ALBANI, C., BUCHHEIM, A., HÖLZER, M., HOHAGE, R., MERGENTHALER, E., JIMÉNEZ, J.P. ET AL. (2006), "The German specimen case, Amalia X: Empirical studies". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, pp. 809-826.
- KARVER, M.S., HANDELSMAN, J.B., BICKMAN, L. (2006), "Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature". In *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 50-65.
- KERNBERG, O.F. (2006), "The pressing need to increase research in and on Psychoanalysis". In *International Journal of Psychoanalysis*, 87, pp. 919-926.
- KOSTERS, M., BURLINGAME, G.M., NACHTIGALL, C., STRAUSS, B. (2006), "A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy". In *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, pp. 146-163.
- LAKATOS, I. (1974), "Popper on demarcation and induction". In SCHILPP, P.A. (a cura di), *The Philosophy of Karl Popper*. Open Court, La Salle, IL, pp. 241-273.
- LAMBERT, M.J. (2004) (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4<sup>th</sup> ed. Wiley, New York.
- LEICHSENRING, F. (2005), "Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data". In *International Journal of Psychoanalysis*, 86, pp. 841-868.
- LEICHSENRING, F. (2008), "Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis". In *Journal of the American Medical Association*, 300, pp. 1551-1565.
- LEICHSENRING, F. (2009), "La psicoterapia psicodinamica applicata al trattamento di specifici disturbi". Tr. it. in GABBARD, G.O. (a cura di), *Le psicoterapie*. Raffaello Cortina, Milano 2010, pp. 107-142.
- LEICHSENRING, F. (2010), "Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders". In CLARKIN, J.F., FONAGY, P., GABBARD, G.O. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- LEICHSENRING, F., ABBASS, A., LUYTEN, P., HILSENROTH, M.J., RABUNG, S. (2013), "The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy". In *Psychodynamic Psychiatry*, 43, 1, pp. 361-384.
- LEICHSENRING, F., KLEIN, S. (2014), "Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review". In *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28, 1, pp. 4-32.
- LEICHSENRING, F., LEIBING, E. (2003), "The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis". In *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 1223-1232.
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), "Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis". In *Journal of the American Medical Association*, 300 (13), pp. 1551-1565.
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2011), "Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis". In *The British Journal of Psychiatry*, 199, pp. 15-22.
- LEICHSENRING, F., LUYTEN, P., HILSENROTH, M.J., ABBASS, A., BARBER, J.P., KEEFE, J.R., LEWEKE, F., RABUNG, S., STEINERT, C. (2015), "Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria". In *Lancet Psychiatry*, 2, pp. 648-660.
- LINGIARDI, V. (2013), "Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance". In *Psychotherapy*, 50 (3), pp. 413-418.

- LINGIARDI, V., DAZZI, N. (2008), "Enrico Jones: l'eredità clinica di un metodo empirico". In JONES, E.E., *L'azione terapeutica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, pp. VII-VIII.
- LINGIARDI, V., GAZZILLO, F., GENOVA, F. (2012), "L'efficacia delle psicoterapie dinamiche: lo stato dell'arte della ricerca empirica". In CAPARROTTA, L., CUNIBERTI, P. (a cura di), *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito*. FrancoAngeli, Milano.
- LINGIARDI, V., GAZZILLO, F., WALDRON, W. (2010), "Una psicoanalisi empiricamente supportata. Il caso di Giovanna". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 355-386.
- LINGIARDI, V., MCWILLIAMS, N. (2015), "The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2nd edition (PDM-2)". In *World Psychiatry*, 14 (2), pp. 237-240.
- LINGIARDI, V., MUZI, L. (2014), "Azioni e alleanze terapeutiche: quali outcome per la psicoanalisi?". In "Il cambiamento nella prospettiva della psicoanalisi entro il contesto scientifico odierno", *Giornale Italiano di Psicologia*, XLI, 4, pp. 665-684.
- LINGIARDI, V., PONSÌ, M. (2013), "L'utilità della ricerca empirica per la psicoanalisi". In *Rivista di Psicoanalisi*, LIX, 4, pp. 885-909.
- MCWILLIAMS, N. (2005), "Response to Norcross". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (2), pp. 156-159.
- MCWILLIAMS, N. (2013), "Psychoanalysis and research: Some reflections and opinions". In *Psychoanalytic Review*, 100 (6), pp. 919-945.
- MICHELS, R. (1988), "The future of psychoanalysis". In *Psychoanalytic Quarterly*, 57, pp. 167-185.
- MITCHELL, S.A. (1997), *Influenza e autonomia in psicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- NORCROSS, J.C. (1990), "An eclectic definition of psychotherapy". In ZEIG, J.K., MUNION, W.M. (a cura di), *What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 218-220.
- NORCROSS, J.C. (2011) (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-based Responsiveness*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford University Press, New York.
- PERRON, R. (2006), "How to do research? Reply to Otto Kernberg". In *International Journal of Psychoanalysis*, 87, pp. 927-932.
- RENIK, O. (2006), *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- ROTH, A.D., PARRY, G. (1997), "The implications of psychotherapy research for clinical practice and service development: Lessons and limitations". In *Journal of Mental Health*, 6, pp. 367-380.
- SHIRK, S.R., KARVER, M. (2003), "Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), pp. 452-64.
- STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY (2014), "Scientific Objectivity". <http://plato.stanford.edu/entries/scientific-objectivity/#EviBasMedSocPol>.
- STILES, W.B. (2013), "The variables problem and the progress of psychotherapy research". In *Psychotherapy*, 50, 1, pp. 33-41.
- STRUPP, H.H. (1963), "The outcome problem in psychotherapy revisited". In *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1, pp. 1-13.
- THASE, M. (2013), "Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: It's about time, and what's next?". In *American Journal of Psychiatry*, 170, 9, pp. 953-956.
- VIVONA, J.M. (2012), "Between a rock and hard science: How should psychoanalysis respond to pressures for quantitative evidence of effectiveness?". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60, 1, pp. 121-129.
- WALLERSTEIN, R.S. (1986), *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. Guilford Press, New York.

- WALLERSTEIN, R.S. (2006), "Psychoanalytic therapy research: Its history, its present status, and its projected future". In PDM TASK FORCE, *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring, MD, pp. 511-535.
- WALLERSTEIN, R.S. (2014), "Psychoanalytic therapy research: A commentary". In *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1-2), pp. 259-269.
- WAMPOLD, B.E. (2007), "Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment". In *American Psychologist*, 62, pp. 857-873.
- WAMPOLD, B.E. (2013), "The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem". In *Psychotherapy*, 50, 1, pp. 16-24.
- WAMPOLD, B.E., IMEL, Z.E. (2015), *The Great Psychotherapydebate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge, New York.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche". Tr. it. in PDM TASK FORCE (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 565-658.
- WORRALL, J. (2002), "What evidence in evidence-based medicine?". In *Philosophy of Science*, 69, pp. 316-S330.
- YEOMANS, J.E., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2014), *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.



A mia madre, a mio padre e alle altre persone che mi hanno aiutato a vivere con passione e determinazione.

RAYMOND A. LEVY

A mia mamma e a mio papà che mi hanno sostenuto moltissimo. Spero che questo libro contribuisca a conservare ciò che voi apprezzate così tanto.

J. STUART ABLON

In occasione del suo novantesimo compleanno, vorrei dedicare questo libro a Helmut Thomä, nato il 6 maggio 1921. La sua quarantennale guida nelle questioni psicoanalitiche mi ha consentito di fondere le aspirazioni teoriche con la ricerca pratica e la soddisfazione nell'attività clinica.

HORST KÄCHELE



## Autori

*J. Stuart Ablon*, Ph.D., Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; Director, Psychotherapy Research Program, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA.

*Julie Ackerman*, M.A., MSc., Clinical Psychology Program, City University of New York, New York, NY, USA.

*Steven J. Ackerman*, Ph.D., Erik H. Erikson Institute for Research, The Austen Riggs Center, Stockbridge, MA, USA.

*Sidney J. Blatt*, Ph.D., Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA.

*Thomas D. Cromer*, Ph.D., Department of Psychiatry, North Shore University Hospital, Manhasset, NY, USA.

*Jared A. DeFife*, Ph.D., Research Scientist, Department of Psychology, Emory University, Atlanta, GA, USA.

*Ingrid Erhardt*, Dipl.-Psych., Department of Pediatric Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Dr. Von Hauner's Children's Hospital, Munich, Germany.

*Glen O. Gabbard*, M.D., Professor of Psychiatry, Suny Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA; Clinical Professor of Psychiatry, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA.

*Andrew J. Gerber*, M.D., Ph.D., Division of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA.

*Debra M. Glick*, M.A., Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA.

*Tilman Grande*, Ph.D., Department of General Internal and Psychosomatic Medicine, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany.

*Mark J. Hilsenroth*, Ph.D., Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY, USA.

*Per Høglend*, M.D., Ph.D., Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway.

*Enrico E. Jones*, University of California, Berkeley, Berkeley, CA, USA.

*Horst Kächele*, M.D., Ph.D., Department of Clinical Psychology and Psychoanalysis, International Psychoanalytic University, Berlin, Germany.

*Tai Katzenstein*, Ph.D., Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.

*Wolfram Keller*, Head of the Department of Psychosomatics, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin, Germany.

*Falk Leichsenring*, DSc., Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University of Giessen, Giessen, Germany.

*Kenneth N. Levy*, Department of Psychology, Pennsylvania State University, University Park, PA, USA.

*Raymond A. Levy*, Psy.D., Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Clinical Director, Psychotherapy Research Program, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA.

*Patrick Luyten*, Ph.D., Department of Psychology, University of Leuven, Leuven, Belgium; Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK.

*Linda C. Mayes*, M.D., Yale Child Study Center, Yale University, New Haven, CT, USA.

*Kevin B. Meehan*, Department of Psychology, Long Island University, Brooklyn, NY, USA.

*Jesse A. Metzger*, Ph.D., Utting Fellow for Studies in Depression, McGill University at the Institute of Community and Family Psychiatry, SMBD Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada.

*Carrie Olsen*, BA, Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA, USA.

*Trevor R. Olson*, Ph.D., FIT for Active Living, Saskatoon City Hospital, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.

*J. Christopher Perry*, M.P.H., M.D., McGill University at SMBD Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada.

*Jonathan Petraglia*, M.A., Department of Counseling Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.

*Nnamdi Pole*, Ph.D., Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA, USA.

*Michelle D. Presniak*, Ph.D., FIT for Active Living, Saskatoon City Hospital, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.

*Sven Rabung*, Ph.D., Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; Department of Psychology, University of Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Austria.

*Joshua L. Roffman*, M.D., MMSc., Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Charlestown, MA, USA.

*Gerd Rudolf*, Department of General Internal and Psychosomatic Medicine, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany.

*Jeremy D. Safran*, Department of Psychology, New School for Social Research, New York, NY, USA.

*Carolina Seybert*, Dipl-Psych., Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, Germany.

*Alexandra G. Shaker*, Department of Psychology, New School for Social Research, New York, NY, USA.

*Jonathan Shedler*, Ph.D., Department of Psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA.

*Caleb J. Siefert*, Ph.D., Department of Psychology, University of Michigan-Dearborn, Dearborn, MI, USA.

*Jenelle Slavin-Mulford*, Ph.D., Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.

*Christina M. Temes*, Department of Psychology Pennsylvania State University, University Park, PA, USA.

*Helmut Thomä*, Department of Psychotherapy at the University of Ulm, Ulm, Germany.

*George I. Viamontes*, OptumHealth Behavioral Solutions, St. Louis, MO, USA.

*Drew Westen*, Ph.D., Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, GA, USA.

*Frank E. Yeomans*, Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, USA.



## Introduzione

*Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Horst Kächele*

Questo libro è il proseguimento dell'importante riflessione sviluppata nel nostro primo volume, pubblicato nel 2009, *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*, in cui sono stati presentati gli sviluppi significativi della ricerca in psicoterapia a orientamento psicodinamico ad opera di abili clinici ricercatori. Negli ultimi anni è aumentata l'esigenza di proseguire la ricerca in questo campo, da parte di fonti sia interne sia esterne, e questo volume continua a dimostrare l'efficacia clinica e sperimentale dell'approccio psicodinamico agli interventi psicoterapeutici nel trattamento dei problemi psicologici. Le ricerche aiutano i clinici a pensare criticamente ai propri interventi, così da evitare il rischio di perdersi nelle proprie idee e nei concetti più radicati soggettivamente, privi di qualsiasi supporto empirico. La psicoterapia in generale, e la psicoterapia psicodinamica nello specifico, richiede di sostenere il coinvolgimento dei clinici nel movimento evidence-based all'interno del più ampio sistema di cura. Riconosciamo e apprezziamo l'importanza della supervisione clinica per perfezionare e validare gli interventi all'interno della psicoterapia psicodinamica e proponiamo il presente lavoro nell'ottica di un continuo confronto fra ricercatori e clinici in merito al valore di uno specifico approccio per uno specifico paziente con uno specifico problema psicologico o psichiatrico. Le molteplici forme di intervento e di trattamento sono state sviluppate negli ultimi cinquant'anni e sostengono l'attuale enfasi sulla medicina personalizzata. Ci auguriamo che questo volume possa contribuire a far sì che la psicologia psicodinamica progredisca nella ricerca del giusto trattamento per ciascun paziente.





## Ringraziamenti

Siamo lieti di ringraziare ancora una volta i molti sostenitori del nostro lavoro presso il dipartimento di Psichiatria al Massachusetts General Hospital. Il dottor Jerrold Rosenbaum, curatore di questa collana, ha continuato a sostenerci nella creazione di questo volume e ha organizzato le risorse per incentivare la pratica, l'insegnamento e lo studio della psicoterapia psicodinamica all'interno del dipartimento. A tale proposito siamo entusiasti del fatto che il dottor Bob Walding sia entrato a far parte del dipartimento in qualità di Direttore del Center for Psychodynamic Therapy and Research.

Siamo grati anche alla comunità psicodinamica che ha ben accolto il nostro primo volume e ci ha incoraggiato a proseguire i nostri sforzi, raccolti in questa seconda opera. La comunità internazionale di clinici e ricercatori psicodinamici, rappresentata dagli oltre cinquecento membri attivi della *listserv* sulla ricerca in psicoterapia psicodinamica, ha dimostrato un notevole interesse per il lavoro contenuto in questo libro.

La Springer Science+Business Media e il nostro *editor* Richard Lansing ci hanno incoraggiato a scrivere questo libro e ci hanno offerto la possibilità di proseguire con una serie di volumi di aggiornamento nei prossimi anni. Siamo grati del loro supporto e del loro impegno per promuovere il libro nel mondo.

Il nostro seminario Psychotherapy Research Program ha stimolato idee, sollevato domande, e ci ha stimolato a continuare a pubblicare la ricerca psicodinamica che perfeziona la pratica attuale. Apprezziamo l'interesse di Jeremy Nahum, John Kelly, Helen Riess, Josh Roffman e Ira Lable. Uno speciale ringraziamento va a Josh Roffman per aver rivisto i capitoli sulle neuroscienze.

Grazie a Horst Kächele: questo volume include molti lavori di ricercatori europei che hanno operato per molti anni per portare avanti una ricerca forse non adeguatamente riconosciuta negli Stati Uniti.

Infine, ovviamente, siamo grati ai ricercatori clinici, il cui lavoro quotidiano ha permesso la realizzazione di questo libro. Sappiamo quanto sia arduo e ingrato questo lavoro, pertanto siamo lieti di rendere merito all'impegno di professionisti così talentuosi.

## RINGRAZIAMENTI

Apprezziamo gli aggiornamenti proposti da coloro che hanno lavorato ai capitoli del volume pubblicato nel 2009 e diamo il benvenuto ai nuovi autori.

PARTE SECONDA

## La neurobiologia della psicoterapia



## 6

### Basi neurobiologiche della psicoterapia

Stato dell'arte e sviluppi futuri

*Andrew J. Gerber*

L'area di intersezione fra ricerca neurobiologica e psicoanalisi è fertile e in espansione. Come testimoniano i capitoli di questa parte, tanto i metodi empirici quanto le teorie psicoanalitiche hanno fatto passi avanti verso un tipo di interazione di cui Sigmund Freud sarebbe stato entusiasta. Forse una delle più grandi sfide, per quest'area di ricerca in crescita e alla ricerca di un'identità, sarà definire i propri scopi. A tal fine, dalla lettura di questi capitoli possiamo ricavare i seguenti principi unificanti:

1. Le migliori descrizioni in ambito psicopatologico non impiegano categorie nettamente distinte, bensì una serie di tratti continui e variabili di stato, che descrivono il contenuto e la struttura della vita mentale dell'individuo (NIMH, 2010; Vickers, Basch, Kattan, 2008).
2. L'origine della maggior parte dei disturbi psicopatologici va ricercata principalmente nell'interazione fra fattori genetici/ereditari che determinano tratti psicologici, risorse e vulnerabilità da un lato, e fattori ambientali, in particolare le esperienze, dall'altro (Caspi, McClay, Moffitt et al., 2002; Caspi, Sugden, Moffitt et al., 2003).
3. Per comprendere meglio i tratti e i processi psicologici non bisogna inserirli in categorie distinte ("cognitiva", "affettiva", "sociale" ecc.), ma considerarli alla luce della combinazione di tutte queste categorie (Lieberman, 2007).
4. I meccanismi di azione delle psicoterapie di ogni tipo, comprese la psicoanalisi e la psicoterapia psicodinamica, si sovrappongono più di quanto evidenziato dalle attuali teorie cliniche, e questo ci fornisce alcuni indizi sui motivi per i quali esistono molti modi efficaci di trattare le malattie psichiatriche con le "terapie della parola" (Ablon, Jones, 1999; Jones, 2000).

Non è un caso che la tradizione psicoanalitica ci abbia portato a comprendere che le dicotomie del passato non sono sufficienti per pervenire a una descrizione psicologica delle nostre vite. La prospettiva psicoanalitica è ancorata alla nozione secondo cui gli individui creano narrazioni che ne modellano il modo di pensare e agire. Riflettendo *su* queste strategie (cioè che i ricercatori oggi chiamano "metacognizione"), sviluppiamo la capacità di modificare gradualmente queste narrazioni, con ricadute significative

sul modo in cui organizziamo le informazioni attuali e del passato. Proprio come già facciamo nei trattamenti individuali andati a buon fine, abbiamo oggi l'opportunità di integrare diverse prospettive nelle nostre teorie e ricerche. I capitoli che seguono rappresentano un significativo passo in avanti in questa direzione.

## **I MECCANISMI D'AZIONE**

Uno dei principali propositi che accomunano le diverse anime della ricerca in ambito psicodinamico consiste nell'identificare i meccanismi da cui dipende il cambiamento in psicoanalisi e nella terapia psicodinamica (Jones, 2000). Probabilmente non esiste questione altrettanto centrale per i clinici, i ricercatori e gli stessi pazienti (Sandler, Dreher, 1996). Gli studi empirici sulla teoria e la terapia psicodinamica, come quelli riportati in questa parte, evidenziano anzitutto che la ricerca in campo neurobiologico ha prodotto, rispetto al passato, notevoli progressi nelle nostre conoscenze e, in secondo luogo, che almeno una parte delle nostre difficoltà risiede nell'impiego di terminologie diverse e talvolta ambigue (Gabbard, Westen, 2003). A tal fine, proporrò tre meccanismi di azione fondamentali, legati alle nostre conoscenze sul cambiamento psicoterapeutico e sui meccanismi neurali alla base dell'apprendimento.

### **L'ESPLORAZIONE DEGLI STATI AFFETTIVI: ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA**

Uno dei meccanismi di cambiamento più basilari, spesso definito come apprendimento semplice e, come evidenziato dalle ricerche sugli animali condotte negli ultimi decenni, mediato dall'ippocampo e dall'amigdala, implica la desensibilizzazione a uno stimolo attraverso un'esposizione ripetuta, in assenza di conseguenze negative concomitanti (in altri termini, mediante prevenzione della risposta; LeDoux, 2000). A questo meccanismo fanno riferimento più comunemente i clinici e ricercatori di orientamento non dinamico (poiché esso rappresenta un aspetto centrale della terapia comportamentale) e potrebbe apparire un concetto non psicodinamico se si aderisce alla falsa ma radicata dicotomia fra "cognizione fredda" (cioè l'apprendimento per esposizione) e apprendimento "socioemotivo". D'altra parte, come si evince sia dai resoconti clinici sia dalle ricerche sul processo, una considerevole quantità di sedute di psicoterapie psicodinamiche è rivolta ad aiutare i pazienti ad affrontare pensieri e stati affettivi legati a esperienze negative del passato, dimostrando che questa particolare attenzione non solo è tollerabile ma potrà infine aiutarli a evitare problemi in futuro

(Goisman, 1985; Bram, Björgvinsson, 2004). Si potrebbe anzi dire che una parte significativa dell'analisi delle difese consiste nel favorire una maggiore "esposizione" a pensieri e sentimenti dolorosi sia in seduta sia fuori. I clinici di orientamento psicodinamico e i clinici di orientamento differente potrebbero tuttavia non essere d'accordo sul fatto che gli effetti benefici dell'esposizione derivino dalla mera presenza di pensieri e sentimenti (una visione generalmente non psicodinamica) oppure da qualche genere di "elaborazione" di pensieri e sentimenti. Potremmo d'altra parte considerare tale distinzione come un'altra falsa dicotomia e accettare il principio secondo cui ogni forma di esposizione ha diverse componenti (probabilmente, nella maggior parte dei casi, impossibili da identificare singolarmente). Alla luce delle ricerche più recenti, andrebbe considerato se l'esposizione rappresenti in effetti la spiegazione più economica dei cambiamenti che osserviamo.

#### **COMPrensione e Pratica di Nuovi Modelli Relazionali: IL TRANSFERT**

Da diverso tempo, uno dei principi riconosciuti della scienza cognitiva è che una parte considerevole di quel che "sappiamo" è immagazzinata come un insieme di comportamenti o procedure, più che sotto forma di contenuti di tipo dichiarativo e basati sul linguaggio (Westen, Gabbard, 2002a, 2002b). Queste procedure possono essere più o meno accessibili alla nostra consapevolezza cosciente, ma, anche quando lo sono, la consapevolezza segue il consolidamento del ricordo e non ne è parte intrinseca o necessaria. Per esempio, un giocatore professionista di golf può essere in grado di descrivere in quale modo colpisce la palla con uno *swing*, e anche notare cambiamenti nel suo modo di effettuare quest'ultimo, ma ciononostante codifica il comportamento su un piano separato da questa descrizione. Come si modifichi questa conoscenza procedurale è, tuttavia, più complicato e, a oggi, se ne sa poco. Si potrebbe ragionevolmente supporre che orientare l'attenzione cosciente su una procedura, come nel caso dello *swing* nel golf, possa aiutare a far *pratica* di una modalità diversa, e auspicabilmente migliore, di eseguire il comportamento, anche se nel momento in cui si applicano queste conoscenze il comportamento è più maldestro e questo può persino comprometterne l'esito (si immagini l'esecuzione consapevole di una sequenza di comportamenti, in contrasto con la naturale fluidità di quando diventano automatici).

Ne deriva che i comportamenti sociali, che richiedono una considerevole dose di automaticità e fluidità, sono eseguiti, per la maggior parte del tempo, senza alcuna autocoscienza e rientrano nella categoria della memoria procedurale (Westen, Gabbard, 2002a). Pertanto, un importante meccanismo di azione della psicoterapia potrebbe consistere nello stabilire le strutture che

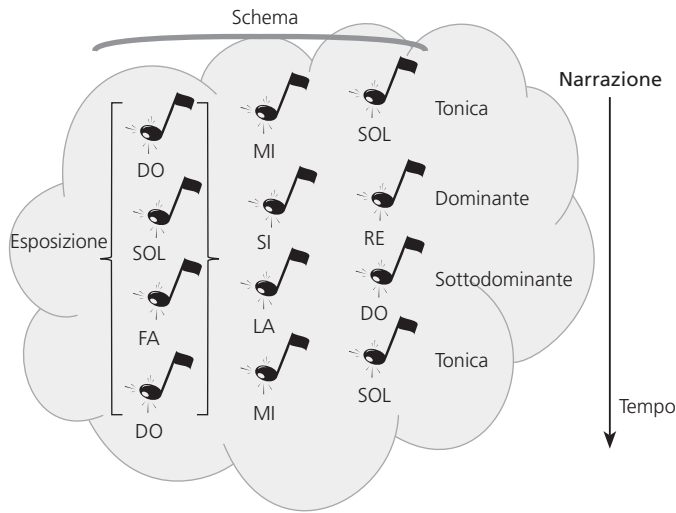
consentono di far *pratica* di tali comportamenti. Questo potrebbe, almeno in parte e in alcune situazioni cliniche, tradursi in un vero e proprio esercizio durante le sedute (quella che in passato veniva chiamata “esperienza emotiva correttiva”), ma implica anche l’impiego di un qualche schema di riferimento cosciente – di tipo psicodinamico o di altro orientamento – che aiuti il paziente a mettere in pratica comportamenti più adatti ai vari contesti relazionali. Più che il tipo di schema è importante la sua capacità di aiutare il paziente a mettere in pratica comportamenti più adattivi. Per stabilire questo schema di riferimento si può ricorrere a interpretazioni transferali che, quando applicate in modo appropriato, risultano una strategia rapida ed efficace, seppure non esclusiva.

Le basi neurali della memoria procedurale, degli schemi cognitivi e degli specifici schemi relazionali sono attualmente oggetto di studio. A differenza della memoria dichiarativa, che risiede nell’ippocampo (Squire, Knowlton, 2000), la sede della memoria procedurale è stata localizzata nei gangli della base (Packard, Knowlton, 2002). La cognizione sociale, anche quella al di fuori della consapevolezza cosciente, è stata associata ad alcune aree del lobo temporale, fra cui il polo temporale anteriore e, più a tergo, l’area facciale fusiforme (Pelphrey, Carter, 2008). Sono in corso studi per chiarire più esattamente come vengono generati gli schemi relazionali nei circuiti presenti in queste aree.

## **COSTRUZIONE NARRATIVA E RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA**

L’esposizione e prevenzione della risposta (processo 1) consiste nella descrizione di una limitata serie di informazioni (lo stimolo) nel corso del tempo. Gli schemi relazionali (processo 2) trasmettono una maggiore quantità di informazioni (ovvero in che modo interagiscono una serie di agenti indipendenti) in un dato momento. Pertanto, è ragionevole ipotizzare che il terzo meccanismo riguardi il modo in cui molteplici agenti indipendenti interagiscono nel corso del tempo: in altri termini, la genesi e modificazione di narrazioni biografiche. Per analogia, possiamo paragonare un singolo percetto a una nota musicale (figura 6.1). Uno schema relazionale sarà rappresentato da un accordo, mentre la progressione di ogni singola nota è paragonabile a una serie di esposizioni. In questo modello, una narrazione è analoga a una progressione di accordi, ovvero a una composizione musicale. Sappiamo che il modo in cui ascoltiamo la musica, vale a dire la nostra esperienza musicale, si basa in parte su una serie di principi innati (per esempio, nella musica tonale, l’aspettativa che una melodia progredisca dalla tonica alla dominante/sottodominante e viceversa) e in parte sull’esperienza passata (Jeans, 1937). Allo stesso modo, accettiamo l’invariabilità di alcune narrazioni (espressa, per esempio, con i concetti di sviluppo, pulsione e conflitto)





**Figura 6.1** Schema dei meccanismi d'azione in psicoterapia.

e tuttavia lavoriamo per radicare la nostra esperienza e le nostre aspettative in narrazioni più funzionali. Come per gli schemi, molte di queste narrazioni possono essere utili, ed è compito della psicoterapia aiutare il paziente a distinguerle. Nelle terapie psicodinamiche, questo processo viene spesso definito “co-costruzione”, mentre nella terapia cognitiva è chiamato “ristrutturazione cognitiva”.

Non è ancora chiaro in che modo rappresentiamo queste narrazioni a livello neurobiologico. La maggior parte dei neuroscienziati ipotizza che, a causa della natura relativamente astratta e recente sul piano evolutivistico di questa abilità, è probabile che essa risieda nella corteccia prefrontale (vedi capitolo 9 per una rassegna più dettagliata). Gli studi sulla “mente incorporata” (*embodied mind*) e i “neuroni specchio”, invece, evidenziano il ruolo della corteccia premotoria all’origine di queste narrazioni (Gallese, Lakoff, 2005). Per chiarire questo punto sono necessarie ulteriori ricerche.

Queste ipotesi sui meccanismi coinvolti nelle narrazioni ci mettono sulla buona strada. Il fondamento di ogni buona scienza consiste nel partire da ipotesi specifiche e verificabili e progettare esperimenti che ci rivelino quali ipotesi siano corroborate dai dati empirici e quali no. Sono numerose, tuttavia, le insidie da schivare lungo il percorso:

1. Evitare di riporre eccessive speranze in un’unica teoria alla moda, vista come la “risposta” definitiva a un problema complesso e di lunga data. Anche se negli ultimi dieci anni molte concezioni innovative nel campo delle neuroscienze sono state applicate alla psicoterapia – per esempio, i neuroni specchio (Gallese, Fadiga, Fogassi et al., 1996), la modalità di funzionamento di default (Raichle, MacLeod, Snyder et al., 2001), le differenze fra

emisfero cerebrale destro e sinistro (Schoore, 1994), la meccanica quantistica come fondamento del libero arbitrio (Schwartz, Stapp, Beauregard, 2005) – è molto più probabile che la verità risieda non in un unico concetto, per quanto innovativo, ma nell'integrazione degli elementi più validi della teoria psicodinamica (per esempio, la complessa interazione inconscia fra costituzione ed esperienza, il concetto di struttura caratteriale, gli schemi relazionali, l'importanza delle narrazioni) con le teorie e le tecniche sviluppate in ambito neurobiologico.

2. Evitare di utilizzare le immagini del cervello per convincere gli altri delle qualità di una nuova teoria o tesi psicologica. È risaputo quanto tutti noi – neuroscienziati e non – siamo affascinati dall'alone di autorità e certezza che avvolge gli studi che si propongono di misurare proprietà fondamentali del cervello (McCabe, Castel, 2008). È però importante ricordare che molti strumenti di misura diffusamente impiegati in ambito neurobiologico – la fMRI in particolare – possono essere inaffidabili e suscettibili di interpretazioni selettive come ogni altra misura del comportamento (per esempio, i questionari). Indubbiamente, gli strumenti di misura impiegati in ambito neurobiologico hanno molto da offrirci, ma è necessario trattarli con la stessa cautela e scetticismo che riserviamo a ogni altra misura indiretta del funzionamento psichico.

3. Stare in guardia contro le tesi che ricorrono a termini neurobiologici per affermare vecchi argomenti con rinnovata autorità e senza specificare chiaramente le interpretazioni alternative dei dati, o cosa ci si dovrebbe attendere dalle altre teorie. Il problema è particolarmente presente quando termini neurobiologici come “corteccia prefrontale” o “amigdala” vengono impiegati quasi come sinonimi di concetti del passato come “Io” e “affetti”. I termini neurobiologici possono indicare precise aree anatomiche, ma la funzione di queste aree è molto più complessa di quanto spesso le rassegne fanno intendere, e sarebbe un'incredibile coincidenza se si sovrapponesse esattamente ai concetti del passato.

4. La scienza è per sua natura meticolosa e attenta al dettaglio. Pertanto, dovremmo diffidare di quelle argomentazioni che si limitano a una visione globale di un'area di ricerca – per esempio, quelle che citano esclusivamente monografie, rassegne generali o “sintesi” di altro tipo – tralasciando di descrivere in dettaglio i singoli esperimenti. Un diffuso mito sulla scienza è che dia risposte definitive a problemi sui quali in passato era possibile solo avanzare speculazioni. Il compito della scienza consiste, invece, nell'assumere ed esprimere due punti di vista discordanti, cercando di acquisire dati che facciano tendere in una direzione o nell'altra.

5. La scienza (o la neurobiologia) non decreterà né la “salvezza” né la “fine” della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica (Blass, Carmeli,

2007; Hoffman, 2009). La scienza è uno strumento che aiuta le persone di buona volontà a evitare di vedere solo ciò che conferma le idee in cui credono. Tutti noi sosteniamo delle idee, e se qualcuno – checché ne dicano gli scienziati – è abbastanza deciso a provare ciò in cui crede da tempo, la scienza non rappresenta una protezione. Tuttavia, se siamo abbastanza umili da riconoscere quanto poco sappiamo e quanto possiamo essere suggestionabili se non prestiamo attenzione, la scienza può rappresentare una straordinaria risorsa, che ci consente di lavorare insieme come comunità e di non allontanarci troppo da una ragionevole rappresentazione della realtà. In altre parole, la verità risiede in ciò che, quando viene ignorato, non scompare. La scienza è un modo di cercare di ignorare sistematicamente qualcosa (attraverso confronti alla cieca, randomizzazioni, misurazioni accurate), per appurare se resta ancora lì.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 64-75.
- BLASS, R.B., CARMELI, Z. (2007), "The case against neuropsychanalysis: On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse". In *International Journal of Psychoanalysis*, 88, pp. 19-40.
- BRAM, A., BJÖRGVINSSON, T. (2004), "A psychodynamic clinician's foray into cognitive-behavioral therapy utilizing exposure response prevention for obsessive-compulsive disorder". In *American Journal of Psychotherapy*, 58, pp. 304-320.
- CASPI, A., MCCLAY, J., MOFFITT, T.E., MILL, J., MARTIN, J., CRAIG, I.W., TAYLOR, A., POULTON, R. (2002), "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children". In *Science*, 297, pp. 851-854.
- CASPI, A., SUGDEN, K., MOFFITT, T.E., TAYLOR, A., CRAIG, I.W., HARRINGTON, H., MCCLAY, J., MILL, J., MARTIN, J., BRAITHWAITE, A., POULTON, R. (2003), "Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene". In *Science*, pp. 386-389.
- GABBARD, G.O., WESTEN, D. (2003), "Ripensare l'azione terapeutica". Tr. it. in JONES, E.E., *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 225-250.
- GALLESE, V., FADIGA, L., FOGASSI, L., RIZZOLATTI, G. (1996), "Action recognition in the premotor cortex". In *Brain*, 119(2), pp. 593-609.
- GALLESE, V., LAKOFF, G. (2005), "The brain's concepts: The role of the sensory-motor system in conceptual knowledge". In *Cognitive Neuropsychology*, 22, pp. 455-479.
- GOISMAN, R.M. (1985), "The psychodynamics of prescribing in behavior therapy". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 675-679.
- HOFFMAN, I.Z. (2009), "Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: The desiccation of human experience". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, pp. 1043-1069.
- JEANS, J.H. (1937), *Scienza e musica*. Tr. it. Bompiani, Milano 1941.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- LEDoux, J.E. (2000), "Emotion circuits in the brain". In *Annual Review of Neuroscience*, 23, pp. 155-184.
- LIEBERMAN, M.D. (2007), "Social cognitive neuroscience: A review of core processes". In *Annual Review of Psychology*, 58, pp. 259-289.

- McCABE, D.P., CASTEL, A.D. (2008), "Seeing is believing: The effect of brain images on judgments of scientific reasoning". In *Cognition*, 107, pp. 343-352.
- NIMH (2010), "Research Domain Criteria (RDOC)". Consultabile al sito internet: <http://www.nimh.nih.gov/research-funding/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#6>
- PACKARD, M.G., KNOWLTON, B.J. (2002), "Learning and memory functions of the Basal Ganglia". In *Annual Review of Psychology*, 25, pp. 563-593.
- PELPHREY, K.A., CARTER, E.J. (2008), "Brain mechanisms for social perception: Lessons from autism and typical development". In *Annals of the New York Academy of Science*, 1145, pp. 283-299.
- RAICHLE, M.E., MACLEOD, A.M., SNYDER, A.Z., POWERS, W.J., GUSNARD, D.A., SHULMAN, G.L. (2001), "A default mode of brain function". In *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, pp. 676-682.
- SANDLER, J., DREHER, A.U. (1996), *Che cosa vogliono gli psicoanalisti? Gli obiettivi della terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1997.
- SCHORE, A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Lawrence Earlbaum, Hillsdale, NJ.
- SCHWARTZ, J.M., STAPP, H.P., BEAUREGARD, M. (2005), "Quantum physics in neuroscience and psychology: A neurophysical model of mind-brain interaction". In *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B, Biological Sciences*, 360, pp. 1309-1327.
- SQUIRE, L.R., KNOWLTON, B.J. (2000), "The medial temporal lobe, the hippocampus, and the memory systems of the brain". In TULVING, E., CRAIK, F.I.M. (a cura di), *The Oxford Handbook Memory*. Oxford University Press, New York, pp. 485-500.
- VICKERS, A.J., BASCH, E., KATTAN, M.W. (2008), "Against diagnosis". In *Annals of Internal Medicine*, 149, pp. 200-203.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002a), "Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism". In *Annals of Internal Medicine*, 50, pp. 53-98.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002b), "Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 99-134.

# 7

## Modelli neurali dei concetti e dei trattamenti psicodinamici

Implicazioni per la psicoterapia psicodinamica

*Joshua L. Roffman, Andrew J. Gerber, Debra M. Glick*

La psicoterapia e le neuroscienze sono a un bivio. Sin dagli esordi della psicoanalisi, risalenti alla fine del XIX secolo, i sostenitori della psicoterapia hanno dovuto fare i conti con la questione delle diverse modalità attraverso le quali essa influenza il funzionamento cerebrale, e si sono chiesti se questa relazione sia rilevante ai fini del processo e dell'efficacia della terapia. Nonostante decenni di progressi in campo neuroscientifico e psicodinamico, fino ad anni recenti abbiamo assistito solo a sporadiche interazioni fra queste due aree di ricerca, caratterizzate tradizionalmente da feroci divisioni ideologiche e metodologiche fra gli studiosi della "mente" e del "cervello".

Negli ultimi dieci anni, tuttavia, ha iniziato a farsi strada una significativa sinergia fra questi campi, con notevoli (e straordinariamente positive) implicazioni per il futuro della psicoterapia. In questo capitolo, descriveremo come ha avuto luogo questo cambiamento, soffermandoci sul ruolo determinante delle nuove tecnologie nella comprensione del funzionamento del cervello. Evidenzieremo come i principi fondamentali della terapia dinamica abbiano influenzato la progettazione, l'attuazione e l'analisi degli esperimenti di imaging cerebrale e, nel contempo, sottolineeremo il potenziale di questi studi nell'affinare e perfezionare il processo psicoterapeutico. Nel passare in rassegna gli studi recenti che mostrano come la psicoterapia influenza il funzionamento cerebrale, identificheremo i punti di forza e i limiti di queste scoperte scientifiche, evidenziando in che modo potrebbero ridefinire i principi della pratica clinica.

### TERAPIA PSICODINAMICA E CERVELLO

#### UNA BREVE STORIA

Un'intrinseca curiosità per la connessione tra psicologia dinamica e funzionamento cerebrale risale alla fondazione stessa della psicoanalisi. Nel 1895, Sigmund Freud intraprese il *Progetto di una psicologia scientifica* (o, in una traduzione più letterale, "Psicologia per i neurologi"), un tentativo

di definire l'inconscio in termini neurologici (Freud, 1895). Come dichiarato nella lettera del 27 aprile 1895 all'amico e confidente Wilhelm Fliess:

Sul piano scientifico non me la passo bene, e cioè sono così fissato sulla "Psicologia per i neurologi" che di regola mi assorbe completamente, finché sono costretto a interrompermi perché veramente sovraffaticato. Non ho mai avuto una preoccupazione così intensa. Ne uscirà qualcosa? Lo spero, ma il tutto procede a rilento. (Freud, 1887-1904, p. 153)

Tuttavia, avendo raggiunto il limite delle conoscenze neurologiche dell'epoca, Freud abbandonò il progetto nel 1896, per seguire la nuova via "regia" all'inconscio: l'analisi dei sogni. La bozza del progetto fu inviata privatamente a Fliess e restò inedita fino a diversi anni dopo la morte di Freud. Nel Progetto, Freud sviluppò un modello teorico che anticipava le concezioni più recenti sulle basi neurali sia dei processi normali (memoria, attenzione, giudizio ecc.) sia di quelli anormali (isteria, rimozione e spostamento).

Per quasi tutto il secolo scorso, gli studi sui meccanismi della psicoterapia si sono limitati a un lavoro di osservazione, spesso riferito agli scambi individuali fra pazienti e terapeuti. Questo lavoro ha prodotto un sistema teorico complesso sulla psicoanalisi e il suo processo che, per quanto caratterizzato da una buona validità interna, non è riuscito a integrarsi con gli altri progressi delle scienze mediche ed è rimasto del tutto avulso dallo studio del funzionamento neurale (Kandel, 1999). Va d'altra parte notato che psicologia e medicina non sono mai rimaste completamente separate, come testimoniano gli sforzi compiuti negli anni Quaranta dagli psichiatri per evidenziare gli aspetti psicosomatici di molte malattie comuni (Alexander, 1950; Kandel, 1998).

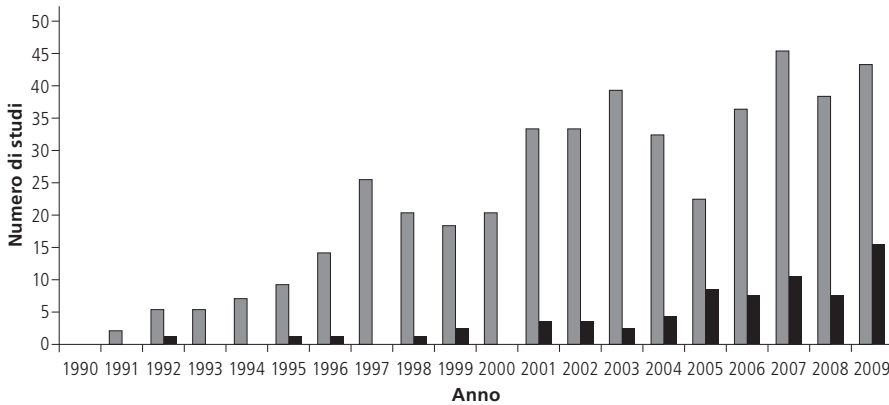
Anche se un generale riavvicinamento fra psichiatria e medicina fu favorito dall'introduzione dei farmaci psicotropi negli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento (Price, Adams, Coyle, 2000), la teoria e la pratica della psicoanalisi rimasero in gran parte isolate. Negli anni seguenti, l'affermazione di nuovi metodi in ambito neuroscientifico contribuì a chiarire alcuni aspetti riguardanti lo sviluppo del cervello, la memoria, la psicopatologia e altri temi di interesse psicodinamico, laddove, nel frattempo, gli psicologi cognitivi sviluppavano teorie rigorosamente scientifiche per comprendere gli stessi fenomeni. Tuttavia, è solo negli anni Novanta, il "decennio del cervello", che gli studiosi del funzionamento cerebrale e della psicoterapia hanno iniziato a portare avanti forme di collaborazione scientifica.

In particolare, l'introduzione del neuroimaging funzionale, un'innovativa tecnica per studiare l'attività cerebrale *in vivo*, ha avuto un ruolo determinante in questo nuovo sodalizio. Il neuroimaging funzionale ci offre l'opportunità senza precedenti di studiare le correlazioni dirette fra i processi cognitivi ed emotivi e i profili di attività cerebrale, negli individui sani come

in quelli affetti da disturbi psichiatrici. Di conseguenza, siamo oggi nelle condizioni di affrontare le sfide prefigurate da Freud un secolo fa, come ricordato in un saggio epocale del neuroscienziato e premio Nobel Eric Kandel: “Dove risiede, ammesso che esista, [...] l’inconscio? Quali sono le sue proprietà neurobiologiche? Come riesce la terapia analitica a trasformare i conflitti inconsci in modo da renderli consapevoli?” (Kandel, 1998, p. 66).

## UNA LUNGA DISPARITÀ DI TRATTAMENTO

Vi è ampio consenso sul fatto che le “terapie della parola” rappresentino un significativo aiuto per molti individui con disturbi psichiatrici, spesso con costi e profili di efficacia simili a quelli di altri tipi di intervento (Antonuccio, Danton, DeNelsky, 1995; Goldman, McCulloch, Cuffel et al., 1998; Satcher, 1999). Tuttavia, la disponibilità di nuovi strumenti per comprendere il funzionamento cerebrale ha influenzato la ricerca in psicoterapia più lentamente rispetto a psicologia cognitiva, neuropsichiatria e psicofarmacologia. Che la psicoterapia sia rimasta indietro rispetto alla psicofarmacologia risulta evidente dalla figura 7.1, che riassume gli studi di neuroimaging condotti su queste due forme di trattamento a partire dagli anni Novanta (Roffman, Marci, Glick et al., 2005).



**Figura 7.1** Confronto anno per anno fra gli articoli pubblicati che riportano studi sui farmaci (barre grigie) e sulla psicoterapia (barre nere) che hanno impiegato tecniche di neuroimaging. Abbiamo condotto una ricerca su Pubmed in base a una serie di parole chiave relative alle tecniche di neuroimaging (per esempio, PET, fMRI, SPECT) e ai farmaci (per esempio, “psychotropic”), al fine di individuare gli studi di neuroimaging sui farmaci pubblicati fra il 1990 e il 2009. Partendo dagli abstract generati dalla ricerca, abbiamo selezionato gli studi basandoci su tre criteri: che fossero pubblicati in inglese, che riguardassero soggetti umani e che fossero incentrati su disturbi psichiatrici (per esempio, “depression”) anziché neurologici (per esempio, “Parkinson disease”). Una ricerca simile è stata condotta usando parole chiave relative a tecniche di neuroimaging e alla psicoterapia (per esempio, “psychodynamic psychotherapy”, “interpersonal therapy”, “cognitive behavioral therapy” e “psychodynamic therapy”). Riproduzione autorizzata da Roffman, Marci, Glick et al., 2005.



Esistono alcune possibili spiegazioni di ordine tecnico, scientifico, storico e perfino politico. Come descritto diffusamente in questo libro, la ricerca in psicoterapia è, è stata e sarà sempre un'impresa dalle caratteristiche uniche. La ricerca nel campo della terapia psicodinamica, in particolare, non sempre si adatta ai metodi di ricerca che sono comuni in medicina, e spesso in altre aree della psichiatria (Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). Gli studi di neuroimaging non fanno eccezione a questa regola. Per esempio, la maggior parte delle tecniche di imaging funzionale oggi a disposizione non può essere impiegata per individuare schemi di attività neurale in singoli individui; i soggetti devono invece essere raggruppati per ottenere risultati statisticamente validi (Dougherty, Rauch, Rosenbaum, 2004). Pertanto, poiché la terapia psicodinamica è una forma di trattamento altamente individualizzata che può durare mesi o anni, può essere difficile sviluppare protocolli di trattamento standardizzati per i soggetti in uno studio di coorte. Inoltre, anche lo studio di psicoterapie manualizzate di durata limitata pone ostacoli significativi alle tecniche di neuroimaging. Gli studi di imaging sono relativamente dispendiosi e, con la carenza di finanziamenti pubblici, il fattore costi può essere decisivo. L'inclinazione verso lo studio dei meccanismi neurali dei farmaci potrebbe anche essere dovuta all'opinione che essi rappresentino forme di intervento su base "biologica" o "medica", mentre, secondo alcuni, gli interventi psicosociali hanno fondamenti relativamente meno "solidi" (Roffman, Marci, Glick et al., 2005).

Malgrado queste difficoltà, l'impiego delle tecniche di neuroimaging ha acquisito notevole slancio nella ricerca in psicoterapia, e quest'approccio si sta diffondendo anche in ambito medico, neuroscientifico e socioculturale. Sta anche diventando chiaro che questi studi hanno importanti implicazioni cliniche. Comprendere in che modo la psicoterapia modifichi il funzionamento cerebrale può influenzare profondamente la sua percezione da parte dei pazienti che la stanno valutando come opzione terapeutica. Inoltre, non è utopico immaginare che gli studi di imaging funzionale, probabilmente in combinazione con altri marker biologici, possano un giorno servire da guida nel trattamento di singoli pazienti. Questo posizionerebbe la psicoterapia nell'ambito emergente della medicina individualizzata, che molti considerano la prossima rivoluzione nella cura dei pazienti (Jones, Perlis, 2006).

#### METODI DI IMAGING FUNZIONALE E LORO APPLICAZIONE ALLA RICERCA IN PSICOTERAPIA

Naturalmente, questo tipo di progressi dovrà basarsi su studi di neuroimaging fondati su metodi scientifici rigorosi e risultati convincenti. Alcuni dei primi studi di neuroimaging sulla psicoterapia, discussi più avanti in questo capitolo, evidenziano alcune delle difficoltà intrinseche a questo tipo di ricer-



ca. In questo paragrafo, introdurremo alcuni concetti fondamentali che sono indispensabili per comprendere le tecniche di neuroimaging funzionale, il loro possibile impiego nella ricerca in psicoterapia e i loro limiti intrinseci.

A differenza delle immagini tradizionali del cervello, che producono una rappresentazione statica della struttura cerebrale, il neuroimaging funzionale consente di misurare l'attività del cervello. Le tecniche di imaging funzionale più comuni includono la tomografia a emissione di positroni (PET), la tomografia computerizzata a emissione di singolo fotone (SPECT) e la risonanza magnetica funzionale (fMRI; Dougherty, Rauch, Rosenbaum, 2004). Sia la PET sia la SPECT si basano su marcatori radioattivi che vengono iniettati subito prima della scansione. Questi marcatori entrano nel flusso sanguigno cerebrale emettendo un segnale, individuabile da una gamma-camera posta in prossimità della testa del paziente. A ogni incremento o decremento dell'attività delle aree cerebrali, il flusso sanguigno di queste aree aumenta o diminuisce di conseguenza. Quindi, anche il segnale del radiotracciante varia in funzione dell'attività neurale. In altri termini, PET e SPECT rappresentano misure attendibili ma solo indirette dell'attivazione neuronale (Giove, Mangia, Bianciardi et al., 2003). Queste tecniche possono essere impiegate per misurare l'attività a riposo (baseline) o i cambiamenti nell'attività associata a un certo compito (che può consistere in un semplice picchietto delle dita o in paradigmi cognitivi ed emotivi più complessi). La PET è più costosa della SPECT ma consente una risoluzione spaziale decisamente migliore. Anche se l'esposizione alle radiazioni non è considerata pericolosa, essa limita la frequenza delle scansioni PET e SPECT. Per esempio, i centri medici generalmente permettono di sottoporsi a un massimo di due PET all'anno.

Invece, le scansioni fMRI non impiegano radiazioni, ma forti campi magnetici che misurano l'attività cerebrale. In realtà, si tratta degli stessi macchinari utilizzati nella pratica clinica, ma con programmazioni diverse. Come nella PET e nella SPECT, anche nella fMRI il segnale rappresenta una stima del flusso sanguigno cerebrale, che fluttua a seconda delle aree del cervello attive momento per momento. In questo caso, il segnale è generato misurando le concentrazioni relative di sangue deossigenato e ossigenato. L'esposizione al magnete non è pericolosa, eccetto per le persone che hanno impiantati pacemaker o protesi metalliche, che non possono sottoporsi alla procedura. L'fMRI richiede condizioni ambientali più restrittive della PET e della SPECT, in quanto è necessario che il soggetto stia disteso supino e resti perfettamente immobile all'interno di una lunga struttura tubolare. È comunque più versatile grazie alla sua migliore risoluzione temporale, che permette misure ripetute dell'attività cerebrale a distanza di pochi secondi.

Va ricordato che l'attività cerebrale misurata da queste tecniche può riflettere diversi processi neurali sovrapposti, legati alla condizione attuale del soggetto. Nell'analisi dei dati, questi processi devono essere il più possibile identificati e disambiguati. In primo luogo, quali sono le condizioni

del soggetto, e inoltre se presenta malattie, ha una malattia diagnosticata ma attualmente non mostra sintomi o presenta sintomi in fase attiva. Come risulta sempre più chiaro, gli schemi di attività cerebrale presenti prima del trattamento possono differire in misura sostanziale a seconda della presenza o assenza di un disturbo psichiatrico. Secondo, per valutare l'efficacia di un intervento, va stabilito qual è il momento migliore per effettuare la scansione. Nella maggior parte degli studi sulla psicoterapia finora condotti, i pazienti venivano sottoposti a due scansioni: una subito prima e l'altra subito dopo la conclusione del trattamento. Confrontando le due scansioni, si può ricavare una misura dell'effetto del trattamento. Tuttavia, alla luce della precedente considerazione, può essere difficile distinguere i cambiamenti nell'attività cerebrale dovuti al trattamento in sé da quelli legati alle condizioni del paziente, auspicabilmente migliorate. Infine, va valutato cosa fa il soggetto durante la scansione, ovvero se resta passivo o se esegue un compito. Spesso l'attività delle aree cerebrali è osservata in queste due condizioni, per ottenere una misura dell'"attivazione" legata al compito. In altri studi, si cerca di provocare dei sintomi nel soggetto durante la scansione, in modo da poterli correlare più facilmente ai profili di attività cerebrale.

#### ALTRE TECNICHE PER MISURARE I CAMBIAMENTI INDOTTI DALLA TERAPIA BASATE SULLA PSICOFISIOLOGIA

Anche se il neuroimaging funzionale è in grado di fornire misure dettagliate del funzionamento cerebrale, le tecniche di imaging possono essere costose e presentare difficoltà logistiche. Le analisi si basano su statistiche complesse (che, spesso, richiedono molto tempo) per trasformare i dati grezzi in dati interpretabili. In alternativa, le misure delle risposte fisiologiche periferiche possono rappresentare utili indicatori dell'attività neurale, sebbene ancora più a valle rispetto all'attivazione cerebrale. Le tecniche psicofisiologiche possono registrare accuratamente, attimo dopo attimo, le fluttuazioni nella conduttanza cutanea, nella frequenza cardiaca e nella pressione sanguigna, in maniera relativamente poco costosa e non invasiva. Il maggiore vantaggio di queste tecniche, tuttavia, è costituito dal fatto che possono essere impiegate ripetutamente nel corso del trattamento, persino *durante* le sedute. Alcuni ricercatori hanno confrontato gli indici psicofisiologici ricavati simultaneamente da paziente e terapeuta come misura obiettiva della qualità della loro interazione. Per esempio, Marci, Ham, Moran e collaboratori (2007) riportano una correlazione significativa fra empatia percepita nel terapeuta dal paziente e concordanza fra gli indici di conduttanza cutanea dei due in seduta.

La disponibilità di queste tecniche non ci esime dal porci una domanda fondamentale dal punto di vista scientifico e filosofico: vale a dire perché

mai la psicoterapia, e in particolare la psicoterapia psicodinamica, *dovrebbe* modificare il funzionamento cerebrale. Un approccio *bottom-up* a questa domanda ci invita a esaminare i correlati neurali degli elementi fondamentali su cui si basa la psicoterapia. Pertanto, prima di considerare l'effetto della psicoterapia sul funzionamento cerebrale, passeremo in rassegna i dati che dimostrano che i concetti psicoanalitici sono per loro natura associati a cambiamenti significativi nell'attività cerebrale.

## **METODI E DATI SPERIMENTALI A SOSTEGNO DEI CONCETTI PSICOANALITICI**

È ampiamente dichiarato e accettato, sia dai sostenitori sia dai detrattori della psicoanalisi, che i concetti psicoanalitici non sono avallati dalle stesse evidenze empiriche, in ambito neurobiologico e comportamentale, che sostengono le basi della psicologia cognitiva. Questa carenza di prove è considerata da alcuni una dimostrazione dell'intrinseca impossibilità di verificare le ipotesi psicoanalitiche, spesso attribuita alla natura inconscia, soggettiva e interpersonale dei fenomeni che sono alla base della teoria e della tecnica psicoanalitica (Green, 1996; Perron, 1999; Hoffman, 2007). Altri ritengono che questa mancanza di dati empirici dimostri la falsità dei concetti psicoanalitici, o quanto meno la loro irrilevanza rispetto a una scienza empirica del cervello e della mente (Torrey, 2005). In realtà, le cose sono più complicate di quanto generalmente rappresentato dalle due fazioni. Sono state condotte diverse ricerche, in particolare nell'ultimo decennio, che sostengono ed elaborano diverse ipotesi psicodinamiche fondamentali, evidenziando l'importanza del processo, della rappresentazione e della relazione (Westen, 1999; Peterson, 2005). Questi studi attualmente si concentrano su soggetti normali in condizioni sperimentali, più che sulla loro azione nella situazione terapeutica. Tuttavia, le connessioni con il processo terapeutico diventano sempre più plausibili, ed è probabile che questi studi promuoveranno sempre più, negli anni a venire, il superamento del divario fra ricerca sperimentale e pratica psicoanalitica.

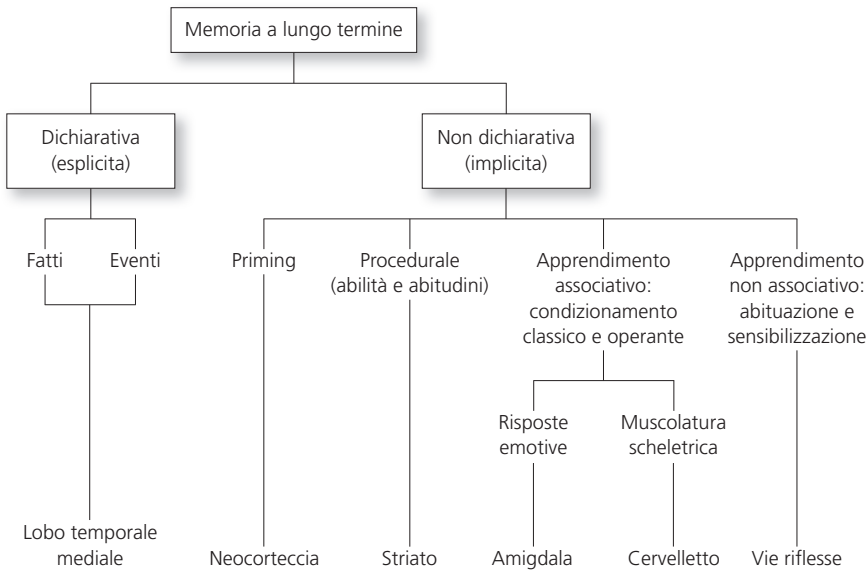
La ricerca sulle basi neurali dei fenomeni psicodinamici può essere generalmente suddivisa in quattro aree, con significative sovrapposizioni: (1) memoria e apprendimento, (2) stati affettivi, (3) cognizione sociale e relazioni interpersonali, (4) processi, come le libere associazioni e i meccanismi di difesa, che sono al confine fra conscio e inconscio. Con il perfezionamento dei metodi sperimentali, ciascuna di queste aree ha ricevuto crescente attenzione da parte dei neuroscienziati cognitivi, dimostrando che molti importanti processi mentali agiscono al di fuori della consapevolezza. Quindi, studi che inizialmente non si dichiaravano esplicitamente "psicodinamici" hanno indicato l'esistenza di una mente inconscia, rappresentazionale e re-

lazionale, delineando una visione riconoscibilmente psicodinamica del funzionamento mentale. Allo stesso tempo, diversi autori di formazione psicodinamica hanno elaborato modelli che rendono conto di come i risultati che si stanno accumulando potrebbero ridefinire le nostre teorie sulla psicoterapia (Westen, 1999; Peterson, 2005; Westen, 2002; Westen, Gabbard, 2002a; Lane, Garfield, 2005; Beutel, Stern, Silbersweig, 2003).

## MEMORIA E APPRENDIMENTO

Da molto tempo scienziati, filosofi e scrittori evidenziano come, in ogni dato momento, molto di quanto sappiamo e ricordiamo non appartiene alla nostra consapevolezza conscia e, in alcuni casi, non vi apparterrà mai. I resoconti soggettivi dei ricordi e delle conoscenze personali non consentono uno studio sistematico di questi fenomeni. Basandosi sulle teorie precedenti e sulle osservazioni cliniche da lui stesso condotte, Freud concluse che una parte significativa dei pensieri in formazione fosse attivamente esclusa dalla consapevolezza (Ellenberger, 1970). A causa del loro contenuto sgradevole, questi pensieri sono relegati nell'“inconscio dinamico”. Tuttavia, essi continuano a esercitare un'influenza significativa sul comportamento e sui processi coscienti, compresi quelli che hanno un ruolo importante nella psicoterapia e in psicoanalisi. Il concetto di inconscio dinamico viene spesso confuso, nei testi psicodinamici ma non solo, con l'“inconscio descrittivo”, un concetto più vasto che include non solo l'inconscio dinamico ma anche il preconcio (facilmente accessibile alla coscienza se si concentra l'attenzione su di esso) e il non conscio (inaccessibile alla coscienza in quanto non è mai stato simbolizzato: per esempio, la conoscenza procedurale su come andare in bicicletta; Sandler, Holder, Dare et al., 1997).

Negli ultimi decenni, i neuroscienziati cognitivi hanno elaborato una serie di metodi per evidenziare e misurare i diversi sistemi di memoria e apprendimento che sono in un rapporto complesso con la coscienza (figura 7.2; Kandel, Kupferman, Iversen, 2000; Baddeley, 2003; Schacter, Slotnick, 2004; Smith, Kosslyn, 2007). Particolarmente rilevante per la terapia psicodinamica è la scoperta del sistema di memoria implicito (anche chiamato “non dichiarativo”), che non è direttamente accessibile alla coscienza. L'esistenza di ricordi impliciti è stata testata esponendo i soggetti a stimoli così brevi da non poter essere percepiti coscientemente (cioè, subliminali), che però condizionano le loro prestazioni in compiti successivi. Questa memoria è spesso definita “associativa”, sebbene le relazioni con le proprietà semantiche che definiscono in parte la memoria dichiarativa non siano chiare (Kihlstrom, 1987, 2004; Wong, Bernat, Snodgrass et al., 2004; Wong, 1999). Alcuni studi hanno inoltre evidenziato un effetto “priming”, in base al quale l'esposizione a uno stimolo influenza la



**Figura 7.2** Forme di memoria a lungo termine e aree cerebrali associate. Riproduzione autorizzata da Kandel, Kupferman, Iversen, 2000.

risposta agli stimoli successivi (Ochsner, Chiu, Schacter, 1994; Knowlton, Mangels, Squire, 1996).

Sono stati congegnati altri esperimenti per dimostrare l'esistenza di un sistema di memoria procedurale implicito, in cui i soggetti apprendono compiti motori o comportamentali senza ricorrere al linguaggio per descrivere ciò che hanno appreso, e a volte senza perfino rendersi conto di aver appreso qualcosa. Per esempio, nel compito delle "previsioni del tempo", ampiamente utilizzato per studiare la memoria implicita, ai soggetti viene mostrato uno fra quattro possibili simboli e viene chiesto, senza altre informazioni, di basarsi su questo simbolo per prevedere se poverà o sarà sereno (Knowlton, Squire, Gluck, 1994; Knowlton, Mangels, Squire, 1996). A ogni previsione, viene detto se la risposta è giusta e sbagliata, e il compito viene ripetuto diverse volte. I partecipanti riportano l'esperienza soggettiva di tirare a indovinare a ogni risposta e di non apprendere niente durante lo svolgimento del compito. In realtà, non ne sono al corrente, ma la risposta corretta a ogni prova è calcolata in base a una combinazione di probabilità prefissate assegnate a ciascun simbolo. Anche se avvertono di tirare a indovinare, la loro prestazione migliora nettamente a ogni presentazione, dimostrando che in realtà stanno apprendendo il compito in maniera del tutto inconsapevole.

Recenti esperimenti di imaging funzionale hanno dimostrato che le aree cerebrali che presiedono alla codifica (cioè alla formazione) e al recupero dei ricordi impliciti ed espliciti non coincidono esattamente. La memoria

di lavoro sembra associata in larga misura all'attività dei lobi frontali, principalmente della corteccia prefrontale dorsolaterale. La formazione della memoria dichiarativa a lungo termine avviene in alcune strutture del lobo temporale mediale, soprattutto nell'ippocampo. Quando si innescano stati affettivi significativi vengono coinvolti anche l'amigdala e il sistema limbico. La formazione dei ricordi impliciti appresi nel priming sembra dipendere soprattutto dai lobi frontali, mentre la formazione dei ricordi associativi impliciti può coinvolgere il sistema limbico o quello motorio, a seconda della natura del ricordo. La formazione dei ricordi procedurali, come nel compito delle previsioni del tempo, coinvolge gangli della base, nucleo caudato e putamen, se il compito è di natura prevalentemente cognitiva, e cervelletto e tronco dell'encefalo, se il compito è motorio. Alcuni ricercatori hanno ipotizzato che i ricordi legati alla propria storia personale, la cosiddetta "memoria autobiografica", potrebbero basarsi su un sistema distinto, anche se le prove al riguardo sono insufficienti (Svoboda, McKinnon, Levine, 2006).

La natura di questi diversi sistemi di memoria ha importanti implicazioni per la teoria e la pratica psicodinamica. In primo luogo, vi sono numerose prove che i processi di memoria e apprendimento avvengano in buona parte al di fuori della consapevolezza, un aspetto che è rilevante per la psicopatologia e la vita mentale. Alla luce di queste differenze funzionali e anatomiche, è quindi importante identificare a quale sistema di memoria appartenga un particolare pensiero o comportamento appreso. Per esempio, l'aspettativa che un persona nutre rispetto a certe risposte da parte del caregiver o di un'altra persona significativa (un aspetto che ha un certo peso nella terapia psicodinamica) potrebbe essere codificata nella memoria esplicita, nella memoria implicita associativa (priming) o nella memoria procedurale. Diversi autori hanno recentemente proposto che la memoria procedurale sia l'opzione più plausibile (Westen, Gabbard, 2002a), sebbene tutti e tre i sistemi siano probabilmente coinvolti in vari gradi. Considerato che ciascun sistema di memoria ha distinte modalità di funzionamento, caratteristiche e proprietà (inclusa la capacità di modificarsi nel tempo), identificare la funzione di questi diversi sistemi ha notevoli implicazioni per la terapia psicodinamica. Per esempio, sembra probabile che i modelli di relazione interpersonale e regolazione delle emozioni appresi nei primissimi anni di vita siano codificati in forma prevalentemente procedurale (ovvero non simbolica). Quindi, una loro modificazione potrebbe richiedere più tempo e non basarsi sulle interpretazioni verbali (forse in analogia con quello che alcuni teorici psicodinamici descrivono come contenuto "pre-edipico"). Invece, i sintomi derivanti dai conflitti nevrotici che si manifestano in fasi successive dello sviluppo possono essere rappresentati simbolicamente, anche se sono inconsci. Per questi sintomi potrebbe essere più adatta, invece, la tecnica delle interpretazioni, a condizione che sia applicata in modo attento e tempestivo (sul cosiddetto materiale "edipico").

## STATI AFFETTIVI

Anche se gli psicoanalisti hanno da sempre sottolineato l'importanza degli stati affettivi, i neuroscienziati cognitivi inizialmente hanno trascurato quest'area, in larga parte a causa delle difficoltà di misurare o anche solo definire il concetto. Le definizioni di "affetto" o "stato affettivo" e la possibilità di misurare un concetto di questo tipo in termini oggettivi e soggettivi sono tema di dibattito nella comunità psichiatrica. Noi impiegheremo la definizione più vasta, come sinonimo di "emozione" (vale a dire uno stato mentale con componenti psicologiche e fisiologiche).

In anni recenti, gli stati affettivi sono diventati un importante argomento di ricerca in rapporto sia alla psicopatologia sia al funzionamento normale (Barrett, Mesquita, Ochsner et al., 2007). Lo studio di stati affettivi come la paura è stato reso possibile dall'osservazione dei suoi correlati comportamentali negli animali. Questi studi hanno portato all'identificazione del sistema limbico, in particolare dell'amigdala e della corteccia prefrontale mediale, orbitofrontale e cingolata anteriore, come struttura fondamentale nell'elaborazione degli stati affettivi (LeDoux, 2003). Sebbene lo studio e la localizzazione di altri stati affettivi si sia rivelata più problematica, sono sempre più numerosi i dati che dimostrano che, almeno negli esseri umani, l'elaborazione affettiva è governata da proprietà condivise da tutti gli stati affettivi, piuttosto che un sistema distinto per ciascuno di essi.

Il modello circomplesso delle emozioni (Russell, 2003; Posner, Russell, Peterson, 2005) presuppone che ogni stato affettivo venga rappresentato nel cervello secondo due caratteristiche indipendenti: la valenza (il grado in cui è avvertito come positivo o negativo) e l'attivazione fisiologica (il grado in cui è vissuto come stimolante o eccitante, vedi figura 7.3). Si ritiene

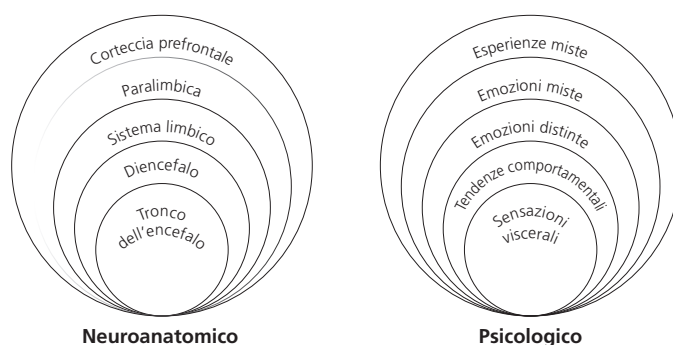


**Figura 7.3** Il modello circomplesso delle emozioni rappresenta i diversi stati affettivi lungo due continuum indipendenti: attivazione/dissattivazione (asse y) e piacere/dispiacere (asse x). Riproduzione autorizzata da Peterson, 2005.



che i sistemi cerebrali coinvolti nei meccanismi di ricompensa, come le aree dopaminergiche del tronco dell'encefalo, abbiano un ruolo nella codifica e nell'elaborazione della valenza. Invece, i sistemi che governano l'attenzione e l'attivazione fisiologica includono la formazione reticolare, il talamo e la corteccia prefrontale dorsolaterale (Gerber, Posner, Gorman et al., 2008). Poiché entrambe le caratteristiche possono essere importanti, esse vengono elaborate in strutture comuni come l'amigdala e la corteccia cingolata anteriore. Con l'aumento della risoluzione spaziale delle tecniche di imaging, potremo un giorno augurarci di associare queste aree ai diversi stimoli affettivi (Paton, Belova, Morrison et al., 2006).

I modelli psicodinamici sono interessati a comprendere come si generano, regolano ed esprimono gli affetti. Gli studi basati su tecniche di neuroimaging, da parte loro, ci forniscono un metodo per misurare gli stati affettivi consci e inconsci. Ochsner, Bunge, Gross e collaboratori (2002) hanno evidenziato il coinvolgimento di specifiche aree del cervello ogni qualvolta il soggetto manipola coscientemente un proprio stato affettivo evocando un'immagine visiva opposta all'impressione iniziale. Lane ritiene che questi processi di regolazione affettiva, che conducono i pensieri e gli stati affettivi a essi associati alla consapevolezza cosciente, rappresentino un fondamentale meccanismo d'azione della psicoterapia. Egli traccia un parallelo fra l'organizzazione gerarchica delle componenti psicologiche dell'esperienza emotiva e i loro substrati neurali, ipotizzando che l'azione dei sistemi sovraordinati sia decisiva nel promuovere una migliore salute mentale (Lane, Garfield, 2005; figura 7.4). Etkin e collaboratori hanno studiato le differenze fra consapevolezza cosciente e inconscia degli stati affettivi, monitorando l'attivazione dell'amigdala basolaterale in risposta a volti spaventati (Etkin, Klemenhagen, Dudman et al., 2004). Essi hanno osservato che, quando gli stimoli vengono presentati in modo subliminale, l'attività dell'amigdala basolaterale è associata al livello



**Figura 7.4** Rappresentazione di Lane e Garfield dell'organizzazione gerarchica dell'esperienza emotiva e dei suoi substrati neurali. I livelli superiori (cerchi più larghi) indicano i meccanismi che integrano e modulano i livelli inferiori, senza tuttavia prenderne il posto. Lo sfondo bianco indica i processi impliciti di livello inferiore, mentre lo sfondo grigio i processi espliciti sovraordinati. Riproduzione autorizzata da Lane, Garfield, 2005.



lo di ansia di tratto misurato prima del compito, mentre, quando gli stimoli vengono presentati in modo che il soggetto ne sia cosciente, ciò non avviene. Questo dato indica che, per comprendere le rappresentazioni coscienti degli stati affettivi, dobbiamo considerare non solo le risposte automatiche ma anche le risposte compensatorie che dipendono dal grado di coscienza dello stato affettivo. Per esempio, nell'applicare le tecniche di imaging funzionale per distinguere fra pazienti con una diagnosi psichiatrica e soggetti di controllo sani, va sempre considerato che le differenze osservate molto probabilmente riflettono la presenza di una forma di *compensazione* negli individui disturbati, che può costituire parte integrante del disturbo. I clinici conoscono bene questo concetto. Per esempio, in un paziente che ha dovuto affrontare diverse difficoltà nella vita, si può notare un'insolita capacità di introspezione e autoriflessione psicologica rispetto a un individuo sano che è stato esposto a minori stress e quindi non ha avuto bisogno di sviluppare tali capacità.

La tipologia degli stati affettivi proposta da Lane (figura 7.4) è utile per apprezzare la gamma di fenomeni affettivi che possono avere un ruolo importante nella psicopatologia e nel trattamento. Lane riporta dati neurobiologici e comportamentali a sostegno di quattro categorie sovrapposte di processi affettivi: (1) i sentimenti presenti sullo sfondo, (2) gli stati affettivi impliciti, (3) l'attenzione focalizzata e (4) la consapevolezza riflessiva (Lane, Garfield, 2005). I sentimenti presenti sullo sfondo non richiedono l'intervento della coscienza, ma sono disponibili su richiesta. Gli stati affettivi impliciti sono inconsci. L'attenzione focalizzata è una sorta di "faro" cosciente sullo stato affettivo, un concetto simile a quello di *reappraisal*<sup>1</sup> studiato da Ochsner. La consapevolezza riflessiva consiste nel riconoscimento dello stato affettivo in rapporto alle rappresentazioni del Sé e degli altri, un aspetto particolarmente centrale per le teorie psicodinamiche. Tutti e quattro i processi sono rilevanti ai fini della psicopatologia e dei meccanismi di cambiamento. Indipendentemente dal particolare approccio psicoterapeutico adottato, si ritiene generalmente che una precipua attenzione ai pensieri problematici e agli stati emotivi negativi disadattivi aiuti le persone ad acquisire maggiore controllo su questi contenuti mentali e a mitigarne le conseguenze. La tipologia di Lane rappresenta un primo tentativo di tradurre il concetto di "trasformazione cognitiva" di pensieri e stati emotivi in termini più generali che concilino pratica clinica e neurobiologia.

## COGNIZIONE SOCIALE E RELAZIONI INTERPERSONALI

I teorici di orientamento psicodinamico hanno da sempre evidenziato l'importanza delle rappresentazioni intrapsichiche delle relazioni e dei processi

1. Modificazione del significato attribuito a un evento emotigeno. [NdT]

interpersonali per il funzionamento mentale di base. Le neuroscienze cognitive e gli approcci sperimentali inizialmente non hanno preso in considerazione il ruolo dei processi sociali, a causa della complessità e delle difficoltà di misurazione inerenti a questa prospettiva. Tuttavia, con la crescente attenzione rivolta ai processi non coscienti e agli stati affettivi, gli scienziati cognitivi hanno sviluppato un interesse per il cervello sociale, al punto di inaugurare un nuovo ambito di ricerca, che prende il nome di “neuroscienze cognitive sociali”. Ciò è dovuto al successo degli studi sui modelli animali, come il lavoro di Insel che pone a confronto roditori monogami e poligami (Insel, 1997; Insel, Young, 2001), oltre al perfezionamento delle tecniche di neuroimaging funzionale e alla possibilità di studiare *in vivo* processi complessi e pensieri associati (Ochsner, Lieberman, 2001).

La recente letteratura sulle neuroscienze cognitive sociali è del tutto o in gran parte rilevante ai fini della teoria e del trattamento psicoanalitico. A livello più fondamentale, questa ricerca ha portato a una concettualizzazione non analitica e allo studio delle basi neurali delle rappresentazioni del Sé e degli altri. Alcuni dati empirici indicano che le rappresentazioni di una persona (o di un “oggetto”, in termini psicoanalitici) sono elaborate in aree distinte del cervello (cioè nella corteccia prefrontale mediale; Mitchell, Heatherton, Macrae, 2002). Vi sono anche dati a sostegno della presenza di aree dissociate coinvolte nell’elaborazione delle rappresentazioni del Sé e degli altri (Kelley, Macrae, Wyland et al., 2002; Northoff, Heinzl, de Greck et al., 2006). Un’ipotesi alternativa è che vi sia una divisione neuroanatomica fra le strutture che sovrintendono l’elaborazione dei dati sugli stati interni (tipicamente la zona mediale dei lobi frontali) e quella sulle caratteristiche e i comportamenti esterni (tipicamente la zona laterale dei lobi frontali; Lieberman, 2007). L’esatta localizzazione di questi processi non ha dirette implicazioni per le teorie e le ricerche sulle terapie psicoanalitiche, ma può aiutarci a chiarire le differenze fra elaborazione delle rappresentazioni del Sé e degli oggetti e fornirci degli strumenti per studiare questi sistemi cruciali ai fini della psicopatologia e del trattamento.

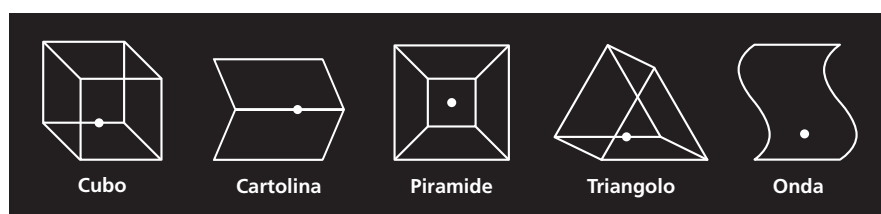
Il transfert è un processo relazionale ipotizzato alla base di molti fenomeni clinici, ed è considerato il principale meccanismo di cambiamento delle terapie di orientamento psicodinamico (Cooper, 1987). Sebbene siano state condotte delle ricerche sugli effetti delle interpretazioni di transfert sull’alleanza terapeutica e sull’esito della terapia (Høgland, Amlo, Marble, 2006; Luborsky, Crits-Christoph, 1998), si è rivelato problematico, se non impossibile, studiare i meccanismi neurali alla base del processo di transfert (distinguendolo da altri fenomeni cognitivi conosciuti). Nei primi anni Novanta, Susan Andersen ha sviluppato un metodo comportamentale per identificare ed esplorare alcuni aspetti del transfert in un campione di studenti universitari sani. L’esperimento prevedeva due trial, che venivano condotti a una certa distanza, per impedire che i soggetti facessero colle-

gamenti fra le due prove. Nel primo, ai soggetti veniva chiesto di riportare brevi descrizioni positive e, in numero uguale, negative, su una o più persone significative nelle loro vite. Inoltre, il soggetto sceglieva una serie di aggettivi “irrilevanti” (cioè né descrittivi né controdescrittivi) in rapporto a ciascuna persona significativa, e infine descriveva alcuni personaggi famosi. Nel secondo trial (condotto ad almeno un mese di distanza dal primo), ai soggetti veniva detto che avrebbero incontrato una persona che non conoscevano e veniva fornita una descrizione di questa persona, che dovevano tenere a mente. Questa persona, in realtà, non esisteva e la descrizione era costruita *ad hoc* in uno dei seguenti modi: (1) era formata da un assortimento semi-casuale di una delle descrizioni che il soggetto aveva dato della persona significativa (mista ad alcune descrizioni irrilevanti); (2) era formata da un assortimento semi-casuale di una *differente* descrizione della persona significativa (mista ad alcune descrizioni irrilevanti); (3) era formata da un assortimento semi-casuale delle descrizioni che il soggetto aveva dato del personaggio famoso.

Andersen ha mostrato che, sebbene i soggetti non avessero mai collegato coscientemente l'estraneo alla persona per loro significativa, il loro ricordo di queste descrizioni, la risposta affettiva (sia consapevole sia inconsapevole) e le attribuzioni all'estraneo erano tutti significativamente influenzati dal fatto che l'estraneo somigliasse o no alla persona significativa (Andersen, Baum, 1994; Andersen, Glassman, Chen et al., 1995; Andersen, Reznik, Manzella, 1996; Berk, Andersen, 2000; Glassman, Andersen, 1999). Attualmente è in corso uno studio di Gerber e Peterson, in collaborazione con Andersen, che si prefigge di indagare le basi neurali del transfert integrando il paradigma originario con la tecnica fMRI.

Altri ricercatori considerano il transfert come un esempio di processo in cui l'individuo deve basarsi su stimoli ambigui per avanzare previsioni circa il futuro (Erdelyi, 2006; Peterson, 2002). Una serie incompleta di informazioni su una persona potrebbe attivare un sistema automatico che seleziona la rappresentazione oggettuale più probabile (in genere al di fuori della consapevolezza) e integra i dati mancanti. Peterson e collaboratori hanno studiato le basi neurali di percezioni bistabili come il cubo di Necker illustrato nella figura 7.5 (in cui uno dei vertici del cubo sporge o rientra nella pagina, ma mai contemporaneamente; Raz, Lamar, Buhle et al., 2007). Quando si alternano le due percezioni si attivano i circuiti frontostriatali, suggerendo un loro possibile ruolo di supervisione anche in altri tipi di interpretazione di stimoli ambigui, come nel transfert.

Westen e Gabbard (2002b; Gabbard, 2000b) hanno argomentato che lo studio delle basi neurali del transfert potrebbe avere utili implicazioni per la ricerca sulla terapia psicoanalitica, in particolare riguardo agli annosi dibattiti se in ogni dato momento della seduta clinica vi sia un solo transfert o molteplici, o se il transfert sia significativamente influenzato dalle caratteristi-



**Figura 7.5** Figure geometriche reversibili, usate da Peterson (2005) per studiare le basi neurali delle percezioni bistabili. In ciascuna figura, il punto può essere percepito come rientrante o sporgente rispetto alla pagina. Il substrato neurale della selezione cosciente di ogni immagine potrebbe anche presiedere ad altre scelte di prospettiva coscienti che influenzano la nostra vita mentale, come quelle che avvengono nel corso della psicoterapia. Riproduzione autorizzata da Peterson, 2005.

che reali dell'analista e del setting analitico (un aspetto su cui i dati empirici potrebbero rivelarsi particolarmente utili). Essi sostengono che il transfert sia prevalentemente una forma di memoria procedurale. Gerber e Peterson ipotizzano che i processi transferali si basino sulle componenti di diversi sistemi di memoria, inclusi i sistemi non dichiarativi associativi e procedurali. L'applicazione delle tecniche di neuroimaging al paradigma di Andersen potrebbe gettare luce su queste questioni, evidenziando caratteristiche e proprietà del sistema transferale rilevanti per la teoria e la tecnica. Per esempio, potremmo scoprire che alcuni aspetti del transfert si basano sui sistemi di memoria procedurale, mostrandosi associati all'attività dei gangli della base. Questi aspetti del transfert potrebbero essere appresi in età precoce e modificarsi più lentamente; per essi potrebbero essere quindi più adatti interventi di supporto rispetto a interpretazioni di livello più elevato. Potrebbe inoltre rivelarsi che altri aspetti del transfert siano radicati nei sistemi di memoria associativa implicita, ma in presenza di un'attivazione della corteccia frontale e dell'ippocampo. Questi elementi potrebbero derivare da conflitti successivi e modificarsi in modo relativamente più rapido in risposta alle interpretazioni delle difese. Infine, l'applicazione delle tecniche di neuroimaging al paradigma di Andersen potrebbe aiutarci a chiarire sperimentalmente diversi aspetti del transfert, con dirette implicazioni per la pratica clinica.

La teoria dell'attaccamento, elaborata da John Bowlby e tradotta in termini operativi da Ainsworth, Main e altri, ha avuto una forte influenza sulla teoria e la pratica clinica (Cassidy, Shaver, 1999; Fonagy, Leigh, Steele et al., 1996). Diversi studi empirici condotti su esseri umani e animali indicano che il sistema di attaccamento ha un ruolo fondamentale nei processi sociali ed è probabilmente governato da un meccanismo neurale distinto (Leckman, Herman, 2002; Insel, 2003). Recenti studi basati su tecniche di neuroimaging hanno cercato di localizzare questi processi usando stimoli che evocano l'attaccamento come le foto dei propri figli (Bartels, Zeki, 2004; Buchheim, George, Kächele et al., 2006). I progressi in quest'area ci

permetteranno probabilmente di comprendere meglio come l'attaccamento influenzi il contesto della terapia e sia da esso modificato. Questi studi potrebbero aiutarci a chiarire in che misura gli stili di attaccamento insicuri e disorganizzati abbiano origine da deficit neurobiologici sui quali la psicoterapia non può intervenire (sebbene possiamo mettere in atto utili forme di compensazione) oppure dipendano da difficoltà nei processi di livello superiore che possono essere fundamentalmente modificate dal trattamento. I teorici psicodinamici e dell'attaccamento hanno dibattuto molto su questi temi. È auspicabile che i metodi sviluppati in ambito neurobiologico contribuiscano al progresso di quest'area.

L'empatia, un processo intrinsecamente interpersonale, ha ricevuto molta attenzione nell'ambito delle neuroscienze cognitive (Lamm, Batson, Decety, 2007; Singer, 2006; Shamay-Tsoory, Lester, Chisin, 2005). I ricercatori hanno osservato un'attivazione di specifiche aree del cervello, in particolare l'insula e la corteccia cingolata anteriore, che sono legate sia all'esperienza individuale della propria sofferenza, sia all'esperienza della sofferenza di qualcun altro. La capacità empatica degli individui, misurata empiricamente, è strettamente correlata all'attivazione di queste aree cerebrali (Lamm, Batson, Decety, 2007; Singer, 2006). Uno studio condotto da Marci, Ham, Moran e collaboratori (2007) ha evidenziato un legame fra l'empatia del terapeuta e la correlazione fra gli indici fisiologici (la conduttanza cutanea) di terapeuta e paziente. Marci e Reiss (2005) hanno mostrato che la consapevolezza dell'assenza di una concordanza fra paziente e terapeuta nelle misure fisiologiche può portare a un'alterazione significativa degli interventi clinici, svelando un'ansia che il terapeuta non aveva notato prima nel paziente. Alla luce del dato, confermato in molti studi, secondo cui l'alleanza fra paziente e terapeuta (un costrutto che si sovrappone a quello di empatia) sarebbe strettamente connessa all'esito della terapia, lo studio neurobiologico dell'empatia potrebbe avere ripercussioni importanti per il trattamento analitico.

Il concetto di "teoria della mente" (vale a dire la comprensione, da parte dell'individuo, del contenuto e del funzionamento della mente delle altre persone) origina dalla psicologia dello sviluppo ma è ormai ampiamente utilizzato anche in campo clinico, in particolare negli studi sull'autismo, il disturbo borderline di personalità e la schizofrenia e sui fattori che promuovono il cambiamento terapeutico (ambito in cui è spesso definito "mentalizzazione"; Fonagy, Target, Gergely et al., 2002; Corcoran, Frith, 2003; Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985). Diversi studi basati sulle tecniche di neuroimaging hanno portato prove a sostegno di una localizzazione funzionale della teoria della mente nella corteccia prefrontale mediale, che è sorprendentemente vicina e senz'altro collegata alle aree coinvolte nella rappresentazione del Sé (Saxe, Moran, Scholz et al., 2006; Mitchell, Banaji, Macrae, 2005; Happe, 2003; Gallagher, Frith, 2003). In futuro, lo studio della teoria della mente, delle sue caratteristiche e della sua capacità di modificarsi nel

corso del trattamento potrà rivelarsi una preziosa opportunità per comprendere il meccanismo d'azione della psicoterapia psicodinamica. Per esempio, molti hanno ipotizzato che in certi disturbi come l'autismo vi sia un deficit permanente nella teoria della mente rispetto al quale le possibilità di intervento sono molto limitate. D'altra parte, è stato anche argomentato che, attraverso una terapia mirata, sia possibile migliorare in misura significativa tale capacità in individui autistici ad alto funzionamento o affetti da sindrome di Asperger. Sarebbe importante capire se questi cambiamenti influenzino le stesse aree colpite dal disturbo sottostante o se, com'è più probabile, agiscano sui meccanismi compensatori. Analogamente, Fonagy, Target, Gergely e collaboratori (2002) hanno ipotizzato una compromissione della teoria della mente nel disturbo borderline di personalità. Le tecniche di neuroimaging possono aiutarci a comprendere se si tratta di un deficit permanente o di un'inibizione di una capacità sottostante su cui si può intervenire terapeutamente.

L'espressione "neuroni specchio" è stata coniata in riferimento alle cellule della corteccia parietale e premotoria di scimmie macaco che si attivavano *sia* quando l'animale metteva in atto un comportamento specifico (per esempio, afferrare una banana) *sia* quando osservava lo sperimentatore eseguire la stessa azione (Iacoboni, Dapretto, 2006). L'estensione di questo concetto agli esseri umani, principalmente mediante esperimenti di neuroimaging funzionale, ha ricevuto un notevole interesse in ambito psicodinamico (Olds, 2006; Gallese, 2006; Rizzolatti, Fadiga, Fogassi et al., 1999). Negli studi condotti sui neuroni specchio, i teorici di orientamento dinamico hanno visto un possibile substrato neurobiologico e una legittimazione del concetto di "identificazione primaria" (ovvero l'esperienza fondamentale con cui una persona percepisce lo stato mentale di un'altra). Tuttavia, quest'argomento è potenzialmente fuorviante per una serie di ragioni. In primo luogo, sembra sottintendere che l'empatia e l'identificazione siano processi neurobiologici "primitivi" anziché mediati da processi neurocognitivi di ordine superiore, come è stato chiaramente stabilito da diversi studi clinici ed empirici. Secondo, quest'argomento si basa sull'estrapolazione di un'osservazione condotta su primati non umani (dove è possibile registrare l'attività di singole cellule) agli esseri umani (dove al momento possiamo solo misurare l'attività di ampi gruppi di neuroni). Infine, non è chiaro in che modo le ricerche sui neuroni specchio possano conciliarsi con la teoria più generale secondo cui ogni concetto (incluse le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, come pure le azioni e le emozioni attese negli altri) sarebbe memorizzato in rappresentazioni neurali distribuite, che sarebbero, a loro volta, connesse alle rappresentazioni dei comportamenti che vengono messi in atto da noi stessi e dagli altri. Sono necessari ulteriori ricerche e riflessioni teoriche per chiarire le implicazioni degli studi sui neuroni specchio nella nostra comprensione delle basi della terapia psicodinamica.



## ATTENZIONE, LIBERE ASSOCIAZIONI E DIFESE

Anche lo studio dei processi attentivi può avere importanti ripercussioni sulla comprensione dei meccanismi clinici inconsci. Sebbene la coscienza sia spesso rappresentata come un fenomeno binario (come qualcosa cioè di accessibile oppure inaccessibile alla consapevolezza), le ricerche sull'attenzione indicano l'esistenza di un ampio continuum in cui il materiale è più o meno accessibile in ogni data situazione, a seconda di una serie di fattori (Posner, Rothbart, 2007; Raz, Buhle, 2006). Diversi studi hanno mostrato una preferenza per i contenuti mentali che sono meno spiacevoli, in accordo con uno dei principi fondamentali in ambito psicodinamico (Wong, Bernat, Snodgrass et al., 2004; Russell, 2003; McGinnies, Bowles, 1949; Blum, 1954; Silverman, Weinberger, 1985). La rimozione, uno dei meccanismi di difesa più importanti, è stata studiata approfonditamente dal punto di vista sia neurobiologico sia comportamentale (Erdelyi, 2006; Shevrin, Ghannam, Libet, 2002). I risultati di questi studi corroborano l'ipotesi che le dimenticanze sorrette da una motivazione siano associate a un aumento di attività della corteccia prefrontale dorsolaterale (che alimenta la motivazione) e a una ridotta attività dell'ippocampo (che inibirebbe il consolidamento del ricordo; Anderson, Ochsner, Kuhl et al., 2004).

L'ipnosi rappresenta un esempio estremo di coscienza alterata spesso associata a Freud e alla psicoanalisi. Tuttavia, per molti anni, è rimasta un concetto privo di solide basi empiriche. Recentemente, utilizzando tecniche di neuroimaging, i ricercatori hanno potuto studiare il fenomeno attraverso lo scanner MRI, mostrando che esso ha conseguenze misurabili in termini di attività cerebrale in linea con le osservazioni del comportamento (Raz, Fan, Posner, 2005; Raz, Shapiro, 2002). In particolare, Raz, Fan e Posner (2005) hanno mostrato che l'effetto Stroop, una misura estremamente affidabile e riconosciuta in ambito cognitivo, può essere significativamente ridotto mediante ipnosi. Nel compito in cui si evoca l'effetto Stroop, ai soggetti vengono presentate una serie di parole colorate (per esempio, "rosso", "blu" e "giallo") stampate nello *stesso* colore rappresentato dalla parola (condizione congruente) o in un colore *diversa* (condizione incongruente). Viene quindi chiesto di indicare, per ciascuna parola, il colore in cui è scritta, ignorando il significato della parola in sé. Poiché la lettura è un compito automatico, i soggetti impiegano più tempo per rispondere nella condizione incongruente che in quella congruente, indipendentemente dall'impegno o dall'addestramento al compito. Quando i soggetti ricevono la suggestione ipnotica che le parole sono "sequenze di lettere senza senso", l'entità dell'effetto si riduce significativamente. Questa riduzione è strettamente correlata a una minore attività della corteccia cingolata anteriore, una struttura associata alla gestione del conflitto fra due stimoli che richiamano ambedue l'attenzione (Raz, Fan, Posner, 2005).

I sogni da tempo rappresentano un argomento di grande interesse per i terapeuti di orientamento psicodinamico (in particolare per gli psicoanalisti), che hanno avanzato l'ipotesi che il loro contenuto possa riflettere contenuti mentali di natura dinamica e relazionale cui la mente cosciente non può accedere. Recenti studi basati sulle tecniche di neuroimaging indicano che le aree del cervello più attive durante la fase del sonno REM, in cui ha luogo la maggior parte dei sogni, potrebbero avere un ruolo nell'accesso a questi contenuti (Maquet, 2000; Maquet, Peters, Aerts, 1996). Queste aree includono il tronco dell'encefalo e il circuito limbico e paralimbico. La disattivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale che si osserva durante la fase REM faciliterebbe il recupero di questo materiale disinibendo il sistema limbico e altri processi sottocorticali. Si è inoltre osservato che l'esperienza da svegli influenza i sogni successivi (Maquet, Laureys, Peigneux et al., 2000). In base a queste considerazioni, è possibile che certi aspetti della terapia psicodinamica coinvolgano alcuni circuiti neurali che si attivano (o disattivano) anche mentre si sogna, favorendo l'identificazione e la risoluzione di conflitti intrapsichici profondi. Occorrono ulteriori ricerche per chiarire le basi neurobiologiche che accomunano i sogni e il processo terapeutico psicodinamico, e per comprendere i meccanismi neurali di quella che Freud considerava la "via regia" all'inconscio.

Si stano accumulando dati a sostegno di uno dei primi concetti psicoanalitici – le libere associazioni – secondo cui il comportamento della mente, in assenza di controllo della coscienza, rappresenta qualcosa di più di un semplice rumore di fondo. Diversi studi hanno iniziato a descrivere una rete di aree corticali che si attivano "di default" quando la mente sembrerebbe per altri versi a riposo o vagare senza meta (Andreasen, O'Leary, Cizadlo et al., 1995; Mason, Norton, Van Horn et al., 2007). Questi circuiti potrebbero avere un'importanza cruciale per comprendere i meccanismi coscienti e inconsci alla base del processo e del trattamento psicodinamico.

## CONCLUSIONI

Disponiamo di un numero crescente di dati empirici che ci aiutano a comprendere i processi psicodinamici presenti in diverse aree, laddove in passato la psicologia psicodinamica era l'unico linguaggio e metodo per studiare processi inconsci, stati affettivi, processi interpersonali, sogni, meccanismi di difesa e libere associazioni. Oggigiorno, invece, anche le neuroscienze cognitive offrono concetti e metodi utili a tale scopo. È importante che in questa fase la psicologia dinamica accolga nel suo immenso archivio di dati clinici e concetti teorici le nuove scoperte empiriche. Diversi autori hanno auspicato che ciò avvenga, sebbene sia difficile districarsi e identificare i risultati salienti in questa marea di nuovi studi (Gabbard, Westen, 2003; Lig-



gan, Kay, 1999; Gabbard, 2000a; Peled, Geva, 1999; Olds, 1994; Westen, 1998). Gli anni a venire ci diranno quanto questi due campi siano compatibili, nella speranza che la loro integrazione abbia benefiche ricadute sulla pratica clinica.

Una delle principali critiche mosse contro l'applicazione di tecniche neuroscientifiche allo studio della teoria e della pratica psicomica è incentrata sull'idea che le neuroscienze abbiano ben poco da offrire ai clinici in termini di comprensione delle "dinamiche" del paziente o della scelta delle tecniche da adottare per ogni particolare paziente (Hoffman, 2007; Blass, Carmeli, 2007). Fino a oggi, non v'è dubbio che le scoperte in ambito neuroscientifico abbiano avuto una scarsa influenza sul pensiero degli analisti e sulla loro condotta nella stanza d'analisi. D'altra parte, le cose probabilmente cambieranno nell'arco di pochi anni. In primo luogo, i clinici di orientamento dinamico si stanno da lungo tempo muovendo nella direzione di considerare taluni deficit (per esempio, del funzionamento cognitivo, della regolazione degli affetti e dell'attaccamento) come legati a conflitti dinamici (sebbene i concetti di deficit e conflitto non siano propriamente sovrapponibili). Quest'idea condiziona la loro concezione del disturbo (particolarmente in un contesto evolutivo) e quanto dicono ai pazienti. Questo movimento è stato sospinto da un cambiamento culturale più vasto che ha interessato psichiatria, psicologia e psicoanalisi, ma le neuroscienze hanno avuto un ruolo non trascurabile nel descrivere i deficit in modo più quantificabile e realistico.

In secondo luogo, nell'ambito della psicologia dinamica si è assistito a un significativo spostamento verso il modello delle relazioni oggettuali. Anche se sono diversi i fattori che hanno prodotto quest'orientamento, tra questi va annoverata la crescente enfasi delle neuroscienze sul funzionamento sociale e le evidenze sempre più numerose sulle basi neurobiologiche del sistema di attaccamento. Infine, è sempre più chiaro a molti clinici di orientamento dinamico che lo studio del processo e dell'esito delle terapie per il BPD ha evidenziato l'importanza di adottare in questi casi un modello di trattamento supportivo-espressivo al posto dell'approccio analitico classico, maggiormente basato sull'interpretazione. Kernberg, Fonagy, Gabbard e altri hanno sottolineato l'importanza di adattare la struttura e la lunghezza del trattamento all'organizzazione di personalità del paziente (Fonagy, Target, Gergely et al., 2002; Gabbard, Gunderson, Fonagy, 2002; Kernberg, 1999). La ricerca neuroscientifica sul BPD e sui meccanismi coinvolti nel trattamento di questo disturbo (come la mentalizzazione, la teoria della mente e la regolazione degli affetti) è relativamente recente, ma sta iniziando a incoraggiare e affinare questi tentativi di adattare il trattamento al paziente.

## LA PSICOTERAPIA NELL'ETÀ DEL NEUROIMAGING

Le tecniche di neuroimaging hanno iniziato a fornirci non solo una migliore comprensione di diversi aspetti della psicoterapia ma anche degli effetti globali della psicoterapia sul funzionamento del cervello. Al massimo delle sue potenzialità, lo studio degli effetti della psicoterapia sul cervello potrebbe avere delle ricadute enormi per pazienti e terapeuti, e influenzare profondamente il nostro ambito di ricerca. Informare i pazienti sui meccanismi attraverso cui la psicoterapia modifica il funzionamento cerebrale sosterebbe l'idea che il trattamento produce cambiamenti significativi. Per quanto riguarda il dialogo fra paziente e terapeuta, i risultati degli studi di neuroimaging potrebbero estendere il vocabolario del processo terapeutico, aiutando a concretizzare gli obiettivi del trattamento. In alcuni casi, si potrebbe persino prevedere in che misura un certo approccio si adatterà a un particolare paziente, in base al pattern di attività cerebrale di quel paziente all'inizio della terapia. Infine, l'idea che la psicoterapia abbia un substrato biologico equiparerebbe l'intervento ad altri trattamenti "medici" che producono cambiamenti misurabili sul piano fisiologico, biochimico o morfologico. Quest'idea potrebbe rappresentare un potente alleato nel combattere gli ultimi pregiudizi associati alla psicoterapia (e al trattamento psichiatrico in generale) che generano esitazione in molti potenziali pazienti, ostacolano il riconoscimento dell'uguaglianza con le altre forme di trattamento medico e alimentano un infondato scetticismo e sospetto in alcuni comparti della cultura e della società.

Da un'enorme quantità di studi emergono dati che hanno chiare implicazioni per la teoria e la pratica psicoterapeutica (Roffman, Marci, Glick et al., 2005; Linden, 2006). Tuttavia, siamo ben lontani dal comprendere appieno i meccanismi attraverso i quali la psicoterapia modifica il funzionamento del cervello. Al momento della stesura di questo capitolo, va sottolineato che sono ancora poche le ricerche che hanno studiato gli effetti della psicoterapia *psicodinamica* sull'attivazione cerebrale, se si eccettua il promettente lavoro di Lehtonen e collaboratori, incentrato sugli effetti della terapia psicodinamica sulla trasmissione serotoninergica nella depressione, descritto in dettaglio nel capitolo 2. D'altra parte, gli studi finora condotti su altre forme di psicoterapia hanno chiaramente evidenziato le stesse questioni che sarà necessario affrontare per comprendere in che modo la terapia dinamica modifica il funzionamento del cervello. Questa sezione del capitolo approfondirà questi studi preliminari, sottolineando come essi abbiano affrontato tre questioni fondamentali legate alla psicoterapia e al funzionamento cerebrale: (1) La psicoterapia influenza l'attività delle aree cerebrali che hanno un ruolo riconosciuto nella patofisiologia dei disturbi esaminati?; (2) La psicoterapia differisce rispetto alla psicofarmacologia, l'altro caposaldo del trattamento psichiatrico, sotto questo aspetto?; (3) Le

varie forme di psicoterapia con un'efficacia equiparabile operano su aree del cervello simili, e attraverso meccanismi simili?

#### RISOLVERE LA DISREGOLAZIONE DEL SISTEMA NEURALE NEI DISTURBI D'ANSIA

Gli studi basati sulle tecniche di neuroimaging ci hanno fornito informazioni in passato inimmaginabili sui meccanismi e le strutture implicate nelle alterazioni del funzionamento cerebrale che caratterizzano i disturbi psichiatrici. Anche se è ormai assodata l'assenza di alterazioni evidenti nelle dimensioni e nella forma delle strutture cerebrali, anomalie funzionali (vale a dire un'attivazione o disattivazione inadeguata di particolari aree e circuiti neurali) sono state chiaramente rilevate in molti disturbi (Mitterschiffthaler, Ettinger, Mehta et al., 2006). Allo stesso modo, il primo test per stabilire come la psicoterapia induca cambiamenti significativi nel funzionamento del cervello consiste nello stabilire se questi cambiamenti avvengono nelle aree cerebrali coinvolte, e se questi cambiamenti ripristinano livelli di attività normali.

Probabilmente l'esempio più chiaro di disfunzione cerebrale su base locale in una condizione psichiatrica è rappresentato dal disturbo ossessivo-compulsivo (*obsessive-compulsive disorder*, OCD). Uno dei risultati più replicati negli studi psichiatrici basati su tecniche di neuroimaging è quello che ha evidenziato, nell'OCD, anomalie nell'attività del circuito cortico-striatotalamico. L'attività di base di corteccia orbitofrontale, corteccia cingolata anteriore, striato e talamo è amplificata, e questo dato è esacerbato dalla provocazione del sintomo (McGuire, Bench, Frith et al., 1994; Rauch, Jenike, Alpert, 1994). Inoltre, il grado di iperattività è favorito dalle interconnessioni fra queste aree (Baxter, Schwartz, Bergman et al., 1992). Per quanto riguarda lo striato, per esempio, si ritiene che il nucleo caudato contribuisca ai sintomi dell'OCD regolando in maniera inappropriata gli impulsi cognitivi ed emotivi, e portando a una loro espressione sregolata (Baxter, Schwartz, Guze et al., 1990).

Nel primo studio pubblicato sui correlati neurali della psicoterapia, Baxter, Schwartz, Bergman e collaboratori (1992) hanno esaminato l'effetto della terapia comportamentale sull'OCD. Lo studio, basato su due coorti, ha dimostrato che una terapia comportamentale andata buon fine era associata a una significativa riduzione dell'attività del nucleo caudato, oltre che a un disaccoppiamento dell'iperattivazione presente in nucleo caudato, corteccia orbitofrontale e talamo. Sebbene la terapia comportamentale non si basi esplicitamente sulla teoria o sulla tecnica psicodinamica, Baxter e collaboratori notano che il loro studio potrebbe avere implicazioni anche per la terapia psicodinamica:

Un'altra funzione dei gangli della base, di "regolazione degli accessi", attraverso cui certi impulsi motori, sensoriali e forse cognitivi accedono alla percezione e al comportamento o vengono bloccati ("filtrati") e dispersi, sembra richiamare il concetto psicodinamico di "rimozione" presente in forma disturbata nell'OCD. (Baxter, Schwartz, Guze et al., 1990, p. 168)

Gli autori notano inoltre che la disregolazione emotiva osservata in alcuni individui colpiti da malattia di Huntington è associata, in questi pazienti, a una ridotta attività del nucleo caudato (Baxter, Mazziotta, Pahl et al., 1992), confermando ancora una volta il ruolo che questa struttura può avere nella regolazione dell'accesso degli impulsi emotivi.

Anche il circuito neurale sottostante le fobie è stato chiaramente determinato e associato a un'aumentata attività delle aree prefrontali ventrali e del sistema limbico e paralimbico. Questa scoperta è del tutto in linea con gli studi che associano l'amigdala e le strutture adiacenti alle risposte condizionate di paura, e la corteccia prefrontale ventrale sia al mantenimento e al ricordo della paura condizionata sia alla pianificazione delle risposte agli stimoli fobici (Milad, Rauch, Pitman et al., 2006). Si potrebbe ipotizzare, per esempio, che negli individui con fobie specifiche l'esposizione a stimoli fobici aumenti l'attività dell'amigdala, associata al riconoscimento e alla produzione della risposta di paura, e della corteccia prefrontale, associata alla pianificazione di una strategia per affrontare la minaccia (o ritirarsi).

Diverse recenti ricerche basate su tecniche di neuroimaging fanno ritenere che, nel caso delle fobie specifiche, la psicoterapia agisca proprio su queste aree. In uno studio condotto su individui affetti da fobia sociale, Furmark, Tillfors, Marteinsdottir e collaboratori (2002) hanno esaminato l'effetto della terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive behavioral therapy*, CBT) sull'attivazione cerebrale conseguente alla provocazione del sintomo. Prima del trattamento, i soggetti mostravano un'iperattività dell'amigdala e di altre strutture limbiche quando veniva loro chiesto di raccontare un'esperienza personale di fronte ad alcune persone. Dopo otto sedute di CBT di gruppo, si osservava negli stessi individui un'attivazione significativamente più bassa di queste aree durante l'esecuzione della stessa prova. Un altro esperimento incentrato sulla provocazione del sintomo, condotto da Paquette, Levesque, Mensour e collaboratori (2003), ha esaminato le modificazioni nell'attivazione cerebrale associate a una CBT di gruppo per l'aracnofobia. Dopo il trattamento, i pazienti mostravano una riduzione dell'attivazione del giro paraippocampale e della corteccia prefrontale quando venivano esposti a fotografie di ragni. Analoghe riduzioni post-trattamento dell'iperattività dell'amigdala sono state riscontrate in un altro studio sull'aracnofobia, che prevedeva una singola seduta intensiva di terapia di esposizione (Goossens, Sunaert, Peeters et al., 2007). Anche se nessuno di questi studi misurava gli effetti delle interazioni che hanno luogo in una

terapia *psicodinamica* sul funzionamento del cervello, se si considera che le esperienze traumatiche del passato possono avere un ruolo nella genesi delle risposte fobiche e che la relazione terapeutica può aiutare a risolvere alcune fobie, è probabile che i fattori dinamici intervengano implicitamente anche nella CBT delle fobie (Menninger, 1992). Resta tuttavia da accertare in quale misura i cambiamenti nelle aree limbiche e prefrontali associati alla CBT riflettano effettivamente processi dinamici.

#### CONFRONTO FRA I DIVERSI EFFETTI DELLA PSICOTERAPIA E DEGLI PSICOFARMACI SUL FUNZIONAMENTO DEL CERVELLO

Per molte condizioni psichiatriche, la psicoterapia e gli psicofarmaci presentano un'efficacia equivalente (o, in alcuni casi, un'azione sinergica benefica). È possibile che questa somiglianza negli effetti clinici rifletta analoghi cambiamenti nell'attività cerebrale? I dati provenienti da altre aree della medicina sembrerebbero smentire quest'ipotesi. Per esempio, anche se betabloccanti, ACE-inibitori e diuretici rappresentano tutti trattamenti efficaci dell'ipertensione, essi agiscono mediante diversi meccanismi (per esempio, influenzando il tono simpatico o vascolare, o il volume circolatorio). In un quadro patofisiologico neurale complesso, come quello che caratterizza la depressione, non sarebbe sorprendente se osservassimo un effetto diversificato delle varie forme di trattamento sulle diverse componenti del disturbo. Il neuroimaging funzionale offre la possibilità di porre a diretto confronto i meccanismi d'azione neurali della psicoterapia e degli psicofarmaci. Soprattutto, come vedremo più avanti, questa informazione potrebbe un giorno essere utile per prevedere quale tipo di terapia si adatti meglio allo specifico pattern di suscettibilità neurale che caratterizza un particolare individuo, così come la scelta ottimale dei farmaci per la pressione sanguigna può essere guidata dai profili di rischio individuali (per esempio, la presenza di diabete, disturbi cardiaci o malattie del rene; Chobanian, Bakris, Black et al., 2003).

Il confronto fra l'effetto della psicoterapia e degli psicofarmaci sul funzionamento cerebrale ha interessato i ricercatori che adottano tecniche di neuroimaging sin dallo studio pionieristico di Baxter, Schwartz, Bergman e collaboratori sull'OCD. In questo studio, le modificazioni dell'attività cerebrale indotte dalla terapia comportamentale (*behavioural therapy*, BT) venivano confrontate con quelle associate alla somministrazione di fluoxetina (Baxter, Schwartz, Bergman et al., 1992). Si è osservato che entrambi i trattamenti riducevano l'attività del nucleo caudato e interrompevano l'iperattività a cascata del circuito cortico-striato-talamico. Tuttavia, in un successivo studio condotto da Brody e collaboratori, si è evidenziato un pattern completamente diverso rispetto a un'altra area coinvolta nell'OCD, la cortecc-

cia orbitofrontale. Adottando una procedura leggermente diversa, Brody, Saxena, Schwartz e collaboratori (1998) hanno esaminato se l'attività di base del cervello, presa da sola, riusciva a predire la risposta alla BT in confronto a quella alla fluoxetina. Nei soggetti che rispondevano alla BT, il livello di attività di base della corteccia orbitofrontale sinistra correlava positivamente con la risposta al trattamento. Invece, fra i soggetti che rispondevano alla fluoxetina, emergeva un quadro completamente diverso: i soggetti che avevano migliori possibilità di rispondere al trattamento erano quelli che presentavano una *minore* attività di base della corteccia orbitofrontale sinistra. Lo stesso pattern è stato osservato in studi separati sull'efficacia della paroxetina (Saxena, Brody, Maidment et al., 1999) e della BT (Yamanishi, Nakaaki, Omori et al., 2009). Una possibile spiegazione, secondo Brody e collaboratori, è che "i soggetti che all'inizio del trattamento presentano un metabolismo più alto della corteccia orbitofrontale potrebbero mostrare una maggiore capacità di modificare l'assegnazione del valore affettivo agli stimoli" (Brody, Saxena, Schwartz et al., 1998, p. 5), un processo che riguarda più esplicitamente la psicoterapia che gli psicofarmaci.

Gli studi che hanno messo a confronto l'attività cerebrale in risposta alla psicoterapia e ai farmaci si sono soffermati anche sulla depressione. In uno studio FDG-PET che ha messo a confronto CBT e paroxetina, Goldapple, Segal, Garson e collaboratori (2004) hanno esaminato l'effetto dei due trattamenti sul funzionamento del cervello. Il loro articolo si concentra in particolare sulle strutture prefrontali, limbiche e paralimbiche tradizionalmente associate alla patofisiologia della depressione. Anche questo studio ha evidenziato sorprendenti differenze fra i due trattamenti (nonostante la loro efficacia fosse simile). Nel gruppo cui veniva somministrata paroxetina, il trattamento produceva un aumento dell'attività prefrontale, e una diminuzione dell'attività dell'ippocampo e della corteccia cingolata subgenuale. Invece, nei pazienti assegnati alla CBT, la risposta al trattamento era associata a una diminuzione dell'attività prefrontale, e a un aumento dell'attività dell'ippocampo e della corteccia cingolata dorsale – un quadro quasi opposto a quello osservato nel gruppo trattato con paroxetina. Questo risultato è in qualche modo inaspettato, considerato il ruolo ormai appurato della corteccia prefrontale nella valutazione degli stimoli, nella pianificazione delle strategie e nella gestione delle risorse attentive – tutti aspetti soggetti a un riaddestramento attivo durante la CBT. Invece, come ipotizzano gli autori:

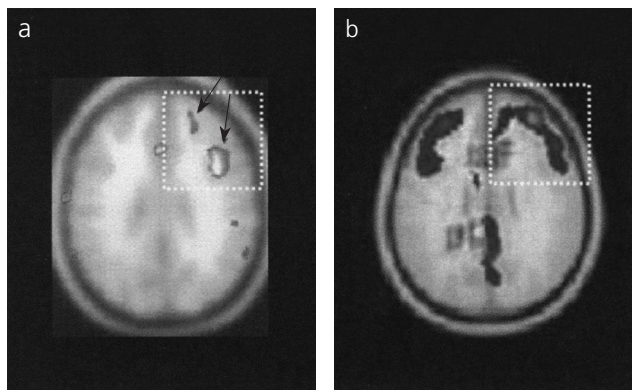
L'aumento di attività dell'ippocampo e della corteccia cingolata mediale e anteriore, unito alla diminuzione di attività della corteccia prefrontale, frontale, dorsolaterale e ventrolaterale, osservata durante il trattamento con la CBT, potrebbero essere ricondotti alla focalizzazione dell'attenzione, promossa da questo tipo di terapia, verso gli stimoli ambientali ed emotivi rilevanti per la persona, associata all'apprendimento dell'abilità di ridurre l'attivazione dei processi corticali coinvolti nella codifica e nella rievocazione dei ricordi di-



sadattivi nella memoria associativa, e inoltre alla riduzione delle ruminazioni e dell'eccessiva elaborazione delle informazioni irrilevanti. (Goldapple, Segal, Garson et al., 2004, p. 38)

Sebbene questa spiegazione sia senz'altro plausibile, resta pur sempre un'ipotesi che, come vedremo più avanti, non è in grado di tener conto di altri fattori critici che potrebbero aiutarci a comprendere questa evidente discrepanza. È sorprendente che questi risultati siano stati replicati da Kennedy, Konarski, Segal e collaboratori (2007), che hanno osservato anch'essi una minore disattivazione della corteccia prefrontale, per quanto in un'area più mediana di quanto precedentemente riportato. Inoltre, anche nello studio di Kennedy e collaboratori sono emersi, nella corteccia cingolata anteriore, i due pattern opposti in risposta alla CBT (aumento dell'attività) e al trattamento farmacologico mediante venlafaxina (riduzione dell'attività).

In un altro studio che ha confrontato l'efficacia della psicoterapia e della paroxetina nella cura della depressione, Brody, Saxena, Stoessel e collaboratori (2001) hanno preso in esame un'altra forma di psicoterapia, la terapia interpersonale (*interpersonal therapy*, IPT). Tuttavia, a differenza dello studio di Goldapple che confrontava CBT e paroxetina (Goldapple, Segal, Garson et al., 2004), in questo caso i due trattamenti avevano un effetto simile sulla corteccia prefrontale (riduzione dell'attività) e sul sistema limbico e paralimbico (aumento dell'attività dell'insula e del lobo temporale inferiore sinistro). Questo dato è singolare sotto due aspetti: da una parte, negli studi di Goldapple e Brody, lo stesso trattamento farmacologico (la paroxetina) sembra agire in un direzione opposta rispetto alla psicoterapia e, dall'altro, le due forme di psicoterapia sembrano produrre cambiamenti simili in entrambi gli studi (figura 7.6).



**Figura 7.6** Riduzioni dell'attività della corteccia prefrontale (riquadri tratteggiati) osservate dopo sedute di IPT (a) e CBT (b). (a) Riproduzione autorizzata da Brody, Saxena, Stoessel et al., 2001; (b) Riproduzione autorizzata da Goldapple, Segal, Garson et al., 2004.

Anche se questi dati rendono difficile concludere in maniera definitiva se la psicoterapia e gli psicofarmaci inducano modificazioni simili nell'attività cerebrale, essi hanno implicazioni ancora più sconcertanti per gli psicoterapeuti, che possono sostenere in maniera convinta un trattamento rispetto a un altro. Potrebbe essere possibile, invece, che nonostante le differenze teoriche e pratiche, le varie forme di psicoterapia agiscano sul cervello attraverso meccanismi simili?

#### CONFRONTO FRA GLI EFFETTI DELLE DIVERSE FORME DI PSICOTERAPIA SUL FUNZIONAMENTO DEL CERVELLO

Alla luce dei pochi studi pubblicati su questa importante questione – e dell'assenza di studi che confrontino direttamente gli effetti di diverse psicoterapie sul funzionamento del cervello – è impossibile al momento formulare una risposta definitiva. Sarebbe necessario un disegno sperimentale più complesso del semplice confronto fra le scansioni prima e dopo il trattamento di pazienti sottoposti a diverse forme di psicoterapia, oltre a una ripetizione indipendente dell'esperimento. Tuttavia, facciamo un passo indietro, ed esaminiamo perché dovremmo attenderci effetti diversificati sull'attività del cervello.

Gli studi citati in precedenza hanno esaminato il trattamento della depressione mediante CBT e IPT. In base a numerosi studi clinici, entrambe le opzioni alleviano i sintomi della depressione, con un'efficacia comparabile agli antidepressivi. D'altra parte, sebbene la CBT e l'IPT siano simili in quanto entrambe forme di terapia a breve termine, con protocolli ben definiti, almeno in teoria il lavoro del terapeuta è molto diverso nelle due forme di trattamento. A differenza della CBT, l'IPT si focalizza principalmente sul miglioramento delle relazioni interpersonali, spesso traendo spunto direttamente dalla relazione fra paziente e terapeuta. Nell'IPT viene posta maggiore attenzione al transfert e alcuni aspetti psicodinamici ricevono un'esplicita considerazione. Inoltre, la terapia cognitiva e quella di orientamento psicodinamico possono basarsi su diversi sistemi di memoria (descritti in precedenza): la terapia cognitiva è più attenta ai ricordi espliciti, mentre quella psicodinamica è più orientata ai ricordi impliciti.

Anche se queste differenze potrebbero non determinare l'*esito* di CBT e IPT, certamente ne influenzano il *processo*. In tal senso, è un peccato che, a oggi, la maggior parte degli studi sulla psicoterapia basati su tecniche di neuroimaging non abbia incluso misure di processo e dell'adesione al trattamento. Senza queste misure, resta possibile che, al netto dei diversi "marchi di fabbrica", alcuni elementi della IPT siano presenti anche nelle sedute di CBT e viceversa. Analogamente, è possibile che il miglioramento dei sintomi sia significativamente influenzato dall'alternarsi di diversi approcci terapeutici.



Questo rischio è più che teorico: altri studi che hanno esaminato il processo psicoterapeutico basandosi su criteri rigorosi indicano chiaramente che l'approccio alla psicoterapia spesso è più eclettico di quanto previsto. In un trial clinico che ha messo a confronto IPT e CBT (Ablon, Jones, 2002) condotte secondo manuale, in *entrambi* i gruppi terapeutici il processo e l'esito erano maggiormente legati all'impiego di tecniche cognitivo-comportamentali. Viceversa, in un altro studio che ha indagato l'efficacia della CBT nella depressione (Hollon, DeRubeis, Evans et al., 1992), i fattori psicodinamici influenzavano sia il processo sia l'esito della terapia (Jones, Pulos, 1993). Molti si spingono a ipotizzare che i fattori psicodinamici abbiano un ruolo persino nella terapia psicofarmacologica (Knobel, 1961; Mintz, 2006) e negli interventi di medicina generale (Weyrauch, 1994), anche quando il clinico non adotta esplicitamente tecniche psicodinamiche. Pertanto, anche se la psicoterapia psicodinamica non è stata "esplicitamente" studiata mediante le tecniche di neuroimaging, molto probabilmente l'influenza dei fattori psicodinamici sull'esito della terapia e sull'attività cerebrale è presente anche nei pazienti che ricevono una terapia comportamentale o cognitivo-comportamentale, come quelli che hanno partecipato agli studi descritti in precedenza. In ogni caso, è impossibile distinguere gli effetti delle diverse tecniche psicoterapeutiche sul funzionamento del cervello senza misurare l'adesione al trattamento o l'andamento del processo terapeutico.

Allo stesso modo, il modello "pre-post", spesso impiegato per confrontare l'attività cerebrale prima e dopo un percorso psicoterapeutico, si basa più sull'esito che sul processo. Negli studi descritti in precedenza, anche se la CBT e l'IPT sembrano esercitare effetti molto simili sul funzionamento cerebrale *come risultato* della terapia, trasformazioni in parallelo potrebbero verificarsi (o non verificarsi) *durante* la terapia. La possibilità di misurare i pattern di attivazione cerebrale in modo sequenziale nel corso della psicoterapia – o, meglio, di monitorarli in ogni singola seduta – sarà decisiva per rispondere a questa domanda, soprattutto se integrata con misure del processo psicoterapeutico.

Quindi, mentre è ormai assodato che la psicoterapia modifica il funzionamento del cervello, il modo in cui ciò avviene e l'effetto delle diverse forme di psicoterapia restano questioni in larga parte ancora senza risposta. Nel prossimo paragrafo, esamineremo in che modo sarà possibile affrontare queste questioni, e le importanti implicazioni pratiche che i progressi nella ricerca neurobiologia potranno avere per la psicoterapia psicodinamica.

## SINTESI E ORIENTAMENTI FUTURI

Alla luce della mole di dati riportati in questo capitolo, è decisamente impegnativo sintetizzarli e pervenire a delle conclusioni. Tuttavia, analogamente

a quanto avviene nella psicoterapia psicodinamica, dove più che sui singoli contenuti, per quanto importanti, ci si sofferma sull'andamento generale, cercheremo di evidenziare i fili conduttori di questa rassegna e le tendenze che nostro avviso hanno ricevuto maggiore sostegno dalla letteratura.

Anzitutto, riteniamo che i dati empirici di grande interesse scientifico che si sono accumulati sulla psicoterapia, gli affetti, i processi sociali e i meccanismi non coscienti (sogni, ipnosi, libere associazioni, meccanismi di difesa ecc.) confermino l'utilità degli studi neurobiologici sulla teoria e la terapia psicodinamica. Detto questo, non abbiamo dubbi che si continuerà a dibattere sull'applicabilità di questi studi al lavoro quotidiano di teorici e clinici di orientamento psicodinamico. È importante e doveroso mettere in discussione la generalizzabilità dei risultati di singoli studi quando i metodi di indagine sono così diversi. Tuttavia, crediamo che sia irresponsabile e controproducente per l'intero settore estendere questa critica fino a contestare l'utilità di qualunque ricerca in ambito neurobiologico, soprattutto in assenza di una conoscenza di prima mano della letteratura (Green, 1996; Hoffman, 2007).

A oggi, sono state individuate diverse strutture e aree del cervello che vengono ipotizzate alla base dei processi più rilevanti dal punto di vista psicodinamico. Queste includono il sistema limbico e paralimbico (amigdala, insula e corteccia orbitofrontale), i sistemi che regolano la memoria (per esempio, corteccia prefrontale dorsolaterale e ippocampo), i sistemi di gestione dei conflitti e di regolazione degli stati affettivi (per esempio, corteccia cingolata anteriore e prefrontale mediale), i sistemi attentivi (corteccia parietale, cingolata e prefrontale) e i sistemi di pianificazione e di memoria procedurale (gangli della base).

D'altra parte, va riconosciuto altrettanto serenamente che la ricerca neurobiologica non può (e, in alcuni casi, non potrà mai) dare tutte le risposte. Anzitutto, riteniamo sia fondamentalmente sbagliato rivolgersi alla neurobiologia per "testare" la validità delle teorie e delle terapie psicodinamiche. Il corpus teorico e clinico è troppo vasto ed eterogeneo per rendere questo possibile. Inoltre, non sembra sensato ritenere che un qualunque corpo di conoscenze, soprattutto quando è rimasto isolato dai metodi empirici, non necessiti di una qualche revisione. Un tentativo simile non sarebbe altro che il risvolto della tesi, ugualmente infondata, secondo cui la ricerca empirica avrebbe "provato" che la psicoanalisi non ha alcun fondamento scientifico (Torrey, 2005). Porre la questione in questi due termini è ugualmente controproducente, perché incoraggia il fanatismo e l'interpretazione selettiva dei dati, anziché l'accurata elaborazione scientifica di teorie complesse e l'integrazione dei dati provenienti da diverse prospettive.

In secondo luogo, sembra sempre più evidente che gli studi in campo neurobiologico non hanno raggiunto un consenso circa l'esistenza di un "inconscio" in senso psicodinamico. Sebbene sia oggi ampiamente riconosciu-

to dai neuroscienziati cognitivi che una parte importante del funzionamento mentale avvenga al di fuori della consapevolezza (Hassin, Uleman, Bargh, 2005), le proprietà e le regole dei sistemi non coscienti – che si definiscano inconsci, impliciti, procedurali o in altro modo – sono complesse e devono ancora essere comprese a fondo. Sembra probabile che in questi processi non coscienti siano coinvolti diversi sistemi cerebrali, tra cui la memoria implicita associativa e la memoria implicita procedurale, e che questi sistemi possano essere legati a concezioni alternative dei processi non coscienti elaborate all'interno della teoria psicodinamica (per esempio, il funzionamento edipico rispetto a quello pre-edipico).

Terzo, è importante sia per chi si occupa di ricerca empirica, sia per i teorici e i clinici di orientamento psicodinamico, riconoscere apertamente che i nuovi paradigmi e i nuovi metodi sperimentali catturano solo *in parte* un fenomeno clinico. Una caratteristica fondamentale di uno studio scientifico è che cerca di ridurre un fenomeno complesso del mondo reale nelle sue parti componenti, allo scopo di poterlo studiare. Naturalmente, da questo non bisogna trarre la conclusione che i modelli sperimentali non abbiano nulla da insegnarci sulla situazione clinica (Peterson, 2005).

Infine, dobbiamo evitare la tentazione, a fronte alla diffusione degli studi di neuroimaging, di presumere di aver localizzato singoli processi psicodinamici in specifiche aree del cervello. Tenuto conto della natura distribuita dei processi cerebrali e del complesso intreccio che caratterizza il sistema da cui dipendono i processi cognitivi, emotivi e sociali, è difficile immaginare di poter localizzare esattamente un certo concetto, che si tratti di inconscio dinamico, rimozione, transfert o cambiamento strutturale. Ignorare queste considerazioni potrebbe peraltro ostacolare il dialogo su questi temi.

Nonostante queste difficoltà, vi sono diversi sviluppi interessanti verso cui le ricerche presentate in questo capitolo sembrano orientarsi. Riteniamo che, con il perfezionamento dei paradigmi sperimentali, i dati raccolti ci consentiranno di identificare le proprietà e le regole dei sistemi neurobiologici rilevanti per la teoria e la terapia psicodinamica. Questo ci consentirà di verificare iterativamente e di affinare i concetti e le teorie psicodinamiche sul funzionamento psicologico normale e patologico. L'ultimo passo consisterà nell'applicazione delle nuove conoscenze allo sviluppo e alla verifica delle teorie cliniche e delle tecniche utilizzate in seduta. Il progresso della ricerca neurobiologica in applicazioni rilevanti per la clinica dipenderà probabilmente dallo sviluppo di tecniche ancora più sofisticate, che consentano di misurare il funzionamento del cervello nel corso delle sedute. Le misure psicofisiologiche (come la conduttanza cutanea e le variazioni della frequenza cardiaca) e la spettrografia funzionale nel vicino infrarosso (*near-infrared imaging*), che misura l'attivazione corticale senza richiedere apparecchi ingombranti come la MRI e la PET, possono avere un ruolo importante al riguardo, e a queste potranno aggiungersi altre tecni-

che in futuro (Marci, Ham, Moran et al., 2007; Izzetoglu, Bunce, Izzetoglu et al., 2004).

È possibile, inoltre, che altre aree di ricerca che iniziano a svilupparsi nell'ambito della psichiatria sperimentale vengano estese anche alla comprensione delle basi della teoria e della terapia psicodinamica. In particolare, la genetica e il temperamento rappresentano due aree di studio fondamentali (e probabilmente connesse) che contribuiscono indubbiamente alla variabilità dell'esito del trattamento psicodinamico, e in ultima analisi alla nostra comprensione dei meccanismi psicopatologici e dei fattori legati al cambiamento terapeutico. Va sottolineato che Freud e altri teorici di orientamento psicodinamico non negavano il ruolo dei fattori ereditari e temperamentali nella comprensione dei pazienti, anche se, in generale, non tutti gli psicoanalisti ne hanno riconosciuto l'importanza (Gay, 1988; Hartmann, 1958). D'altra parte, la neurobiologia e la genetica rappresentano aree in rapida espansione, con una discreta quantità di studi recenti che stabiliscono come certe varianti genetiche predispongano l'individuo verso particolari tratti, che ne influenzano la risposta affettiva, la ricerca di nuovi stimoli e l'evitamento dei pericoli, agendo su sistemi neurali distinti (Hariri, Drabant, Weinberger, 2006; Ebstein, 2006).

Sebbene ci vorrà ancora del tempo, non è difficile immaginare alcune delle importanti implicazioni che potrebbe avere la ricerca in campo neurobiologico per le teorie e le terapie psicodinamiche. È un desiderio a lungo coltivato da teorici e clinici quello di acquisire una migliore capacità di prevedere le risposte dei pazienti, e individuare il trattamento migliore per ognuno di essi. Come avviene già oggi riguardo ad altri trattamenti psichiatrici, in futuro il perfezionamento delle tecniche di ricerca potrebbe consentirci di individuare particolari profili di attività neurobiologica in risposta a determinati compiti, aiutandoci a prevedere l'esito della psicoterapia.

Due studi sul trattamento psicoterapeutico hanno fornito promettenti risultati al riguardo. In uno studio che ha messo a confronto BT e fluoxetina nel trattamento dell'OCD, Brody, Saxena, Schwartz e collaboratori (1998) hanno osservato che la scansione prima del trattamento consentiva di stabilire in che misura i pazienti rispondevano a un trattamento rispetto all'altro. I pazienti che ricevevano fluoxetina ottenevano una migliore risposta se mostravano in partenza una bassa attivazione della corteccia orbitofrontale, mentre in quelli che si sottoponevano alla BT si osservava una migliore risposta se la stessa area era attiva. Alla scansione che precedeva il trattamento delle aree cerebrali di pazienti affetti da depressione, Siegle, Carter e Thase (2006) hanno osservato che un aumento di attività dell'amigdala, e una ridotta attività della corteccia cingolata subgenuale, predicevano una risposta significativamente migliore alla CBT. Questi risultati hanno implicazioni evidenti per la clinica, suggerendo che una scansione cerebrale prima del trattamento possa rappresentare un biomarcatore obiettivo che, qualora si rivelasse affidabile,

potrebbe essere usato per determinare la probabilità di una buona risposta al trattamento da parte di un particolare individuo. Uno studio in corso di Roffman e collaboratori sta esaminando se la stessa tecnica potrebbe essere applicata per prevedere anche la risposta alla terapia psicodinamica.

Ugualmente allettante è la possibilità di studiare l'efficacia di singoli interventi (per esempio, un approccio supportivo confrontato con le interpretazioni transferali) impiegando tecniche neurobiologiche nel corso della seduta. Forse in futuro disporremo di misure raffinate che ci consentiranno di valutare, per esempio, se l'alleanza è abbastanza solida da consentire di lanciarsi in interpretazioni più profonde (Marci, Ham, Moran et al., 2007; Høglend, Amlo, Marble et al., 2006). Con il progresso della medicina verso i trattamenti individualizzati, anche la psicoterapia psicodinamica dovrà tenere il passo (Jones, Perlis, 2006).

Ancor prima di assistere a questi progressi, i clinici possono anticipare i tempi, adattando le loro teorie sui problemi dei pazienti e il vocabolario usato in seduta alle attuali conoscenze in ambito neurobiologico. Oggi i clinici impiegano spesso, nel dialogo con i pazienti, termini come attaccamento, mentalizzazione ed empatia, per cui non è difficile immaginare che le nuove scoperte influenzeranno il loro linguaggio in seduta.

Un'altra immediata applicazione degli studi neurobiologici sulla teoria e terapia psicodinamica riguarda la formazione di psichiatri, psicologi, terapeuti e altri professionisti della salute mentale. Recentemente, l'insegnamento dell'approccio psicodinamico nelle scuole di specializzazione e nei tirocini per psichiatri e psicologi è stato criticato per essere troppo distante dalla letteratura scientifica (Weissman, Verdelli, Gameroff et al., 2006). A fronte della diffusione dei corsi di neuroscienze, i direttori di queste scuole restano, in larga parte, ancorati a una formazione prettamente psicoterapeutica (Roffman, Simon, Prasad et al., 2006). I risultati delle nuove ricerche contribuiranno ad affrontare questo problema, migliorando l'insegnamento dei concetti e delle tecniche che spesso ha fatto più leva sul carisma e le capacità persuasive dell'insegnante che sulla validità delle idee in esso contenute. Inoltre, i concetti presenti in un'attenta disamina della ricerca empirica sulla teoria e sulla terapia psicodinamica sono probabilmente utili per i clinici in formazione di qualunque orientamento. Cappas, Andres-Hyman e Davidson (2005) indicano sette principi relativi alle basi neuroscientifiche della psicoterapia su cui (con la possibile eccezione del quinto principio) esiste ampio consenso.

1. Lo sviluppo del cervello è modellato dall'interazione fra fattori genetici e ambientali.
2. Il cervello si modifica con l'esperienza.
3. I sistemi di memoria presenti nel cervello interagiscono tra loro (per esempio, l'immagazzinamento e il recupero dei ricordi dipendono dal

contesto e non dovrebbero essere considerati lo specchio fedele di quanto accaduto).

4. I processi cognitivi ed emotivi agiscono in concerto.
5. I legami di attaccamento costituiscono la base del cambiamento.
6. Le immagini mentali attivano e stimolano i medesimi sistemi cerebrali attivati dagli stimoli reali.
7. Il cervello è in grado di elaborare informazioni non verbali e inconsce.

Con il progresso della ricerca, dovremo senz'altro perfezionare e integrare i principi che possono essere utilizzati nella formazione dei terapeuti, insieme alle loro basi empiriche.

Senza rinunciare al sano scetticismo verso ogni certezza che caratterizza la scienza e l'approccio psicodinamico nella sua migliore espressione, riteniamo che la stretta collaborazione fra teoria psicodinamica e ricerca empirica abbia un futuro promettente. Nella misura in cui verrà favorito un dialogo mutualmente rispettoso fra le due aree, le nuove scoperte ci consentiranno di perfezionare le nostre teorie e il lavoro clinico con i pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2002), "Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program". In *The American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 775-783.
- ALEXANDER, F. (1950), *Medicina psicosomatica*. Tr. it. Giunti Barbera, Firenze 1951.
- ANDERSEN, S.M., BAUM, A. (1994), "Transference in interpersonal relations: Inferences and affect based on significant-other representations". In *Journal of Personalized Medicine*, 62, pp. 459-497.
- ANDERSEN, S.M., GLASSMAN, N.S., CHEN, S., COLE, S.W. (1995), "Transference in social perception: The role of chronic accessibility in significant-other representations". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp. 41-57.
- ANDERSEN, S.M., REZNIK, I., MANZELLA, L.M. (1996), "Eliciting facial affect, motivation, and expectancies in transference: Significant-other representations in social relations". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, pp. 1108-1129.
- ANDERSON, M.C., OCHSNER, K.N., KUHL, B., COOPER, J., ROBERTSON, E., GABRIELLI, S.W., GLOVER, G.H., GABRIELLI, J.D.E. (2004), "Neural systems underlying the suppression of unwanted memories". In *Science*, 303, pp. 232-235.
- ANDREASEN, N.C., O'LEARY, D.S., CIZADLO, T., ARNDT, S., REZAI, K., WATKINS, G.L., PONTO, L.L., HICHA, R.D. (1995), "Remembering the past: Two facets of episodic memory explored with positron emission tomography". In *The American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1576-1585.
- ANTONUCCIO, D.O., DANTON, W.G., DENELSKY, G.Y. (1995), "Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, pp. 574-585.
- BADDELEY, A. (2003), "Working memory: Looking back and looking forward". In *Nature Reviews Neuroscience*, 4, pp. 829-839.
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A.M., FRITH, U. (1985), "Does the autistic child have a 'theory of mind'?" In *Cognition*, 21, pp. 37-46.
- BARRETT, L.F., MESQUITA, B., OCHSNER, K.N., GROSS, J.J. (2007), "The experience of emotion". In *The Annual Review of Psychology*, 58, pp. 373-403.



- BARTELS, A., ZEKE, S. (2004), "The neural correlates of maternal and romantic love". In *Neuroimage*, 21, pp. 1155-1166.
- BAXTER, L.R. JR., MAZZIOTTA, J.C., PAHL, J.J., GRAFTON, S.T., ST GEORGE-HYSLOP, P., HAINES, J.L., GUSELLA, J.F., SZUBA, M.P., SELIN, C.E., GUZE, B.H. (1992), "Psychiatric, genetic, and positron emission tomographic evaluation of persons at risk for Huntington's disease". In *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 148-154.
- BAXTER, L.R., SCHWARTZ, J.M., BERGMAN, K.S., SZUBA, M.P., GUZE, B.H., MAZZIOTTA, J.C., ALAZRAKI, A., SELIN, C.E., FERNG, H.K., MUNFORD, P., PHELPS, M.E. (1992), "Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder". In *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 681-689.
- BAXTER, L.R., SCHWARTZ, J.M., GUZE, B.H., BERGMAN, K., SZUBA, M.P. (1990), "Neuroimaging in obsessive-compulsive disorder: Seeking the mediating neuroanatomy". In JENIKE, M.A., BAER, L., MINICHELLO, W.E. (a cura di), *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*, 2<sup>nd</sup> ed. Mosby-Year Book, St. Louis, MO, pp. 167-188.
- BERK, M.S., ANDERSEN, S.M. (2000), "The impact of past relationships on interpersonal behavior: Behavioral confirmation in the social-cognitive process of transference". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, pp. 546-562.
- BEUTEL, M.E., STERN, E., SILBERSWEIG, D.A. (2003), "The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: Neuroimaging perspectives". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, pp. 773-801.
- BLASS, R.B., CARMELI, Z. (2007), "The case against neuropsychanalysis: On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, pp. 19-40.
- BLUM, G.S. (1954), "An experimental reunion of psychoanalytic theory with perceptual vigilance and defense". In *The Journal of Abnormal Psychology*, 49, pp. 94-98.
- BRODY, A.L., SAXENA, S., SCHWARTZ, J.M., STOESSEL, P.W., MAIDMENT, K., PHELPS, M.E., BAXTER, L.R. JR. (1998), "FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder". In *Journal of Psychiatric Research*, 84, pp. 1-6.
- BRODY, A.L., SAXENA, S., STOESSEL, P., GILLIES, L.A., FAIRBANKS, L.A., ALBORZIAN, S., PHELPS, M.E., HUANG, S.C., WU, H.M., HO, M.L., HO, M.K., AU, S.C., MAIDMENT, K., BAXTER, L.R. JR. (2001), "Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: Preliminary findings". In *Archives of General Psychiatry*, 58, pp. 631-640.
- BUCHHEIM, A., GEORGE, C., KÄCHELE, H., ERK, S., WALTER, H. (2006), "Measuring adult attachment representation in an fMRI environment: Concepts and assessment". In *Psychopathology*, 39, pp. 136-143.
- CAPPAS, N.M., ANDRES-HYMAN, R., DAVIDSON, L. (2005), "What psychotherapists can begin to learn from neuroscience: Seven principles of a brain-based psychotherapy". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, pp. 374-383.
- CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (1999) (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Tr. it. Fioriti, Roma 2002.
- CHOBANIAN, A.V., BAKRIS, G.L., BLACK, H.R., CUSHMAN, W.C., GREEN, L.A., IZZO, J.L. JR., JONES, D.W., MATERSON, B.J., OPARIL, S., WRIGHT, J.T. JR., ROCCELLA, E.J. (2003), "The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report". In *JAMA*, 289, pp. 2560-2572.
- COOPER, A. (1987), "Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, pp. 77-98.
- CORCORAN, R., FRITH, C.D. (2003), "Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia". In *Psychological Medicine*, 33, pp. 897-905.
- DOUGHERTY, D.D., RAUCH, S.L., ROSENBAUM, J.F. (2004), *Essentials of Neuroimaging for Clinical Practice*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- EBSTEIN, R.P. (2006), "The molecular genetic architecture of human personality: Beyond self-report questionnaires". In *Molecular Psychiatry*, 11, pp. 427-445.
- ELLENBERGER, H.F. (1970), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1976.

- ERDELYI, M.H. (2006), "The unified theory of repression". In *Behavioral and Brain Sciences*, 29, pp. 499-511.
- ETKIN, A., KLEMENHAGEN, K.C., DUDMAN, J.T., ROGAN, M.T., HEN, R., KANDEL, E.R., HIRSCH, J. (2004), "Individual differences in trait anxiety predict the response of the basolateral amygdala to unconsciously processed fearful faces". In *Neuron*, 44, pp. 1043-1055.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G., TARGET, M., GERBER, A. (1996), "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy". In *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, pp. 22-31.
- FONAGY, P., TARGET, M., GERGELY, G., JURIST, E.L. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.
- FREUD, S. (1887-1904), *Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1986.
- FREUD, S. (1895), *Progetto di una psicologia*. Tr. it. in *Opere*, vol. 2. Boringhieri, Torino 1968.
- FURMARK, T., TILFORS, M., MARTEINSDOTTIR, I., FISCHER, H., PISSIOTA, A., LÅNGSTRÖM, B., FREDRIKSON, M. (2002), "Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy". In *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 425-433.
- GABBARD, G.O. (2000a), "A neurobiologically informed perspective on psychotherapy". In *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 117-122.
- GABBARD, G.O. (2000b), "What can neuroscience teach us about transference?". In *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 9, pp. 1-18.
- GABBARD, G.O., GUNDERSON, J.G., FONAGY, P. (2002), "The place of psychoanalytic treatments within psychiatry". In *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 505-510.
- GABBARD, G.O., WESTEN, D. (2003), "Ripensare l'azione terapeutica". Tr. it. in JONES, E.E., *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 225-250.
- GALLAGHER, H.L., FRITH, C.D. (2003), "Functional imaging of 'theory of mind'". In *Trends in Cognitive Sciences*, 7, pp. 77-83.
- GALLESE, V. (2006), "Mirror neurons and intentional attunement: Commentary on olds". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, pp. 47-57.
- GAY, P. (1988), *Freud. Una vita per i nostri tempi*. Tr. it. Bompiani, Milano 1988.
- GERBER, A.J., POSNER, J., GORMAN, D., COLIBAZZI, T., YU, S., WANG, Z., KANGARLU, A., ZHU, H., RUSSELL, J.A., PETERSON, B.S. (2008), "An affective circumplex model of neural systems subserving valence, arousal, and cognitive overlay during the appraisal of emotional faces". In *Neuropsychologia*, 46(8), pp. 2129-2139.
- GIOVE, F., MANGIA, S., BIANCIARDI, M., GARREFFA, G., DI SALLE, F., MORRONE, R., MARAVIGLIA, B. (2003), "The physiology and metabolism of neuronal activation: In vivo studies by NMR and other methods". In *Magnetic Resonance Imaging*, 21, pp. 1283-1293.
- GLASSMAN, N.S., ANDERSEN, S.M. (1999), "Activating transference without consciousness: Using significant-other representations to go beyond what is subliminally given". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, pp. 1146-1162.
- GOLDAPPLE, K., SEGAL, Z., GARSON, C., LAU, M., BIELING, P., KENNEDY, S., MAYBERG, H. (2004), "Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy". In *Archives of General Psychiatry*, 61, pp. 34-41.
- GOLDMAN, W., MCCULLOCH, J., CUFFEL, B., ZARIN, D.A., SUAREZ, A., BURNS, B.J. (1998), "Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression". In *Psychiatric Services*, 49, pp. 477-482.
- GOOSSENS, L., SUNAERT, S., PEETERS, R., GRIEZ, E.J., SCHRUIERS, K.R. (2007), "Amygdala hyperfunction in phobic fear normalizes after exposure". In *Biological Psychiatry*, 62, pp. 1119-1125.
- GREEN, A. (1996), "Quale ricerca per la psicoanalisi?". Tr. it. in BONAMINIO, V., FABOZZI, P. (a cura di), *Quale ricerca per la psicoanalisi?* Franco Angeli, Milano 2002, pp. 31-38.
- HAPPE, F. (2003), "Theory of mind and the self". In *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, pp. 134-144.
- HARRI, A.R., DRABANT, E.M., WEINBERGER, D.R. (2006), "Imaging genetics: Perspectives from studies of genetically driven variation in serotonin function and corticolimbic affective processing". In *Biological Psychiatry*, 59, pp. 888-897.



- HARTMANN, H. (1958), *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1966.
- HASSIN, R.R., ULEMAN, J.S., BARGH, J.A. (2005), *The New Unconscious*. Oxford University Press, New York.
- HOFFMAN, I.Z. (2007), "Doublethinking' our way to scientific legitimacy: The desiccation of human experience". Relazione presentata al Winter meeting of the American Psychoanalytic Association, New York.
- HØGLEN, P., AMLO, S., MARBLE A., BØGWALD, K.-P., SØRBIE, Ø., SJAASTAD, M.C., HEYERDAHL, O. (2006), "Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations". In *The American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1739-1746.
- HOLLON, S.D., DERUBEIS, R.J., EVANS, M.D., WIEMER, M.J., GARVEY, M.J., GROVE, W.M., TUASON, V.B. (1992), "Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination". In *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 774-781.
- IACOBONI, M., DAPRETTO, M. (2006), "The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction". In *Nature Reviews Neuroscience*, 7, pp. 942-951.
- INSEL, T.R. (1997), "A neurobiological basis of social attachment". In *The American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 726-735.
- INSEL, T.R. (2003), "Is social attachment an addictive disorder?". In *Physiology & Behavior*, 79, pp. 351-357.
- INSEL, T.R., YOUNG, L.J. (2001), "The neurobiology of attachment". In *Nature Reviews Neuroscience*, 2, pp. 129-136.
- IZZETOGLU, K., BUNCE, S., IZZETOGLU, M., ONARAL, B., POURREZAEI, K. (2004), "Functional near-infrared neuroimaging". In *Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), Annual International Conference of the IEEE*, 7, pp. 5333-5336.
- JONES, D.S., PERLIS, R.H. (2006), "Pharmacogenetics, race, and psychiatry: Prospects and challenges". In *The Harvard Review of Psychiatry*, 14, pp. 92-108.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993), "Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies". In *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, pp. 306-316.
- KANDEL, E.R. (1998), "Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria". Tr. it. in *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 39-68.
- KANDEL, E.R. (1999), "La biologia e il futuro della psicoanalisi: Una rilettura di 'Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria'". Tr. it. in *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 75-122.
- KANDEL, E.R., KUPFERMAN, O., IVERSEN, S. (2000), "Apprendimento e memoria". Tr. it. in KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., JESSELL, T.M. (a cura di), *Principi di neuroscienze*, 3ª ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2003, pp. 1214-1234.
- KELLEY, W.M., MACRAE, C.N., WYLAND, C.L., CAGLAR, S., INATI, S., HEATHERTON, T.F. (2002), "Finding the self? An event-related fMRI study". In *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 785-794.
- KENNEDY, S.H., KONARSKI, J.Z., SEGAL, Z.V., LAU, M.A., BIELING, P.J., MCINTYRE, R.S., MAYBERG, H.S. (2007), "Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial". In *The American Journal of Psychiatry*, 164, pp. 778-788.
- KERNBERG, O. (1999), "Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 80, pp. 1075-1091.
- KIHLSTROM, J.F. (1987), "The cognitive unconscious". In *Science*, 237, pp. 1445-1452.
- KIHLSTROM, J.F. (2004), "Availability, accessibility, and subliminal perception". In *Consciousness and Cognition*, 13, pp. 92-100.
- KNOBEL, M. (1961), "Psychodynamics of psychopharmacology". In *The Journal of Nervous Mental Disease*, 133, pp. 309-315.
- KNOWLTON, B.J., MANGELS, J.A., SQUIRE, L.R. (1996), "A neostriatal habit learning system in humans". In *Science*, 273, pp. 1399-1402.
- KNOWLTON, B.J., SQUIRE, L.R., GLUCK, M.A. (1994), "Probabilistic classification learning in amnesia". In *Learning & Memory*, 1, pp. 106-120.

- LAMM, C., BATSON, C.D., DECETY, J. (2007), "The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal". In *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, pp. 42-58.
- LANE, R.D., GARFIELD, D.A.S. (2005), "Becoming aware of feelings: Integration of cognitive-developmental, neuroscientific, and psychoanalytic perspectives". In *Neuropsychoanalysis*, 7, pp. 5-30.
- LECKMAN, J.F., HERMAN, A.E. (2002), "Maternal behavior and developmental psychopathology". In *Biological Psychiatry*, 51, pp. 27-43.
- LEDoux, J. (2003), "The emotional brain, fear, and the amygdala". In *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23, pp. 727-738.
- LIEBERMAN, M.D. (2007), "Social cognitive neuroscience: A review of core processes". In *The Annual Review of Psychology*, 58, pp. 259-289.
- LIGGAN, D.Y., KAY, J. (1999), "Some neurobiological aspects of psychotherapy". In *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, pp. 103-114.
- LINDEN, D.E.J. (2006), "How psychotherapy changes the brain: The contribution of functional neuroimaging". In *Molecular Psychiatry*, 11, pp. 528-538.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1998), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2<sup>nd</sup> ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- MAQUET, P. (2000), "Functional neuroimaging of normal human sleep by positron emission tomography". In *Journal of Sleep Research*, 9, pp. 207-231.
- MAQUET, P., LAUREYS, S., PEIGNEUX, P., FUCHS, S., PETIAU, C., PHILLIPS, C., AERTS, J., DEL FIORE, G., DEGUELDRE, C., MEULEMANS, T., LUXEN, A., FRANCK, G., VAN DER LINDEN, M., SMITH, C., CLEEREMANS, A. (2000), "Experience-dependent changes in cerebral activation during human REM sleep". In *Nature Neuroscience*, 3, pp. 831-836.
- MAQUET, P., PETERS, J., AERTS, J., DELFIORE, G., DEGUELDRE, C., LUXEN, A., FRANCK, G. (1996), "Functional neuroanatomy of human rapid-eye-movement sleep and dreaming". In *Nature*, 383, pp. 163-166.
- MARCI, C., REISS, H. (2005), "The clinical relevance of psychophysiology: Support for the psychobiology of empathy and psychodynamic process". In *American Journal of Psychotherapy*, 59, pp. 213-226.
- MARCI, C.D., HAM, J., MORAN, E., ORR, S.P. (2007), "Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, pp. 103-111.
- MARCI, C.D., ORR, S.P. (2006), "The effect of emotional distance on psychophysiological concordance and perceived empathy between patient and interviewer". In *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31, pp. 115-128.
- MASON, M.F., NORTON, M.I., VAN HORN, J.D., WEGNER, D.M., GRAFTON, S.T., MACRAE, C.N. (2007), "Wandering minds: The default network and stimulus-independent thought". In *Science*, 315, pp. 393-395.
- MCGINNIES, E., BOWLES, W. (1949), "Personal values as determinates of perceptual fixation". In *Journal of Personalized Medicine*, 18, pp. 224-235.
- MCGUIRE, P.K., BENCH, C.J., FRITH, C.D., MARKS, I.M., FRACKOWIAK, R.S., DOLAN, R.J. (1994), "Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena". In *The British Journal of Psychiatry*, 164, pp. 459-468.
- MENNINGER, W.W. (1992), "Integrated treatment of panic disorder and social phobia". In *Bulletin of The Menninger Clinic*, 56, pp. A61-70.
- MILAD, M.R., RAUCH, S.L., PITMAN, R.K., QUIRK, G.J. (2006), "Fear extinction in rats: Implications for human brain imaging and anxiety disorders". In *Biological Psychology*, 73, pp. 61-71.
- MINTZ, D. (2006), "Psychodynamic trojan horses: Using psychopharmacology to teach psychodynamics". In *The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, pp. 151-161.
- MITCHELL, J.P., BANAJI, M.R., MACRAE, C.N. (2005), "General and specific contributions of the medial prefrontal cortex to knowledge about mental states". In *Neuroimage*, 28, pp. 757-762.

- MITCHELL, J.P., HEATHERTON, T.F., MACRAE, C.N. (2002), "Distinct neural systems subserve person and object knowledge". In *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99, pp. 15238-15243.
- MITTERSCHIFFTHALER, M.T., ETTINGER, U., MEHTA, M.A., MATAIX-COLS, D., WILLIAMS, S.C. (2006), "Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry". In *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 23, pp. 851-861.
- NORTHOFF, G., HEINZEL, A., DE GRECK, M., BERMPHOHL, F., DOBROWOLNY, H., PANKSEPP, J. (2006), "Self-referential processing in our brain: A meta-analysis of imaging studies on the self". In *Neuroimage*, 31, pp. 440-457.
- OCHSNER, K.N., BUNGE, S.A., GROSS, J.J., GABRIELI, J.D. (2002), "Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion". In *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, pp. 1215-1229.
- OCHSNER, K.N., CHIU, C.Y., SCHACTER, D.L. (1994), "Varieties of priming". In *Current Opinion in Neurobiology*, 4, pp. 189-194.
- OCHSNER, K.N., LIEBERMAN, M.D. (2001), "The emergence of social cognitive neuroscience". In *American Psychologist*, 56, pp. 717-734.
- OLDS, D.D. (1994), "Connectionism and psychoanalysis". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, pp. 581-611.
- OLDS, D.D. (2006), "Identification: Psychoanalytic and biological perspectives". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, pp. 17-46.
- PAQUETTE, V., LEVESQUE, J., MENSOUR, B., LEROUX, J.M., BEAUDOIN, G., BOURGOUIN, P., BEAUREGARD, M. (2003), "'Change the mind and you change the brain': Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia". In *Neuroimage*, 18, pp. 401-409.
- PATON, J.J., BELOVA, M.A., MORRISON, S.E., SALZMAN, C.D. (2006), "The primate amygdala represents the positive and negative value of visual stimuli during learning". In *Nature*, 439, pp. 865-870.
- PELED, A., GEVA, A.B. (1999), "Brain organization and psychodynamics". In *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, pp. 24-39.
- PERRON, R. (1999), "Reflections on psychoanalytic research problems: The French speaking view". In IPA (a cura di), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Research Committee of the International Psychoanalytic Association, London, pp. 8-19.
- PETERSON, B.S. (2002), "Indeterminacy & compromise formation: Implications for a psychoanalytic theory of mind". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 83, pp. 1017-1035.
- PETERSON, B.S. (2005), "Clinical neuroscience and imaging studies of core psychoanalytic constructs". In *Clinical Neuroscience Research*, 4, pp. 349-365.
- POSNER, J., RUSSELL, J., PETERSON, B.S. (2005), "The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology". In *Developmental Psychopathology*, 17, pp. 715-734.
- POSNER, M.I., ROTHBART, M.K. (2007), "Research on attention networks as a model for the integration of psychological science". In *The Annual Review of Psychology*, 58, pp. 1-23.
- PRICE, B.H., ADAMS, R.D., COYLE, J.T. (2000), "Neurology and psychiatry: Closing the great divide". In *Neurology*, 54, pp. 8-14.
- RAUCH, S.L., JENIKE, M.A., ALPERT, N.M., BAER, L., BREITER, H.C., SAVAGE, C.R., FISCHMAN, A.J. (1994), "Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography". In *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 62-70.
- RAZ, A., BUHLE, J. (2006), "Typologies of attentional networks". In *Nature Reviews Neuroscience*, 7, pp. 367-379.
- RAZ, A., FAN, J., POSNER, M.I. (2005), "Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain". In *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 102, pp. 9978-9983.
- RAZ, A., LAMAR, M., BUHLE, J.T., KANE, M.J., PETERSON, B.S. (2007), "Selective biasing of a specific bistable-figure percept involves fMRI signal changes in frontostriatal circuits: A step toward unlocking the neural correlates of top-down control and self-regulation". In *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(2), pp. 137-156.

- RAZ, A., SHAPIRO, T. (2002), "Hypnosis and neuroscience: A cross talk between clinical and cognitive research". In *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 85-90.
- RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., FOGASSI, L., GALLESE, V. (1999), "Resonance behaviors and mirror neurons". In *Archives Italiennes de Biologie*, 137, pp. 85-100.
- ROFFMAN, J.L., MARCI, C.D., GLICK, D.M., DOUGHERTY, D.D., RAUCH, S.L. (2005), "Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy". In *Psychological Medicine*, 35, pp. 1385-1398.
- ROFFMAN, J.L., SIMON, A.B., PRASAD, K.M., TRUMAN, C.J., MORRISON, J., ERNST, C.L. (2006), "Neuroscience in psychiatry training: How much do residents need to know?". In *The American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 919-926.
- RUSSELL, J.A. (2003), "Core affect and the psychological construction of emotion". In *Psychological Review*, 110, pp. 145-172.
- SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C., DREHER, A.U (1997), *I modelli della mente di Freud*. Tr. it. Franco Angeli, Milano 2001.
- SATCHER, D. (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. United States Public Health Service, Rockville.
- SAXE, R., MORAN, J.M., SCHOLZ, J., GABRIELI, J. (2006), "Overlapping and non-overlapping brain regions for theory of mind and self-reflection in individual subjects". In *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1, pp. 229-234.
- SAXENA, S., BRODY, A.L., MAIDMENT, K.M., DUNKIN, J.J., COLGAN, M., ALBORZIAN, S., PHELPS, M.E., BAXTER, L.R. JR. (1999), "Localized orbitofrontal and subcortical metabolic changes and predictors of response to paroxetine treatment in obsessive-compulsive disorder". In *Neuropsychopharmacology*, 21, pp. 683-693.
- SCHACTER, D.L., SLOTNICK, S.D. (2004), "The cognitive neuroscience of memory distortion". In *Neuron*, 44, pp. 149-160.
- SHAMAY-TSOORY, S.G., LESTER, H., CHISIN, R., ISRAEL, O., BAR-SHALOM, R., PERETZ, A., TOMER, R., TSITRINBAUM, Z., AHARON-PERETZ, J. (2005), "The neural correlates of understanding the other's distress: A positron emission tomography investigation of accurate empathy". In *Neuroimage*, 27, pp. 468-472.
- SHEVRIN, H., GHANAM, J.H., LIBET, B. (2002), "A neural correlate of consciousness related to repression". In *Consciousness and Cognition*, 11, pp. 334-341.
- SIEGLE, G.J., CARTER, C.S., THASE, M.E. (2006), "Use of fMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behavior therapy". In *The American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 735-738.
- SILVERMAN, L.H., WEINBERGER, J. (1985), "Mommy and I are one: Implications for psychotherapy". In *American Psychologist*, 40, pp. 1296-308.
- SINGER, T. (2006), "The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research". In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, pp. 855-863.
- SMITH, E.E., KOSSLYN, S.M. (2007), "Encoding and retrieval from long-term memory". In *Cognitive Psychology: Mind and Brain*. Prentice Hall, Upper Saddle River, pp. 195-246.
- SVOBODA, E., MCKINNON, M.C., LEVINE, B. (2006), "The functional neuroanatomy of autobiographical memory: A metaanalysis". In *Neuropsychologia*, 44, pp. 2189-2208.
- TORREY, E.F. (2005), "Does psychoanalysis have a future? No". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, pp. 743-744.
- WEISSMAN, M.M., VERDELI, H., GAMEROFF, M.J., BLEDSOE, S.E., BETTS, K., MUFSON, L., FITTERLING, H., WICKRAMARATNE, P. (2006), "National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work". In *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 925-934.
- WESTEN, D. (1998), "The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science". In *Psychological Bulletin*, 124, pp. 333-371.
- WESTEN, D. (1999), "The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead?". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, pp. 1061-1106.
- WESTEN, D. (2002), "Implications of developments in cognitive neuroscience for psychoanalytic psychotherapy". In *The Harvard Review of Psychiatry*, 10, pp. 369-373.

- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002a), "Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 53-98.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002b), "Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 99-134.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche". Tr. it. in PDM TASK FORCE (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 565-658.
- WEYRAUCH, K.F. (1994), "The personal knowledge of family physicians for their patients". In *Family Medicine*, 26, pp. 452-455.
- WONG, P.S. (1999), "Anxiety, signal anxiety, and unconscious anticipation: Neuroscientific evidence for an unconscious signal function in humans". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, pp. 817-841.
- WONG, P.S., BERNAT, E., SNODGRASS, M., SHEVRIN, H. (2004), "Event-related brain correlates of associative learning without awareness". In *International Journal of Psychophysiology*, 53, pp. 217-231.
- YAMANISHI, T., NAKAOKI, S., OMORI, I.M., HASHIMOTO, N., SHINAGAWA, Y., HONGO, J., HORIKOSHI, M., TOHYAMA, J., AKECHI, T., SOMA, T., IIDAKA, T., FURUKAWA, T.A. (2009), "Changes after behavior therapy among responsive and nonresponsive patients with obsessive-compulsive disorder". In *Journal of Psychiatric Research*, 172, pp. 242-250.



## 8

### Implicazioni della ricerca in neurobiologia per la psicoterapia del disturbo borderline di personalità

*Glen O. Gabbard*

La previsione di Freud che, un giorno, le conoscenze neurobiologiche sarebbero diventate parte integrante della pratica psicoanalitica inizia ad avverarsi. I dati preliminari sulle componenti neurobiologiche del disturbo borderline di personalità (*borderline personality disorder*, BPD) ci consentono, per la prima volta, di confrontare i principi della tecnica psicoterapeutica con le nostre attuali conoscenze sul funzionamento cerebrale in questo particolare disturbo (Siever, Weinstein, 2009; Gabbard, 2005). In questo capitolo, presenterò quelli che, a mio avviso, sono i punti di connessione fra i meccanismi di azione del trattamento psicoterapeutico e i dati provenienti dalle ricerche neurobiologiche sul BPD. In questo tentativo di integrazione, esplorerò i possibili meccanismi attraverso cui la psicoterapia induce modificazioni a livello cerebrale e in che modo potremmo adattare le nostre tecniche di intervento con i pazienti affetti da BPD sulla base delle attuali conoscenze in ambito neurobiologico.

#### IN CHE MODO LA PSICOTERAPIA MODIFICA IL CERVELLO

Per comprendere in che modo la psicoterapia modifica il cervello, dobbiamo anzitutto evitare di cadere nella tentazione di rifugiarci in una forma di riduzionismo biologico. La mente è espressione dell'attività del cervello (Andreasen, 1997), ma i multiformi aspetti dell'esperienza non possono essere ridotti a mere conseguenze causali dei meccanismi cerebrali. Come sottolineano Schwartz, Stapp e Beauregard (2005), la fisica contemporanea, a differenza di quella classica, sostiene l'idea che i contenuti mentali intrinseci (pensieri, sentimenti e motivazioni) rappresentino fattori causali primari. Essi notano inoltre che un atto di volontà cosciente altera il modo in cui l'esperienza viene elaborata, modificando i meccanismi cerebrali coinvolti. Pertanto, il trattamento psicologico dei disturbi che, dal punto di vista eziologico, presentano una significativa componente neurobiologica, rappresenta un obiettivo realistico e ragionevole.

Questo tentativo di integrare neurobiologia e psicoterapia può essere considerato un buon esempio di quello che Kendler (2001) chiama duali-



smo esplicativo. Psicologia e biologia spiegano fenomeni simili, ciascuna con il proprio linguaggio.

Kandel (1997, 1998) è stato un pioniere nello studio dei meccanismi di base attraverso cui la psicoterapia potrebbe modificare il cervello. Grazie ai suoi esperimenti sulla lumaca di mare *Aplysia*, egli ha notato che, quando quest'organismo apprende qualcosa, il numero di sinapsi raddoppia o si triplica in seguito all'apprendimento. Kandel sottolinea che la psicoterapia è una forma di apprendimento su se stessi che quindi, probabilmente, produce cambiamenti simili a livello cerebrale. In seguito agli studi di Kandel, le tecniche di neuroimaging funzionale si sono perfezionate al punto da permetterci di differenziare gli effetti della psicoterapia e degli psicofarmaci sulla struttura anatomica delle diverse aree cerebrali, come risulta, per esempio, dagli studi preliminari di Goldapple, Segal, Garson e collaboratori (2004). Confrontando terapia cognitivo-comportamentale e gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) nel trattamento di pazienti affetti da depressione, si è visto che la psicoterapia esplicava la sua azione mediante meccanismi di regolazione *top-down*, mentre i farmaci mostravano un'azione di tipo *bottom-up*.

Un altro studio condotto su pazienti depressi (Karlsson, in corso di stampa) ha dato adito a una serie di interessanti ipotesi sugli effetti della psicoterapia a livello cerebrale. Ventitré pazienti affetti da depressione maggiore venivano assegnati casualmente a una psicoterapia dinamica breve o a una terapia a base di fluoxetina. Per entrambi i gruppi il trattamento durava sedici settimane. La densità dei recettori  $5\text{-HT}_{1A}$  è stata stimata prima e dopo il trattamento mediante tomografia a emissione di positroni (PET). L'analisi dei risultati ha mostrato che la psicoterapia incrementava il legame con i recettori  $5\text{-HT}_{1A}$ , mentre i farmaci antidepressivi non modificavano la densità di questi recettori. La conclusione degli autori è che la psicoterapia aveva l'effetto di modificare la struttura molecolare delle sinapsi nei pazienti con depressione maggiore. Anche se questo meccanismo non è necessariamente applicabile anche al BPD, va sottolineato che una disfunzione del sistema serotoninergico è stata identificata anche alla base della neurobiologia di questo disturbo (Siever, Davis, 1991).

Molti studi partono dal presupposto che un disturbo della regolazione emotiva rappresenti il problema principale del BPD (Wagner, Linehan, 1999). Pertanto, vi è un notevole interesse per i meccanismi che permettono al paziente di regolare le proprie risposte emotive. Gli studi preliminari indicano che la corteccia prefrontale potrebbe avere un ruolo importante nello sforzo di regolare le proprie emozioni (Schwartz, Stapp, Beauregard, 2005). La sindrome di Tourette costituisce un modello interessante nello studio di questo fenomeno, poiché rappresenta principalmente un disturbo dell'autoregolazione, che si manifesta con tic facciali e motori. La maggior parte dei pazienti che soffre di questo disturbo avverte segnali premonitori,



che indicano quando stanno per manifestarsi i tic. Questi impulsi sensomotori possono essere soppressi, anche se solo temporaneamente. Peterson, Skudlarski, Anderson e collaboratori (1998) hanno studiato la soppressione dei tic nei bambini impiegando tecniche di neuroimaging. Essi hanno osservato che alcuni bambini affetti da sindrome di Tourette riuscivano meglio di altri a sopprimere questi tic. Nei più abili, questo sforzo si accompagnava all'attivazione della corteccia frontale; nel complesso, questi bambini presentavano inoltre un maggior sviluppo della corteccia frontale e un numero minore di sintomi. I meno abili a sopprimere i tic non mostravano la stessa plasticità nelle risposte, e presentavano un minor sviluppo della corteccia frontale e un maggior numero di sintomi. Questa elegante ricerca dimostra che le dimensioni dell'area frontale aumentano in risposta allo sforzo psichico di regolare i propri impulsi.

Questo paragrafo introduttivo sui meccanismi attraverso cui la psicoterapia modifica il cervello si è soffermato principalmente su entità diagnostiche diverse dal BPD. Prima di affrontare, più nello specifico, il BPD, sarà utile presentare le conoscenze preliminari di cui disponiamo sulle basi neurobiologiche di questo disturbo.

## FONDAMENTI NEUROBIOLOGICI DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Il BPD presenta un'eziologia multifattoriale (Zanarini, Frankenburg, 1997). Molti pazienti hanno avuto esperienza di abusi e maltrattamenti precoci. La ricerca prospettica (Johnson, Cohen, Brown et al., 1999) ha evidenziato un chiaro legame fra i sintomi del disturbo borderline negli adulti e una storia di abusi e maltrattamenti nell'infanzia. D'altra parte, un numero significativo di pazienti borderline non riporta storie di questo tipo nei molti studi retrospettivi condotti.

Da un punto di vista neurobiologico, il transfert implica la rappresentazione degli altri in una rete di unità neurali, la cui attivazione simultanea costituisce, appunto, la rappresentazione (Westen, Gabbard, 2002). Tuttavia, nel BPD, subentrano altri fenomeni che hanno un peso rilevante nella comprensione clinica delle sfide poste da questi pazienti. L'ipervigilanza del paziente con BPD può essere associata a un'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. I pazienti borderline mostrano inoltre una maggiore reattività dell'amigdala in risposta a fotografie di volti con diverse espressioni emotive. Impiegando la tecnica del *morphing* su foto di volti con diverse espressioni emotive, è stato evidenziato che i pazienti borderline identificano gli stati emotivi negli altri più rapidamente dei soggetti di controllo. Un funzionamento non corretto della parte anteriore dell'insula potrebbe rendere più difficile a questi pazienti il mantenimento di una relazione collaborati-

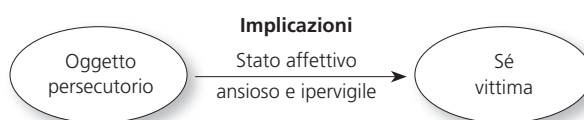
va con gli altri. Tutti questi fenomeni convergono nei caratteristici problemi di transfert che contraddistinguono il trattamento dei pazienti con BPD. Nei prossimi paragrafi, approfondirò ciascuno di questi fattori singolarmente.

#### IPERREATTIVITÀ DELL'ASSE HPA

Una delle conseguenze dei traumi interpersonali prolungati con i genitori o altre figure significative è che i pazienti borderline possono mostrare una costante ipervigilanza, legata al bisogno di scandagliare continuamente l'ambiente in cerca di possibili segnali che gli altri nutrano intenzioni ostili nei loro confronti. Gli studi neurobiologici sembrano confermare queste conseguenze dei traumi evolutivi. Rinne, de Kloet, Wouters e collaboratori (2002) hanno studiato trentanove pazienti di sesso femminile con BPD, che venivano sottoposte a un test di soppressione combinata con desametasone e ormone di rilascio della corticotropina (CRH); la loro risposta veniva confrontata con quella di undici donne sane costituenti il gruppo di controllo. Ventiquattro delle donne affette da BPD riportavano storie di ripetuti abusi nell'infanzia; le altre non avevano sperimentato esperienze di questo tipo. Dall'analisi dei risultati si evidenziava che le pazienti borderline ripetutamente abusate presentavano, in confronto alle donne non abusate, livelli significativamente maggiori dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) e di cortisolo in risposta al test desametasone/CRH. Inoltre, non emergevano differenze significative fra le donne borderline non abusate e il gruppo di controllo. Gli autori concludono che una storia di abusi ripetuti nell'infanzia è associata a un eccessivo rilascio di ACTH. I loro dati indicano che questo stato di iperattivazione fisiologica sia caratteristico di questo sottogruppo di pazienti borderline ma non sia necessariamente presente in quelli che non hanno vissuto esperienze di abuso.

Il dato di un'iperattivazione dell'asse HPA è coerente con le nostre attuali conoscenze sul modo in cui i pazienti borderline organizzano le proprie relazioni oggettuali interne, che sarebbero formate da rappresentazioni del Sé, rappresentazioni dell'oggetto e dagli affetti che le connettono fra loro. Possiamo quindi dedurre che uno stato affettivo ansioso o ipervigile sia legato alla percezione degli altri come persecutori e del Sé come vittima (Gabbard, 2005; figura 8.1).

Quindi, è presente un'aspettativa di ostilità dall'ambiente, e il paziente borderline può interpretare le intenzioni degli altri come persecutorie, entrando continuamente in conflitto con loro. Lo stato di attivazione fisiologica compromette la capacità di mentalizzare accuratamente gli stati interni degli altri. Questa tendenza a percepire gli altri in modo ipervigile sembra legata a un'ipersensibilità dell'amigdala, per cui può essere importante esaminare gli studi condotti su questa struttura fondamentale.



**Figura 8.1** Lo stato affettivo ansioso e ipervigile associato all'ipersensibilità dell'asse HPA è legato a un particolare modello relazionale interno caratterizzato da un oggetto persecutorio e un Sé vittima.

## IL RUOLO DELL'AMIGDALA

Una delle funzioni dell'amigdala è quella di aumentare la vigilanza e promuovere la valutazione da parte dell'individuo di situazioni nuove o ambigue (Donegan, Sanislow, Blumberg et al., 2003). Uno studio basato su tecniche di fMRI (Herpertz, Dietrich, Wenning et al., 2001) ha confrontato sei pazienti di sesso femminile con BPD con altrettanti soggetti di controllo, evidenziando nelle prime una maggiore attivazione dell'amigdala in entrambi gli emisferi cerebrali. Gli autori concludono che la corteccia percettiva dei pazienti borderline potrebbe subire l'influenza dell'amigdala, in direzione di una maggiore attenzione agli stimoli ambientali con una valenza emotiva.

Diversi studi (Wagner, Linehan, 1999; Donegan, Sanislow, Blumberg et al., 2003) hanno esaminato il modo in cui i pazienti borderline reagiscono alla presentazione di volti in confronto a soggetti di controllo. In uno di questi studi (Herpertz, Dietrich, Wenning et al., 2001), i pazienti borderline mostravano un'attivazione significativamente maggiore dell'amigdala sinistra in risposta a espressioni facciali con una valenza emotiva in confronto al gruppo di controllo. Ancora più rilevante è la tendenza dei soggetti borderline, rispetto a quelli di controllo, ad attribuire qualità negative ai volti neutri. I volti inespressivi venivano considerati come minacciosi, inaffidabili e in procinto di commettere azioni scellerate. Un'iperattivazione dell'amigdala potrebbe essere coinvolta nella predisposizione di questi pazienti a essere ipervigili e ipersensibili a espressioni emotive relativamente benigne. L'interpretazione errata delle espressioni facciali neutre è evidentemente riconducibile ai travisamenti del transfert che si osservano in questi pazienti durante la psicoterapia e alla ripetuta formazione di esperienze di "oggetti cattivi" nelle loro vite. È anche legata all'osservazione, riportata da molti terapeuti, della tendenza di questi pazienti a percepire i confini professionali e la neutralità del terapeuta come crudeli e prevaricanti (Gabbard, Wilkinson, 1994).

*Implicazioni per la psicoterapia.* Questi risultati hanno una serie di implicazioni per i terapeuti che hanno in cura pazienti con BPD. Anzitutto, in linea con la letteratura sull'autoregolazione delle risposte emotive, bisogna riconoscere che il *cambiamento terapeutico richiede uno sforzo*. Quest'assioma

può sembrare ovvio, ma nella mia esperienza di consulente e supervisore, molti terapeuti non si impegnano sufficientemente in questo sforzo consapevole. Per esempio, alcuni pazienti occupano l'intera seduta per raccontare ciò che gli è successo nei giorni precedenti senza fermarsi a riflettere sul significato degli eventi riportati – per esempio, i fattori che hanno scatenato una risposta emotiva e le conseguenze sulle relazioni interpersonali. Lo psicoterapeuta deve, senza mezzi termini, interrompere il paziente in alcuni momenti e insistere perché rifletta sul significato di quanto riportato. È così che si forma l'alleanza terapeutica, in cui terapeuta e paziente collaborano nell'obiettivo comune di comprendere le esperienze e moderare le risposte emotive. Dal punto di vista neurobiologico, il terapeuta distoglie le risorse mentali dal sistema limbico e le dirige verso le funzioni prefrontali superiori. Le psicoterapie validate empiricamente per il BPD, come la terapia dialettico-comportamentale (*dialectical behavior therapy*, DBT), la terapia basata sulla mentalizzazione (*mentalization-based therapy*, MBT) e la psicoterapia focalizzata sul transfert (*transference-focused psychotherapy*, TFP), si basano tutte su tecniche che promuovono l'autoriflessione e la mindfulness. Gli studi basati sulle tecniche di neuroimaging avallano quest'approccio orientato ad attenuare l'iperreattività dell'amigdala. Ochsner, Bunge, Gross e collaboratori (2002) hanno mostrato che ripensare o modificare il significato attribuito alle emozioni induce un'attivazione prefrontale che modula le emozioni negative basate sul sistema limbico come la paura. Su quest'aspetto la convergenza fra terapia cognitiva e terapia dinamica è evidente, in quanto entrambe sottolineano l'importanza del lavoro sui pensieri del paziente in situazioni di intensa affettività come queste.

Uno studio preliminare sulla psicoterapia psicodinamica mostra che l'attivazione frontale potrebbe essere un fattore determinante ai fini dell'efficacia della MBT (Lai, Daini, Calcagni, 2007). In questo studio pilota, cinque pazienti con BPD e cinque soggetti di controllo erano sottoposti a una tomografia computerizzata a emissione di singolo fotone (SPECT) prima e dopo il trattamento. In confronto al gruppo di controllo, tutti e cinque i pazienti con BPD mostravano un minore livello di attivazione nelle aree frontali prima del trattamento. Ciascun paziente, quindi, seguiva per sedici mesi una psicoterapia basata sulla mentalizzazione, secondo il protocollo di Fonagy e Bateman, senza assumere psicofarmaci. Solo due dei cinque pazienti con BPD si sono sottoposti alla seconda SPECT dopo il trattamento.

L'analisi dei dati rivela che i due pazienti sottoposti alla SPECT dopo il trattamento mostravano un miglioramento osservabile sotto forma di una riduzione di impulsività, atti autodistruttivi e instabilità affettiva. Il pattern neurale successivo al trattamento indica un'intensa attivazione frontale in questi due soggetti, assente prima della terapia, suggerendo una modulazione corticale più efficace delle aree sottocorticali.

## L'IPERSENSIBILITÀ EMOTIVA

L'errata lettura delle espressioni facciali neutre osservabile nei pazienti con BPD è solo un aspetto del problema più generale che questi individui hanno con le espressioni emotive dei volti. Wagner e Linehan (1999) hanno osservato in un loro studio che le donne con una diagnosi di BPD riconoscevano, in realtà, più facilmente i volti che esprimevano paura rispetto ai soggetti di controllo. Altri studi indicano un quadro più complesso.

Blair, Colledge, Murray e collaboratori (2001) e Lynch, Rosenthal, Kosson e collaboratori (2006), per valutare la capacità dei pazienti con BPD di rispondere accuratamente alle espressioni emotive, hanno progettato un esperimento basato sulla tecnica del *morphing*, in cui i volti si trasformano gradualmente e monotonicamente, assumendo prima un'espressione neutra e poi via via più intensa e prototipica. Questa tecnica consente non solo di valutare l'accuratezza del riconoscimento, ma anche quanto intensa deve essere un'espressione facciale per permetterne il riconoscimento.

Impiegando questo metodo, Lynch, Rosenthal, Kosson e collaboratori (2006) hanno confrontato venti individui con BPD con altrettanti soggetti di controllo. Nel corso della trasformazione dall'espressione neutra all'espressione emotiva intensa, i soggetti con BPD identificavano correttamente l'emozione espressa prima di quanto facessero i soggetti di controllo. In generale, i soggetti con BPD erano più sensibili nell'identificare le espressioni emotive dei soggetti di controllo, indipendentemente dalla loro valenza. Gli autori hanno concluso che questi risultati sostengono l'ipotesi che, alla base del BPD, vi sia un'ipersensibilità emotiva. È possibile che tale ipersensibilità sia legata a un'iperreattività dell'asse HPA e a una risposta eccessiva dell'amigdala al trauma. Tuttavia, i risultati non erano stratificati in termini di gravità degli abusi subiti, e quindi una conclusione di questo tipo non può essere chiaramente avanzata. Gli autori sottolineano inoltre che un disturbo della regolazione emotiva rappresenti un aspetto centrale del BPD, e che questi individui reagiscano smisuratamente a espressioni emotive e stimoli interpersonali relativamente marginali. Inoltre, per quei pazienti che sperimentano un trauma infantile precoce, questa ipervigilanza agli stati emotivi negli altri potrebbe avere un valore adattivo e protettivo.

Il riconoscimento delle emozioni facciali è stato anche studiato da Baron-Cohen, Wheelwright, Hill e collaboratori (2001) usando il Reading the Mind in the Eyes Test (RMET). In questo test vengono presentate alcune foto rappresentanti degli occhi; il soggetto deve scegliere, fra quattro opzioni, quale emozione esprime ciascun sguardo. Alla luce della frequente osservazione che nelle persone con BPD il giudizio sulle espressioni facciali è distorto, si può dedurre che esse non siano in grado di mentalizzare adeguatamente ciò che percepiscono in questi sguardi e di interpretare correttamente ciò che essi riflettono. La mentalizzazione, definita come l'attività

mentale immaginativa volta a percepire e interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali intenzionali (Bateman, Fonagy, 2004), è variabile nei pazienti con BPD. Essa oscilla lungo un continuum: in alcuni momenti può essere accurata, in altri estremamente inaccurata. Bateman e Fonagy (2004) ritengono che la mentalizzazione sia intimamente legata al senso di essere compresi da una figura di attaccamento, e che quindi i pazienti con BPD abbiano problemi a mantenere salda questa capacità nell'ambito di un'intensa relazione di attaccamento. La capacità di leggere i volti e associare le espressioni facciali all'esperienza interiore di qualcuno è connessa sia all'intensità della relazione di attaccamento sia alla presenza o assenza di forti emozioni associate a questa persona.

Fertuck, Song, Morris e collaboratori (2009) hanno messo a confronto trenta pazienti con BPD con venticinque soggetti di controllo, utilizzando il test degli occhi. Essi hanno osservato che il gruppo BPD otteneva risultati migliori al test rispetto al gruppo di controllo costituito da soggetti sani. Questa migliore performance è probabilmente legata al maggiore potenziale di minaccia percepito negli stimoli facciali e all'ipervigilanza evidenziata in precedenza. Le facce neutre possono rappresentare la minaccia più ambigua, per cui sono queste che destano maggiore allerta. In effetti, rispetto al gruppo di controllo, il gruppo BPD era particolarmente sensibile proprio alle espressioni facciali neutre. Gli autori sottolineano che la percezione delle espressioni facciali è particolarmente accurata nei pazienti con BPD a causa del loro bisogno di monitorare continuamente le variazioni negli stati emotivi degli altri, un bisogno che assume un valore di sopravvivenza. Tuttavia, il nucleo problematico del BPD non risiede nella percezione delle espressioni emotive, ma nell'*interpretazione* di tali espressioni. Il problema è più evidente con i volti neutri a causa della loro ambiguità. La difficoltà sembra dipendere dall'incapacità di stabilire se qualcuno è degno di fiducia o no. I pazienti con BPD possono presentare serie difficoltà nell'accordare fiducia alle espressioni facciali e reagire eccessivamente a ogni minimo segno di ostilità.

Questi studi ci aiutano ad affrontare una lunga controversia riguardante il BPD: ovvero, in questi pazienti la percezione del terapeuta è distorta? In molti resoconti clinici emerge come questi pazienti sviluppino un'estrema sensibilità, a volte definita come un vero e proprio "radar", al controtransfert del terapeuta. In altri casi viene notato come le distorsioni delle intenzioni del terapeuta possano arrivare ai limiti del delirio. Quindi, alla luce dei risultati della ricerca sull'ipersensibilità emotiva di questi pazienti, possiamo concludere che entrambe le caratteristiche sono presenti. Hanno un modo fuori dal comune di leggere i volti, ma la loro interpretazione di ciò che passa nella mente del terapeuta può essere più o meno precisa. Il grado di accuratezza probabilmente dipende dalla relazione di attaccamento che si è instaurata tra i due, dalla presenza di emozioni intense e dal grado di ambiguità delle espressioni facciali.



*Implicazioni per la psicoterapia.* I terapeuti che hanno in cura pazienti affetti da BPD devono riconoscere che la mentalizzazione spazia lungo un continuum e può essere accurata in alcuni momenti e assente in altri, in base allo stato affettivo del paziente e all'intensità dell'attaccamento al terapeuta. Una delle implicazioni cliniche è che il terapeuta dovrebbe considerare la possibilità che il paziente sia perfettamente sintonizzato su uno stato emotivo del terapeuta di cui quest'ultimo non è ancora consapevole. Quest'idea è in linea con il vecchio monito di Searles (1986) e altri, secondo cui ogni volta che un paziente percepisce il terapeuta in modo apparentemente paranoico, un buon punto di partenza per il terapeuta consiste nell'assumere che vi possa essere un fondo di verità in questa percezione. I clinici dovrebbero anche ricordare che i volti neutri rappresentano per questi pazienti una fonte di ambiguità e minaccia, e quindi essere consapevoli dei messaggi non verbali che inviano. Il proverbiale "schermo bianco" non si addice al trattamento del BPD; è invece consigliabile che il terapeuta costruisca un dialogo caloroso e spontaneo con il paziente, rispettando il fatto che egli possa talvolta essere sospettoso circa le sue reali intenzioni.

Un altro intervento utile con questi pazienti consiste nell'aiutarli a elaborare le loro percezioni e interpretazioni di queste percezioni. Il terapeuta potrebbe chiedere, per esempio, cosa c'è nella sua espressione facciale o nel suo atteggiamento che fa sospettare al paziente che vi sia in lui malafede quando, in realtà, non sono queste le sue intenzioni. Si potrebbe inoltre invitare il paziente a considerare punti di vista alternativi – una delle tecniche fondamentali della MBT – e aiutarlo a esplorare più a fondo il mondo soggettivo degli altri. D'altra parte, il terapeuta deve tenere presente che il paziente potrebbe stare male interpretando o reagendo eccessivamente a piccoli cambiamenti nell'espressione facciale del terapeuta che, dal suo punto di vista, sono effettivamente ambigui.

Diversi studi mostrano che i pazienti affetti da BPD riportano la tendenza a percepire rabbia, rifiuto o minaccia nelle interazioni sociali (Domes, Schulze, Herpertz, 2009). Questo fenomeno è stato indagato impiegando tecniche di imaging funzionale, che hanno evidenziato anomalie nel circuito che connette l'amigdala alla corteccia prefrontale, che, come notato in precedenza, presiede alla regolazione degli stati affettivi. Pertanto, il clinico deve essere consapevole che, spesso, in questi pazienti le forti emozioni interferiscono con la capacità di pensiero razionale. L'attivazione emotiva osservata nei pazienti borderline può in parte contribuire alla difficoltà da essi mostrata nel riconoscimento delle espressioni emotive e nella loro interpretazione. Un'implicazione di questo dato è che potrebbe essere utile posporre il lavoro esplorativo e interpretativo fino a quando l'attivazione emotiva di questi pazienti non sia scesa a livelli accettabili. Pine (1985) ha coniato l'espressione "battere il ferro quando è freddo" per indicare la necessità di concedere al paziente il tempo necessario per poter beneficiare dell'esplorazione delle proprie percezioni.

## NEURONI SPECCHIO E MENTALIZZAZIONE

Gli studi più recenti supportano l'ipotesi che la mentalizzazione si basi, almeno in parte, su delle percezioni "simulate" delle emozioni e degli stati mentali degli altri (Abu-Akel, 2003; Adolphs, 2002; Grezes, Frith, Passingham, 2004; Ramnani, Miall, 2004). Questa ipotesi è sostenuta dagli studi che dimostrano che imitare le espressioni facciali degli altri riproduce nell'imitatore il contenuto mentale di queste espressioni (Adolphs, Damasio, Tranel, 2000).

I neuroni specchio situati nella corteccia premotoria sembrano attivare automaticamente simulazioni interne inconsce corrispondenti ai comportamenti osservati negli altri, in modo tale da permettere di ricostruirne le emozioni e gli stati mentali (Abu-Akel, 2003; Grezes, Frith, Passingham, 2004; Adolphs, 2001). I neuroni specchio vengono attivati *non solo* dall'esecuzione di comportamenti finalizzati a uno scopo, come afferrare un oggetto o aggrottare la fronte, ma anche dall'osservazione di questi comportamenti negli altri (Grezes, Frith, Passingham, 2004; Adolphs, 2001; Buccino, Binkofski, Riggio, 2004; Gallese, 2003; Hari, Forss, Avikainen et al., 1998; Tai, Scherfler, Brooks, 2004). Gallese (2003) ha avanzato l'ipotesi che nel cervello esistano numerosi meccanismi di rispecchiamento che consentono la comunicazione intersoggettiva e l'attribuzione dell'intenzionalità.

Per esempio, le rappresentazioni dell'espressione facciale accigliata di un'altra persona sarebbero registrate nel solco temporale superiore e nel giro fusiforme dell'osservatore (Abu-Akel, 2003; Adolphs, 2002). Queste rappresentazioni attiverrebbero a loro volta i neuroni specchio presenti nella corteccia premotoria (Abu-Akel, 2003; Adolphs, 2002), che producono nell'osservatore delle simulazioni inconsce dell'atto dell'accigliarsi (Grezes, Frith, Passingham, 2004; Ramnani, Miall, 2004; Tai, Scherfler, Brooks, 2004). Si ritiene che queste simulazioni inneschino una serie di stati mentali ed emotivi corrispondenti (per esempio, rabbia; Abu-Akel, 2003).

Diversi studi indicano che la coscienza degli stati affettivi propri e altrui dipende dalla codifica delle *rappresentazioni* di questi stati in due aree della corteccia somatosensoriale destra: l'insula e l'area SSII (Adolphs, 2001; Damasio, 2003; Damasio, Grabowski, Bechara et al., 2000; Critchley, Mathias, Dolan, 2001; Singer, Seymour, O'Doherty et al., 2004). Le due aree sembrano avere un ruolo importante nella genesi delle rappresentazioni neurali non coscienti degli stati affettivi associati a diverse emozioni (Adolphs, Damasio, Tranel, 2000; Damasio, Grabowski, Bechara et al., 2000). Alcuni autori hanno ipotizzato che la corteccia prefrontale abbia il compito di leggere le rappresentazioni neurali degli stati affettivi propri e altrui trasmesse dall'insula e dall'area SSII (Singer, Seymour, O'Doherty et al., 2004). Questo dato sottolinea il ruolo della corteccia prefrontale mediale (più esattamente della corteccia cingolata anteriore e del giro paracingolato) nell'attenzione cosciente agli stati emotivi propri e altrui (Devinsky, Morrell, Vogt, 1995; Stuss, Knight, 2002).



L'insula anteriore potrebbe avere un'importanza particolare nel modulare le comunicazioni fra il sistema limbico e i neuroni specchio; tale struttura, per esempio, ci aiuta a ripercorrere col pensiero le azioni osservate e a determinare le risposte emotive nei loro confronti. Anche se l'insula anteriore è stata tradizionalmente associata alla percezione degli stati fisiologici corporei, essa è molto sensibile agli eventi e alle interazioni sociali spiacevoli, come le ingiustizie, i pericoli e la minaccia di perdere la propria posizione sociale. L'insula anteriore risponde anche alle intenzioni e agli stati emotivi degli altri, permeandoli di una valenza affettiva. Questa struttura ha quindi un ruolo fondamentale nello studio dei fattori che ostacolano la cooperazione nei pazienti con BPD.

#### COOPERAZIONE E FIDUCIA NEI PAZIENTI BORDERLINE

Utilizzando una tecnica di neuroimaging consistente in due fMRI simultanee, King-Casas, Sharp, Lomax e collaboratori (2008) hanno escogitato un gioco di cooperazione per studiare le differenze fra pazienti affetti da BPD e soggetti normali. In sintesi, due giocatori partecipano a un'immaginaria società fiduciaria, in cui uno investe denaro e l'altro, il fiduciario, restituisce il denaro ricevuto. Durante il gioco, viene misurata l'attività neurale dell'insula anteriore del fiduciario. Obiettivo del test è studiare la capacità dei soggetti di mantenere viva la cooperazione e ristabilire un rapporto di cooperazione interrotto.

Al gioco, che si svolgeva in dieci turni, partecipavano venticinque pazienti borderline, che interagivano in coppia con soggetti sani. Queste coppie erano confrontate con un altro gruppo in cui il fiduciario era un soggetto sano. In questo gioco, se investitore e fiduciario cooperano, entrambi ricavano un beneficio dallo scambio, molto di più di quanto otterrebbero se l'investitore tenesse per sé buona parte del denaro. Il compito richiede collaborazione e fiducia fra i giocatori, che si costruisce in base all'onestà delle offerte proposte.

L'investitore ha a disposizione venti dollari e può scegliere di affidare qualunque somma al fiduciario. L'ammontare scelto è automaticamente moltiplicato per tre. Il fiduciario può quindi restituire ogni somma che ritiene opportuna, consapevole che il gioco prevede dieci turni. I soggetti sani tendevano a restituire circa il 33 per cento di quanto ricevevano dall'investitore. I pazienti borderline iniziavano allo stesso modo, ma dopo il quarto turno iniziavano a restituire meno. Gli investitori reagivano con minori investimenti. I fiduciari sani erano molto sensibili al calo delle somme ricevute dagli investitori. Essi mostravano una diffusa attivazione dell'insula anteriore, che riflette la consapevolezza di non essere trattati onestamente. Invece, nei pazienti affetti da BPD non emergeva alcuna relazione fra quanto

ricevevano e lo stato di attivazione dell'insula anteriore. Secondo gli autori dello studio, i pazienti con BPD partirebbero dal presupposto che nessuno è degno di fiducia, e quindi si aspetterebbero disonestà da tutti. In sintesi, i pazienti borderline non proverebbero quella "stretta allo stomaco" che indica che la relazione è in pericolo – vale a dire, non sarebbero in grado di mentalizzare le motivazioni e le intenzioni dell'altro giocatore. Va sottolineato che il volto dell'altro giocatore non era visibile, quindi questi soggetti si basavano esclusivamente sui loro presupposti generali sull'affidabilità e l'onestà degli altri.

Gli autori concludono che i pazienti affetti da BPD presenterebbero una compromissione dell'insula anteriore, che impedisce loro di valutare accuratamente e proficuamente un'azione pianificata da un'altra persona con conseguenze negative. Quindi, hanno serie difficoltà a collaborare in un compito. La migliore strategia in questo gioco consiste nel convincere l'altro a fidarsi, ricompensando generosamente gli investitori di ogni minima somma investita. I soggetti borderline utilizzano questa strategia la metà delle volte di quelli sani. Uno studio separato di un altro gruppo di ricerca (Unoka, Seres, Áspán et al., 2009), basato su un gioco simile, ha confermato questa tendenza dei pazienti borderline a fidarsi di meno durante le interazioni interpersonali.

*Implicazioni per la psicoterapia.* Il problema della cooperazione evidenziato in questo studio ha significative implicazioni per la psicoterapia, in particolare riguardo al concetto di alleanza terapeutica, che emerge in molti studi come un fattore decisivo per l'esito della psicoterapia (Martin, Garske, Davis, 2000). È ormai accertato che non si può presumere l'esistenza di un'alleanza terapeutica con un paziente borderline allo stesso modo dei pazienti con un maggior livello di organizzazione psichica (Horwitz, Gabbard, Allen et al., 1996). Il problema, naturalmente, è che il paziente non riesce a fidarsi del terapeuta, e quindi è difficile per lui collaborare a formare un'alleanza terapeutica mirata al raggiungimento di obiettivi comuni. L'alleanza terapeutica, in questo tipo di pazienti, deve essere considerata una conquista della terapia, non un processo automatico. Pertanto, per il terapeuta può essere utile riconoscere la difficoltà del paziente a fidarsi di lui con commenti tipo: "Capisco che potrebbe trovare difficile fidarsi delle mie buone intenzioni, alla luce di quelle che sono state le sue esperienze con le autorità in passato". Si potrebbe anche aggiungere: "Riconosco che dovrò guadagnarmi la sua fiducia a poco a poco, e sono pronto a farlo".

La difficoltà di questi pazienti a fidarsi del terapeuta può influenzare la scelta di utilizzare la tecnica delle interpretazioni di transfert. Sappiamo che la TFP è una delle forme di trattamento del BPD più efficaci dal punto di vista empirico (Clarkin, Levy, Lenzenweger et al., 2007). Quando il paziente è nella posizione di non fidarsi del terapeuta, può vivere un'interpretazione

di transfert in maniera persecutoria, come una lettura completamente errata di ciò che gli sta accadendo che riflette l'inaffidabilità e la malafede del terapeuta. Le interpretazioni di transfert andrebbero quindi precedute da interventi di natura più supportiva, come la conferma empatica, le strategie supportive e gli sforzi tesi a incoraggiare il paziente a elaborare i suoi sentimenti. In altre parole, le interpretazioni di transfert tendono a essere molto più efficaci quando, prima, si è attenti a costruire un'alleanza terapeutica.

I clinici dovrebbero considerare che, in particolare per quei pazienti borderline che hanno vissuto gravi traumi infantili, è diffusamente presente il modello di relazioni oggettuali illustrato nella figura 8.1. In altri termini, il modello dell'oggetto persecutorio e del Sé vittima è probabilmente presente per la maggior parte del tempo, in superficie o appena al di sotto della superficie. Anche se il transfert nei confronti del terapeuta può contenere delle idealizzazioni, bisogna tenere conto della loro fragilità e inconsistenza. Le unità idealizzate, scisse dal modello negativo dell'oggetto persecutorio e del Sé vittima, possono svanire rapidamente ogniqualvolta il terapeuta, dal punto di vista del paziente, mostra la minima esitazione nell'empatia mostrata nei suoi confronti.

#### TEMPI DI CAMBIAMENTO E NEUROBIOLOGIA DELL'APPRENDIMENTO

Un'osservazione clinica comune riguardo ai pazienti borderline che hanno vissuto traumi infantili precoci è la lentezza dei loro progressi terapeutici. È più probabile che le associazioni neurali formatesi in seguito a esperienze traumatiche precoci e protratte nel tempo siano resistenti al cambiamento, anche quando il terapeuta le rende consapevoli attraverso le interpretazioni. Gli psicoterapeuti devono essere consapevoli che l'apprendimento non mediato dall'ippocampo, per la sua natura implicita e procedurale, è particolarmente refrattario alle interpretazioni. I traumi precoci possono essere immagazzinati senza passare dal sistema dichiarativo localizzato nell'ippocampo.

L'apprendimento per insight può essere certamente utile quando è coinvolto l'ippocampo perché, nella modalità dichiarativa, è possibile imparare un nuovo modo di guardare le cose e adattarsi alle nuove situazioni (Wiltgen, Brown, Talton et al., 2004). Tuttavia, il cambiamento per insight ha effetti diversi rispetto a quello legato al ripetersi di un'esperienza. Un altro aspetto relativo alla comprensione del cambiamento terapeutico nella psicoterapia dei pazienti con BPD è che la memoria implicita necessita di esposizioni ripetute nel tempo perché avvenga il cambiamento. In altri termini, la relazione fra terapeuta e paziente dà adito a molte nuove esperienze, e occorre un lasso di tempo adeguato per modificare gradualmente le reti neurali relative al Sé e agli altri formatesi nella prima infanzia (Gabbard, Westen, 2003).

*Implicazioni per la psicoterapia.* L'esperienza di traumi precoci è comune nei pazienti con BPD. In molti casi, le relazioni oggettuali interne associate a queste esperienze infantili di abuso o abbandono sono codificate nella memoria procedurale implicita. Anche se lo psicoterapeuta può osservare i derivati di queste esperienze precoci nel modo di relazionarsi del paziente, bisogna nutrire modeste aspettative sugli effetti, su questi modelli, dell'insight fornito attraverso l'interpretazione. Può essere utile spiegare al paziente che i tempi necessari per ottenere un cambiamento terapeutico dipendono dalla natura e dalla gravità dei problemi affrontati. Bisognerebbe informare il paziente che, in base alle ricerche condotte finora, occorre un periodo di almeno dodici mesi per notare cambiamenti sostanziali.

## CONCLUSIONI

La ricerca neurobiologica sul BPD è progredita al punto da consentire di stabilire dei punti di contatto fra la psicoterapia e i cambiamenti che produce a livello cerebrale. In effetti, molti dei concetti fondamentali impiegati in ambito psicodinamico nella comprensione del BPD sono sostenuti dai risultati della ricerca in campo neurobiologico. Acquisiamo giorno dopo giorno nuove conoscenze su come il cervello si modifica nel corso della psicoterapia. Siamo ormai in grado di applicare queste scoperte allo sviluppo di specifiche strategie psicoterapeutiche.

Sappiamo che i traumi infantili precoci lasciano in eredità una particolare ipersensibilità dell'asse HPA e dell'amigdala, che potrebbe essere ricondotta a uno specifico modello relazionale interno caratterizzato da un oggetto persecutorio, un Sé vittima e uno stato affettivo di ansia ipervigile. Queste modificazioni cerebrali contribuiscono in parte all'elevata sensibilità emotiva mostrata dai pazienti con BPD. Sappiamo che la loro capacità di riconoscere i volti può essere straordinariamente accurata ma anche soggetta a errori di valutazione delle intenzioni degli altri, in particolar modo sotto l'azione di violenti stati affettivi o intense relazioni di attaccamento. I fenomeni transferali che comportano una difficoltà ad aver fiducia negli altri possono essere collegati a un'anomala attivazione dell'insula anteriore. La regolazione dell'amigdala e di altre strutture sottocorticali da parte della corteccia frontale è anch'essa compromessa nel BPD, e i dati preliminari indicano che la psicoterapia può effettivamente promuovere l'attivazione frontale, come correlato neurale dell'aumento di riflessività. Infine, l'efficacia degli interventi può essere collegata al tipo di memoria coinvolto. I sistemi di memoria rispondono in modo differente all'insight e all'esperienza ripetuta, a seconda che sia coinvolto o meno l'ippocampo. Col tempo, si forma una nuova rete neurale relativa al Sé e agli altri che si sovrappone alla precedente, senza tuttavia prenderne il posto. Pertanto, ogni terapia del

BPD con una validità empirica è per definizione a lungo termine, e richiede almeno dodici mesi per produrre cambiamenti significativi.

Sono molte le implicazioni per la psicoterapia che si possono ricavare da questi dati. Il cambiamento terapeutico richiede uno sforzo. I terapeuti di orientamento psicodinamico dovrebbero in alcuni casi incoraggiare in modo più direttivo i pazienti a riflettere sui loro stati affettivi anziché porsi unicamente come valvola di sfogo. Dovrebbero inoltre essere disposti a considerare la possibilità che alcuni segnali degli stati affettivi di cui non hanno ancora consapevolezza vengano colti dal paziente. In altri termini, dovrebbero essere consci dei segnali non verbali che inviano mentre ascoltano il paziente. Al riguardo, la classica visione dell'analista come "schermo bianco" è controindicata con i pazienti borderline. I terapeuti che rispondono in modo naturale e spontaneo possono favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica – che, con questo tipo di pazienti, rappresenta una conquista della terapia, non qualcosa di "scontato". Le interpretazioni di transfert dovrebbero essere programmate in modo da essere anticipate da un lavoro preliminare di conferma empatica.

Dal momento che il cambiamento psicoterapeutico richiede la compresenza sia delle reti neurali disfunzionali formatesi in passato, sia di quelle nuove e più adattive, potrebbe essere utile aiutare il paziente a comprendere che sarà necessario del tempo perché possano modificarsi le diverse componenti del disturbo. Informare il paziente su queste differenze lo aiuterà inoltre a mantenere viva la speranza nel corso di una terapia a lungo termine.

## BIBLIOGRAFIA

- ABU-AKEL, A. (2003), "A neurobiological mapping of theory of mind". In *Brain Research Reviews*, 43, pp. 29-40.
- ADOLPHS, R. (2001), "The neurobiology of social cognition". In *Current Opinion in Neurobiology*, 11, pp. 231-239.
- ADOLPHS, R. (2002), "Neural systems for recognizing emotion". In *Current Opinion in Neurobiology*, 12, pp. 169-177.
- ADOLPHS, R., DAMASIO, H., TRANEL, D., COOPER, G., DAMASIO, A.R. (2000), "A role for somatosensory cortices in the role of visual recognition of emotions as revealed by 3-dimensional lesion mapping". In *Journal of Neuroscience*, 20, pp. 2683-2690.
- ANDREASEN, N.C. (1997), "Linking mind and brain in the study of mental illness: A project for a scientific psychopathology". In *Science*, 275, pp. 1586-1593.
- BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., HILL, J., RASTE, Y., PLUMB, I. (2001), "The 'reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, pp. 241-251.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- BLAIR, R.G.R., COLLEDGE, E., MURRAY, L., MITCHELL, D.G.B. (2001), "A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies". In *The Journal of Abnormal Psychology*, 29, pp. 491-498.

- BUCCINO, G., BINKOFSKI, F., RIGGIO, L. (2004), "The mirror neuron system and action recognition". In *Brain and Language*, 89, pp. 370-376.
- CLARKIN, J.F., LEVY, K.N., LENZENWEGER, M.F., KERNBERG, O.F. (2007), "Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study". In *The American Journal of Psychiatry*, 164, pp. 922-928.
- CRITCHLEY, H.D., MATHIAS, C.J., DOLAN, R.J. (2001), "Neuroanatomical basis for first- and second order representations of bodily states". In *Nature Neuroscience*, 4, pp. 207-212.
- DAMASIO, A.R. (2003), *Alla ricerca di Spinoza: Emozioni, sentimenti e cervello*. Tr. it. Adelphi, Milano 2003.
- DAMASIO, A.R., GRABOWSKI, T.J., BECHARA, A., DAMASIO, H., PONTO, L.L.B., PARVIZI, J., HICHA, R.D. (2000), "Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions". In *Nature Neuroscience*, 3, pp. 1049-1056.
- DEVINSKY, O., MORRELL, M.J., VOGT, B.A. (1995), "Contributions of anterior cingulate cortex to behavior". In *Brain*, 118, pp. 279-306.
- DOMES, G., SCHULZE, L., HERPERTZ, S.C. (2009), "Emotion recognition in borderline personality disorder: A review of the literature". In *Journal of Personality Disorders*, 23, pp. 6-19.
- DONEGAN, N.H., SANISLOW, C.A., BLUMBERG, H.P., FULBRIGHT, R.K., LACADIE, C., SKUDLARSKI, P., GORE, J.C., OLSON, I.R., MCGLASHAN, T.H., WEXLER, B.E. (2003), "Amygdala hyperactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation". In *Biological Psychiatry*, 54, pp. 1284-1293.
- FERTUCK, E.A., SONG, J.A., MORRIS, W.B., WILSON, S.T., BRODSKY, B.S., STANLEY, B. (2009), "Enhanced 'reading the mind in the eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls". In *Psychological Medicine*, 39, pp. 1979-1988.
- GABBARD, G.O. (2005), "Mind, brain, and personality disorders". In *The American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 648-655.
- GABBARD, G.O., WESTEN, D. (2003), "Ripensare l'azione terapeutica". Tr. it. in JONES, E.E., *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 225-250. [precedentemente apparso su *Gli Argonauti*]
- GABBARD, G.O., WILKINSON, S. (1994), *Management of Countertransference with Borderline Patients*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- GALLESE, V. (2003), "The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity". In *Psychopathology*, 36, pp. 171-180.
- GOLDAPPLE, K., SEGAL, Z., GARSON, C., LAU, M., BIELING, P., KENNEDY, S., MAYBERG, H. (2004), "Modulation of cortical-limbic pathways in major depression". In *Archives of General Psychiatry*, 61, pp. 34-41.
- GREZES, J., FRITH, C.D., PASSINGHAM, R.E. (2004), "Inferring false beliefs from the actions of oneself and others: An fMRI study". In *Neuroimage*, 21, pp. 744-750.
- HARI, R., FORSS, N., AVIKAINEN, S., KIRVESKARI, E., SALENUS, S., RIZZOLATTI, G. (1998), "Activation of human primary motor cortex during action observation: A neuromagnetic study". In *Proceedings of the Natural Academy of Sciences USA*, 95, pp. 15061-15065.
- HERPERTZ, S.C., DIETRICH, T.M., WENNING, B., KRINGS, T., ERBERICH, S.G., WILLMES, K., THRON, A., SASS, H. (2001), "Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study". In *Biological Psychiatry*, 50, pp. 292-298.
- HORWITZ, L., GABBARD, G.O., ALLEN, G.O., FRIESWYK, S.H., COLSON, D.B., NEWSOM, G.E., COYNE, L. (1996), *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1998.
- JOHNSON, J.G., COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E.M., BERNSTEIN, D.P. (1999), "Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood". In *Archives of General Psychiatry*, 56, pp. 600-606.
- KANDEL, E.R. (1997), "Psicoterapia e sinapsi. L'influenza delle teorie psichiatriche sulla ricerca in neurobiologia". Tr. it. in *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 7-32.
- KANDEL, E.R. (1998), "Un nuovo contesto intellettuale per la psichiatria". Tr. it. in *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 39-68.



- KARLSSON, H. (in corso di stampa), "Proliferation of brain serotonin 5-HT1A receptors in depressed patients receiving dynamic psychotherapy". In *Psychological Medicine*.
- KENDLER, K.S. (2001), "A psychiatric dialogue on the mind and body problem". In *The American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 989-1000.
- KING-CASAS, B., SHARP, C., LOMAX, L., LOHRENTZ, T., FONAGY, P., MONTAGUE, P.R. (2008), "The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder". In *Science*, 321, pp. 806-810.
- LAI, C., DAINI, S., CALCAGNI, M.L., BRUNO, I., DE RISIO, S. (2007), "Neural correlates of psychodynamic psychotherapy in borderline disorders: A pilot investigation". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, pp. 403-405.
- LYNCH, T.R., ROSENTHAL, M.Z., KOSSON, D.S., CHEAVENS, J.S., LEJUEZ, C.W., BLAIR, R.J.R. (2006), "Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder". In *Emotion*, 6, pp. 647-655.
- MARTIN, D.J., GARSKE, J.P., DAVIS, K.K. (2000), "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review". In *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, pp. 438-450.
- OCHSNER, K.N., BUNGE, S.A., GROSS, J.J., GABRIELI, J.D.E. (2002), "Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion". In *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, pp. 1215-1229.
- PETERSON, B.S., SKUDLARSKI, P., ANDERSON, A.W., ZHANG, H., GATENBY, J.C., LACADIE, C.M., LECKMAN, J.F., GORE, J.C. (1998), "A functional magnetic resonance imaging study of tic suppression in Tourette syndrome". In *Archives of General Psychiatry*, 55, pp. 326-333.
- PINE, F. (1985), *Teoria evolutiva e processo clinico*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- RAMNANI, N., MIAL, R.C. (2004), "A system in the human brain for predicting the actions of others". In *Nature Neuroscience*, 7, pp. 85-90.
- RINNE, T., DE KLOET, E.R., WOUTERS, L., GOEKOOP, J.G., DERIJK, R.H., VAN DEN BRINK, W. (2002), "Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse". In *Biological Psychiatry*, 52, pp. 1102-1112.
- SCHWARTZ, J.M., STAPP, H.P., BEAUREGARD, M. (2005), "Quantum physics in neuroscience and psychology: A neurophysical model of mind-brain interaction". In *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 360, pp. 1309-1327.
- SEARLES, H.F. (1986), *Il paziente borderline*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- SIEVER, L.J., DAVIS, K.L. (1991), "A psychobiological perspective on the personality disorders". In *The American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 1647-1658.
- SIEVER, L.J., WEINSTEIN, L.N. (2009), "The neurobiology of personality disorders: Implications for psychoanalysis". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, pp. 361-398.
- SINGER, T., SEYMOUR, B., O'DOHERTY, J., KAUBE, H., DOLAN, R.J., FRITH, C.D. (2004), "Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain". In *Science*, 303, pp. 1157-1162.
- STUSS, D., KNIGHT, R. (2002), *Principles of Frontal Lobe Function*. Oxford University Press, New York.
- TAI, Y.F., SCHERFLER, C., BROOKS, D.J., SAWAMOTO, N., CASTIELLO, U. (2004), "The human premotor cortex is 'mirror' only for biological actions". In *Current Biology*, 14, pp. 117-120.
- UNOKA, Z., SERES, I., ÁSPÁN, N., BÓDI, N., KÉRI, S. (2009), "Trust game reveals restricted interpersonal transactions in patients with borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 23, pp. 399-409.
- WAGNER, A.W., LINEHAN, M.M. (1999), "Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation?". In *Journal of Personality Disorders*, 13, pp. 329-344.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002), "Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for the concept of transference". In *Journal of American Psychiatric Association*, 50, pp. 99-113.

- WILTGEN, B.J., BROWN, R.A., TALTON, L.E., SILVA, A.J. (2004), "New circuits for old memories: The role of the neocortex in consolidation". In *Neuron*, 30, pp. 101-108.
- ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F.R. (1997), "Pathways to the development of borderline personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 11, pp. 93-104.



# 9

## Le basi neurobiologiche della psicoterapia\*

*George I. Viamontes*

### INTRODUZIONE

La psicoterapia è un processo interattivo che interviene sugli stati mentali e i comportamenti disadattivi attraverso comunicazioni strutturate. Anche se le teorie e le tecniche psicoterapeutiche si sono sviluppate indipendentemente dagli studi scientifici condotti in campo neurobiologico, vi è stato un tacito accordo, quanto meno dai tempi di Freud, sul fatto che la psicoterapia produca i propri effetti agendo sul cervello. Le moderne tecniche hanno sottolineato l'importanza di questo concetto; tra queste, l'imaging funzionale ci consente di mostrare i profili di attivazione neurale associati ai disturbi del comportamento, e il modo in cui questi pattern possono essere modificati dalla psicoterapia.

Un principio neurobiologico fondamentale – vale a dire l'esistenza di un'architettura cerebrale specie-specifica – evidenzia una delle proprietà più importanti della psicoterapia: la sua generalizzabilità a diversi individui e disturbi. L'organizzazione neurale che caratterizza la specie umana rappresenta l'eredità di milioni di anni di selezione neurale, che conferisce a ciascun individuo un insieme specializzato di capacità e proprietà funzionali. Fuster (2003) impiega il termine “memoria filetica” per definire le caratteristiche neurali di base che sono condivise da tutti i membri della specie. La memoria filetica rappresenta l'eredità dell'adattamento alle specifiche richieste dell'ambiente fisico e sociale in cui si è evoluta la nostra specie. È la base della comunicazione umana e dell'ordine sociale, e costituisce il substrato strutturale su cui agisce la psicoterapia.

In tutta la sua vita, Freud ha cercato di definire le caratteristiche funzionali comuni della mente umana, concludendo che ogni forma di psicoterapia dovrebbe basarsi su una descrizione teorica dei fenomeni psicologici che accomunano tutti gli esseri umani. Tuttavia, anche se Freud era interessato a stabilire connessioni fra mente e cervello, le limitazioni imposte dalla tecnologia dell'epoca non lo consentivano. Di conseguenza, egli separò lo

\* Parte del materiale riportato in questo capitolo è stato adattato, con il permesso dell'autore, da Fuster, 2003; Viamontes, Beitman, 2006a, 2006b, 2007a.

studio della mente da quello del cervello e si basò unicamente sulle osservazioni cliniche e sulle interpretazioni del significato di queste ultime. La sua straordinaria visione dello sviluppo e del funzionamento della mente si è formata gradualmente, organizzandosi intorno a una serie di principi unici volti a spiegare i fenomeni clinici osservati nei pazienti. Col tempo, le teorie freudiane e le tecniche terapeutiche sono state applicate a un'ampia categoria di disturbi psichiatrici, con risultati alterni. Freud stesso riteneva che i suoi metodi non fossero adatti al trattamento di taluni disturbi, come le psicosi. In teoria, l'efficacia della psicoterapia psicodinamica dovrebbe essere maggiore nei pazienti con circuiti neurali specie-specifici relativamente intatti, dal momento che i suoi principi erano stati sintetizzati a partire dal lavoro clinico con pazienti di questo tipo. È importante considerare le ragioni di questo limite.

Il cervello elabora le informazioni in una serie di circuiti la cui organizzazione dipende sia da fattori genetici sia dall'esperienza. La maggior parte delle informazioni contenute nel cervello sono presenti sotto forma di rappresentazioni neuronali. Anche il livello dei neurotrasmettitori, le variazioni del flusso sanguigno e altre permutazioni di ordine fisico possono contenere informazioni, ma non le considereremo in questo capitolo. Le rappresentazioni delle informazioni nei neuroni spaziano dai cambiamenti transitori di natura chimica che caratterizzano la memoria a breve termine, ai cambiamenti strutturali più duraturi nelle connessioni sinaptiche (che approfondiremo nella seconda parte del capitolo). L'intero repertorio individuale di ricordi, valori e risposte comportamentali è contenuto nelle connessioni sinaptiche della persona. All'interno dei circuiti specializzati definiti da queste connessioni, tanto i fattori genetici quanto le esperienze passate determinano il modo in cui le nuove informazioni vengono elaborate in rapporto alle precedenti.

I disturbi psichiatrici derivano dall'interazione tra geni e ambiente. Alcuni dei più gravi, come la schizofrenia e il disturbo bipolare, per esempio, sembrano avere componenti strutturali non correggibili attraverso il genere di stimoli e di interazione forniti dalla psicoterapia. Di conseguenza, nel trattamento di questi disturbi, potrebbe essere poco proficuo intervenire sui contenuti rappresentati a livello neurale, perché la causa primaria sembra risiedere piuttosto in un deficit dell'architettura neurale di natura genetica. Malgrado queste considerazioni, in questo contesto è valida una versione adattata del concetto freudiano di "determinismo psichico". Da una prospettiva contemporanea, ogni comportamento, come sosteneva Freud, ha potenzialmente origine nella mente e nei circuiti neurali. Tuttavia, mentre in alcuni casi l'eziologia del comportamento è legata alle esperienze passate, in altri deriva esclusivamente da variazioni su base genetica della struttura cerebrale.

Le conoscenze in ambito neurobiologico possono aiutare lo psicoterapeuta a pervenire a una conoscenza congiunta di mente e cervello che gli

consenta di adattare i propri interventi alle necessità di ciascun paziente, promuovendone il più possibile il funzionamento e l'adattamento, pur consapevole che alcuni aspetti del disturbo mentale vanno oltre la portata della psicoterapia. In questo capitolo verranno discussi i più importanti target neurali della psicoterapia e in quale modo un trattamento psicoterapeutico riuscito modula il funzionamento cerebrale.

## CIRCUITI NEURALI E PSICOTERAPIA

### CONSIDERAZIONI GENERALI

Ogni essere umano può fare affidamento su un insieme di funzioni neurali fondamentali che consentono di ottenere gratificazioni evitando i rischi. Su queste funzioni si è stratificata una serie di circuiti neurali più avanzati, che possono moderare la ricerca di ricompense sulla base dell'esperienza e delle regole apprese. I circuiti di base e avanzati operano in parallelo, e i comportamenti da essi derivati spesso entrano in conflitto. Per esempio, la vista, il profumo e l'abbondanza di cibo saporito in un ristorante "all you can eat" può indurre facilmente un comportamento alimentare sregolato. D'altra parte, le preoccupazioni per la salute e altre considerazioni di carattere cognitivo dovrebbero, almeno in teoria, moderare il desiderio di mangiare, limitando il consumo di cibo a livelli accettabili. In circostanze ideali, il comportamento è guidato da una sintesi collaborativa delle opposte istanze. Sfortunatamente, ciò non sempre avviene. In realtà, molti dei problemi comportamentali che giungono all'attenzione degli psicoterapeuti sono legati a un'insufficiente modulazione dei circuiti di base da parte delle funzioni cerebrali superiori.

In generale, un atto volitivo dipende dalla percezione del valore dell'oggetto e dei rischi. La capacità di riconoscere talune categorie di oggetti ed esperienze come "gratificanti" e altre come "punitive" costituisce un importante strumento di sopravvivenza. Le basi neurobiologiche di questa capacità dipendono dal possesso di un insieme geneticamente codificato di stimoli sensoriali che sono collegati in circuiti che ci consentono di "sentirli" come piacevoli o spiacevoli. Questo nucleo fondamentale di fenomeni sensoriali interconnessi costituisce la base rispetto alla quale viene classificata ogni altra esperienza e si organizza la realtà soggettiva di ciascun individuo. Oggetti e stimoli precedentemente neutri possono acquistare valore e significato quando vengono collegati ai fenomeni sensoriali di base (Rolls, 2005). Per esempio, i bambini, sin dalla nascita, sono attratti dalle sostanze dolci e mostrano avversione per quelle amare. Tuttavia, molti adulti imparano ad apprezzare alcune sostanze amare, come il caffè e il cioccolato, perché il loro particolare aroma viene associato, nella memoria, a un piacevole stato

interno, che prevale sull'innata avversione per l'amaro. Alla fine, ogni essere umano sviluppa una classificazione interna delle preferenze per i cibi che va ben oltre le reti innate del "piacere" e del "dispiacere". Questa classificazione riflette influenze socioculturali oltre a fattori genetici e a esperienze soggettive. Nei primati, le informazioni di base sui rinforzi primari e secondari vengono elaborate dall'amigdala e dalla corteccia orbitofrontale (Rolls, 2005). Queste aree contribuiscono inoltre alla formazione di nuovi rinforzi secondari. Infine, esse modulano i circuiti motivazionali del sistema nervoso autonomo, che generano le emozioni e le sensazioni "viscerali", che si manifestano automaticamente ogni qualvolta si incontra un segnale di una possibile ricompensa o punizione (Rolls, 2005). In tal senso, amigdala e corteccia orbitofrontale sovrintendono a ogni esperienza gratificante o punitiva che si può sperimentare nel corso della vita.

Col tempo, imparando a classificare gli oggetti dell'ambiente, gli esseri umani imparano anche ad attuare comportamenti che consentano di ottenere oggetti di valore evitando tutto il resto. Alla fine, si creano lunghe catene causali che attivano complesse sequenze comportamentali. Per esempio, una persona può impegnarsi nel lavoro per ottenere denaro, che a sua volta facilita l'acquisizione di molti piaceri. Nel corso della vita, si crea per ognuno di noi una complessa rete di connessioni che definiscono idealmente quali comportamenti sono più adattivi nell'ambiente in cui viviamo. Il processo incessante con cui si formano e consolidano queste connessioni è influenzato dallo sviluppo, da fattori ambientali, e dalla presenza di disturbi psichiatrici. Per avere successo nell'attuale contesto socioculturale, le connessioni che definiscono i comportamenti adattivi dovrebbero essere intatte e, inoltre, dovrebbero essere costantemente messe in atto le sequenze comportamentali su base cognitiva che trascendono la semplice ricerca di ricompense. Ciò richiede, in diverse situazioni, la soppressione del circuito di motivazione a ricercare possibili ricompense ogni qualvolta diventano disponibili. Al riguardo, più avanti illustreremo una serie di circuiti funzionali che sono di particolare interesse per gli psicoterapeuti. Questi temi sono trattati più a fondo in Viamontes (in corso di stampa).

## NEUROBIOLOGIA DELLE EMOZIONI

Le emozioni costituiscono un fenomeno mente-corpo che riflette il significato soggettivo delle esperienze, preparando l'individuo ad agire efficacemente a seconda del modo in cui viene percepita la situazione. I disturbi emotivi rappresentano certamente un tema di fondamentale interesse per la psicoterapia. Rolls (2005, p. 11) ha proposto una definizione concisa ma estremamente efficace delle emozioni, come "stati evocati da ricompense e punizioni, ovvero da rinforzi fondamentali".

In altri termini, le emozioni sono reazioni alla percezione di possibili ricompense o punizioni. Esse si basano su una particolare combinazione di risposte a livello dei neurotrasmettitori, del sistema nervoso autonomo e ormonali, che preparano cervello e corpo ad affrontare ciò che viene percepito. Inoltre, le emozioni guidano il comportamento in una specifica direzione, a seconda della natura dell'evento che le ha attivate. Ciascuna emozione genera un caratteristico stato che unisce cervello e corpo, da cui dipende la sua qualità esperienziale unica e irripetibile. In condizioni ideali, gli stati emotivi sono adattivi perché aiutano il corpo a prepararsi ad affrontare le sfide percepite e motivano il comportamento in modo da raggiungere un risultato ottimale. Tuttavia, se si attivano impropriamente, le emozioni possono anche rivelarsi disadattive e, in talune circostanze, inibire anziché favorire un comportamento efficace.

Rolls (2005) ritiene che la capacità delle emozioni di motivare una risposta generale senza specificare l'esatto svolgimento dell'azione rappresenti una delle loro caratteristiche più importanti. Mentre è vantaggioso trasmettere a livello genetico un'informazione generale sui pericoli e le ricompense, sarebbe impossibile specificare nel DNA di un organismo l'esatta sequenza di azioni di fronte a ogni possibile incontro con potenziali rischi o ricompense. È invece più fattibile e adattivo codificare la motivazione ad attuare categorie di azioni generiche in modo da consentire una risposta appropriata e flessibile alla percezione di specifici premi e punizioni.

Phillips, Drevets, Rauch e collaboratori (2003) hanno elaborato un modello teorico per rappresentare le basi neurali delle emozioni. Essi identificano tre fasi nella genesi delle risposte emotive. Nella prima fase, si identifica e valuta lo stimolo. Nella seconda, si produce, in risposta allo stimolo, uno stato affettivo, che può includere un'attivazione del sistema autonomo e neuroendocrino, cambiamenti nell'espressione facciale, vocalizzazioni, gesti e specifiche risposte comportamentali. Mentre sono in corso questi processi, l'individuo acquista consapevolezza della propria risposta emotiva. Nella terza fase, infine, l'emozione viene modulata dai circuiti cognitivi, che ne valutano l'appropriatezza alla luce delle regole interiorizzate.

Partendo da questo modello concettuale, grazie anche ai dati provenienti dagli studi che utilizzano tecniche di neuroimaging (*ibidem*), è stato elaborato un modello anatomico, in cui le risposte emozionali effettive agli stimoli rappresentati a livello neurale sono generate da un sistema di elaborazione ventrale i cui epicentri sono l'amigdala, l'insula, lo striato ventrale (incluso il nucleo accumbens), le aree ventrali del giro del cingolo anteriore e le aree prefrontali ventrali, inclusa la corteccia orbitofrontale.

L'amigdala è un importante sensore dei possibili premi o pericoli. Essa, inoltre, coordina le risposte agli oggetti e alle situazioni che inducono paura, e il funzionamento del circuito che riconosce le espressioni facciali; modula infine il sistema di ricompensa del cervello (*ibidem*). L'insula presiede alla

formazione delle rappresentazioni neurali di un'ampia serie di stati emozionali e del sistema nervoso autonomo, consentendo a queste rappresentazioni di raggiungere la coscienza. L'insula partecipa ai circuiti neurali che generano diversi fenomeni emotivi: sentimenti di tristezza, sofferenza emotiva, ansia anticipatoria e senso di colpa; regola inoltre le componenti affettive delle crisi di astinenza da sostanze e il ricordo degli stati emotivi (*ibidem*).

Lo striato ventrale, e in particolare il nucleo accumbens, è un'importante componente del sistema cerebrale di ricompensa. Esso partecipa ai circuiti che identificano gli oggetti con un potenziale valore e motiva l'organismo a cercare di ottenerli. Il giro del cingolo anteriore, attraverso le sue connessioni al sistema nervoso centrale e all'ipotalamo, ha un ruolo importante nella genesi degli stati affettivi in risposta alle rappresentazioni cognitive, e nell'attribuzione agli oggetti percepiti di livelli appropriati di energia motivazionale. Partecipa inoltre ai circuiti che focalizzano l'attenzione sulle attività che hanno maggiori probabilità di portare a delle ricompense e contribuisce a produrre stati affettivi appropriati all'umore (*ibidem*).

La corteccia ventromediale e quella orbitofrontale mediale hanno un ruolo importante nella produzione delle componenti autonome delle emozioni. La corteccia orbitofrontale riceve una rappresentazione completa delle percezioni sensoriali interne ed esterne. Inoltre, essa riceve le proiezioni che trasmettono le risposte dell'amigdala agli stessi stimoli sensoriali. Queste informazioni vengono valutate e integrate, e il risultato è trasmesso alla corteccia prefrontale ventromediale, che modula il tono autonomo. La corteccia orbitofrontale contribuisce inoltre alla modulazione *top-down* dell'amigdala e, insieme alla corteccia prefrontale ventromediale, partecipa all'estinzione della paura (Milad, Rauch, 2006).

Il sistema dorsale delle emozioni, che comprende ippocampo, corteccia cingolata anteriore dorsale e aree dorsali della corteccia prefrontale (Phillips, Drevets, Rauch et al., 2003), sembra presiedere alla modulazione e all'andamento delle emozioni in rapporto ai segnali provenienti dal contesto, ai ricordi e alle regole interiorizzate. Al riguardo, uno studio basato su tecniche di imaging ha esaminato se la modificazione razionale del significato attribuito alle emozioni (*reappraisal*) fosse in grado di attenuare gli stati emotivi negativi (Ochsner, Bunge, Gross et al., 2002), trovando che riesaminare gli eventi in termini meno emotivi portava a una significativa riduzione dell'intensità degli stati affettivi. I correlati neurali del processo di *reappraisal* prendevano avvio dall'attivazione delle aree dorsali e ventrali della corteccia prefrontale laterale sinistra, oltre che della corteccia prefrontale dorsomediale. L'attivazione della corteccia cingolata anteriore destra e del giro sopramarginale destro era correlata a una maggiore capacità di mitigare le emozioni negative. I correlati neurali specifici di un *reappraisal* emotivo riuscito includevano una maggiore attivazione della corteccia prefrontale mediale e laterale, unita a una minore attivazione di amigdala e corteccia orbitofrontale.

Le emozioni hanno un ruolo determinante nell'integrazione fra i processi coscienti e inconsci. Più esattamente, le emozioni costituiscono una via attraverso cui i processi inconsci influenzano le risposte comportamentali coscienti. Le emozioni si sono evolute in parallelo alla coscienza, poiché la produzione di stati corporei percettibili non è né possibile né utile negli organismi senza coscienza. Il comportamento degli organismi con una coscienza limitata è già controllato direttamente da una serie di meccanismi inconsci. Le emozioni, che sollecitano con forza l'intervento della coscienza, si sono sviluppate per facilitare la continua modulazione del comportamento da parte dei fattori inconsci, anche in presenza di processi coscienti evolutivi. Negli esseri umani, le emozioni possono essere generate anche dai processi coscienti, persino da quelli di natura puramente intellettuale. Le molteplici tipologie di stati corporei che possono essere indotte dalle emozioni – che includono uno stato di attivazione fisiologica generalizzato, la predisposizione del corpo ad affrontare i pericoli e l'aumentata probabilità di certi comportamenti – possono avere un significativo valore adattivo per il comportamento cosciente. D'altra parte, le emozioni, quando sono particolarmente intense, finiscono per essere disadattive e ostacolare l'attuazione di comportamenti razionali. I disturbi della sfera emotiva spesso conducono i pazienti alla psicoterapia e influenzano in misura significativa l'andamento del processo psicoterapeutico.

## NEUROBIOLOGIA DELLA MEMORIA

La memoria, dal punto di vista funzionale, può essere suddivisa in due categorie: implicita ed esplicita (vedi Kandel, Kupferman, Iversen, 2000). La memoria implicita include l'apprendimento di abitudini e abilità motorie, vari tipi di apprendimento riflessivo, come il condizionamento operante, e il condizionamento alla paura, un processo mediato dall'amigdala che produce una reazione di paura a stimoli precedentemente neutri. La memoria esplicita, che concerne il ricordo di luoghi, oggetti ed eventi, oltre che le loro descrizioni verbali, è regolata invece dall'ippocampo.

Il processo di formazione e richiamo dei ricordi nella memoria esplicita può essere suddiviso in quattro passaggi distinti (*ibidem*):

1. Codifica, ovvero il processo in cui gli elementi del nuovo ricordo vengono integrati in una rappresentazione neurale coerente. Il processo di codifica assembla le diverse componenti del ricordo, inclusi gli aspetti visivi, uditivi, olfattivi, tattili ed emotivi, facendo convergere una serie di neuroni specializzati. Il processo di codifica ha luogo nell'area CA3 dell'ippocampo, in cui sono localizzate cellule che rispondono singolarmente a diversi tipi di input (Rolls, 2008). Questo processo richiede una certa compressione delle



informazioni, dal momento che molteplici input convergono in un ristretto numero di neuroni codificanti.

2. Consolidamento, ovvero il processo che stabilizza le informazioni permettendone la conservazione a lungo termine. Il consolidamento richiede la sintesi di proteine che modificano la connettività neuronale. I ricordi vengono quindi stabilizzati convertendo le rappresentazioni memorizzate a livello chimico in modificazioni strutturali. Si ritiene che il consolidamento comporti il rafforzamento delle connessioni sinaptiche che assemblano le varie componenti del ricordo. Il consolidamento segue il principio introdotto da Donald Hebb per descrivere il modo in cui le informazioni vengono immagazzinate nelle reti neurali, che afferma, molto semplicemente, che le connessioni acquistano maggiore forza quando i neuroni si attivano in maniera sincrona (Kandel, Schwartz, Jessell, 2000). I ricordi si consolidano e vengono immagazzinati se continuano a essere attivati almeno di tanto in tanto dopo la loro creazione.

3. Immagazzinamento, ovvero il processo di conservazione dei ricordi in un lungo periodo di tempo. La principale differenza fra consolidamento e immagazzinamento riguarda il luogo in cui avvengono. Il consolidamento dei ricordi nella memoria esplicita ha luogo in alcune aree del complesso ippocampale. Per un certo periodo, queste aree conservano una registrazione del ricordo integrale e gli “indirizzi” delle singole componenti del ricordo (per esempio, olfattiva, visiva, tattile) nella corteccia superiore. Alla fine, se il ricordo merita di essere immagazzinato permanentemente (riattivandolo spesso e dandogli importanza), le connessioni ricorsive dalle aree ippocampali lo rappresentano modificando le reti corticali superiori.

4. Recupero, ovvero il processo con cui i ricordi codificati, consolidati e immagazzinati vengono richiamati alla memoria e, presumibilmente, integrati con altro materiale. Per recuperare un ricordo, è necessario riattivare la rete che lo rappresenta (Fuster, 2003). Questo può avvenire in diversi modi:

- rivivendo uno stimolo sensoriale incorporato nel ricordo;
- rivivendo un altro ricordo che condivide alcune parti del ricordo in questione;
- rivivendo uno stato interno o un’emozione contenuti nel ricordo;
- utilizzando delle parole che “rimandano” simbolicamente a una delle componenti del ricordo.

#### RAPPRESENTAZIONE DEI RICORDI NELL'EMISFERO SINISTRO E DESTRO

L’immagazzinamento dei ricordi nell’ippocampo è un processo che non avviene simmetricamente nei due emisferi. L’ippocampo destro codifica e

recupera gli aspetti non verbali del ricordo, mentre quello sinistro presiede alla formazione dei ricordi verbali o di natura semantica, che codificano l'esperienza in rappresentazioni simboliche facilitate dal linguaggio (Kandel, Kupferman, Iversen, 2000).

Le rappresentazioni mnestiche immagazzinate nell'emisfero sinistro sono di natura prevalentemente simbolica e si basano sul linguaggio. Questo facilita manipolazioni logiche e permette l'esplorazione di complesse relazioni fra queste rappresentazioni, per esempio sulle loro caratteristiche in termini di intenzionalità, causalità, significato e scopo. I ricordi immagazzinati nell'emisfero destro, invece, sono di natura olistica ed esperienziale; richiamandoli si "rivive" l'esperienza, ovvero le emozioni, lo stato di attivazione fisiologica, il tono autonomico e il rilascio di ormoni a essa associati, anche se generalmente in modo meno intenso. In alcuni casi, i ricordi immagazzinati nell'emisfero destro possono essere spiacevolmente realistici e manifestarsi sotto forma di "flashback" e degli altri sintomi associati al disturbo da stress post-traumatico (*post-traumatic stress disorder*, PTSD). Uno studio ha impiegato la tecnica del neuroimaging funzionale per confrontare l'attività cerebrale durante il recupero di ricordi traumatici in presenza o assenza di PTSD (Launius, Williamson, Densmore et al., 2004). In assenza di PTSD, durante il racconto delle esperienze traumatiche, si osservava una diffusa attivazione dell'emisfero sinistro, in particolare giro frontale superiore, giro del cingolo anteriore, striato, lobo parietale e insula. Invece, in presenza di una diagnosi di PTSD, la rievocazione dei ricordi attivava diverse aree dell'emisfero destro, in particolare giro del cingolo posteriore, nucleo caudato, lobo parietale e lobo occipitale (*ibidem*). In questi individui, le rappresentazioni riconducibili all'emisfero destro erano di natura marcatamente esperienziale più che strettamente verbale, e includevano una componente visiva nel lobo occipitale.

#### SUBSTRATI NEURALI DELLA MEMORIA

I vari tipi di memoria si basano, dal punto di vista anatomico, su distinte reti neurali. Si ritiene che la memoria implicita legata alle sequenze motorie automatiche sia immagazzinata sotto forma di speciali istruzioni presenti nei gangli della base (Graybiel, 1998). La semplice associazione di oggetti precedentemente neutri con rinforzi o punizioni presenti in natura è eseguita dai circuiti dell'amigdala e della corteccia orbitofrontale (Rolls, 2005). L'ippocampo e le strutture associate facilitano il deposito nella memoria spaziale, episodica e semantica. Più specificamente, l'ippocampo destro è coinvolto nella genesi delle parti episodiche, non verbali del ricordo, incluse le caratteristiche dello spazio fisico, mentre l'ippocampo sinistro genera i ricordi di natura semantica o verbale, che codificano l'esperienza

in rappresentazioni simboliche di natura linguistica (Kandel, Kupferman, Iversen, 2000).

Dal punto di vista anatomico, l'ippocampo può essere suddiviso in tre aree, chiamate corno di Ammone (CA) 1, 2 e 3. Il complesso ippocampale riceve la maggior parte delle afferenze da tre aree: corteccia paraippocampale, peririnale ed entorinale. La corteccia entorinale riceve anche afferenze dalla corteccia paraippocampale e peririnale, e quindi contiene la rappresentazione più completa delle informazioni provenienti dal complesso ippocampale. Nella corteccia entorinale convergono i dati provenienti da corteccia prefrontale, giro del cingolo, lobo occipitale, giro temporale inferiore e superiore, polo temporale, amigdala e insula (Berridge, Winkielman, 2003). Queste proiezioni trasmettono un riassunto completo dell'esperienza, che comprende le proprietà e il valore degli oggetti, i rischi percepiti, le emozioni associate e i fattori cognitivi.

La corteccia peririnale è considerata alla base della "memoria di riconoscimento" (vedi Rolls, 2008). Essa riceve afferenze dirette dalle aree associate alla vista degli oggetti presenti nella corteccia temporale inferiore. È inoltre connessa alla corteccia orbitofrontale, alla quale invia informazioni che permettono di riconoscere e identificare gli oggetti, informazioni che possono essere usate per guidare la risposta motivazionale a rinforzi e punizioni.

Le informazioni elaborate dalla corteccia peririnale vengono trasmesse alla corteccia entorinale, contribuendo al flusso di informazioni più ampio descritto in precedenza. Dalla corteccia entorinale, le informazioni vengono inviate all'ippocampo, attraverso la via perforante (la prima delle tre principali afferenze dell'ippocampo) che proietta al giro dentato. I neuroni del giro dentato sono strettamente connessi e si ritiene presiedano all'ortogonalizzazione dei pattern di informazione (*ibidem*). Questo processo differenzia i gruppi di neuroni che rappresentano le collezioni di dati in modo da consentire in seguito di separare le informazioni e minimizzare le interferenze. Dal giro dentato, le informazioni sono inviate all'area CA3 dell'ippocampo attraverso le fibre muscolari, la seconda principale via afferente dell'ippocampo. L'area CA3 riceve anche alcune afferenze dirette dalla corteccia entorinale. Si ritiene che la codifica, ovvero l'assemblaggio degli elementi che compongono il ricordo, dipenda dalla convergenza di singole afferenze dal giro dentato su un ristretto numero di neuroni "classificatori" in CA3, che sono strettamente interconnessi (Miyashita, 2004). Il passaggio dal giro dentato a CA3 comporta una notevole compressione delle informazioni. Nel ratto, ci sono per almeno un ordine di grandezza più neuroni nel giro dentato che in CA3, e in ogni neurone CA3 convergono circa cinquanta fibre muscolari (Rolls, 2008).

L'area CA3 è stata inoltre proposta come la componente dell'ippocampo che "completa" i pattern incontrati in precedenza, quando se ne percepisce solo una parte (Miyashita, 2004). Questa caratteristica, che si basa sull'ele-

vata connettività dei neuroni CA3, può avere implicazioni interessanti per gli psicoterapeuti, poiché un malfunzionamento del processo di completamento automatico può avere di per sé un rilievo psicopatologico. L'elevato livello di connessioni fra i neuroni CA3 è ritenuto avere un ruolo decisivo nell'assemblaggio dei molteplici elementi sensoriali, emozionali e cognitivi che compongono ciascun ricordo (Rolls, 2008).

Dall'area CA3, le informazioni procedono lungo la terza via afferente dell'ippocampo, le collaterali di Schaffer, fino all'area CA1. Si ipotizza che quest'area dell'ippocampo abbia il ruolo di favorire la codifica delle informazioni spaziali che possono essere incluse nel ricordo (Miyashita, 2004). Nell'ippocampo, i dati formano un circuito chiuso che da CA1 proietta nuovamente alla corteccia entorinale attraverso il subicolo. I flussi di informazione vengono mappati dal punto di vista somatotopico, di modo che le stesse cellule entorinali da cui origina il segnale ricevano le appropriate proiezioni di ritorno (Rolls, 2008). Dalla corteccia peririnale, le informazioni fluiscono verso la corteccia perinatale e quella paraippocampale, e infine verso le diverse aree unimodali e polimodali della corteccia da cui hanno avuto origine (*ibidem*).

#### IL POTENZIAMENTO A LUNGO TERMINE

Si ritiene che il consolidamento e l'immagazzinamento a lungo termine dei ricordi dipenda dal graduale rafforzamento delle connessioni sinaptiche che definiscono ciascun ricordo codificato. Il rafforzamento di queste connessioni sinaptiche dipende, a sua volta, da un processo che prende il nome di potenziamento a lungo termine (*long-term potentiation*, LTP), che è stato originariamente descritto da Bliss e Lomo (1973). Se si stimolano i neuroni di una delle tre vie afferenti dell'ippocampo (la via perforante, le fibre muscoidi e le collaterali di Schaffer), essi si sensibilizzano alle stimolazioni successive, aumentando i potenziali eccitatori postsinaptici dei neuroni di ciascuna via afferente. In animali illesi, la sensibilizzazione dovuta al potenziamento a lungo termine può durare diversi giorni (per una rassegna, vedi Kandel, Kupferman, Iversen, 2000).

Nello specifico, l'induzione di un LTP nell'ippocampo si verifica nel seguente modo. Nella via perforante, che unisce la corteccia entorinale al giro dentato, l'LTP dipende dall'attivazione dei recettori NMDA nelle cellule del giro dentato con conseguente afflusso di calcio unito alla trasmissione eccitatoria retrograda alle cellule presinaptiche entorinali. Nel percorso delle fibre muscoidi, che unisce le cellule del giro dentato alle cellule CA3, l'LTP è regolato dall'afflusso di calcio alle cellule presinaptiche del giro dentato, favorito dalla scarica ripetuta di tali cellule. L'LTP nella via delle fibre muscoidi è modulato positivamente dalla norepinefrina e non è NMDA-dipendente

(*ibidem*). L'induzione di un LTP nelle collaterali di Schaffer, che uniscono CA3 e CA1, dipende dall'attivazione del recettore NMDA nelle cellule CA1, con conseguente afflusso di calcio e trasmissione retrograda eccitatoria. Le fasi iniziali dell'LTP aumentano la probabilità di successo nella trasmissione dei segnali sinaptici in assenza di un aumento del numero delle sinapsi o dei recettori. Le sequenze di attivazione descritte in precedenza promuovono, quindi, la neurotrasmissione rendendola più efficace. I neuroni presinaptici attivati, per esempio, rilasceranno nel neurotrasmettitore, a ogni evento sinaptico, il maggior numero possibile di vescicole, e i recettori postsinaptici attivati diventeranno più sensibili ai neurotrasmettitori rilasciati (*ibidem*). Le fasi successive dell'LTP, invece, richiedono la sintesi di proteine e hanno un effetto ben maggiore di amplificazione della neurotrasmissione fra i neuroni attivati. Si ipotizza che quest'amplificazione del livello di trasmissione dei segnali comporti un incremento dei siti di rilascio dei neurotrasmettitori oltre a un aumento dei recettori postsinaptici (*ibidem*).

È diffusa opinione (Rolls, 2008; Miyashita, Kameyama, Hasegawa et al., 1998) che i ricordi codificati che continuano a essere evocati per periodi prolungati (anni) finiscono per essere codificati in siti esterni all'ippocampo. Questo processo permette di recuperare spazio, lasciando sfiorire i ricordi più deboli, e spostando quelli più intensi e ricorrenti fuori dall'ippocampo. Gli studi condotti sui primati non umani indicano che, nella memoria visiva, il passaggio dalla codifica a breve termine a quella a lungo termine implica la formazione di connessioni nell'area BA36 della corteccia peririnale, sotto la guida dei pattern immagazzinati nell'ippocampo (Miyashita, Kameyama, Hasegawa et al., 1998). In seguito, attraverso le proiezioni di ritorno provenienti dalla corteccia peririnale, i singoli elementi del ricordo vengono assemblati dalla corteccia temporale anteriore inferiore, che costituisce un'importante area per la rappresentazione degli oggetti visivi (*ibidem*). È stato ipotizzato che questo schema generale di assemblaggio dei ricordi provvisori nella corteccia entorinale e in quella peririnale, con conseguente trasferimento dei collegamenti alle aree rappresentazionali della neocorteccia, potrebbe costituire il processo generale attraverso cui si compie l'immagazzinamento nella memoria a lungo termine (*ibidem*).

#### PROCESSI DI MEMORIA E PSICOPATOLOGIA

La continua proiezione di ogni modalità di informazione sensoriale ed emotiva rappresentata a livello cerebrale nella corteccia entorinale (vedi Rolls, 2005) ha interessanti conseguenze. Poiché non tutte le informazioni proiettate possono raggiungere la coscienza, è teoricamente impossibile codificare ricordi contenenti un mix di elementi inconsci e coscienti. I ricordi di questo tipo possono essere recuperati rappresentandone solo gli elementi

inconsci o solo quelli coscienti, poiché in questo modo la rappresentazione mnestica è una soltanto. Alcuni degli elementi inconsci del ricordo possono in effetti riattivarsi e in tal modo rivelarsi. Inoltre, ogni volta che un ricordo si riattiva, possono associarsi nuovi elementi che non appartenevano alla codifica originaria. È anche possibile che nel presente si creino ricordi che vengono attribuiti al passato, un fenomeno che è stato osservato sperimentalmente (Bernstein, Laney, Morris et al., 2005). Questi meccanismi sono alla base dei falsi ricordi.

Il processo di ortogonalizzazione attuato dal giro dentato, che consente di differenziare i ricordi contenenti elementi simili, solleva molte interessanti possibilità dal punto di vista della psicoterapia. Le cellule granulari del giro dentato sono incorporate in una matrice di interneuroni inibitori (Rolls, 2008). Questa disposizione assicura che le rappresentazioni non si diffondano in maniera incontrollata, consentendo ai neuroni più attivati di inibire i vicini meno attivati.

In teoria, il numero di cellule disponibili nel giro dentato dovrebbe determinare con quale precisione i pattern di memoria contenenti elementi simili possono essere codificati (Treves, Tashiro, Witter et al., 2008). Alcuni esperimenti sostengono quest'ipotesi. Dupret e collaboratori (2008), per esempio, hanno creato due topi transgenici i cui precursori delle cellule neurali potevano essere distrutti selettivamente mediante induzione della proteina pro-apoptotica Bax. I topi i cui neuroni del giro dentato, formati quando il topo era già adulto, venivano asportati mediante ablazione, mostravano significative compromissioni “della memoria relazionale spaziale, su cui si basa la capacità di esprimere ricordi di natura flessibile ed esperienziale. Invece, le forme meno complesse di conoscenza spaziale restavano inalterate” (Dupret, Revest, Koehl e collaboratori, 2008, p. 1). Gli autori concludono che i loro risultati “dimostrano che i neuroni formati in età adulta sono necessari per le forme complesse di apprendimento mediate dall'ippocampo” (*ibidem*). La disponibilità di neuroni di questo tipo nel giro dentato, che sembra decisiva per le forme di apprendimento complesse basate sull'ippocampo, dipende, a sua volta, da livello di neurogenesi del giro dentato, che aumenta in ambienti “arricchiti” (Bruehl-Jungerman, Laroche, Rampon et al., 2005) e diminuisce nei periodi di stress (Gould, Tanapat, McEwen et al., 1998). L'ambiente stimolante in questione era creato sperimentalmente inserendo dei ratti in “una grande scatola (1,5 x 0,8 x 0,8 metri) contenente vari giochi, blocchi di legno, piani in salita, tubi di plastica e piccole case” (Bruehl-Jungerman, Laroche, Rampon et al., 2005, p. 213). Gli oggetti della scatola erano disposti ogni giorno in modo diverso per favorire l'esplorazione. La ruota per roditori, che viene impiegata in esperimenti simili, non era presente per eliminare l'effetto della variabile confondente rappresentata dall'esercizio aggiuntivo.

La capacità di discriminare con precisione i ricordi nei periodi favorevoli



e di generalizzarli nei periodi di stress potrebbe avere un significativo valore adattivo, ma anche alcuni svantaggi. L'interruzione della neurogenesi nel giro dentato e la contrazione dell'ippocampo derivanti da uno stress cronico (Sapolsky, 2002) dovrebbero produrre risposte più rapide agli stimoli minacciosi diminuendo la complessità dei ricordi codificati. D'altra parte, con la riduzione della capacità di discriminazione, anche un numero crescente di stimoli non minacciosi può attivare specifiche reazioni alla minaccia come conseguenza dell'ipergeneralizzazione. Gli animali della foresta e i soldati in battaglia, per esempio, reagiscono più rapidamente e in modo particolare ai movimenti delle foglie rispetto a chi sta facendo un picnic nel parco. Al ritorno dalla guerra, i soldati hanno spesso difficoltà a riadattarsi alla maggiore complessità della vita in tempo di pace, in cui non è detto che ogni rumore o movimento improvviso possa portare a una morte istantanea.

Gli esperimenti condotti sui ratti con lesioni al giro dentato hanno confermato che tali lesioni producono una significativa compromissione nella capacità di distinguere fra stimoli spaziali strettamente ravvicinati (Rolls, 2008). Inoltre, i topi geneticamente modificati che presentavano un deficit nella neurogenesi del giro dentato erano più sensibili al condizionamento alla paura legato a segnali presenti nell'ambiente (McGuire, Davis, 2001). Questi dati forniscono un sostegno sperimentale all'ipotesi che i deficit del giro dentato inibiscano la capacità di rappresentare la complessità e, quindi, possano comportare una maggiore semplificazione e generalizzazione. Ci si può attendere che deficit di questo tipo migliorino le prestazioni in semplici compiti di discriminazione, ma non nella soluzione di problemi complessi. Un deficit del giro dentato è stato ipotizzato anche alla base del "pensiero bianco o nero", o ipergeneralizzazione, che caratterizza il disturbo borderline di personalità (Viamontes, Beitman, 2006b), una condizione che è stata associata all'atrofia dell'ippocampo. Diversi esperimenti condotti sugli animali (Santarelli, Saxe, Gross et al., 2003) indicano che almeno parte degli effetti degli antidepressivi sul comportamento possa dipendere da un aumento della neurogenesi nel giro dentato.

Alla luce dei meccanismi descritti, la formazione dei ricordi rappresenta ben più di un semplice sistema di immagazzinamento delle informazioni. In realtà, essa comporta una riorganizzazione delle connessioni delle aree superiori della corteccia in base alle esperienze significative. Al riguardo, un modello animale della schizofrenia comunemente impiegato prevede la lesione dell'ippocampo in età neonatale (Lipska, Weinberger, 2002). Questa procedura influenza negativamente l'organizzazione della corteccia prefrontale, generando uno stato di ipofrontalità che mima diversi disturbi schizofrenici. È stato ipotizzato che le esperienze che vengono impiegate per guidare la riorganizzazione delle connessioni corticali debbano persistere nel complesso ippocampale per diversi anni (Rolls, 2008), un requisito che dovrebbe prevenire la possibilità che principi organizzatori di scarso



rilievo vengano incorporati nella corteccia. Quest'ipotesi si basa sui resoconti dei pazienti che hanno subito lobotomie temporali bilaterali a causa di problemi epilettici. In questi casi, l'ippocampo non può immagazzinare nuovi ricordi, e si registra un relativo gradiente temporale retrogrado, per cui i ricordi remoti sono ricordati meglio di quelli recenti, che vengono perduti in una misura che è inversamente proporzionale alla loro età (per una rassegna, vedi Kandel, Kupferman, Iversen, 2000).

Riguardo alle implicazioni per la psicoterapia, dovrebbero essere evidenziati due aspetti principali relativi alla memoria. In primo luogo, i sistemi di memoria consentono un continuo accesso a molti livelli di informazione acquisiti dall'individuo durante la sua vita. Tuttavia, i ricordi possono continuamente trasformarsi, e i dettagli riferiti a un ricordo in un certo momento possono differire notevolmente dall'esperienza originaria. In secondo luogo, l'aspetto forse più importante è che il sistema di memoria presiede alla formazione di circuiti di elaborazione specializzati nel cervello e, nel passaggio dal consolidamento all'immagazzinamento a lungo termine, assembla gli elementi del ricordo in reti logicamente connesse. L'identità di ogni individuo e i suoi particolari schemi di elaborazione delle informazioni risiedono, in larga parte, nei ricordi che sono stati immagazzinati nella memoria a lungo termine.

Il consolidamento dei ricordi è facilitato dall'attivazione emotiva. I ricordi ad alto contenuto emotivo vengono codificati e consolidati più efficientemente di quelli con un contenuto emotivo neutro (Pare, 2003). Questo processo richiede l'intervento dell'amigdala basolaterale, che può sostenere i processi di memoria rilasciando sostanze facilitanti come la norepinefrina e l'acetilcolina (*ibidem*). Nei stati patologici come la depressione, l'iperattivazione dell'amigdala può produrre un costante afflusso di emozioni negative che influenza negativamente i sistemi di memoria (Siegle, Steinhauer, Thase et al., 2002).

#### LA MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO CEREBRALE DI "DEFAULT"

Mesulam (2000) ha introdotto il concetto di "modalità di default" (*default mode*) per descrivere il comportamento basato sui circuiti cerebrali più primitivi rispetto a quelli della corteccia superiore. È importante distinguere il concetto di Mesulam, che si basa su considerazioni evolutive, dal più recente concetto di "rete di default" (*default network*; Buckner, Andrews-Hanna, Schacter, 2008), che si riferisce a "uno specifico sistema cerebrale anatomicamente determinato che si attiva preferenzialmente quando l'individuo non è concentrato sull'ambiente esterno" (*ibidem*, p. 1). La rete di default si attiva "quando l'individuo è impegnato in compiti orientati interiormente, come il recupero di ricordi autobiografici, la previsione di

eventi futuri e le opinioni sui punti di vista degli altri” (*ibidem*). Le possibili componenti della rete cerebrale di default includono diverse strutture, in particolare corteccia prefrontale mediale ventrale, corteccia cingolata/retrospleniale posteriore, lobulo parietale inferiore, corteccia temporale laterale, corteccia prefrontale mediale dorsale e formazione dell’ippocampo (*ibidem*). Come evidenziato in precedenza, la formazione dell’ippocampo e la corteccia temporale laterale sovrintendono il funzionamento della memoria esplicita e spaziale, mentre la corteccia prefrontale mediale dorsale coordina funzioni esecutive, ragionamento, risoluzione dei problemi e previsioni sul futuro. Inoltre, l’area prefrontale mediale sollecita l’impiego di informazioni mnestiche nella creazione di simulazioni mentali riguardo al Sé, mentre la corteccia cingolata posteriore è un’area di integrazione che si attiva quando si immaginano i pensieri degli altri (*ibidem*). Il lobulo parietale inferiore costituisce il nodo finale della rete di default e contribuisce all’attenzione spaziale, all’integrazione degli stimoli sensoriali multimodali e al controllo oculomotorio (Clower, Robert, West et al., 2001).

Per quanto riguarda la psicoterapia, alcune delle funzioni ipotizzate più importanti della rete di default includono il supporto all’attività mentale, che comprende la costruzione di simulazioni dinamiche basate su ricordi che riguardano il Sé, il pensiero sul futuro e l’immaginazione di possibili alternative alle circostanze presenti. In alternativa, è stato anche ipotizzato che la rete di default potrebbe sorvegliare l’ambiente esterno in cerca di eventi inattesi quando l’attenzione focalizzata non è diretta all’esterno (Buckner, Andrews-Hanna, Schacter, 2008). Il concetto di rete di default rappresenta i processi che hanno luogo nel cervello quando l’attenzione non è focalizzata sugli oggetti esterni, e ha importanti implicazioni riguardo alla psicoterapia, poiché potrebbe essere coinvolta nello sviluppo dei disturbi psichiatrici, oltre che nello stesso processo terapeutico.

Ritornando al concetto di modalità di default di Mesulam, è chiaro che i suoi parametri funzionali descrivono le azioni delle parti più primitive del cervello umano, senza il beneficio degli strati inibitori e riflessivi forniti dalla corteccia prefrontale. Queste funzioni primitive possono soddisfare bisogni di sopravvivenza fondamentali mediante semplici associazioni stimolo-risposta, ma non possono supportare le complesse interazioni sociali e le capacità di problem solving che sono richieste per avere successo nel contesto socioculturale odierno.

Dal punto di vista biologico, il comportamento adattivo ha quattro componenti principali: omeostasi, acquisizione e conservazione dell’energia, evitamento del danno e facilitazione della riproduzione. Per raggiungere questi scopi, il cervello integra i dati provenienti dai sensori interni ed esterni, modula i processi corporei e coordina la ricerca di risorse, in considerazione dei rischi e delle necessità interne. Come sottolinea Mesulam, la modalità di default è orientata nel qui e ora e ha solo una visione limitata del

contesto, delle conseguenze previste e del futuro. La modalità di default è attivata quasi esclusivamente dagli impulsi appetitivi interni e dagli stimoli esterni salienti. In altri termini, i principali motori del funzionamento cerebrale di default includono i circuiti di ricompensa del cervello, come pure le reti neurali che controllano le funzioni fisiologiche come l'alimentazione e il sonno, e i circuiti amigdalari-orbitofrontali, che individuano potenziali pericoli e ricompense. Questi circuiti influenzano il comportamento orientando l'attenzione sugli oggetti interessanti e generando stati emotivi appropriati. I circuiti motivazionali di default richiedono una minima elaborazione delle informazioni nell'intervallo fra stimolo e risposta; la loro efficienza comporta, per contro, una funzionalità limitata, una maggiore impulsività e una ridotta capacità di affrontare stimoli nuovi e complessi.

Gli studi sullo sviluppo normale del cervello e sui deficit riportati dai pazienti con lesioni cerebrali hanno mostrato che il funzionamento cerebrale di default descritto da Mesulam è fondamentalmente presente in ogni essere umano. Tuttavia, l'esercizio e l'esperienza, nel corso della vita, formano diversi "strati" che modulano le azioni della modalità di default, modellando pattern comportamentali con maggiore valore adattivo. Negli esseri umani, gli strati che facilitano funzionamento sociale e lavorativo, creatività, problem solving e orientamento al futuro dipendono dal funzionamento della corteccia prefrontale.

Lo sviluppo di modalità di funzionamento cerebrale avanzate, che trascendono gli istinti appetitivi e soddisfano richieste più complesse, è fondamentale dal punto di vista evoluzionistico. La ricerca incontrollata di stimoli basilari al servizio degli istinti interni non è adattativa in un mondo pieno di pericoli. Inoltre, la capacità di rinviare la gratificazione in base al contesto è essenziale allo sviluppo dei gruppi sociali. Per esempio, gli animali posizionati in fondo alla gerarchia sociale, per mangiare, devono aspettare che i membri dominanti del gruppo sociale siano sazi. Per rendere possibili questi comportamenti più elaborati, si sono evoluti circuiti neurali specializzati che hanno la funzione di modulare gli istinti interni e restringere il focus verso l'ambiente esterno, contrastando l'azione del sistema di ricompensa. Questi circuiti, situati principalmente nella corteccia prefrontale, promuovono la ricerca di ricompense in un modo che sia compatibile con una serie di considerazioni legate al contesto, alle regole apprese e alla previsione del futuro (Mesulam, 2000). Gli studi clinici condotti sui pazienti con lesioni cerebrali, gli esperimenti sugli animali e gli studi basati su tecniche di imaging funzionale hanno permesso di descrivere sia i circuiti generali da cui dipende il funzionamento cerebrale di default sia quelli che si sono stratificati per consentire maggiori livelli di complessità e adattabilità.

## I CIRCUITI ADATTIVI DELLA CORTECCIA PREFRONTALE: ES, IO E SUPER-IO

Il termine corteccia prefrontale si riferisce all'area del cervello posta immediatamente di fronte all'area premotoria e a quella motoria. Negli esseri umani, la corteccia prefrontale permette di considerare un'ampia serie di variabili prima di intraprendere un'azione (Mesulam, 2000). Essa coordina i comportamenti adattivi, diretti a uno scopo, esaminando accuratamente le circostanze interne ed esterne, la memoria, le regole applicabili e le conseguenze previste.

Dal punto di vista funzionale e anatomico, la corteccia prefrontale regola il comportamento complesso attraverso tre distinti circuiti neurali. Il circuito oculomotorio, che controlla il movimento automatico degli occhi, rappresenta un quarto circuito prefrontale che non verrà discusso in questa sede. Tutti i circuiti prefrontali proiettano nodi nel talamo, nella corteccia, nei gangli della base e nel globo pallido/pars reticulata della substantia nigra (Mega, Cummings, 2001; Burruss, Hurley, Taber et al., 2000). I circuiti presentano un'organizzazione somatotopica in cui ciascun componente è attraversato da diversi "canali" (Mega, Cummings, 2001). In circostanze normali, il circuito talamico è inibito tonicamente dal globo pallido. Questa inibizione di base può essere annullata dall'azione dei gangli della base solo per alcuni canali specifici. I cicli autoeccitatori che sostengono le rappresentazioni cerebrali rilevanti possono quindi essere attivati selettivamente. Grazie alle loro componenti peculiari, questi circuiti sono definiti più in generale talamocorticostriatali.

Il primo circuito talamocorticostriatale attraversa talamo dorsomediale, giro del cingolo, nucleo caudato ventromediale e nucleo accumbens. Questo circuito modula il funzionamento del globo pallido ventrale e rostromediale, che in circostanze normali inibiscono continuamente il talamo dorsomediale (*ibidem*). Quando il circuito è attivato, esso attenua selettivamente l'inibizione di specifici canali talamici, amplificando le rappresentazioni corticali selezionate. Questo circuito è coinvolto principalmente nella motivazione che dirige le azioni verso uno scopo. Il giro del cingolo è un'area eterogenea che possiede moduli specializzati nell'elaborazione di emozioni, pensieri, sensazioni e movimenti (Bush, Luu, Posner, 2000). Le funzioni principali del giro del cingolo includono la motivazione a dare risposte appropriate agli stimoli interni ed esterni, l'integrazione di processi emotivi e cognitivi, l'"attenzione a ciò che si fa", la preparazione motoria e la gestione dei conflitti (Bush, Luu, Posner, 2000).

Il giro del cingolo svolge queste funzioni originando stati corporei che orientano l'attenzione sulle richieste interne ed esterne e spingono a intraprendere un comportamento adatto. Esso genera motivazione emotiva proiettando ai sistemi autonomo, visceromotorio ed endocrino (Critchley, Mathias, Josephs et al., 2003), ed è una componente importante del circuito

di ricompensa grazie alle sue connessioni al nucleo accumbens. Il giro del cingolo riceve le informazioni cognitive dalla corteccia prefrontale dorsolaterale (Barbas, Saha, Rempel-Clower et al., 2003) e promuove l'integrazione fra processi emotivi e cognitivi generando stati emotivi appropriati ai contenuti cognitivi (Critchley, Mathias, Josephs et al., 2003). Si tratta di una funzione fondamentale che può motivare le azioni guidate da rappresentazioni astratte (per esempio, rinviare un'attività piacevole perché si deve studiare per un esame). A sua volta, il giro del cingolo, che presenta diffuse connessioni con le altre strutture limbiche, invia le informazioni emotive alla corteccia prefrontale dorsolaterale perché possano essere elaborate dal punto di vista cognitivo. Una lesione del giro del cingolo può provocare uno stato di apatia caratterizzato da un calo significativo delle risposte agli stimoli interni ed esterni (Mega, Cummings, 2001). In casi estremi, una grave lesione di quest'area può produrre uno stato di "mutismo cinetico", caratterizzato da una marcata riduzione del linguaggio o dei movimenti spontanei (*ibidem*).

Il giro del cingolo organizza l'"attenzione a ciò che si fa" in un dato momento, regolando livello di attivazione, motivazione, tono autonomico e focus dell'attenzione in modo da produrre risposte comportamentali adeguate agli stimoli interni ed esterni salienti (Bush, Luu, Posner, 2000). Il circuito giro del cingolo-nucleo accumbens ha un ruolo importante negli stati di dipendenza da sostanze. Si ritiene inoltre che regoli il tono autonomico necessario a sostenere molti tipi di movimenti, e segnali la presenza di conflitti fra due o più comportamenti innalzando il tono autonomico e il livello di attivazione fisiologica (Critchley, Mathias, Josephs et al., 2003).

Il secondo circuito talamocorticostriatale attraversa talamo ventrale anteriore e dorsomediale, corteccia orbitofrontale laterale, nucleo caudato ventromediale, globo pallido dorsomediale e pars reticulata della substantia nigra (Mega, Cummings, 2001). Le ultime due strutture inibiscono tonicamente il talamo, e il circuito, una volta attivato, può allentare selettivamente l'inibizione di specifici canali talamici. Il circuito orbitofrontale laterale modula la ricerca di ricompense, aggiungendo le considerazioni sui rischi, il contesto e le possibili conseguenze del comportamento. Questi sono aspetti fondamentali nella genesi di comportamenti adattivi nelle situazioni sociali e lavorative. La corteccia orbitofrontale laterale può creare forze motivazionali che si basano su principi di ordine superiore e possono controbilanciare l'attrattiva di possibili ricompense che sarebbe inappropriato ricercare in alcuni contesti.

La corteccia orbitofrontale mediale è reciprocamente connessa all'amigdala, ed entrambe agiscono in concerto per generare stati emotivi rilevanti per la ricerca di ricompense e l'evitamento dei rischi. Sia la corteccia orbitofrontale sia l'amigdala ricevono numerose afferenze da tutte e cinque le cortecce sensoriali, oltre che dall'insula. Ciò consente di raggiungere una visione d'insieme dell'ambiente interno ed esterno. Le afferenze provengo-

no soprattutto dalle zone a valle delle cortecce unimodali, e quindi le informazioni sono probabilmente a livello dell'oggetto intero anziché delle singole caratteristiche (Barbas, Saha, Rempel-Clower et al., 2003). Inoltre, le afferenze sensoriali sono relativamente accorpate, e forniscono rappresentazioni multidimensionali dell'ambiente. L'amigdala proietta su siti specifici della corteccia orbitofrontale che ricevono afferenze sensoriali equivalenti; è ipotizzabile che questa disposizione permetta alla corteccia orbitofrontale di estrarre il significato emotivo degli eventi sensoriali (*ibidem*). Sia l'amigdala sia la corteccia orbitofrontale ignorano le afferenze sensoriali neutre prive di implicazioni riguardo ai rischi e alle ricompense e smettono di rispondere agli impulsi che perdono il loro valore motivazionale (*ibidem*).

Barbas, Saha, Rempel-Clower e collaboratori (2003) hanno chiarito la configurazione del circuito orbitofrontale-amigdalare in un esperimento su primati non umani. L'amigdala può esercitare influenze sia stimolanti sia inibitorie sui nuclei autonomici dell'ipotalamo. Il nucleo centrale dell'amigdala, in condizioni normali, inibisce i nuclei ipotalamici, mentre il nucleo basolaterale li stimola. La corteccia orbitofrontale può inibire i centri autonomici stimolando il nucleo centrale dell'amigdala (*ibidem*). L'attivazione di quest'ultimo si traduce in un'inibizione del sistema nervoso autonomo. Il risultato opposto, l'attivazione del sistema nervoso autonomo, può essere indotto dalla corteccia orbitofrontale stimolando i neuroni intercalari dell'amigdala. Ciò attenua l'inibizione di base dei nuclei ipotalamici a opera del nucleo centrale dell'amigdala (*ibidem*).

Dal punto di vista funzionale, la corteccia orbitofrontale induce stati corporei anticipatori che promuovono la ricerca di ricompense, come anche stati corporei avversivi che riducono la probabilità di comportamenti a rischio (Mega, Cummings, 2001). La corteccia orbitofrontale si è probabilmente evoluta per prevenire i rischi associati alla ricerca di ricompense, per moderare il comportamento degli animali che occupano i livelli inferiori della gerarchia sociale, per promuovere la ricerca preferenziale di ricompense non troppo rischiose e per inibire la ricerca di ricompense inadatte al contesto, come la ricerca di cibo quando si è sazi. Gli esseri umani con lesioni alla corteccia orbitofrontale in genere mostrano cambiamenti di personalità che comportano forte impulsività, comportamento esplosivo, disprezzo delle regole e delle conseguenze, e incapacità di usare le emozioni avversive per inibire i comportamenti a rischio (*ibidem*).

Il terzo circuito comportamentale della corteccia prefrontale è il circuito prefrontale dorsolaterale, che regola le funzioni esecutive. Questo circuito attraversa nucleo dorsomediale e anteriore ventrale del talamo, corteccia prefrontale dorsolaterale, nucleo caudato dorsolaterale, globo pallido dorsomediale e pars reticulata della substantia nigra. Analogamente agli altri due circuiti, anche il circuito prefrontale dorsolaterale può attenuare selettivamente l'inibizione tonica di specifici canali talamici.



Il circuito prefrontale dorsolaterale è essenziale a molte delle funzioni intellettive apprezzabili negli esseri umani. Queste includono capacità di organizzazione, problem solving, memoria di lavoro e recupero dei ricordi, autodeterminazione, capacità di affrontare le novità e uso del linguaggio per guidare il comportamento (Mega, Cummings, 2001). Senza la corteccia prefrontale dorsolaterale, la capacità di risolvere i problemi, alla base delle conquiste più elevate del genere umano, non sarebbe possibile. Il comportamento sarebbe poco organizzato, e scomparirebbe la capacità di pensare in maniera astratta. Il funzionamento di quest'area corticale è strettamente connesso alle misure standard dell'intelligenza e, in sua assenza, diventa evidente una modalità di funzionamento cerebrale di default, basata esclusivamente su comportamenti di routine. Gli individui con lesioni alla corteccia prefrontale dorsolaterale mostrano disagio nelle situazioni e nei contesti nuovi e vivono giorno per giorno, per abitudine. Ogni deviazione da ciò che è familiare può causare sconcerto, poiché è improbabile che l'individuo sappia gestire le situazioni che richiedono analisi, creatività o autodeterminazione (*ibidem*).

Anche la corteccia prefrontale dorsolaterale, come quella orbitofrontale, riceve una serie di afferenze sensoriali, che in questo caso provengono principalmente dalle corteccie visiva, uditiva e somatosensoriale (Barbas, Saha, Rempel-Clower et al., 2003). I campi oculari frontali ricevono informazioni visive poco elaborate, con un livello di dettaglio comparabile a quello osservabile nell'area unimodale della corteccia visiva (*ibidem*). Le informazioni sensoriali sono meno integrate nella corteccia dorsolaterale rispetto a quella orbitofrontale, probabilmente per permettere un'analisi più dettagliata di stimoli specifici (*ibidem*).

In sintesi, gli individui con lesioni alla corteccia prefrontale dorsolaterale mostrano difficoltà a organizzare un comportamento che risponda alle richieste interne o esterne e perseverano nei pensieri e nel linguaggio. La capacità di prendere decisioni è compromessa, ed è presente una forte tendenza a essere attratti verso gli oggetti e le situazioni con un'elevata salienza, anche se l'interazione è inadatta al contesto. Questi individui spesso adottano un "comportamento di utilizzazione", che consiste nella manipolazione indiscriminata di ogni oggetto nel quale si imbattono. Essi presentano significative difficoltà con il problem solving e sono incapaci di affrontare le novità (Mega, Cummings, 2001).

Sigmund Freud ha definito Es, Io e Super-io come tre componenti distinte della mente che, interagendo tra loro, costituivano a suo avviso i principali motori del comportamento umano. Che si convenga o meno con i concetti teorici freudiani, le loro basi neurobiologiche appaiono evidenti. La continua tensione fra gli impulsi appetitivi inconsci e i circuiti di controllo più avanzati che caratterizza la visione freudiana è chiaramente radicata nei circuiti neurali.



Il circuito prefrontale dorsolaterale ricorda molto l'Io freudiano. Esso facilita le funzioni esecutive come l'integrazione delle informazioni percettive, il problem solving e il processo decisionale (Mega, Cummings, 2001; Burduss, Hurley, Taber et al., 2000). Gli studi basati su tecniche di neuroimaging hanno inoltre mostrato che la corteccia prefrontale dorsolaterale, probabilmente in concerto con il giro del cingolo, ha un ruolo fondamentale nella rimozione dei ricordi indesiderati (Anderson, Ochsner, Kuhl et al., 2004).

Le manifestazioni dell'Es si ritrovano in gran parte nel circuito giro del cingolo-nucleo accumbens. Questo circuito, che viene modulato dall'amigdala, amplifica i segnali che indicano la possibilità di ottenere una ricompensa e genera stati corporei che motivano la ricerca di possibili fonti di piacere. In presenza di segnali memorizzati in precedenza, questo circuito può generare una spinta motivazionale irresistibile a mettere in atto comportamenti gratificanti, come nel caso nella dipendenza da sostanze chimiche.

Le funzioni del Super-io sono espletate dal circuito orbitofrontale laterale, in combinazione con il circuito orbitofrontale-amigdalare mediale che presiede specificamente alla funzione di evitamento dei rischi. La rete orbitofrontale laterale si è evoluta per moderare la ricerca del piacere in considerazione del contesto e dei rischi. Per svolgere questo compito, i circuiti orbitofrontali-amigdalari sono collegati ai centri autonomici e possono generare stati corporei che conducono al disimpegno e al ritiro. L'azione di questi circuiti pone dei limiti all'assunzione dei rischi e può dar luogo a sensazioni viscerali che segnalano la possibilità di punizioni o conseguenze imbarazzanti.

Come indica questa breve rassegna dei circuiti prefrontali, sono le capacità specializzate di queste reti neurali a rendere unici gli esseri umani. In assenza della corteccia prefrontale si può sopravvivere, ma è compromesso tutto ciò che si allontana dai compiti più elementari. I pazienti psichiatrici mostrano vari gradi di disfunzione prefrontale. In alcuni, il disturbo è passeggero, in altri è permanente. È importante che lo psicoterapeuta valuti la funzionalità del circuito prefrontale mediante osservazioni e autodescrizioni del comportamento del paziente.

Le aree della corteccia prefrontale facilitano ogni funzione sociale e intellettuale superiore. In loro assenza, il comportamento umano diventa grossolano e grezzo, orientandosi verso il raggiungimento di ricompense nel qui e ora, senza alcun riguardo per il passato o il futuro, e con scarsa considerazione del contesto e delle convenzioni sociali. Come indicano gli studi sui pazienti con lesioni al lobo frontale, l'appendice evolutiva della corteccia prefrontale e i suoi circuiti avanzati e adattivi non hanno sostituito la modalità di funzionamento di default, ma si sono sovrapposti a essa. In ogni momento, particolari circostanze o la presenza di disturbi psichiatrici possono mettere a nudo il nucleo funzionale del cervello, attivando risposte comportamentali che potevano essere utili in passato ma risultano disadattive nell'attuale contesto socioculturale.

Il cervello dei bambini, quando ancora non si sono sviluppate le modifiche necessarie a trascendere la modalità di default, è particolarmente esposto ad abusi e maltrattamenti. In primo luogo, le circostanze traumatiche stesse possono produrre cambiamenti strutturali nella misura in cui il cervello cerca di adattarsi al trauma (Palaszynski, Nemeroff, 2009). Questi cambiamenti sono probabilmente disadattivi quando il bambino ritorna in un contesto normale. Inoltre, potrebbe essere compromesso lo sviluppo degli strati corticali frontali essenziali al superamento dell'inflessibilità e dell'impulsività della modalità di funzionamento cerebrale di default (Metsalam, 2000). Un aspetto essenziale di questi strati è l'inclusione di una serie di regole astratte che guidano il comportamento, e queste regole vanno insegnate. I bambini abusati e maltrattati hanno maggiori probabilità di riportare deficit nel circuito della cognizione sociale, manifestando gravi conseguenze funzionali nei contesti sociali complessi.

## L'INCONSCIO

Le tecniche di brain imaging non hanno soltanto confermato l'esistenza dei processi mentali inconsci, ma hanno anche iniziato a individuare i substrati anatomici su cui si basano tali processi. Viamontes e Beitman (2007b) hanno proposto una classificazione provvisoria, a cinque livelli, dei processi inconsci che potrebbero indicare esplicite correlazioni sul piano anatomico-funzionale. I processi di primo livello organizzano il funzionamento omeostatico, le azioni automatiche e i comportamenti stereotipati. I processi di secondo livello regolano l'intensità dell'interazione con l'ambiente e i suoi oggetti. I processi di terzo livello guidano l'interazione, su base genetica, con ricompense e punizioni primarie. I processi di quarto livello definiscono le risposte inconscie a ricompense e punizioni secondarie, soggette ad apprendimento. Infine, i processi di quinto livello sono profondamente interattivi e controllano le risposte all'aspetto, ai movimenti, alle parole e alle espressioni facciali degli altri.

I processi inconsci di primo livello hanno luogo nel tronco encefalico, nel prosencefalo basale e nell'ipotalamo (Parvizi, Damasio, 2001). La maggior parte dei processi omeostatici dell'organismo è inconscia. Ciò ha un valore estremamente adattivo, perché l'omeostasi è raggiunta rapidamente, accuratamente e senza sottrarre risorse che possono essere dedicate ai compiti che richiedono coscienza. Oltre ai processi omeostatici di scarso interesse dal punto di vista psichiatrico, tronco encefalico, prosencefalo basale e ipotalamo regolano anche una serie di stati corporei rilevanti sul piano psicopatologico. Le efferenze di queste aree influenzano lo stato fisico dell'organismo e regolano anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, le cui funzioni sono ben note. Questi sistemi controllano funzioni critiche come frequenza cardiaca, respirazione,

attivazione fisiologica e tono autonomico. Le vie funzionali che coordinano le principali efferenze dei processi inconsci di primo livello partecipano anche a una serie di altri circuiti, che includono amigdala, corteccia orbitofrontale, corteccia prefrontale ventromediale e corteccia cingolata subgenuale (Barbas, Saha, Rempel-Clower et al., 2003). La non corretta attivazione delle vie di primo livello può produrre stati patologici di ansia, rabbia e paura.

I processi di secondo livello regolano l'intensità delle interazioni con l'ambiente. Essi includono l'azione dei centri della vigilanza e del sonno nel tronco encefalico e lo stato dei recettori serotoninergici, noradrenergici, acetilcolinergici e dopaminergici in tutto il cervello, oltre alla modulazione dinamica dei corrispondenti neurotrasmettitori. Inoltre, i processi di secondo tipo includono alcune risposte specializzate come la risposta alle malattie, che è mediata dalle citochine, e alcuni sistemi che modulano l'energia cerebrale. Un esempio di questi ultimi è rappresentato dal sistema adenosinico, che induce uno stato di letargia in caso vengano utilizzate quantità eccessive di ATP. L'assunzione di caffeina blocca rapidamente i recettori adenosinici, un fenomeno che spiega la popolarità del caffè.

I processi inconsci di terzo livello organizzano la risposta a ricompense e punizioni primarie, cioè su base genetica (Rolls, 2005). I nodi principali della rete che media questa risposta sono amigdala e corteccia orbitofrontale mediale (*ibidem*). Entrambe le aree ricevono numerose afferenze sensoriali, condividono molte connessioni e modulano congiuntamente i centri autonomici dell'ipotalamo (Barbas, Saha, Rempel-Clower et al., 2003). Sia l'amigdala sia la corteccia orbitofrontale mediale contengono neuroni che rispondono specificamente a ricompense e punizioni presenti in natura (Rolls, 2005). La loro funzione è quella di associare il riconoscimento del rinforzo primario allo stato somatico che rappresenta la risposta geneticamente preprogrammata. I rinforzi primari si limitano a certi odori e sapori, a esperienze tattili piacevoli e, probabilmente, a stimoli visivi particolari come i volti umani sorridenti (*ibidem*). Nella nostra specie, per esempio, i neonati hanno fin dalla nascita una predisposizione per i sapori dolci, e non apprendono questa risposta (Berridge, Winkielman, 2003). Le punizioni primarie su base genetica includono odori e sapori sgradevoli, stimoli somatosensoriali spiacevoli e, probabilmente, rumori forti e volti umani arrabbiati o spaventati (Rolls, 2005).

Imbattendosi in un rinforzo primario positivo si attiva uno stato corporeo geneticamente programmato che aumenta la probabilità di impossessarsene. Questo stato corporeo può comportare il rilascio di neurotrasmettitori e ormoni, il dispiegamento di sequenze di movimenti stereotipici (per esempio, i riflessi di suzione nel neonato) e l'attivazione del sistema nervoso autonomo. In modo simile, l'amigdala e la corteccia orbitofrontale regolano una serie di risposte istantanee per evitare le punizioni primarie. Per esempio, una reazione comune a un sapore amaro inaspettato è quella di sputa-

re la sostanza ingerita, un comportamento stereotipato che ha la funzione di evitare avvelenamenti accidentali. Gli stati fondamentali indotti dall'incontro con ricompense e punizioni primarie sono alla base delle emozioni.

I meccanismi neurali di risposta a ricompense e punizioni secondarie, ovvero i processi di quarto livello, hanno un particolare rilievo dal punto di vista clinico. Molti disturbi psicopatologici dipendono dall'apprendimento di risposte inappropriate a stimoli in precedenza neutri. L'amigdala e la corteccia orbitofrontale mediana la risposta non solo ai rinforzi primari, ma anche a semplici oggetti associati a ricompense o punizioni intrinseche. Gli esseri umani, tuttavia, non reagiscono solo agli oggetti, ma anche ai contenuti verbali e cognitivi, oltre che agli eventi immaginari. L'ippocampo e le strutture associate hanno un ruolo importante nell'organizzazione delle risposte agli stimoli complessi che richiedono il recupero di informazioni nella memoria oltre alla semplice percezione di oggetti.

Bechara, Noel e Crone (2006) hanno ipotizzato che il cervello contenga due principali sistemi di risposta ai rinforzi presenti nell'ambiente: il sistema impulsivo, che genera gli stati somatici in risposta ai rinforzi primari, e il sistema riflessivo, che induce stati simili a partire da rinforzi secondari. Un'importante differenza fra i due sistemi consiste nel fatto che il primo genera stati somatici attivando direttamente, per mezzo dell'amigdala, i centri autonomici dell'ipotalamo e del tronco encefalico, mentre il secondo usa, allo stesso scopo, i circuiti che attraversano la corteccia prefrontale ventromediale (tra cui la corteccia orbitofrontale e la corteccia cingolata subgenuale). Nel secondo caso, la produzione della risposta è preceduta dall'intervento dei circuiti cognitivi di livello superiore.

La corteccia prefrontale ventromediale è un'area di integrazione che può accedere al ricordo di precedenti attivazioni simultanee nelle strutture sensoriali e limbiche. Quando si ripresenta lo stesso pattern sensoriale, il ricordo del suo correlato limbico si attiva automaticamente, ricreando lo specifico stato somatico che è stato associato esperienzialmente con l'oggetto percepito (*ibidem*). I rinforzi secondari, quindi, si generano per apprendimento, associando lo stato somatico che normalmente accompagna un rinforzo primario a un oggetto precedentemente neutro.

Nelle normali interazioni con l'ambiente, incontrando un rinforzo ha luogo un'elaborazione parallela nei sistemi inconsci a risposta rapida come l'amigdala, come anche nelle aree più lente e orientate al futuro come la corteccia prefrontale ventromediale. Il sistema che viene amplificato più intensamente in una data situazione avrà il controllo sul comportamento. Il funzionamento adattivo nei contesti sociali richiede l'attenuazione delle tendenze impulsive che emergono quando i rinforzi percepiti vengono associati agli stati corporei motivazionali, nonché il mitigamento di questi impulsi primitivi in considerazione delle conseguenze future. Il controllo degli impulsi è un processo complesso che richiede, in parte, il confronto con lo stato somatico

generato dall'esposizione al rinforzo con un secondo stato somatico generato dalla stimolazione neurale dell'azione progettata in rapporto al rinforzo. Questa stimolazione interna è stata definita da Damasio (1999) e Bechara e collaboratori (2006) circuito interno "come se". La moderazione degli impulsi iniziali mediante simulazione degli stati corporei "come se" è fondamentale per l'organizzazione sociale, e per inibire la ricerca di potenziali ricompense associate a rischi elevati. Bechara precisa ulteriormente la definizione di controllo degli impulsi a opera dei circuiti "come se" distinguendo fra controllo degli impulsi motori, che inibisce i movimenti impulsivi, e controllo degli impulsi percettivi, che facilita l'adeguamento dell'attenzione al contesto. Gli studi condotti sul controllo degli impulsi motori hanno dimostrato che la sede principale dell'inibizione delle reazioni motorie impulsive è l'area posteriore della corteccia prefrontale ventromediale, che include la corteccia cingolata anteriore. Il controllo degli impulsi percettivi, che consente di spostare l'attenzione a comando, è presieduto dalla corteccia prefrontale dorsolaterale e da quella orbitofrontale laterale (*ibidem*). Quando gli impulsi generati inconsciamente vengono inibiti con successo, nelle aree anteriori della corteccia prefrontale ventromediale – in particolare nel polo frontale e nell'area 10 di Brodmann – si attiva il processo decisionale, che prende in esame diverse variabili, incluse le conseguenze future (*ibidem*).

I processi inconsci del quinto tipo, che regolano il funzionamento sociale, hanno un effetto significativo sul comportamento e rappresentano un importante fattore dal punto di vista psicopatologico. Inoltre, una comprensione di questi processi è estremamente importante ai fini della psicoterapia. Vivere in gruppi sociali rappresenta un'ottima strategia di adattamento per la nostra specie, e milioni di anni di selezione naturale hanno affinato gli strumenti necessari ad avere successo nei contesti sociali.

Brothers (1999, p. 367) definisce la cognizione sociale come "l'elaborazione delle informazioni che culmina nell'accurata percezione delle disposizioni e intenzioni degli altri individui". La cognizione sociale è composta da diversi aspetti. In primo luogo, le espressioni degli esseri umani hanno una base genetica; quindi, è ragionevole assumere che anche la capacità di interpretare le espressioni facciali sia di natura genetica e non appresa. Oltre alle reti di riconoscimento prestabilite, gli esseri umani hanno anche la capacità di simulare i movimenti degli altri nel loro cervello per stabilirne il significato. Infine, la capacità di ragionare in termini astratti consente alla nostra specie di elaborare interpretazioni basate sulla "teoria della mente", ovvero di cercare di ipotizzare i contenuti mentali di un'altra persona.

Adolphs (2000) ha descritto la sequenza con cui avviene l'elaborazione di base della cognizione sociale, di cui viene qui riportata una sintesi. Il livello grezzo dell'elaborazione percettiva visiva, che produce i nistagmi oculari, ha luogo nel collicolo superiore e nelle aree adiacenti. Si ritiene che l'elaborazione strutturale dei volti sia regolata dall'area facciale fusiforme,

che nell'uomo si trova nella corteccia extrastriata. Quest'area si attiva selettivamente ogni volta che guardiamo un volto (Kanwisher, McDermott, Chun, 1997). L'area facciale fusiforme è essenziale per stabilire l'identità di una persona a partire dalle caratteristiche del suo volto e per associare i volti noti ai ricordi pertinenti.

L'amigdala è in prima linea nell'elaborazione delle emozioni associate alle espressioni facciali. Essa contiene programmi prestabiliti di riconoscimento delle espressioni emotive negative, in particolare della paura (Davis, Whalen, 2001). Un'area strettamente interconnessa all'amigdala, la corteccia orbitofrontale, ha un ruolo altrettanto importante nel riconoscimento delle emozioni associate alle espressioni facciali, in particolare ai volti arrabbiati (Blair, Morris, Frith et al., 1999). I volti giudicati attraenti attivano la corteccia orbitofrontale e lo striato ventrale (Adolphs, 2000). La valutazione delle espressioni facciali e le inferenze sulle motivazioni della persona osservata sono quindi governate da amigdala, corteccia orbitofrontale e striato ventrale. Queste aree attivano inoltre il sistema nervoso autonomo dell'osservatore mentre valuta le emozioni dell'altro, in modo da prepararlo a reagire alle emozioni percepite. Gli studi condotti sui pazienti con lesioni cerebrali hanno individuato diverse altre aree corticali dell'emisfero destro coinvolte nel riconoscimento delle emozioni (Adolphs, 2000). Queste includono la corteccia somatosensoriale SI (aree 1-3 di Brodmann), l'insula e l'opercolo frontale sinistro (area di Broca, aree 44 e 45 di Brodmann).

Le informazioni aggiuntive sul riconoscimento dei gesti e le inferenze sugli obiettivi perseguiti e sull'attribuzione di stati mentali sono elaborate dal solco temporale superiore (Saxe, Kanwisher, 2002; Saxe, Xiao, Kovacs et al., 2004). Dalle aree dei neuroni specchio situate nell'opercolo frontale (area 44 di Brodmann) e nella zona anteriore della corteccia parietale posteriore dipende la capacità di avanzare inferenze sul significato delle azioni, simulandole nel cervello dell'osservatore. Giro del cingolo, ippocampo e prosencefalo basale regolano l'attenzione e il livello di coinvolgimento e facilitano il recupero dei ricordi. Infine, la corteccia prefrontale ventromediale, che comprende corteccia orbitofrontale e corteccia cingolata anteriore, hanno un ruolo essenziale nella produzione dei giudizi sociali e morali e nella genesi di stati somatici appropriati (Adolphs, 2000).

## IL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

### L'ALLEANZA TERAPEUTICA

L'alleanza di lavoro fra terapeuta e paziente rappresenta un fattore determinante per il successo della psicoterapia (Wampold, 2001). Durante la terapia, le interazioni fra terapeuta e paziente attivano una serie di circuiti



cognitivi ed emotivi, e i due membri della coppia fanno esperienza di molte reazioni spontanee reciproche. Uno degli aspetti più importanti dell'alleanza terapeutica è l'empatia. Diversi studi hanno mostrato una correlazione positiva fra empatia percepita nel terapeuta dal paziente ed esito della terapia (vedi Marci, Ham, Moran et al., 2007).

Uno studio ha esaminato i correlati fisiologici dell'empatia percepita nel terapeuta (*ibidem*). Il disegno sperimentale includeva misure simultanee della conduttanza cutanea, che rappresenta una misura del livello di attivazione del sistema nervoso simpatico, in venti diadi terapeuta-paziente, durante sedute psicoterapeutiche a orientamento psicodinamico.

Oltre agli indici provenienti dalle misure di conduttanza cutanea, i pazienti compilavano la Barrett-Lennard Relationship Inventory Empathic Understanding Sub-Scale, uno strumento composto da sedici item che valuta la misura in cui il paziente percepisce empatia nel terapeuta (Barrett-Lennard, 1962). I risultati erano in linea con l'ipotesi secondo cui gli episodi condivisi di attivazione del sistema nervoso autonomo, legati ad aumenti simultanei nella conduttanza cutanea tanto nel paziente quanto nel terapeuta, correlassero significativamente con l'empatia percepita nel terapeuta.

Un aspetto importante dell'empatia è che rappresenta il mutuo riconoscimento di un momento condiviso di comprensione emotiva. Si è empatici quando si "sa" ciò che prova l'altro. Carr e collaboratori (2003) descrivono i possibili circuiti neurali attraverso cui gli esseri umani sarebbero in grado di comprendere le espressioni emotive degli altri e mostrare empatia, che in sostanza rappresenta una condivisione emotiva. Alcuni soggetti erano sottoposti a imaging cerebrale funzionale mentre osservavano o imitavano le espressioni emotive di volti umani rappresentati in foto. L'osservazione e l'imitazione attivavano circuiti neurali simili, con livelli maggiori nell'imitazione. Nello specifico, una maggiore attivazione veniva osservata nelle aree frontotemporali e premotorie, nell'amigdala, nell'insula anteriore, nelle zone dell'area motoria presupplementare e della corteccia cingolata rostrale dedicate all'elaborazione dei volti, nell'opercolo frontale e nel solco temporale superiore. Inoltre, l'imitazione delle emozioni osservate attivava la regione della corteccia motoria primaria che controlla i movimenti della bocca.

L'attivazione dell'amigdala durante l'osservazione e l'imitazione è in linea con un suo possibile contributo alla valutazione delle espressioni emotive nei volti degli altri. Diversi studi hanno mostrato un'attivazione del solco temporale superiore durante la rappresentazione di un'azione (vedi Saxe, Xiao, Kovacs et al., 2004). Corteccia premotoria, corteccia cingolata rostrale e area motoria presupplementare, insieme a opercolo frontale e area frontotemporale, sembrano far parte di un complesso circuito che facilita la comprensione di azioni ed emozioni rappresentandole nel cervello dell'osservatore, consentendogli di comprendere ciò che viene osservato "sperimentandolo" nel proprio cervello. Si ritiene che la parte frontale dell'insula,



che si attiva durante l'osservazione e l'imitazione delle emozioni, abbia il compito di associare i sistemi di rappresentazione delle azioni al contenuto emotivo del sistema limbico (Carr, Iacoboni, Dubeau et al., 2003). Inoltre, l'insula rappresenta le modificazioni dello stato corporeo dell'osservatore nel corso della rappresentazione interna delle emozioni e delle azioni osservate. Le aree attivate durante l'osservazione e l'imitazione delle emozioni mostrano una notevole sovrapposizione con il sistema dei neuroni specchio originariamente descritto da Rizzolatti e collaboratori (1996), che facilita la comprensione degli atti corporei. Per promuovere il coinvolgimento nella terapia, è fondamentale che il terapeuta riesca a riprodurre internamente la condizione del paziente nei suoi stessi circuiti neurali.

Un altro importante fenomeno neurobiologico, con importanti implicazioni per lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, è legato al rilascio di ossitocina durante gli scambi interpersonali, che sembra avere un ruolo significativo nella formazione di relazioni stabili, promuovendo il senso di fiducia e la capacità di interpretare correttamente i segnali emotivi provenienti dagli altri (Domes, Heinrichs, Glascher et al., 2007). La somministrazione di ossitocina esogena sotto forma di spray nasale è stata testata a integrazione alla terapia di esposizione nel trattamento del disturbo di ansia sociale (Guastella, Howard, Dadds et al., 2009). In un esperimento pilota in doppio cieco, la somministrazione di ossitocina migliorava la rappresentazione mentale del Sé in seguito alla terapia di esposizione, ma non influenzava l'esito complessivo della terapia (*ibidem*).

Un buon coinvolgimento nella terapia, che include lo sviluppo di fiducia nel terapeuta e il superamento delle inibizioni del paziente nel parlare di sé, è propedeutica alle fasi successive del trattamento. In alcuni casi, l'alleanza si forma quasi istantaneamente; in altri, richiede un duro lavoro terapeutico. Nei casi più difficili, o quando terapeuta e paziente sono del tutto incompatibili, potrebbe non formarsi affatto. In condizioni ottimali, il coinvolgimento culmina nello sviluppo di un'alleanza terapeutica e, su queste solide basi, il processo terapeutico può svolgersi in un ambiente favorevole.

#### SUBSTRATI NEURALI DEL CAMBIAMENTO ADATTIVO

Fino a qualche anno fa, la psicoterapia non poteva essere associata a specifici cambiamenti a livello neurale, a causa della mancanza di tecniche adeguate a questo tipo di misurazione. Il processo terapeutico veniva invece valutato sulla base dell'impatto esercitato sugli stati interni esperiti soggettivamente e del comportamento, che rappresentano manifestazioni indirette dei cambiamenti che avvengono a livello neurale. Oggi si ritiene, tuttavia, che per influenzare gli stati affettivi interni e il comportamento, gli interventi psicoterapeutici debbano prima modificare il contenuto delle reti neurali, le

connessioni fra i neuroni o amplificare specifici circuiti neurali attraverso trasformazioni *top-down*. Queste modificazioni della struttura e del funzionamento cerebrale rappresentano a loro volta il substrato fisico da cui dipende la possibilità di intervenire sui comportamenti disadattivi.

Il principale strumento attraverso cui il terapeuta promuove un cambiamento adattivo nel cervello sono le parole. All'inizio, quest'idea potrebbe sembrare strana. Tuttavia, le parole sono impiegate quotidianamente dagli psicoterapeuti come strumenti sofisticati in grado di sondare e modificare l'organizzazione del cervello, sebbene indirettamente. In tal senso, le parole possono riferirsi non solo a oggetti ed eventi codificati nel cervello, ma anche al loro valore soggettivo, e a tutte le connessioni che hanno formato nel corso della vita dell'individuo.

Teoricamente, perché il trattamento sia efficace, il terapeuta dovrebbe prima creare, nel proprio cervello, un modello "virtuale" dell'organizzazione affettiva e cognitiva del paziente. Questo processo implica non solo un'analisi cognitiva e simbolica dei fatti appresi dal paziente, ma anche la "sperimentazione" in prima persona di alcune delle sue espressioni emotive e azioni, al fine di comprenderle meglio. Ciò si verifica automaticamente nel momento in cui il terapeuta osserva le azioni e le espressioni emotive del paziente e queste vengono riprodotte nei suoi stessi circuiti neurali. Una volta stabilita una rappresentazione virtuale della mente del paziente, possono essere elaborate delle strategie per modificarne l'organizzazione mediante l'uso del linguaggio, secondo le regole indicate dall'approccio teorico del terapeuta. Al momento, la maggior parte dei processi neurobiologici coinvolti nella comprensione delle strutture psichiche del paziente da parte del terapeuta non sono noti a causa dell'assenza di studi specifici. Tuttavia, i dati al riguardo si stanno rapidamente accumulando.

La neurobiologia sostiene la tesi che i problemi affrontati dai pazienti siano essenzialmente radicati nella realtà soggettiva, e non necessariamente in circostanze oggettivamente verificabili. Il riferimento delle valutazioni compiute dal cervello non è il mondo esterno, e nemmeno le sue proprietà fisiche dirette. Il cervello, invece, incorpora i dati sensoriali periferici, e li elabora secondo proprie regole interne, usando il contenuto soggettivo per colmare i "vuoti" e risolvere le discrepanze. Il "significato" di questa rappresentazione composita è definito dall'identificazione delle caratteristiche esistenti e dalle relative connessioni, dall'elaborazione cognitiva ed emotiva, e dagli stati interni prevalenti. La rappresentazione è il primo livello dell'elaborazione delle informazioni il cui errato funzionamento può avere conseguenze psicopatologiche. Negli individui che hanno vissuto esperienze di abuso o incuria, l'identificazione delle caratteristiche salienti può essere compromessa, in quanto l'esposizione alle informazioni socioculturali può essere stata inadeguata, e lo stress cronico è associato a semplificazione cerebrale, che comporta morte cellulare e una riduzione dell'arborizzazione

neuronal (Sapolsky, 2002). Queste modificazioni hanno l'effetto di ridurre l'energia e i tempi di risposta necessari, al prezzo però di una ridotta capacità di discriminazione. Al riguardo, lo psicoterapeuta dovrebbe essere consapevole che concetti esperienziali fondamentali come l'empatia, la felicità e l'amore potrebbero non essere adeguatamente rappresentati nel cervello del paziente. Senza questa rappresentazione, le parole che indicano questi concetti non hanno significato, e gli stati corporei che normalmente accompagnano queste esperienze non possono essere evocati.

Sintomi legati alla memoria sono comuni fra gli individui in terapia. Il concetto di memoria filetica di Fuster (2003) può essere esteso ai ricordi socioculturali e idiografici (Viamontes, Beitman, 2006b), che vengono acquisiti attraverso le attività culturali e le esperienze personali dell'individuo. Le persone con un deficit della memoria filetica riportano problemi seri e difficilmente trattabili, legati alla compromissione delle capacità fondamentali di elaborazione e rappresentazione. Gli individui con un malfunzionamento della memoria socioculturale potrebbero non aver mai assimilato le conoscenze di base e le regole comportamentali che sono indispensabili per avere successo in un contesto sociale e lavorativo. I ricordi idiografici disfunzionali – soprattutto quelli basati sulle esperienze traumatiche – possono causare problemi significativi sul piano comportamentale, in quanto la loro rievocazione conscia o inconscia può scatenare un'amplificazione emotiva esplosiva. Inoltre, questi ricordi possono contenere schemi associativi che hanno un effetto precipitante sulle difficoltà interpersonali. Infine, è anche possibile che un'eccessiva compressione dei ricordi, o un filtraggio troppo accurato dei dettagli che normalmente consentono di differenziare le esperienze, possano condurre a un pensiero "bianco o nero", che è all'origine di molti problemi percettivi e sociali (Viamontes, Beitman, 2006b).

I circuiti prefrontali descritti in precedenza, che sostengono un comportamento adattivo consentendo di soppesare diverse variabili prima di rispondere a uno stimolo, rappresentano un importante target per gli psicoterapeuti. L'utilizzo delle parole come strumento per modellare il comportamento richiede anzitutto il reclutamento del circuito prefrontale dorso-laterale. Questo circuito è responsabile anche delle funzioni esecutive, che includono le capacità di organizzazione, problem solving, pensiero astratto, creatività, pianificazione strategica e orientamento al futuro. Molti problemi che si presentano comunemente in psicoterapia sono dovuti a un funzionamento non ottimale di questo circuito.

La genesi di stati emotivi e motivazioni appropriati al contesto rappresenta un'importante funzione del giro del cingolo (Critchley, Mathias, Josephs et al., 2003). Anche l'amigdala e la corteccia orbitofrontale, in virtù delle loro connessioni ai centri autonomici dell'ipotalamo e ad altri siti subcorticali, sono in grado di generare stati corporei con valenza emotiva. Una delle condizioni più comuni per la quale gli individui ricercano una

psicoterapia è un disturbo della regolazione emotiva. Gli studi basati su tecniche di imaging hanno mostrato che i circuiti amigdalari e orbitofrontali possono essere modulati dai processi cognitivi coscienti, analogamente a quanto avviene negli scambi fra terapeuta e paziente (Ochsner, Bunge, Gross et al., 2002).

Il circuito orbitofrontale laterale mitiga la ricerca sfrenata di ricompense o stimoli salienti. Deficit in questo circuito possono causare impulsività, inadeguatezza sociale, mancanza di empatia, disprezzo delle convenzioni sociali, e insensibilità alle minacce di pericoli, punizioni o conseguenze imbarazzanti.

Lo psicoterapeuta che cerca di favorire un cambiamento adattivo deve essere pienamente consapevole del potere delle parole, che possono mobilitare contenuti a livello neurale e attivare circuiti di fondamentale importanza nel cervello del paziente. Per promuovere il cambiamento, le parole utilizzate in seduta dovrebbero anzitutto indicare accuratamente, in termini comprensibili per il paziente, i deficit della rappresentazione, della memoria o dell'elaborazione delle informazioni che sono disadattivi. Può richiedere tempo arrivare a questo punto, e terapeuta e paziente devono collaborare per definire gli aspetti che andrebbero modificati. Con il dispiegarsi del processo terapeutico, il terapeuta può modificare le rappresentazioni disadattive del paziente, promuovendone l'accessibilità e la complessità verbale, e mitigandone l'emotività e la tendenza a generalizzare. Alla fine, il paziente impara a reclutare flessibilmente i circuiti prefrontali per ottimizzare il proprio comportamento. Sono questi circuiti che possono aiutarlo a realizzare le sue aspettative in ambito lavorativo e interpersonale, attenuando gradualmente l'impatto delle risposte emotive disadattive. Grazie all'ottimizzazione dell'elaborazione delle informazioni che accompagna un cambiamento psicoterapeutico positivo, il paziente imparerà ad affrontare meglio le sfide dell'ambiente esterno, e ad acquisire stabilmente stati interni che siano adattivi e soddisfacenti dal punto di vista personale.

La psicoterapia è, per sua natura, un processo *top-down*. In altri termini, essa fa leva sui livelli superiori di comunicazione, incluse le espressioni emotive e verbali, per accedere ai circuiti neurali e modificarli. Col tempo, le comunicazioni finalizzate al cambiamento psicoterapeutico possono modificare le rappresentazioni neurali disfunzionali e le loro connessioni alla sfera emotiva. Applicando i principi della psicoterapia in modo sistematico, un esperto terapeuta riesce a modellare le rappresentazioni interne del paziente e il loro significato soggettivo, attenua l'impulsività e l'amplificazione emotiva, e aumenta il numero di variabili esaminate nel processo decisionale, promuovendo in tal modo un comportamento più adattivo.

## BIBLIOGRAFIA

- ADOLPHS, R. (2000), "Cognitive neuroscience of human social behavior". In *Nature Reviews Neuroscience*, 4(3), pp. 165-178.
- ANDERSON, M.C., OCHSNER, K.N., KUHL, B., COOPER, J., ROBERTSON, E., GABRIELI, S.W., GLOVER, G.H., GABRIELI, J.D. (2004), "Neural systems underlying the suppression of unwanted memories". In *Science*, 303, pp. 232-235.
- BARBAS, H., SAHA, S., REMPEL-CLOWER, N., GHASHGHAEL, T. (2003), "Serial pathways from primate prefrontal cortex to autonomic areas may influence emotional expression". In *BMC Neuroscience*, 4, pp. 25-37.
- BARRETT-LENNARD, G. (1962), "Dimensions of the client's experience of his therapist associated with personality change". In *Genetic Psychology Monographs*, 76, p. 43.
- BECHARA, A., NOEL, S., CRONE, E.A. (2006), "Loss of willpower: Abnormal neural mechanisms of impulse control and decisionmaking in addiction". In WIERS, R.W., STACY, A.W. (a cura di), *Handbook of Implicit Cognition and Addiction*. Sage, Thousand Oaks, pp. 215-232.
- BERNSTEIN, D.M., LANEY, C., MORRIS, E.K., LOFTUS, E.F. (2005), "False memories about food can lead to food avoidance". In *Cognition*, 23(1), pp. 11-34.
- BERRIDGE, K.C., WINKIELMAN, P. (2003), "What is an unconscious emotion? (The case for unconscious 'liking')". In *Cognition & Emotion*, 17(2), pp. 181-211.
- BLAIR, R.J., MORRIS, J.S., FRITH, C.D., PERRETT, D.I., DOLAN, R.J. (1999), "Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger". In *Brain*, 122, pp. 883-893.
- BLISS, T.V.P., LOMO, T. (1973), "Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate gyrus of the anesthetized rabbit following stimulation of the perforant path". In *Journal of Physiology*, 232, pp. 331-356.
- BROTHERS, L. (1999), "The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain". In *Concepts in Neuroscience*, 1, pp. 27-51.
- BRUEL-JUNGERMAN, E., LAROCHE, S., RAMPON, C. (2005), "New neurons in the dentate gyrus are involved in the expression of enhanced long-term memory following environmental enrichment". In *European Journal of Neuroscience*, 21, pp. 513-521.
- BUCKNER, R.L., ANDREWS-HANNA, J.R., SCHACTER, D.L. (2008), "The brain's default network anatomy, function, and relevance to disease". In *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, pp. 1-38.
- BURRUSS, J.W., HURLEY, R.A., TABER, K.N., RAUCH, R.A., NORTON, R.E., HAYMAN, L.A. (2000), "Functional neuroanatomy of the frontal lobe circuits". In *Radiology*, 214(1), pp. 227-230.
- BUSH, G., LUU, P., POSNER, M.I. (2000), "Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex". In *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), pp. 215-222.
- CARR, L., IACOBONI, M., DUBEAU, M.-C., MAZZIOTTA, J.C., LENZI, G.L. (2003), "Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas". In *Proceedings of National Academy of Sciences USA*, 100(9), pp. 5497-5502.
- CLOWER, D.M., ROBERT, A., WEST, R.A., LYNCH, J.C., STRICK, P.L. (2001), "The inferior parietal lobule is the target of output from the superior colliculus, hippocampus, and cerebellum". In *Journal of Neuroscience*, 21(16), pp. 6283-6291.
- CRITCHLEY, H.D., MATHIAS, C.J., JOSEPHS, O., O'DOHERTY, J., ZANINI, J., DEWAR, B.K., CIPOLOTTI, L., SHALLICE, T., DOLAN, R.J. (2003), "Human cingulate cortex and autonomic control: Converging neuroimaging and clinical evidence". In *Brain*, 126, pp. 2139-2152.
- DAMASIO, A.R. (1999), *Emozione e coscienza*. Tr. it. Adelphi, Milano 2005.
- DAVIS, M., WHALEN, P.J. (2001), "The amygdala: Vigilance and emotion". In *Molecular Psychiatry*, 6, pp. 13-34.
- DOMES, G., HEINRICHS, M., GLASCHER, J., BUCHEL, C., BRAUS, D.F., HERPERTZ, S.C. (2007), "Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence". In *Biological Psychiatry*, 62, pp. 1187-1190.
- DUPRET, D., REVEST, J.M., KOEHL, M., ICHAS, F., DE GIORGI, F., COSTET, P., ABROUS, D.N., PIAZZA, P.V. (2008), "Spatial relational memory requires hippocampal adult neurogenesis". In *PLoS One*. DOI: 10.371/journal.pone.0001959.

- FUSTER, J.M. (2003), *Cortex and Mind*. Oxford University Press, Oxford.
- GOULD, E., TANAPAT, P., MCEWEN, B., FLUGGE, G., FUCHS, E. (1998), "Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress". In *Proceedings of National Academy of Sciences USA*, 95, pp. 3168-3171.
- GRAYBIEL, A.M. (1998), "The basal ganglia and chunking of action repertoires". In *Neurobiology of Learning and Memory*, 70, pp. 119-136.
- GUASTELLA, A.J., HOWARD, A.L., DADDS, M.R., MITCHELL, P., CARSON, D.S. (2009), "A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder". In *Psychoneuroendocrinology*, 34, pp. 917-923.
- KANDEL, E.R., KUPFERMAN, O., IVERSEN, S. (2000), "Apprendimento e memoria". Tr. it. in KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., JESSELL, T.M. (a cura di), *Principi di neuroscienze*, 3ª ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2003, pp. 1214-1234.
- KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., JESSELL, T.M. (2000) (a cura di), *Principi di neuroscienze*, 3ª ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2003.
- KANWISHER, N., McDERMOTT, J., CHUN, M.M. (1997), "The fusiform face area: A module in the human extrastriate cortex specialized for face perception". In *Journal of Neuroscience*, 17, pp. 4302-4311.
- LAUNIOUS, R.A., WILLIAMSON, P.C., DENSMORE, M., BOKSMAN, K., NEUFELD, R.W., GATI, J.S., MENON, R.S. (2004), "The nature of traumatic memories: A 4-T fMRI functional connectivity analysis". In *The American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 36-44.
- LIPSKA, B.K., WEINBERGER, D.R. (2002), "A neurodevelopmental model of schizophrenia: Neonatal disconnection of the hippocampus". In *Neurotoxicity Research*, 4(5-6), pp. 469-475.
- MARCI, C.D., HAM, J., MORAN, E., ORR, S.P. (2007), "Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 195(2), pp. 103-111.
- MCGUIRE, S.E., DAVIS, R.L. (2001), "Presenilin-1 and memories of the forebrain". In *Neuron*, 32, pp. 763-765.
- MEGA, M.S., CUMMINGS, J.L. (2001), "Frontal subcortical circuits: Anatomy and function". In SALLOWAY, S.P., MALLOY, P.F., CUMMINGS, J.L. (a cura di), *The Neuropsychiatry of Limbic and Subcortical Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, pp. 15-36.
- MESULAM, M.M. (2000), "The human frontal lobes: Transcending the default mode through contingent encoding". In STUSS, D.T., KNIGHT, R.T. (a cura di), *Principles of Frontal Lobe Function*. Oxford University Press, New York.
- MILAD, M.R., RAUCH, S.L. (2006), "The orbitofrontal cortex and anxiety disorders". In ZALD, D.H., RAUCH, L. (a cura di), *The Orbitofrontal Cortex*. Oxford University Press, Oxford.
- MIYASHITA, Y. (2004), "Cognitive memory: Cellular and network machineries and their top-down control". In *Science*, 306(5695), pp. 435-440.
- MIYASHITA, Y., KAMEYAMA, M., HASEGAWA, I., FUKUSHIMA, T. (1998), "Consolidation of visual associative long-term memory in the temporal cortex of primates". In *Neurobiology of Learning and Memory*, 1, pp. 197-211.
- OCHSNER, K.N., BUNGE, S.A., GROSS, J.J., GABRIELI, J.D.E. (2002), "Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion". In *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(8), pp. 1215-1229.
- PALASZYNski, K.M., NEMEROFF, C.B. (2009), "The medical consequences of child abuse and neglect". In *Psychiatric Annals*, 39(12), pp. 1004-1009.
- PAIRE, D. (2003), "Role of the basolateral amygdala in memory consolidation". In *Progress in Neurobiology*, 70, pp. 409-420.
- PARVIZI, J., DAMASIO, A. (2001), "Consciousness and the brainstem". In DEHAENE, S. (a cura di), *The Cognitive Neuroscience of Consciousness*. MIT Press, Cambridge, pp. 135-159.
- PHILLIPS, M.L., DREVETS, W.S., RAUCH, S.L. (2003), "Neurobiology of emotion perception: I. The neural basis of normal emotion perception". In *Biological Psychiatry*, 54, pp. 504-514.
- RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., GALLESE, V., FOGASSI, L. (1996), "Premotor cortex and the recognition of motor actions". In *Cognitive Brain Research*, 3, pp. 131-141.
- ROLLS, E.T. (2005), *Emotion Explained*. Oxford University Press, Oxford.



- ROLLS, E.T. (2008), *Memory, Attention, and Decision-Making*. Oxford University Press, Oxford.
- SANTARELLI, L., SAXE, M., GROSS, C., SURGET, A., BATTAGLIA, F., DULAWA, S., WEISSTAUB, N., LEE, J., DUMAN, R., ARANCIO, O., BELZUNG, C., HEN, R. (2003), "Requirements of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants". In *Science*, 301(56534), pp. 805-809.
- SAPOLSKY, R.M. (2002), *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*. MIT Press, Cambridge.
- SAXE, R., KANWISHER, N. (2002), "People thinking about thinking people: The role of the temporoparietal junction in 'theory of mind'". In *Neuroimage*, 19, pp. 1835-1842.
- SAXE, R., XIAO, D.K., KOVACS, G., PERRETT, D.I., KANWISHER, N. (2004), "A region of right posterior superior temporal sulcus responds to observed intentional actions". In *Neuropsychologia*, 42, pp. 1435-1446.
- SIEGLE, G.J., STEINHAUER, S.R., THASE, M.E., STENGER, V.A., CARTER, C.S. (2002), "Can't shake that feeling: Event-related fmri assessment of sustained amygdala activity in response to emotional information in depressed individuals". In *Biological Psychiatry*, 51, pp. 693-707.
- TREVES, A., TASHIRO, A., WITTER, M.P., MOSER, E.I. (2008), "What is the mammalian dentate gyrus good for?". In *Neuroscience*, 154, pp. 1155-1172.
- VIAMONTES, G.I. (in corso di stampa), *The Neurobiology of the Self*. Norton, New York.
- VIAMONTES, G.I., BEITMAN, B.D. (2006a), "Neural substrates of psychotherapeutic change: Part I. The default brain". In *Psychiatric Annals*, 36(4), pp. 225-236.
- VIAMONTES, G.I., BEITMAN, B.D. (2006b), "Neural substrates of psychotherapeutic change: Part II. Beyond default mode". In *Psychiatric Annals*, 36(4), pp. 238-246.
- VIAMONTES, G.I., BEITMAN, B.D. (2007a), "The neurobiology of the unconscious". In *Psychiatric Annals*, 37(4), pp. 222-224.
- VIAMONTES, G.I., BEITMAN, B.D. (2007b), "Mapping the unconscious in the brain". In *Psychiatric Annals*, 37(4), pp. 243-258.
- WAMPOLD, B.E. (2001), *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Erlbaum, Mahwah, NJ.





PARTE TERZA

Teoria, tecnica e processo



# 10

## La ricerca sul trattamento psicoanalitico è diventata grande

*Patrick Luyten*

C'è stato un tempo in cui gli psicoanalisti, forse anche a buon diritto, potevano permettersi di trascurare i risultati della ricerca sul trattamento psicoanalitico. I capitoli di questa parte mostrano come quei giorni sono ormai lontani. Come vedremo, infatti, la ricerca sul trattamento psicoanalitico non solo può *informare* la clinica psicoanalitica, ma può anche *cambiarla*. Anzi, non c'è alcun motivo per negare che la pratica psicoanalitica *sia* già cambiata, esplicitamente e implicitamente, sotto l'influenza dei risultati della ricerca e che continuerà a esserne modificata.

### INFLUENZA ESPLICITA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA SULLA PRATICA PSICOANALITICA

L'influenza dei risultati della ricerca sulla pratica psicoanalitica è molteplice. Per esempio, come riportano Levy e collaboratori (capitolo 13), una varietà di trattamenti di stampo psicoanalitico, sia per bambini e adolescenti sia per adulti, è stata influenzata dalla ricerca sull'attaccamento. La psicoterapia focalizzata sul transfert (Clarkin, Kernberg, Yeomans, 1999) e il trattamento basato sulla mentalizzazione (Bateman, Fonagy, 2006) per il disturbo borderline di personalità sono due esempi ben noti.

Tuttavia, l'influenza della ricerca sull'attaccamento – e la ricerca in psicoterapia in generale – non si limita a questi trattamenti specifici. Infatti, Levy e collaboratori sostengono in maniera convincente che sia la teoria dell'attaccamento sia la ricerca non solo possono fornire delle cornici di riferimento per la psicoterapia, ma possono anche informare il focus del trattamento e possono essere utilizzate per la valutazione dell'outcome, a prescindere dal tipo di trattamento. Credo che molti clinici di formazione psicoanalitica sarebbero d'accordo e userebbero i concetti correlati all'attaccamento nella loro pratica clinica. In generale, e andando indietro nel tempo, i vari trattamenti psicotermici, inclusi la terapia supportivo-espressiva (Luborsky, 1984) e una serie di trattamenti dinamici brevi sviluppati negli anni Settanta e Ottanta del Novecento (Abbass, Hancock, Henderson et al., 2006), sono stati fortemente influenzati e modellati dai risultati della ricerca e hanno

dato origine a una tradizione che ha promosso un vivace scambio tra pratica clinica e ricerca empirica. Negare l'influenza che queste idee hanno avuto sul pensiero e sulla pratica della psicoanalisi è insomma molto difficile.

Chi negherebbe l'influenza della ricerca sul modo in cui oggi sono condotti i trattamenti psicoanalitici? Hilsenroth e collaboratori (capitolo 12), con uno stile lucido, aperto e accessibile ai clinici, che forse è ancora la dimostrazione più convincente di come i risultati della ricerca possano essere applicabili dai clinici, propongono una serie di dettagliate raccomandazioni basate sulla ricerca che possono favorire lo sviluppo di un'alleanza terapeutica positiva. Sia esplicitamente sia, come mostrerò più avanti, implicitamente, nel corso degli ultimi decenni, i risultati della ricerca hanno nutrito i sentimenti e i pensieri di psicoanalisti e psicoterapeuti psicoanalitici. Per esempio, un elenco di meta-competenze che i terapeuti psicoanalitici tipicamente possiedono (Lemma, Roth, Pilling, 2009) mostra una considerevole sovrapposizione con le raccomandazioni di Hilsenroth e collaboratori riguardo a quegli aspetti dell'atteggiamento terapeutico in grado di promuovere un'alleanza positiva. Queste meta-competenze e questi atteggiamenti differiscono in molti modi da competenze e posizioni analitiche più "ortodosse" descritte nei manuali tradizionali e, temo, ancora insegnate in alcune società psicoanalitiche. Eppure, come mostrano anche gli studi condotti con lo Psychotherapy Process Q-Set (vedi Smith-Hansen, Levy, Seyhert et al., 2012), molti psicoanalisti esperti adottano atteggiamenti molto più flessibili nella loro pratica clinica, in linea con i risultati della ricerca. Allo stesso modo, studi su "i grandi terapeuti" mostrano che i buoni clinici tendono ad avere un atteggiamento molto più flessibile e a utilizzare tecniche diverse a seconda dei bisogni specifici del paziente (Goldfried, Raue, Castonguay, 1988). Risultati simili sono emersi da un interessante studio condotto su 65 analisti (Hamilton, 1996). In *On Becoming a Psychoanalyst* Gabbard e Ogden descrivono questo processo come "un duro sforzo ad abbandonare, col tempo, le catene dell'ortodossia, la tradizione e le proprie inconsce e irrazionali interdizioni" (Gabbard, Ogden, 2009). Fonagy (2010) sostiene che i terapeuti dovrebbero riuscire a liberarsi degli aspetti "superstiziosi" della cornice psicoanalitica.

Hilsenroth e collaboratori (capitolo 12) illustrano anche quegli interventi e atteggiamenti dei terapeuti che possono minare lo sviluppo di un'alleanza terapeutica. Forse, la ricerca su questi interventi e atteggiamenti è ancora più ricca di informazioni utili di quella che si occupa degli atteggiamenti e delle caratteristiche associati a una buona alleanza, in quanto i dati che emergono da questi studi indicano una serie di fattori comuni che sembrano effettivamente condivisi da tutti i terapeuti, ma che non è facile cogliere e descrivere. Freud (1895), negli *Studi sull'isteria*, descrive così queste caratteristiche: "Si cerca di dare al paziente un'assistenza sul piano umano, nella misura in cui i limiti della propria personalità e il grado di simpatia

che si riesce ad avere per il caso in questione lo consentono” (p. 419). Ma si affretta ad aggiungere: “Qui certo cessa la possibilità di mettere in formule l’attività psicoterapeutica” (*ibidem*). Il capitolo di Hilsenroth e collaboratori illustra come sia difficile descrivere queste variabili dei terapeuti al di là di un semplice elenco di caratteristiche e atteggiamenti. La descrizione di Freud di fare qualcosa di “umano” con “simpatia” nei confronti di un altro sembra comunque catturare l’essenza di tale attitudine.

Anche se la pratica psicoanalitica è innegabilmente cambiata sotto l’influenza della ricerca, i risultati della ricerca hanno ancora molto da insegnare. Secondo Smith-Hansen e collaboratori (2012), per esempio, sia gli studi sui gruppi sia quelli sui casi singoli condotti con lo Psychotherapy Process Q-Set, originariamente sviluppato da Enrico Jones, mostrano che gli “ingredienti efficaci” dei trattamenti psicoanalitici non sempre sono quelli che sul piano teorico presumiamo efficaci e che vengono enfatizzati nel training e nei manuali di psicoanalisi. Questo richiama il punto di vista di Fonagy (2010) secondo cui molti aspetti dei trattamenti psicoanalitici potrebbero essere basati sulla superstizione. Proprio come i piccioni “superstiziosi” di Skinner pensavano di poter influenzare il loro ambiente esibendo certi comportamenti, gli psicoanalisti possono continuare a usare alcune tecniche o interventi che una volta avevano percepito come efficaci, mentre in realtà non lo sono. Analogamente, studi condotti con lo Psychotherapy Process Q-Set mostrano che le tecniche prevalenti utilizzate nei trattamenti (psicoanalitici) non spiegano necessariamente la maggior parte della varianza dell’outcome dei trattamenti. L’enfasi di Smith-Hansen e collaboratori (2012) sull’importanza della *co-creazione* del processo di trattamento da parte di paziente e terapeuta richiama infine l’invito di Luyten, Blatt e Mayes (capitolo 11) a studiare la diade terapeutica, piuttosto che a ritenere che la terapia (psicoanalitica) implichi un terapeuta *che fa qualcosa* a un paziente.

È chiaro che la ricerca con lo Psychotherapy Process Q-Set permette ai ricercatori di entrare nel “mondo privato del significato diadico” (Levy, Ablon, Ackerman et al., 2008). Di conseguenza Smith-Hansen e collaboratori (2012), lungi dall’essere riduzionisti o in grado di colmare il divario nomotetico-idiografico, mostrano che la ricerca in psicoterapia oggi è in grado di studiare quello che molti psicoanalisti ritengono impossibile, vale a dire il significato specifico e la struttura interazionale che emerge durante il processo analitico (Kächele, Schacter, Thomä, 2009; Luyten, Blatt, Corveleyn, 2006).

A tale riguardo Høglend e Gabbard (capitolo 15) avanzano l’argomentazione forse più provocatoria del volume. Sulla base di una revisione della ricerca esistente in letteratura, includendo un elegante studio di confutazione (Høglend, Amlø, Marble et al., 2006), mettono in discussione la centralità e l’utilizzo delle interpretazioni di transfert nella terapia psicoanalitica. Sebbene questa posizione sia congruente con alcuni scritti clinici, viene messo

in discussione quello che molti presumono essere l'elemento specifico del trattamento psicoanalitico. Tuttavia, a una lettura più accurata, Høglend e Gabbard in realtà suggeriscono un approccio tagliato su misura per alcuni pazienti, e in fasi specifiche del trattamento, in cui le interpretazioni di transfert possono essere produttive, purché utilizzate con poca frequenza. In modo particolare, nei pazienti con un livello di organizzazione di personalità relativamente basso, l'uso limitato dell'interpretazione di transfert potrebbe facilitare il processo terapeutico. Tuttavia, l'uso frequente dell'interpretazione di transfert è chiaramente controproducente, e "semplici" interpretazioni interpersonali, che non fanno riferimento al terapeuta, sono chiaramente produttive se non addirittura più utili nella maggior parte dei pazienti e nella maggior parte dei casi. Questi suggerimenti vanno di pari passo con la crescente comprensione della natura interpersonale del processo di trattamento. Da questa prospettiva, non affrontare le reazioni transferali che minacciano il processo terapeutico può ostacolare il trattamento, ma, al tempo stesso, rivolgersi al transfert troppo spesso o in maniera troppo intensa può essere altrettanto dannoso, se non di più. Stando alla loro ricerca, con pazienti con un livello di organizzazione della personalità più alto, il ricorso o meno alle interpretazioni di transfert non sembra essere così importante.

Eppure, anche se molti clinici saranno d'accordo con questi risultati, c'è bisogno di ulteriori ricerche, e può essere prematuro generalizzare questi dati. Dopotutto sono basati su un numero limitato di studi, molti dei quali hanno rilevanti pecche metodologiche. Infatti, per prendere sul serio i risultati della ricerca bisogna anche essere appropriatamente critici nell'interpretazione degli stessi. A tal proposito, sono stato colpito da due aspetti. Uno è l'enfasi di tutta questa parte, in modo particolare i capitoli di Høglend e Gabbard (capitolo 15) e di Hilsenroth e collaboratori (capitolo 12), sulla congruenza, compatibilità, e mutualità nella relazione terapeutica. Per dirla in termini schematici: le ricerche illustrate in questi capitoli sembrano suggerire che il terapeuta dovrebbe essere sicuro che la relazione terapeutica sia essenzialmente positiva e che i suoi interventi non la disturbino troppo. Sebbene sia pienamente consapevole di fare una semplificazione eccessiva, non posso fare a meno di ricordare che la terapia psicoanalitica, e in particolare le varianti a lungo termine, comporta anche esperienze di incompatibilità, incongruenza e incomprensione tra terapeuta e paziente. Infatti, come spiegano Blatt e Behrends (1987), l'incompatibilità e l'incongruenza tra terapeuta e paziente può essere importante per far progredire il processo terapeutico, così come, nel normale sviluppo psicologico, esperienze di incompatibilità sono il *primum movens* di molti processi evolutivi (Blatt, Luyten, 2009). Queste esperienze, inevitabilmente, disturbano la relazione terapeutica, ma possono essere necessarie per far avanzare il processo terapeutico, purché, ovviamente, si verifichino in un contesto sostenibile sia per



il paziente sia per il terapeuta. Ciò viene anche suggerito dai risultati passati in rassegna da Levy e collaboratori (capitolo 13), che mostrano come le diadi terapeuta-paziente con stili di attaccamento incongruenti sembrano portare a risultati più positivi poiché in questi casi il terapeuta è più in grado di sfidare lo stile di attaccamento dominante del paziente. Allo stesso modo, Safran e collaboratori hanno mostrato che in particolare per alcuni pazienti, cicli di rottura-riparazione sono parte integrante del processo terapeutico (2002). Inoltre, nei trattamenti psicoanalitici a lungo termine e in particolare nella psicoanalisi, può essere necessario consentire al transfert negativo di svilupparsi per diverse settimane e mesi, prima di affrontare le questioni di fondo. La “riparazione” prematura di tale transfert negativo, nel tentativo di ripristinare l’alleanza terapeutica, può ostacolare piuttosto che facilitare il processo terapeutico, così come può impedire la discussione e l’elaborazione di temi salienti. L’analisi di Thomä e Kächele del caso esemplare di Amalia X fornisce un’illustrazione dettagliata di questi argomenti (Kächele, Schachter, Thomä, 2009). A tal riguardo, è fondamentale promuovere ulteriori ricerche, soprattutto in relazione all’alleanza terapeutica, per capire su quale tipo di trattamento e su quale tipo di paziente siano più indicati i diversi tipi di intervento. È tuttavia molto probabile che le rotture dell’alleanza facilitino il processo terapeutico solo quando si verificano nel contesto di una relazione con un terapeuta empatico, caldo e, come osservato, “umano”. Questo elemento potrebbe fornire una distinzione basata empiricamente, e quindi anche quantificabile, tra l’alleanza terapeutica (che potrebbe essere più “basata sulla realtà”) e la relazione di transfert (che potrebbe essere più basata sulle distorsioni della relazione terapeutica).

Ciò mi porta a considerare un secondo aspetto che mi ha colpito leggendo i contributi presenti in questa parte; un aspetto che ci riporta ai risultati della ricerca (dopotutto, non è questo un volume dedicato alla ricerca?). Tutti i capitoli di questa sezione suggeriscono che una posizione psicoanalitica “tradizionale” o “ortodossa” non solo è praticata meno dagli psicoanalisti contemporanei, ma può anche essere controproducente. Un dato, questo, coerente con i risultati del famoso studio Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy (STOPP), che confronta il trattamento psicoanalitico a lungo termine con la psicoanalisi (Grant, Sandell, 2004). In questo studio, gli outcome dei pazienti in terapia psicoanalitica a lungo termine sono stati migliori quando hanno avuto terapeuti che hanno assunto atteggiamenti meno ortodossi rispetto ai pazienti che hanno avuto terapeuti che hanno assunto atteggiamenti più ortodossi (per esempio, più enfasi sulla neutralità, poche o nessuna *self-disclosure*). Tuttavia, nella psicoanalisi, sia i pazienti con terapeuti più “ortodossi” sia quelli con terapeuti meno “ortodossi” hanno avuto outcome altrettanto buoni. Del resto, l’ampia divergenza di atteggiamenti nei casi *analitici* di successo è confermata anche dalla ricerca condotta con lo Psychotherapy Process Q-Set (Smith-Hansen

et al., 2012). Ciò solleva questioni interessanti relative alle somiglianze e alle differenze tra la posizione terapeutica e le tecniche in psicoanalisi e nella terapia psicoanalitica a lungo termine (Kächele, 2010). I metodi e gli approcci teorici riassunti in questa sezione possono fornire un contributo significativo a questo dibattito.

### **INFLUENZA IMPLICITA DELLA RICERCA SULLA PRATICA PSICOANALITICA. PIÙ DI QUANTO POTRAI MAI CONOSCERE!**

I risultati della ricerca non solo hanno cambiato la pratica psicoanalitica in modo esplicito, ma anche in molti altri modi sottili, impliciti e spesso inconsci. Come lo psicoanalista Lewis Aron ha argomentato in maniera convincente, i risultati della ricerca hanno implicitamente influenzato la pratica psicoanalitica in molti modi (Safran, 2009). Per esempio, com'è già stato osservato, la pratica psicoanalitica è diventata più interpersonale e intersoggettiva, poiché è stata innegabilmente influenzata dalla ricerca sull'attaccamento e dall'*infant research*.

La maggior parte degli psicoanalisti ha più o meno abbandonato concezioni tradizionali di trattamento psicoanalitico e di azione terapeutica, forse con l'eccezione di coloro che si sono sottratti – a volte quasi totalmente – al rapporto con altre discipline scientifiche. Questo dimostra l'influenza implicita della ricerca sulla psicoanalisi. I contributi di Levy e collaboratori (capitolo 13) e di Hilsenroth e collaboratori (capitolo 12) illustrano questa tendenza. Allo stesso modo, mi domando, quali sarebbero stati i risultati della ricerca se Smith-Hansen e collaboratori (2012) avessero studiato la pratica psicoanalitica negli anni Trenta e Quaranta, o anche negli anni Settanta, con lo *Psychotherapy Process Q-Set*? Uno sguardo in alcuni ambienti psicoanalitici più ortodossi sarebbe stato interessante e rivelatore. Sono sicuro che avrebbero riscontrato meno enfasi sulle dimensioni interpersonali e sull'attaccamento, e forse perfino sugli affetti.

È chiaro come i cambiamenti nella pratica analitica siano stati influenzati anche da altri fattori, e come l'influenza maggiore sia giunta proprio dai cambiamenti sociali. È tuttavia difficile affermare, come ci fa notare Aron, che cosa sia venuto prima: gli studi sull'intersoggettività e sui fattori interpersonali o i cambiamenti sociali che hanno promosso tali studi? Direi che si sono rinforzati reciprocamente. Inoltre, l'ambito della psicoanalisi si è ampliato in modo notevole, e non dobbiamo dimenticare che alcuni tra i pionieri della psicoanalisi avevano già messo in discussione quella che era considerata la tecnica psicoanalitica "tradizionale". È tuttavia difficile negare che, quando si leggono i manuali tradizionali e si leggono i casi clinici, salve alcune eccezioni, cogliamo molte differenze nella tecnica e nella teoria. E i cambiamenti nella teoria hanno direttamente influenzato la tecnica, non

essendoci motivo di supporre che siano relativamente indipendenti. In uno studio semplice ma elegante, Fonagy (2008), per esempio, ha dimostrato la massiccia riduzione, nella letteratura psicoanalitica, delle parole riferite alla sessualità, e non possiamo fare a meno di chiederci che influenza abbia avuto questo fatto sulle problematiche a cui gli psicoanalisti prestano attenzione nella loro pratica clinica.

## **PROCESSI COMUNI E PARALLELISMI TRA IL PROCESSO TERAPEUTICO E I NORMALI PROCESSI EVOLUTIVI**

Un tema comune che sembra emergere dai capitoli di questa parte ha a che fare con la crescente consapevolezza dell'importanza dei fattori comuni tra i vari orientamenti terapeutici, compresi quelli psicoanalitici. Per molto tempo, gli psicoanalisti sembrano aver sottovalutato l'importanza di questi fattori. La lotta di Freud con il problema della suggestione (1916) e la sua spesso fraintesa osservazione sui guadagni dell'“oro puro della psicoanalisi” rispetto al “rame della suggestione diretta” (1918) ha sicuramente posto le basi per questo atteggiamento. Tuttavia, la psicoanalisi sembra essere finalmente scesa a patti con il ruolo dei fattori comuni. Forse, non a caso, questo cambiamento è stato accompagnato da un'attenzione crescente all'interpersonale, ai pensieri e ai sentimenti consci e preconsoci piuttosto che ai temi più profondamente inconsci. Ancora una volta si fa evidente l'influenza della ricerca sull'attaccamento e dell'*infant research*. D'altra parte, queste tendenze possono anche essere correlate a un ampliamento degli orizzonti della psicoanalisi e alla maggior attenzione per i trattamenti relativamente brevi, che richiedono un focus più interpersonale.

Alla base di questi cambiamenti nella pratica e nella ricerca analitica possiamo ritrovare una tendenza ancora più forte, vale a dire il crescente riscontro di parallelismi tra il processo terapeutico e i processi di sviluppo. Con la comprensione della natura intersoggettiva e interpersonale dello sviluppo umano – che si oppone alle ricostruzioni più tradizionali basate sulla pulsione – anche la nostra comprensione del processo terapeutico è diventata più interpersonale (Fonagy, Luyten, 2009). I contributi di Levy e collaboratori (capitolo 13) e di Luyten e collaboratori (capitolo 11) sono buoni esempi, dal momento che entrambi tracciano questo parallelismo e suggeriscono che le teorie dello sviluppo possono fornire un'ampia cornice teorica per lo studio del processo terapeutico. Questo approccio apre prospettive nuove e interessanti, anche grazie a una sempre più chiara comprensione delle basi (neurobiologiche) dell'attaccamento e delle relazioni e delle loro connessioni con lo sviluppo della capacità di percepire se stessi e gli altri in termini di stati mentali (“mentalizzazione”) (Fonagy, Luyten, 2009; Luyten, Blatt, 2011).

## **E ADESSO? IMPLICAZIONI PER LA RICERCA E LA FORMAZIONE IN PSICOANALISI**

Un indice di maturità di una scienza, forse il più importante, è la capacità di lasciarsi alle spalle teorie e ipotesi, anche quelle a cui si è sentita più legata. A questo proposito, i capitoli che compongono questo volume possono essere considerati una prova della crescita della ricerca psicoanalitica come impresa scientifica. Certo, questo non significa che la vita dei clinici sia più facile. Non solo perché molti clinici non hanno gli strumenti e le conoscenze per interpretare e soppesare i risultati della ricerca, ma anche perché, quando pur li possiedono, rimane il problema di come tradurre i risultati della ricerca nella pratica clinica. Così chi fa ricerca in psicoanalisi si trova ad affrontare l'arduo compito di dover fare questo lavoro di traduzione. I capitoli di questa sezione, in particolare quello di Hilsenroth e collaboratori (capitolo 12), svolgono in maniera eccellente questo compito.

Per trasformare i clinici da spettatori interessati in consumatori e utenti attivi della ricerca sarà necessario ancora molto lavoro. Ma questo impegno non dovrebbe venire solo dai ricercatori. Le società psicoanalitiche e i programmi di training dovrebbero dedicare alla ricerca una particolare attenzione e promuovere attivamente la traduzione dei risultati della ricerca nella pratica clinica. Ciò comporta la collaborazione tra clinici e ricercatori (Luyten, Blatt, Corveleyn, 2006; Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). In caso contrario importanti intuizioni cliniche rischiano di andare smarrite nel tentativo di oggettivare e quantificare il processo clinico. Analogamente, se non diamo abbastanza importanza alla ricerca, i programmi di formazione psicoanalitica rischiano di diventare rifugi sicuri per l'ortodossia, la rigidità e la stagnazione. Purtroppo, al momento, sono pochi i programmi di formazione psicoanalitica che pongono un adeguato accento sulla ricerca, e di questo sono responsabili sia i ricercatori sia i clinici: una ragione in più perché uniscano le forze e, ancora meglio, promuovano un modello scientifico-professionale all'interno della psicoanalisi. In un'epoca in cui il clima scientifico e politico ci spinge ad adottare una serie di presupposti e di metodi che non sempre rendono giustizia al trattamento psicoanalitico, la ricerca potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel ribaltare la situazione. Per esempio, la task force del DSM-5 che si è occupata dell'Asse II ha reintrodotto nozioni psicoanalitiche che riguardano l'importanza dei disturbi nelle rappresentazioni di sé e degli altri nei disturbi di personalità (Skodol, Bender, 2009). È probabile che questo avrà un forte impatto sulla valutazione dell'outcome terapeutico, che si allontanerà da indicatori facilmente osservabili per rivolgersi a caratteristiche rappresentazionali sottostanti. I ricercatori psicoanalitici, come mostrano i capitoli di questa parte, hanno sviluppato metodi di valutazione per cogliere queste dimensioni.

È chiaro dunque che sia i ricercatori sia le associazioni psicoanalitiche devono assumersi la responsabilità di diffondere alla comunità scientifica i risultati delle ricerche. Hanno anche la responsabilità di promuovere la ricerca sul trattamento psicoanalitico. Siamo infatti ancora lontani dal comprendere le molteplici e complesse interazioni tra le caratteristiche del terapeuta, i suoi interventi e le sue tecniche, e le caratteristiche del paziente. Tale conoscenza potrebbe non solo cambiare, ma addirittura rivoluzionare la formazione e la pratica psicoanalitiche, e dunque è necessario che la ricerca sia sempre più attenta a queste interazioni complesse. È tuttavia probabile che un divario tra la ricerca sul trattamento psicoanalitico e ciò che è caratteristico della pratica psicoanalitica rimarrà sempre. Lo psicoanalista Zvi Lothane, per esempio, descrive, con il suo tipico stile persuasivo, come una volta abbia “beccato” uno dei suoi pazienti mentre sfregava una sedia nella sala d’attesa per pulirla dal caffè che vi aveva appena versato. Inizialmente il paziente reagì con molta ostilità manifesta. Questo evento si rivelò poi un’importante svolta nel trattamento, perché portò il paziente a rendersi conto che quello era il suo modo tipico di avere a che fare con la sua aggressività, e come questo fosse legato alla sua infanzia e adolescenza. Gran parte di questa elaborazione ebbe luogo nel transfert perché, a partire dal discorso sull’incidente del caffè, il paziente cominciò a comprendere che temeva la reazione dell’analista in modo molto simile a come temeva la reazione di suo padre, e che per molto tempo si era comportato esattamente con la stessa modalità ambivalente verso l’analista come in passato verso il padre. Fare queste interpretazioni di transfert, spesso in seguito a eventi reali che accadono tra terapeuta e paziente, è più importante di ciò che attualmente i risultati della ricerca sembrano suggerirci? Oppure contano di più in psicoanalisi rispetto alle psicoterapie dinamiche a lungo termine o alle terapie dinamiche brevi? Questi episodi sono così importanti, come ci suggeriscono le narrazioni dei clinici e le ricerche sui miglioramenti improvvisi (Stiles, Leach, Barkham et al., 2003)? Forse sono episodi di scarsa importanza, piccoli anelli nella catena dei molti eventi che portano al cambiamento. Tuttavia, come terapeuta, spesso ho la sensazione che siano proprio questi “momenti d’incontro” a cogliere l’essenza della psicoterapia (psicoanalitica). Momenti espressi in un breve scambio, come quando, per esempio, aprendo la porta al paziente dopo una seduta, si comunica una comprensione reciproca, o la sensazione di un’emergente comprensione e mutualità che forse è difficile da cogliere ma sicuramente c’è. Come molte cose importanti della vita, come l’amore e l’amicizia, questi fenomeni continuano a sfuggirci. Tuttavia i capitoli che state per leggere mostrano inequivocabilmente che siamo in grado di cogliere indicatori e segnali di tali processi e sviluppi e che questi permettono di avvicinarci a ciò che costituisce e definisce il processo psicoanalitico. Non è un risultato da poco e anzi direi che per me, per il momento, è sufficiente.

## BIBLIOGRAFIA

- ABBASS, A.A., HANCOCK, J.T., HENDERSON, J., KISELY, S.R. (2006), "Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders". In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18 (4), CD004687.
- BATEMAN, A.W., FONAGY, P. (2006), *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- BLATT, S.J., BEHREND, R.S. (1987), "Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 68, pp. 279-297.
- BLATT, S.J., LUYTEN, P. (2009), "A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span". In *Development and Psychopathology*, 21 (3), pp. 793-814.
- CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F., YEOMANS, F.E. (1999), *Psicoterapia della personalità borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- FONAGY, P. (2008), "A genuinely developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56 (1), pp. 11-36.
- FONAGY, P. (2010), "The changing shape of clinical practice: Driven by science or by pragmatics?". In *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24 (1), pp. 22-43.
- FONAGY, P., LUYTEN, P. (2009), "A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder". In *Development and Psychopathology*, 21 (4), pp. 1355-1381.
- FREUD, S., BREUER, J., (1895), *Studi sull'isteria*. Tr. it. in *Opere*, vol. 1. Boringhieri, Torino 1967.
- FREUD, S. (1916), *Introduzione alla psicoanalisi*. Tr. it. in *Opere*, vol. 8. Boringhieri, Torino 1976, pp. 195-611.
- FREUD, S. (1918), *Vie della terapia psicoanalitica*. Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Boringhieri, Torino 1977, pp. 19-28.
- GABBARD, G.O., OGDEN, T.H. (2009), "On becoming a psychoanalyst". In *International Journal of Psychoanalysis*, 90 (2), pp. 311-327.
- GOLDFRIED, M.R., RAUE, P.J., CASTONGUAY, L.G. (1998), "The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 803-810.
- GRANT, J., SANDELL, R. (2004), "Close family or mere neighbors? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy". In KÄCHELE, H., RENLUND C., RICHARDSON, P. (a cura di), *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Karnac, London, pp. 81-108.
- HAMILTON, V.J. (1996), *The Analyst's Preconscious*. The Analytic Press, Hillsdale.
- HØGLEN, P., AMLO, S., MARBLE, A., BOGWALD, K.P., SORBYE, O., SJAASTAD, M.C. ET AL. (2006), "Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations". In *American Journal of Psychiatry*, 163 (10), pp. 1739-1746.
- KÄCHELE, H. (2010), "Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy". In *The International Journal of Psychoanalysis*, 91 (1), pp. 35-43.
- KÄCHELE, H., SCHACHTER, J., THOMÄ, H. (2009), *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*. Routledge, New York/London.
- LEMMA, A., ROTH, A.D., PILLING, S. (2009), *The Competences Required to Deliver Effective Psychoanalytic/Psychodynamic Therapy*. UCL Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, London.
- LEVY, R.A., ABLO, J.S., ACKERMAN, J.A., SEYBERT, C. (2008), "The Psychotherapy Process Q-Set and Amalia X, session 152". In ALBANI, C., ABLO, J.S., LEVY, R.A., MERTENS, W., KÄCHELE, H. (a cura di), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen*. Ulm, Ulmer Textban, pp. 7-41.



- LUBORSKY, L. (1984), *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J. (2011), "Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM-v". In *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 52-68.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J., CORVELEYN, J. (2006), "Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54 (2), pp. 571-610.
- SAFRAN, J.D. (2009), "Interview with Lewis Aron". In *Psychoanalytic Psychology*, 6 (2), pp. 99-116.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., SAMSTAG, L.W., STEVEN, C. (2002), "Repairing alliance ruptures". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships That Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 235-254.
- SKODOL, A.E., BENDER, O.S. (2009), "The future of personality disorders in DSM-v?". In *American Journal of Psychiatry*, 166 (4), pp. 388-391.
- SMITH-HANSEN, L., LEVY, R.A., SEYBERT, C., ERHARDT, I., ABLON, J.S. (2012), "The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research". In *Psychodynamic Psychotherapy Research*. Humana Press, New York, pp. 381-400.
- STILES, W.B., LEACH, C., BARKHAM, M., LUCOCK, M., IVESON, S., SHAPIRO, D.A. ET AL. (2003), "Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), pp. 14-21.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche". Tr. it. in PDM TASK FORCE (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 565-658.





# 11

## Processo e outcome nella ricerca in psicoterapia psicoanalitica

La necessità di un paradigma (relativamente) nuovo

*Patrick Luyten, Sidney J. Blatt, Linda C. Mayes*

### INTRODUZIONE

Questo capitolo prende in esame gli assunti chiave alla base della ricerca contemporanea sul processo e l'outcome della psicoterapia nei trattamenti psicoanalitici. È una rassegna che mostra come l'intero corpo delle ricerche, a livello implicito o esplicito, seppur con importanti eccezioni, si basi su una serie di assunti presi in prestito dagli studi farmacologici che non rendono giustizia ai processi peculiari coinvolti nei trattamenti psicodinamici e più in generale nella psicoterapia (Stiles, Shapiro, 1989).

Secondo noi la ricerca sui trattamenti psicodinamici dovrebbe superare questo approccio e sviluppare un paradigma più comprensivo capace di indagare il rapporto tra processo e outcome nei trattamenti psicoanalitici. In particolare, proponiamo un approccio evolutivamente aggiornato, basato sulla teoria dell'interazione dinamica (Luyten, Blatt, Van Houdenhove et al., 2006) o *action-theory* (Shahar, 2006; Shahar, Priel, 2003) che si fonda sul presupposto che i processi tipici che si verificano nel trattamento psicodinamico comportano la riattivazione della normale interazione dialettica tra i campi della relazionalità e dell'autodefinizione (Blatt, 2008). In altri termini, proponiamo che il progresso costante e consolidato nel trattamento psicodinamico comporti la riattivazione del normale processo di sviluppo sinergico, in cui le esperienze interpersonali nella relazione terapeutica contribuiscono a operare delle revisioni costruttive nel senso di sé, che portano a espressioni più mature delle relazioni interpersonali e contribuiscono a ulteriori ridefinizioni del senso di sé.

Questa riattivazione avviene nel contesto di esperienze di compatibilità e di incompatibilità nella relazione terapeutica, a vari livelli di sviluppo (Blatt, Behrends, 1987) e si esprime in cambiamenti nelle rappresentazioni di sé e degli altri, favoriti dallo sviluppo delle abilità metariflessive o metacognitive, che portano al ciclo della cosiddetta Broaden and Build Theory<sup>1</sup> (Fredrickson, 2001). Questi cicli sono associati a un maggior senso di

1. La *broaden and build theory* descrive la forma e la funzione di un insieme di emozioni positive, quali la gioia, la soddisfazione e l'amore. Le emozioni positive ampliano il repertorio momentaneo di pensieri e azioni di un individuo: la mentalità ampliata che ne deriva si contrappone

libertà interiore, a un aumento della sicurezza dell'esplorazione mentale di sentimenti e pensieri complessi tra cui speranze e timori, capacità avanzate di adattamento, relazioni più differenziate e integrate e, più in generale, una maggiore convinzione e capacità di utilizzare le proprie risorse. Inoltre, sosteniamo che questo potrebbe costituire una "via ultima comune" sottostante ai trattamenti efficaci, indipendentemente dall'orientamento teorico. In questo capitolo, illustreremo questi temi con esempi tratti dalla nostra e da altre ricerche. Affronteremo anche le implicazioni di questa prospettiva per la ricerca e la formazione psicoanalitica.

#### **LA RICERCA SUI TRATTAMENTI PSICOANALITICI: DOVE SIAMO E DOVE DOVREMMO ANDARE**

Negli ultimi decenni, si è registrato un crescente aumento degli studi sull'efficacia sperimentale (*efficacy*) e sull'efficacia clinica (*effectiveness*) dei trattamenti psicoanalitici, come testimoniato da diversi capitoli di questo volume. Nel loro insieme, questi studi hanno fornito una notevole prova a favore dell'*efficacy* e dell'*effectiveness* dei trattamenti psicodinamici brevi e di forme specifiche di trattamenti psicodinamici a lungo termine, con una vasta gamma di disturbi (Abbass, Hancock, Henderson et al., 2006; Driessen, Cuijpers, de Maat et al., 2010; Fonagy, Roth, Higgitt, 2005; Leichsenring, Rabung, 2008; Shedler, 2010). Una recente meta-analisi fornisce un'ulteriore prova dell'*effectiveness* della psicoanalisi (de Maat, De Jonghe, de Kraker et al., submitted) anche se è chiaro che per valutare al meglio l'*efficacy* delle terapie psicodinamiche sono necessari ulteriori studi (Bhar, Thombs, Pignotti et al., 2010).

Abbiamo inoltre assistito, seppur in misura minore, a un crescente interesse per la ricerca processo-outcome. Tuttavia questa ricerca si è concentrata, con alcune importanti eccezioni, quasi esclusivamente alle relazioni processo-outcome nei trattamenti psicodinamici brevi. Ciò non dovrebbe sorprenderci. La complessità del processo terapeutico e i molti fattori coinvolti nell'outcome rendono la ricerca processo-outcome molto impegnativa sul piano metodologico. Al punto che, anche negli interventi relativamente brevi, non è stato facile fornire prove convincenti sulle relazioni causali tra particolari interventi e relativi risultati (Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). Nel caso dei trattamenti a lungo termine, in cui i meccanismi di cambiamento rimangono in gran parte sconosciuti, la difficoltà aumenta. Sono però molti i clinici interessati ai meccanismi di cambiamento nei trattamenti psicodinamici a lungo termine. In effetti, molti clinici psicodinamici

alla mentalità ristretta innescata dalle emozioni negative. L'ampliamento del repertorio di pensieri e azioni promuove la scoperta di azioni, idee e legami sociali nuovi e creativi, che a loro volta costruiscono le risorse personali (fisiche e intellettuali) e le risorse sociali e psicologiche. [NdC]

(per una rassegna vedi Luyten, Blatt, Corveleyn, 2006), sostengono che la ricerca sull'outcome e sul processo-outcome dei trattamenti psicoanalitici si è concentrata principalmente su trattamenti brevi, e spesso a partire da un'acritica accettazione di un modello medico semplicistico. Questo corpus di ricerche sembra dunque rendere poca giustizia ai concetti psicoanalitici di processo e di outcome, rivelandosi poco rilevante per la pratica clinica. Queste critiche che provengono dai clinici risuonano nei pareri dei ricercatori che esprimono una crescente insoddisfazione per la ricerca in psicoterapia più in generale. Il campo della ricerca in psicoterapia, infatti, oggi testimonia un vivo interesse per i meccanismi di cambiamento terapeutico indipendentemente dal "brand" (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006) della psicoterapia e dalla domanda del "che cosa funziona per chi" (*what works for whom*) in queste condizioni (Roth, Fonagy, 2004). Kazdin (2007), per esempio, è stato determinante nel promuovere un cambiamento nella ricerca in psicoterapia, dall'outcome alla comprensione dei processi di cambiamento, e insieme a Kraemer e collaboratori (Kraemer, Stice, Kazdin et al., 2001) ha fornito ai ricercatori un quadro concettuale distinguendo tra moderatori, mediatori, e *proxy* di cambiamento.

In questo contesto, c'è stata anche una forte richiesta di un maggior impegno a favore di una ricerca in psicoterapia che fosse più guidata da un impianto teorico (Blatt, Zuroff, Hawley et al., 2010). È stato Cronbach (per esempio Cronbach, 1953), agli inizi della storia della ricerca in psicoterapia, a invitare i ricercatori a includere nei loro progetti di ricerca le differenziazioni tra i pazienti, in base al presupposto che i diversi tipi di pazienti possono rispondere diversamente alle differenti forme di trattamento (ovvero, le interazioni paziente-trattamento) e che diversi tipi di pazienti possono rispondere allo stesso trattamento in modi molto diversi (cioè le interazioni paziente-outcome). Tuttavia, Cronbach ha segnalato che l'introduzione delle dimensioni relative al paziente nei progetti di ricerca deve essere basata su differenziazioni teoricamente ed empiricamente valide, oppure i ricercatori corrono il rischio, quando esaminano tali interazioni, di entrare in una "sala degli specchi". In questo capitolo, applicheremo queste idee alle ricerche esistenti sui trattamenti psicodinamici, con particolare attenzione ai trattamenti psicoanalitici a lungo termine.

## LA RICERCA SUL TRATTAMENTO PSICOANALITICO: IN CHE MISURA ABBIAMO SVILUPPATO UN "FREMDKÖRPER"?

In uno dei suoi primi tentativi di concettualizzare la formazione dei sintomi isterici, Freud sosteneva che l'isteria fosse costituita da una difesa contro le rappresentazioni inaccettabili che erano state escluse dalla coscienza (Freud, 1894), ma che continuavano a influenzare l'individuo come

una sorta di *Fremdkörper*, un corpo estraneo. Allo stesso modo, anche se la ricerca sugli outcome e sul processo analitico ha innegabilmente portato notevoli progressi nella comprensione del processo terapeutico, questo campo di ricerca potrebbe aver eluso un esame critico dei suoi presupposti, spesso impliciti – ipotesi che possono continuare a influenzare il nostro pensiero come un *Fremdkörper*, di cui non siamo neppure consapevoli, ma che sono in contraddizione con altre ipotesi fondamentali degli approcci psicodinamici.

Più in particolare, la maggior parte delle ricerche sui processi e gli outcome dei trattamenti psicoanalitici ha fatto affidamento sulle ipotesi principali della ricerca processo-outcome, tra cui:

1. Un focus sulle caratteristiche relativamente accessibili e osservabili, come il miglioramento dei sintomi, valutato principalmente attraverso questionari self-report.
2. L'adeguatezza di modelli lineari relativamente semplici per la descrizione delle relazioni processo-outcome (per esempio, aggregando l'utilizzo da parte dei terapeuti di interventi specifici, come le interpretazioni di transfert, e collegando tali misure aggregate all'outcome attraverso le sedute utilizzando modelli statistici lineari).
3. Allo stesso modo, spesso si presume che i diversi fattori che spiegano l'outcome terapeutico interagiscano in modi lineari e addizionali. Per esempio, si ritiene comunemente che gli interventi specifici spieghino solo il 15% circa della varianza nell'outcome (Lambert, Barley, 2002). Il resto della varianza sarebbe spiegato da fattori comuni (30%) (per esempio, fornire un sostegno), da aspettative ed effetti placebo (15%) e da effetti extra-terapeutici (35-40%) (per esempio, remissione spontanea, eventi positivi o cambiamenti). Questa ipotesi è confermata da ciò che Stiles e Shapiro (1989) hanno chiamato "l'abuso della metafora del farmaco", cioè l'ipotesi che la psicoterapia consista nel fornire "elementi attivi" (per esempio, le interpretazioni) da parte del terapeuta al paziente, e che quanto più vengono forniti questi elementi attivi, tanto più è efficace il trattamento.

Tuttavia, queste ipotesi non riescono a rendere giustizia al nostro bisogno di comprendere la complessità del processo psicoanalitico. In primo luogo ciò che appare fondamentale è il miglioramento sintomatico, mentre i trattamenti psicoanalitici, in particolare quelli a lungo termine, mirano a ottenere anche cambiamenti più importanti (Shedler, 2010). Questi cambiamenti, come vedremo in dettaglio, sono spesso molto più difficili da valutare. È importante sottolineare che, come sia Fonagy (2010) sia Shedler (2010) hanno recentemente sostenuto, forse ciò ha comportato che la ricerca abbia ricercato in sedi sbagliate le prove effettive del cambiamento. Questo focus sulla riduzione sintomatica, inoltre, potrebbe essere in parte responsabile dei risultati del cosiddetto "verdetto di Dodo", ovvero la con-

clusione che tutti i trattamenti *bona fide* sono ugualmente efficaci. Anche se molti trattamenti possono effettivamente portare a cambiamenti simili in termini di sintomi e di altri indici facilmente osservabili (per esempio, il funzionamento interpersonale, o il senso di benessere), questo potrebbe non essere il caso per cambiamenti più importanti, come una maggiore capacità di affrontare le avversità (Zuroff, Blatt, 2006) o una maggiore fiducia nei propri talenti e abilità (Shedler, 2010).

In secondo luogo, sia le esperienze cliniche sia i risultati delle ricerche mettono in dubbio che il cambiamento terapeutico, in particolare nei trattamenti psicoanalitici a lungo termine, si verifichi in modo lineare. Per esempio, una delle ipotesi di base dei trattamenti psicoanalitici a lungo termine è quella che il cambiamento non segua un processo puramente lineare. Allo stesso modo, l'impegno dei pazienti nell'autoriflessione e nel rimandare l'azione al fine di raggiungere un adeguato livello di comprensione è esso stesso un processo intrinsecamente non lineare. In effetti l'enfasi posta dai trattamenti psicoanalitici sulle libere associazioni, insieme all'assetto della tecnica della neutralità e dell'attenzione liberamente fluttuante nel terapeuta psicoanalitico, suggerisce un processo essenzialmente non lineare. Tuttavia, gran parte della ricerca sulla psicoterapia psicoanalitica si basa sull'ipotesi (implicita o esplicita) che il processo di trattamento consista in un momento di inizio ben chiaro, in una fase intermedia e in una fase finale, e che il cambiamento si verifichi non solo gradualmente, ma anche in modo lineare, raggiungendo un punto asintotico. Queste ipotesi sono tipiche delle principali ricerche in psicoterapia sui trattamenti brevi, che a loro volta derivano dalle ipotesi sottostanti alle sperimentazioni farmaceutiche (Stiles, Shapiro, 1989). Tuttavia, anche la letteratura sui trattamenti brevi ha dimostrato l'importanza dei "miglioramenti improvvisi" in un'ampia gamma di trattamenti, sia negli studi randomizzati sia in quelli naturalistici (Stiles, Leach, Barkham et al., 2003; Tang, Luborsky, Andrusyna, 2002), e dei cosiddetti momenti critici. Ciò appare congruente con le testimonianze di pazienti e terapeuti che suggeriscono che il trattamento sia tutt'altro che un processo lineare (Lothane, 2009).

In sintesi, numerose ipotesi sottostanti a gran parte delle ricerche contemporanee in psicoterapia, in particolar modo per i trattamenti a lungo termine (psicodinamici), sembrano avere una rilevanza limitata. Quindi, vi è la necessità di un paradigma più ampio e forse differenziato in modo specifico per la ricerca sui trattamenti psicodinamici, che renda maggiore giustizia a ciò che sappiamo della psicoterapia in generale, e della terapia psicoanalitica in particolare. Soprattutto, è necessario un paradigma che sia più adatto a indagare, in maggior dettaglio, i processi che si verificano nei trattamenti psicoanalitici a lungo termine. Passeremo ora in rassegna le ricerche relative a queste ipotesi e ne trarremo indicazioni per la ricerca futura sul trattamento.

## CHE TIPO DI CAMBIAMENTI ANDREBBE VALUTATO?

Non vi è dubbio che alcuni dei cambiamenti valutati nelle principali ricerche in psicoterapia non riguardano solo il miglioramento sintomatico, e non sono superficiali o irrilevanti. Tuttavia, ben poco si sa dei processi sottostanti a tali cambiamenti e dei meccanismi responsabili di questo cambiamento terapeutico duraturo. Inoltre, gli obiettivi dei trattamenti psicoanalitici a lungo termine e della psicoanalisi sono fundamentalmente diversi da quelli dei trattamenti brevi, trattandosi infatti, oltre al sollievo sintomatico, di cambiamenti profondi della personalità e dell'organizzazione di personalità.

Un problema importante è quello della concettualizzazione e valutazione di questi cambiamenti fondamentali nelle diverse tradizioni psicoanalitiche, che vanno dai cambiamenti nell'Es, Io e Super-Io delle formazioni psicoanalitiche tradizionali (Freud, 1923), a cambiamenti nella differenziazione, articolazione e integrazione nelle rappresentazioni degli oggetti degli approcci basati sulle relazioni oggettuali (Blatt, Behrends, 1987; Levy, Clarkin, Yeomans et al., 2006) ai cambiamenti di posizione del soggetto per quanto riguarda il desiderio dell'Altro negli approcci lacaniani fino, più recentemente, ai cambiamenti negli stati della mente per quanto riguarda le esperienze di attaccamento (Levy, Clarkin, Yeomans et al., 2006) e le capacità di funzionamento riflessivo o mentalizzante (Fonagy, Luyten, 2009). Un comune denominatore di queste teorie è forse il fatto che i trattamenti psicoanalitici mirano a quella che è stata chiamata l'*interiorizzazione della funzione analitica*, portando a una maggiore creatività e libertà interiore, autoriflessività e capacità di continuare con l'analisi anche dopo la fine del trattamento, conducendo a un'efficacia duratura sostenuta da una maggior capacità di adattamento nell'affrontare le fonti di stress (Blatt, Zuroff, Hawley et al., 2010). Tuttavia, una domanda importante è: come valutare in modo sistematico questi cambiamenti fondamentali e quali di questi ambiti sono fondamentali per gli altri?

Un certo numero di meta-analisi e *case studies* dettagliati potrebbero aprirci la strada. Le meta-analisi indicano infatti che i trattamenti psicoanalitici a lungo termine (Leichsenring, Rabung, 2008), la psicoanalisi (de Maat, De Jonghe, de Kraker et al., submitted), e il trattamento psicoanalitico intensivo per i disturbi di personalità (Levy, Clarkin, Yeomans et al., 2006; Bateman, Fonagy, 2008; Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2010) sono associati a un miglioramento costante e forse continuativo anche dopo la fine del trattamento. Inoltre, alcune evidenze suggeriscono che i trattamenti psicoanalitici a lungo termine sono associati a cambiamenti strutturali di personalità più profondi, come valutato dal miglioramento nei livelli di rappresentazioni oggettuali e dei meccanismi di difesa (Koelen, Luyten, Eurelings-Bontekoe et al., submitted). Gli studi clinici sistematici sono congruenti con questi risultati (Kächele, Schachter, Thomä, 2009).



Tuttavia, pochi studi hanno direttamente dimostrato una relazione tra tali cambiamenti profondi nella personalità e gli effetti duraturi del trattamento psicoanalitico (Luyten, Lowyck, Vermote, 2010; Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2011). Nonostante questo, gli studi sul caso sia singolo sia di gruppo convergono nel suggerire che tali cambiamenti sono in realtà congruenti con gli approcci delle relazioni oggettuali – negli studi sono stati riscontrati cambiamenti circa il sentimento di “sentirsi sicuri” (Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2010), rappresentazioni più differenziate e integrate di sé e degli altri (Blatt, 2004), un minor uso di meccanismi di difesa primitivi, e più alti livelli di integrazione dell’identità (Koelen, Luyten, Eurelings-Bontekoe et al., submitted). Analogamente, la ricerca suggerisce che i pazienti, dopo un trattamento psicoanalitico a lungo termine, sono caratterizzati da: (a) un aumento della capacità di autoanalisi, (b) la capacità di sperimentare nuovi comportamenti, soprattutto nei rapporti interpersonali, (c) provare piacere nelle nuove sfide, (d) una maggiore tolleranza degli affetti negativi, (e) una maggiore comprensione di come il passato possa determinare il presente, e (f) l’uso di strategie autocalmanti e di autosostegno, tra le quali l’uso della rappresentazione del terapeuta (e per associazione del processo terapeutico) come oggetto interno buono e supportivo (Shedler, 2010; Kächele, Schachter, Thomä, 2009; Falkenstrom, Grant, Broberg et al., 2007).

Questi risultati sono coerenti con le ipotesi psicoanalitiche tradizionali sull’interiorizzazione della funzione analitica, ma anche con gli approcci basati sull’attaccamento e sulla mentalizzazione, che vedono lo sviluppo di una “sicurezza dell’esplorazione mentale interna” (Fonagy, Luyten, 2009), che è strettamente connesso con la capacità di selezionare le relazioni e di mostrare resilienza di fronte alle avversità (Luyten, Fonagy, Lemma, 2012), come risultati chiave di un trattamento efficace. Quindi, la buona riuscita del trattamento è pensata come la risultante in un “attaccamento sicuro guadagnato” (Roisman, Padron, Sroufe et al., 2002), caratterizzato dalla capacità di riflettere in modo coerente sul proprio passato (Luyten, Fonagy, Mayes et al., submitted; Luyten, Vliegen, Van Houdenhove et al., 2008). In un linguaggio simile, un meccanismo comune a tutti i trattamenti può essere un miglioramento nella capacità di regolazione emotiva di fronte allo stress e agli affetti negativi, che a sua volta sostiene delle capacità più efficaci di autoriflessione e di processi decisionali durante i periodi di stress (Luyten, Mayes, Fonagy, submitted).

Rimane tuttavia aperta la questione se vi sia una relazione causale tra specifiche tecniche psicoanalitiche e questi outcome, e se questi outcome siano tali solo per i trattamenti psicoanalitici o anche per altri trattamenti efficaci. Anche se è necessaria molta più ricerca, alcuni risultati identificano almeno un meccanismo comune sottostante ai trattamenti efficaci che comportano il potenziamento delle capacità adattive (o resilienza) per af-

frontare lo stress. Nel National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, per esempio, sia la terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive behavioral therapy*, CBT) sia la terapia interpersonale (*interpersonal therapy*, IPT) sono state associate a maggiori capacità adattive nell'affrontare lo stress (Zuroff, Blatt, 2006, 2003). Inoltre, sulla base dei modelli lineari complessi, Hawley e collaboratori (2006) hanno rilevato che la riduzione dei sintomi e l'aumento delle capacità adattive nei trattamenti brevi per la depressione erano significativamente mediati dalla riduzione di una dimensione centrale della personalità disadattiva: il perfezionismo autocritico.

Quindi, nonostante le differenze nelle tecniche dei diversi trattamenti, sembra che un trattamento efficace sia associato a risultati relativamente simili, anche se magari in misura diversa e attraverso percorsi diversi. In questo senso potremmo dire che... tutte le strade portano a Roma. Ciò non dovrebbe sorprenderci, come del resto il fatto che trattamenti diversi (con percorsi simili o differenti) hanno effetto su processi psicologici simili, tra cui i cambiamenti nella rappresentazione di sé e degli altri significativi (Blatt, Zuroff, Hawley, 2010), e su sistemi neurobiologici affini – in particolare nel cervello, o alterando la regolazione *top-down* dei sistemi sottocorticali di risposta allo stress, o modificando i processi *bottom-up*, tra cui la reattività alle condizioni di stress, o entrambi (Luyten, Fonagy, Lemma et al., 2012).

Un aspetto importante è se gli effetti dei trattamenti psicoanalitici a lungo termine e della psicoanalisi siano qualitativamente differenti, come talvolta sostenuto nella letteratura psicoanalitica. I pochi studi a questo proposito riguardano principalmente delle differenze quantitative, e le ricerche hanno inoltre fallito nell'identificare i diversi tassi di variazione in entrambe le tipologie di trattamento (Grant, Sandell, 2004). In altri termini, la psicoanalisi può forse essere associata a un maggiore cambiamento, ma solo per la frequenza più elevata, la maggiore durata e la potenziale interazione tra le due cose.

Quindi, sembra possibile che la psicoterapia efficace, indipendentemente dal "brand", sia associata a cambiamenti nella personalità che comportano una riattivazione della normale ed evolutiva interazione dialettica tra le questioni di relazionalità e di autodefinizione (Blatt, Luyten, 2009), espresse in un aumento delle capacità autoriflessive (Allen, Fonagy, Bateman, 2008) e di autoanalisi, nell'adozione di comportamenti nuovi, e nell'uso di strategie autocalmanti e di autosostegno (o di regolazione emotiva più efficace) (Falkenstrom, Grant, Broberg et al., 2007), sostenute da cambiamenti nella regolazione affettiva e dello stress. Queste abilità portano non solo a maggiori capacità di adattamento quando si tratta di stress, ma anche ai cosiddetti cicli di *broaden and build* (Fredrickson, 2001). Le esperienze di autoefficacia portano non solo a una maggiore fiducia (*build*) nelle proprie capacità e risorse (riattivando questioni concernenti l'autodefinizione), così come una

maggiore capacità di interagire con gli altri in modalità più differenziate e adattive (riattivando questioni concernenti la relazionalità), ma portano anche ad allargare i propri orizzonti in termini di esperienze che promuovono sia l'autodefinizione sia la relazionalità (Fonagy, Luyten, 2009).

È importante sottolineare che, da questo punto di vista, il successo del trattamento può essere dunque considerato come la “messa in moto” di un processo di cambiamento, che inizia durante il trattamento ma, soprattutto, continua anche dopo. Inoltre, diversi tipi di trattamento possono essere in grado di attivare questo processo attraverso percorsi diversi. Per esempio, il processo può essere ugualmente attivato dalla messa in discussione delle ipotesi disfunzionali su se stessi e sugli altri nella CBT, così come della ripetuta esplorazione e interpretazione dei pattern relazionali nel caso dei trattamenti psicoanalitici, così come entrambe possono promuovere non solo un cambiamento nelle rappresentazioni del paziente di sé e degli altri, ma anche una maggiore capacità di riflettere su di sé e sugli altri, che porta a cicli di *broaden and build*.

Il modo in cui tale processo di cambiamento viene messo in moto può variare notevolmente da trattamento a trattamento. Le tecniche utilizzate nei trattamenti psicoanalitici a lungo termine sembrano particolarmente adatte a promuovere tale processo con il loro focus, spesso esplicito, sulla comprensione dei pattern di comportamento e degli stati emotivi nelle relazioni. Eppure, i trattamenti psicoanalitici possono anche contenere interventi e aspetti che non contribuiscono a questo processo, ma devono piuttosto essere visti come un “comportamento superstizioso” che non è connesso all'outcome, ma viene ripetuto semplicemente perché si crede sia associato all'outcome (Fonagy, 2010). Oltre a ciò, i trattamenti psicoanalitici, come vedremo tra poco, possono contenere elementi che ostacolano tale processo e che sono quindi considerati iatrogeni.

È interessante confrontare questa visione con diversi resoconti di cambiamento all'interno dei trattamenti psicoanalitici, che vanno dall'accento sulla “esperienza emotiva correttiva” (Alexander, French, 1946), alla visione del trattamento come processo di “interiorizzazione trasmutante” (Kohut, 1977). Dal nostro punto di vista, sembra più opportuna una visione ancora più ampia, che concettualizzi il cambiamento terapeutico in termini di una serie di compatibilità e incompatibilità sperimentate nella relazione terapeutica, di frustrazione e di gratificazione, all'interno e al di fuori di essa (Blatt, Behrends, 1987), portando a una riattivazione dell'interazione dialettica tra aspetti di relazionalità e autonomia (Blatt, Zuroff, Hawley et al., 2010), sostenuti da un aumento della funzione riflessiva (Fonagy, Luyten, 2009; Luyten, Fonagy, Lemma et al., 2012). Questo punto di vista abbraccia l'idea di “esperienza emotiva correttiva” e sottolinea il ruolo centrale della relazione terapeutica nel trattamento, così come il ruolo di trasmutare le esperienze, nonché le capacità di autoriflessione e di autoanalisi, portando a una riattivazione della

normale dialettica tra relazionalità e autodefinizione; una dialettica che sembra fondamentalmente alterata nella psicopatologia (Blatt, Luyten, 2009), a causa dei tentativi dell'individuo di adattarsi difensivamente alle interruzioni di questo normale processo di sviluppo dialettico (Blatt, Luyten, 2010).

Questo punto di vista permette di comprendere i risultati relativi al miglioramento che continua anche dopo il trattamento psicoanalitico. Tale miglioramento continuativo può costituire la conseguenza prevista del ciclo *broaden and build* che si mette in moto in seguito alla riattivazione di questa normale dialettica tra relazionalità e autodefinizione, invece di continuare con i cicli interpersonali disadattivi tipicamente associati alla psicopatologia.

Pertanto, oltre all'importanza di confrontarsi con le autorappresentazioni negative nel processo terapeutico (Blatt, Zuroff, Hawley et al., 2010), l'elaborazione dei temi di dipendenza nei confronti del terapeuta (o del setting terapeutico) potrebbe svolgere un ruolo chiave nello spiegare gli effetti a lungo termine del trattamento (psicodinamico), nella misura in cui la dipendenza potrebbe contrastare la normale prosecuzione del processo analitico dopo la fine del trattamento. A questo proposito, la relazione terapeutica potrebbe essere vista non solo come un mezzo di cambiamento, ma anche come una situazione con potenziali effetti iatrogeni. Come sottolineano Fonagy e Target (2008), con alcuni pazienti, riducendo la frequenza del trattamento e favorendo l'indipendenza, si potrebbero favorire più in generale i cambiamenti a lungo termine e allo stesso tempo evitare la dipendenza maligna che può verificarsi in un trattamento psicoanalitico a lungo termine. Infatti, mentre ai giorni di Freud i trattamenti psicoanalitici erano relativamente brevi per i nostri standard, sembra che oggi siano diventati molto più lunghi. Non è chiaro, tuttavia, se questo aumento della durata del trattamento sia andato di pari passo con outcome migliori, e attualmente si conosce poco della durata ottimale di un trattamento e dei fattori che la influenzano. Una conseguenza potrebbe essere che il trattamento psicoanalitico potrebbe in qualche modo trascurare il trasferimento di insight e conoscenze acquisite nel corso del trattamento a situazioni e relazioni esterne al setting terapeutico. Tradizionalmente ciò viene visto come una violazione della neutralità analitica, ma col procedere del trattamento, un atteggiamento di questo tipo potrebbe finire per ostacolare il processo terapeutico, anziché facilitarlo. Così, mentre nelle prime fasi del trattamento la neutralità tecnica può essere produttiva, nelle fasi successive potrebbe diventare controproducente. Oggi come oggi, semplicemente, non lo sappiamo e gli psicoanalisti potrebbero essere coinvolti in un "comportamento superstizioso" (Fonagy, 2010) quando si mostrano fortemente attaccati alla neutralità tecnica per tutta la durata del trattamento, in quanto è rafforzata dal progresso nelle fasi iniziali, cosa che porterebbe alla convinzione superstiziosa che questa posizione potrà essere sempre utile. È importante notare, in questo contesto, che nell'attuale pratica clinica molti terapeuti

psicodinamici sembrano comportarsi in modo diverso rispetto alle descrizioni teoriche di neutralità analitica, e con buone ragioni (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009).

Inoltre, a parte il fatto che la durata del trattamento potrebbe essere un artefatto, la ricerca sembra suggerire che vi sia una correlazione positiva tra la lunghezza del trattamento e l'outcome – un trattamento più lungo tenderebbe infatti a portare a un outcome migliore (Leichsenring, Rabung, 2008). Le terapie brevi potrebbero quindi portare a cambiamenti a lungo termine nella misura in cui sono in grado di riattivare la normale dialettica tra relazionalità e autodefinizione. In generale, tuttavia, i trattamenti brevi sono associati a tassi relativamente elevati di recidive, molto probabilmente perché non riattivano questa fondamentale interazione dialettica evolutiva (Luyten, Blatt, Van Houdenhove et al., 2006). Detto altrimenti, per molti pazienti i trattamenti brevi potrebbero essere associati solo a una disattivazione delle rappresentazioni disadattive di sé e degli altri, senza attivare un processo di sviluppo fondamentale che porti a cambiamenti nelle rappresentazioni di sé e degli altri significativi, e a cambiamenti significativi e continuativi nella capacità metacognitiva di riflettere su di sé e sugli altri. Potrebbe darsi che riattivare un processo evolutivo richieda semplicemente più tempo, analogamente al tempo aggiuntivo che si richiede in fisioterapia per un atleta infortunato che debba recuperare le sue capacità motorie a pieno, spesso molto più tardi rispetto al momento in cui ha riacquisito la gamma completa delle sue capacità di movimento senza provare dolore.

In sintesi, riteniamo che la pratica clinica e i risultati delle ricerche suggeriscano un parallelo fondamentale tra i processi evolutivi normali e i processi terapeutici. Questo porta a una visione dei trattamenti psicoanalitici – e forse di tutti i trattamenti efficaci – che comporta la riattivazione della normale interazione dialettica tra la relazionalità e l'autodefinizione, e un aumento della capacità di funzionamento riflessivo, fino a maggiori capacità di adattamento nell'affrontare le fonti di stress.

#### **PROCESSI LINEARI E NON LINEARI NEI TRATTAMENTI PSICOANALITICI**

Abbiamo iniziato la nostra trattazione sostenendo che la prospettiva lineare non rende giustizia a gran parte del cambiamento osservato in psicoterapia, sia per quanto riguarda gli studi formali sull'outcome sia per i report clinici. Allo stesso tempo, molte ricerche si basano sul presupposto che il cambiamento in psicoterapia (a lungo termine) e nel trattamento psicoanalitico sia lineare. Questa ipotesi in realtà ignora molti esempi di miglioramento improvviso e di momenti critici, come riportato nella letteratura teorica, clinica e empirica (Stiles, Leach, Barkham et al., 2003; Tang, Lu-

borsky, Andrusyna, 2002), così come i fenomeni di regressione (Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2010) e i cosiddetti *sleeper effects* o effetti latenti<sup>2</sup> (Grant, Sandell, 2004). In particolare, mentre alcuni cambiamenti sembrano essere gradualisti, miglioramenti improvvisi avvengono nella maggior parte dei trattamenti, e i clinici testimoniano l'importanza di tali esperienze (Lothane, 2009). Questi cambiamenti, però, spesso possono passare inosservati negli studi *multi-wave* di processo e outcome, che sono progettati su un modello lineare di cambiamento; ovvero, i punti misurati potrebbero non afferrare il cambiamento o anche rilevare un peggioramento, cosa che spesso precede il miglioramento. Una ricerca, per esempio, ha rilevato l'importanza dei fenomeni di regressione nei trattamenti a lungo termine – con alcuni pazienti che mostrano marcate riduzioni nei livelli di funzionamento riflessivo prima di mostrare dei miglioramenti (Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2011). Sandell e collaboratori, a loro volta, hanno scoperto che le differenze tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica sono emerse solo alcuni anni dopo la fine del trattamento (Grant, Sandell, 2004).

Queste osservazioni sul cambiamento non lineare sono decisamente in contrasto con il modello lineare del rapporto tra alleanza terapeutica, interventi del terapeuta, processo e outcome, dominante nella letteratura. Diversi dati a disposizione indicano che i vari stili di attaccamento sono associati a diversi processi terapeutici. Kanninen e collaboratori (Kanninen, Salo, Punamäki, 2000), per esempio, non hanno trovato alcuna relazione lineare tra lo stato di attaccamento dei pazienti e l'alleanza iniziale, ma hanno riscontrato che i pazienti con un attaccamento preoccupato mostravano un calo della qualità dell'alleanza terapeutica verso la metà del trattamento, seguito da un forte aumento verso la fine della terapia (*ibidem*). Analogamente, Eames e Roth hanno scoperto che le rotture nell'alleanza di lavoro sono molto comuni nei pazienti preoccupati; mentre nei pazienti evitanti sono state osservate alleanze terapeutiche relativamente stabili dall'inizio fino alla metà del trattamento (Eames, Roth, 2000). Questi dati suggeriscono che le caratteristiche del paziente relative a come un individuo sperimenta le sue relazioni significative possono influenzare, e anzi definire, il modello di cambiamento in terapia e che i singoli pazienti mostrano traiettorie individuali di crescita o di cambiamento.

Quest'ultima osservazione calza con l'esperienza di molti terapeuti. Vale a dire, la maggior parte di noi ha sperimentato che il processo del trattamento è caratterizzato da una certa *sloppiness*<sup>3</sup> (Boston Change Process Study Group, 2005) ed è spesso solo col senno di poi che si possono individuare alcune chiare strutture, sequenze, e progressioni. È importante sottolineare

2. Quando la capacità persuasoria di un messaggio inizialmente nulla o scarsa a causa della poca credibilità della fonte, incrementa con il passare del tempo. [NdC]

3. Il concetto di *sloppiness* si riferisce qui alle qualità indeterminate, disordinate o approssimative dello scambio di significato tra paziente e analista. [NdC]



re come la ricerca abbia dimostrato che, nonostante l'uso predominante di modelli lineari, molti processi psicologici evolutivi non siano lineari, ed è difficile immaginare perché i processi di cambiamento in psicoterapia non dovrebbero esserlo a loro volta. Allo stesso modo, le evidenze suggeriscono che per alcuni pazienti un modello di "rottura e riparazione" nella costruzione dell'alleanza è associato a un buon outcome del trattamento (Safran, Muran, Samstag et al., 2002), il che viola chiaramente l'ipotesi di una relazione lineare tra processo e outcome.

È importante notare che questa visione non esclude l'esistenza di processi lineari. Come abbiamo suggerito in precedenza, la traiettoria del cambiamento probabilmente è variabile a livello individuale, e alcuni pazienti possono seguire modelli lineari chiari. Infatti, la ricerca basata sui modelli lineari ha migliorato la nostra conoscenza del processo terapeutico, ed è assai probabile che parte del processo terapeutico possa essere spiegata utilizzando modelli lineari. Tuttavia, le tendenze non lineari potrebbero venire trascurate poiché si valutano troppi pochi punti, o per via dell'uso di misure che non sono abbastanza sensibili a rilevare sottili ma importanti cambiamenti.

Inoltre, il ricorso a modelli lineari può portare a correlazioni spurie e a ipotesi errate circa la natura del cambiamento terapeutico. Un buon esempio del pericolo di trovare correlazioni spurie è fornito dalla ricerca sulle interpretazioni. Le interpretazioni sono spesso considerate la pietra miliare della tecnica psicoanalitica, in quanto si presume svolgano un ruolo chiave nel favorire l'insight. Coerentemente con questo presupposto, gli studi hanno dimostrato che i trattamenti psicoanalitici sono tipicamente associati a un aumento dell'insight, in particolar modo sui pattern relazionali caratteristici (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009). Seppure anche le altre forme di trattamento, come la CBT, siano associate a un maggiore insight, le ricerche suggeriscono che i trattamenti psicoanalitici sono particolarmente associati con tali aumenti di livello (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009). Infatti, nei trattamenti psicoanalitici (a lungo termine), la ripetuta attivazione, esplorazione e interpretazione dei pattern tipici di pensare e di sentire è centrale. In questo contesto, l'importanza delle interpretazioni di transfert viene spesso enfatizzata. Eppure, nonostante la centralità di questo problema, solo una decina di studi hanno indagato la relazione tra interpretazioni di transfert e outcome (Høglend, 2004). Questi studi hanno dimostrato che i trattamenti psicoanalitici mostrano una notevole variabilità nel numero di interpretazioni di transfert per seduta, che vanno dal 5% a più del 50% di tutti gli interventi interpretativi (Høglend, 2004; Crits-Christoph, Connolly Gibbons, 2002). Tuttavia, nonostante questa variabilità, la ricerca concorda nel suggerire l'esistenza di una relazione negativa tra elevata frequenza di interpretazioni di transfert, rapporto terapeutico e outcome, nei trattamenti psicoanalitici sia brevi sia a



lungo termine, anche in pazienti con alti livelli di organizzazione della personalità. Lo studio di Høglend e collaboratori (Høglend, Amlo, Marble et al., 2006; Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2008) merita particolare attenzione, in quanto è l'unico che descostuisce lo studio delle interpretazioni di transfert. Qui l'efficacia del trattamento psicoanalitico a lungo termine con e senza interpretazioni di transfert è stato indagato in un campione di 100 pazienti con disturbi depressivi e d'ansia misti. Sorprendentemente, questo studio non ha rilevato differenze nell'efficacia di entrambi i trattamenti sia alla sospensione del trattamento sia a 3 anni di follow-up, a eccezione dei pazienti con bassi livelli di organizzazione della personalità (per esempio, pazienti con bassi livelli di relazioni oggettuali). Questi ultimi hanno risposto meglio al trattamento con una bassa frequenza di interpretazioni di transfert (0-3 per seduta) rispetto al trattamento senza interpretazioni di transfert. Høglend e collaboratori hanno infine dimostrato che nei pazienti con bassi livelli di organizzazione della personalità, i miglioramenti nell'insight mediavano il rapporto tra interpretazioni di transfert e miglioramento nel funzionamento relazionale (Johansson, Høglend, Ulberg et al., 2010). Questo effetto di mediazione era considerevole: le variazioni di insight come conseguenza delle interpretazioni di transfert spiegavano infatti il 60% dei miglioramenti nel funzionamento relazionale. Pertanto, nei pazienti con bassi livelli di organizzazione della personalità, quello delle interpretazioni di transfert sembra essere un fenomeno "alto rischio/alto guadagno"; gli studi infatti indicano che le interpretazioni di transfert possono portare a un aumento nell'insight e a cambiamenti nelle relazioni (Johansson, Høglend, Ulberg et al., 2010) e nell'organizzazione della personalità (Koelen, Luyten, Eurelings-Bontekoe, submitted). Ma, d'altra parte, le interpretazioni di transfert sono anche associate a un aumento delle difese e a disturbi della relazione terapeutica e del processo terapeutico (McCullough, Winston, Farber et al., 1991), mentre in pazienti con un'organizzazione di personalità normale ciò sembrerebbe non fare differenza nell'outcome del trattamento.

Questi studi sulle interpretazioni di transfert costituiscono un passo verso l'adozione di modelli di mediazione più complessi o non lineari del cambiamento terapeutico. Tuttavia, nonostante la loro attenzione per la complessità dei fattori coinvolti, inclusa l'accuratezza delle interpretazioni, questi studi possono aver trascurato un fattore cruciale, ossia il ruolo centrale delle interazioni terapeuta-paziente. Poiché questi studi non riescono a includere una prospettiva di interazione, essi in genere non tengono conto della reattività sia del terapeuta sia del paziente (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, 2002; Henry, Strupp, Schach et al., 1994). Come già detto, questa negligenza è in gran parte basata su un'accettazione piuttosto acritica della metafora dei farmaci nella ricerca in psicoterapia (psicoanalitica), la quale sostiene che la psicoterapia può essere concettualizzata in termini di

un terapeuta che fornisce interventi specifici a un paziente, che è a sua volta considerato essenzialmente un destinatario passivo di questi interventi.

Un approccio basato sulla teoria dell'interazionismo dinamico o *action-theory*, tuttavia, può essere molto più adatto per studiare il processo del trattamento, sostenendo che il processo terapeutico consista in una serie di interazioni che si dispiegano sia a livello conscio sia inconscio, tra due individui, con esperienze di momenti di compatibilità e incompatibilità, momenti di incontro, di comprensione, e di reciprocità rispetto a momenti di separazione e incomprensione (Blatt, Behrends, 1987). In questo contesto, Jones ha utilizzato il concetto di “strutture di interazione positiva e negativa” (Ablon, Jones, 2005). Così, l'unità di analisi in questi studi dovrebbe essere la diade terapeutica. È importante sottolineare che questa visione comporta una diversa concettualizzazione degli scambi terapeuta-paziente e della loro influenza sul processo terapeutico. Invece di indagare le interazioni paziente-terapeuta, il che suggerisce implicitamente che ci siano due persone che interagiscono tra loro come individui, questo approccio sostiene che può essere più fruttuoso considerare invece i pazienti e i terapeuti come *diadi in movimento nel tempo*. Secondo questo modo di pensare, la diade è funzionalmente diversa rispetto agli individui studiati singolarmente e in effetti funziona come un “individuo diadico”, con i suoi comportamenti e le sue risposte. Così, piuttosto che indagare l'influenza dell'utilizzo di interventi specifici da parte del terapeuta sull'outcome, gli studi dovrebbero esaminare l'outcome attraverso le diadi terapeuta-paziente. I modelli multilivello, in particolare, sono l'ideale per cogliere le varie fonti di varianza coinvolte, ma sono raramente utilizzati nella ricerca in psicoterapia. Inoltre, i modelli interpersonali sono stati sviluppati e validati, e sono in grado di “modellizzare” e valutare vari processi interpersonali nelle diadi (Horowitz, Wilson, Turan et al., 2006; Moskowitz, Zuroff, 2004). Non “modellizzare” la varianza associata a diadi specifiche e agli specifici processi insiti all'interno delle diadi terapeuta-paziente porta a trascurare delle informazioni importanti e forse decisive.

Per esempio, gli studi suggeriscono chiaramente che i terapeuti hanno la tendenza a rispondere ai disturbi nella relazione terapeutica facendo più interpretazioni di transfert, che in genere non portano alla riparazione della relazione terapeutica (Høglend, 2004; Henry, Strupp, Schach et al., 1994). Allo stesso modo, quando i pazienti sono più difensivi, i terapeuti possono essere più coinvolti utilizzando maggiormente le interpretazioni di transfert (Høglend, 2004), il che può portare a un circolo vizioso interpersonale, a una profezia che si autoavvera e che porta a situazioni di stallo terapeutico, e forse anche a maggiori drop-out (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Barber et al., 2009). Questo fenomeno dovrebbe essere studiato a livello della diade terapeuta-paziente, in quanto si tratta di un processo che si svolge all'interno di tale rapporto. Al contrario, se i pazienti sono molto sensibili

alle interpretazioni, i terapeuti possono diminuirne il numero e, man mano che il paziente progredisce, ricorrere a esse sempre di meno.

Aggregando i punteggi tra i terapeuti (e/o i pazienti) si rischia di non riuscire a cogliere un simile processo insito all'interno di una diade specifica. Al contrario, nel caso di pazienti che mostrano scarsi progressi, com'è noto i terapeuti sembrano essere portati a fare più interpretazioni, il che spesso conduce a nuove rotture dell'alleanza terapeutica. Dal nostro punto di vista, per esempio, le interpretazioni di transfert spesso servono solo per allontanare il paziente dal terapeuta, e potrebbero essere facilmente sperimentate come una *incompatibilità* che non trasmette allo stesso tempo un senso di comprensione e reciprocità (Blatt, Behrends, 1987). Coerentemente con questa ipotesi, da tempo è stata sottolineata l'importanza del *timing* e del modo di formulare le interpretazioni nella letteratura psicoanalitica. Coady (1991), per esempio, ha scoperto che nei pazienti con outcome negativo, le interpretazioni contenevano commenti più "disaffiliativi". Inoltre, soprattutto quando i livelli di *arousal* sono elevati, i pazienti possono ritornare al modello di pensiero teleologico o dell'equivalenza psichica, in cui le interpretazioni di transfert vengono vissute come un attacco personale, un insulto, un rifiuto, o come una ri-traumatizzazione (Fonagy, Luyten, 2009). Si verifica una perdita del carattere "come se" di tali interpretazioni, soprattutto perché vi è spesso una perdita completa della compatibilità e della mutualità. Infatti, in condizioni di accresciuto *arousal*, gli individui sono meno in grado di elaborare e riflettere sulle informazioni in entrata, una funzione corticale prefrontale, e utilizzano a livello funzionale più discriminazioni automatiche o di minaccia (Fonagy, Luyten, 2009; Luyten, Mayes, Fonagy et al., submitted). Questa riallocazione delle risorse e delle funzioni corticali implica che, in presenza di alti livelli di *arousal*, proprio quando le interpretazioni di transfert aumentano, i pazienti (e forse anche i terapeuti) non sono in grado di elaborare e comprendere le informazioni in entrata in modo efficace.

Allo stesso modo, i presupposti errati riguardo al processo terapeutico possono derivare da una mancanza di sensibilità nella progettazione o nella misurazione atta a cogliere i processi più sottili e possibilmente non lineari. Per esempio, non è raro che negli studi sui trattamenti si abbiano degli scarti temporali addirittura di alcuni mesi tra i diversi punti di valutazione, il che può far perdere alcuni processi importanti. Inoltre, la mancanza di valutazioni di follow-up a lungo termine, tipiche di molti studi, può far perdere importanti *sleepier effects*. Negli studi clinici randomizzati sulla MBT per il disturbo borderline di personalità, per esempio, le differenze tra MBT e trattamento tradizionale sono emerse solo verso la fine del trattamento (Bateman, Fonagy, 2009) e sono risultate particolarmente marcate a 8 anni di follow-up (Bateman, Fonagy, 2008). Inoltre, coerentemente con i principi delineati in questo capitolo, Bateman e Fonagy hanno scoperto non solo che

la MBT ha portato a cambiamenti, 5 anni dopo la dimissione, nelle caratteristiche principali del disturbo borderline di personalità come il comportamento parasuicidario, ma anche a cambiamenti molto più ad ampio raggio, incluso il miglioramento costante nel funzionamento globale e nello status professionale (Bateman, Fonagy, 2008). Pertanto, i pazienti in MBT sembrano essere stati maggiormente in grado di negoziare gli importanti compiti evolutivi della propria vita rispetto ai pazienti nel gruppo di controllo.

Forse, questi effetti sono in parte dovuti alla constatazione che molti pazienti, anche dopo il trattamento psicoanalitico prolungato, ricercano un ulteriore trattamento. Essi rimangono spesso in contatto con il loro analista e tornano periodicamente per poche visite o per un breve periodo di trattamento. Questi periodi post-analitici di contatto vengono discussi raramente nella letteratura clinica, e inclusi molto meno nelle valutazioni dell'outcome o nelle interviste con i pazienti dopo il trattamento. Per esempio, in uno dei nostri studi abbiamo scoperto che i pazienti hanno continuato a migliorare anche dopo la conclusione del trattamento (in uno studio naturalistico sul trattamento psicoanalitico per i disturbi della personalità, in regime di ricovero a 5 anni di follow-up; Vermote, Lowyck, Luyten et al., 2011). Eppure, quasi tutti i pazienti avevano richiesto un trattamento individuale supplementare dopo la conclusione della terapia. I critici spesso sottolineano che tale ricerca di un ulteriore trattamento riflette la risposta limitata al trattamento stesso. Anche se questo è in parte vero, nell'ottica di questo capitolo, può essere visto anche come il riflesso di importanti miglioramenti nella capacità di questi pazienti di relazionarsi con gli altri (per esempio, il terapeuta), e nella loro capacità di fare affidamento sugli altri nel momento del bisogno. Infatti, prima del trattamento, la maggior parte di questi pazienti non era in grado di iniziare o mantenere relazioni stabili, soprattutto con i terapeuti.

Gli *sleepers effects* sono stati riscontrati anche in uno studio naturalistico che ha operato un confronto tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, in cui le differenze tra questi due trattamenti sono emerse solo anni dopo la fine del trattamento (Grant, Sandell, 2004). Inoltre, uno studio qualitativo dettagliato ha mostrato sottili differenze sia in termini di atteggiamenti e interventi del terapeuta, sia nei cambiamenti dei pazienti in entrambi i trattamenti (Falkenstrom, Grant, Broberg et al., 2007). Quindi, solo gli studi di follow-up a lungo termine e le indagini qualitative particolarmente dettagliate sono in grado di raccogliere tali sottili, importanti e spesso non lineari effetti dei trattamenti. Allo stesso modo, una serie di studi *single-case* ha documentato tali cambiamenti complessi associati al trattamento psicoanalitico (Kächele, Schachter, Thomä, 2009; Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006). Così come molti studi mancano di un follow-up a lungo termine e/o di una valutazione dettagliata dei processi di cambiamento, si può solo speculare sulla misura in cui questi studi non hanno colto importanti e forse essenziali caratteristiche dei cambiamenti tipici nei trattamenti psi-

coanalitici. La ricerca futura dovrebbe affrontare questi problemi, e i futuri studi dovrebbero sistematicamente includere misure più ampie di outcome e valutazioni più dettagliate del processo di cambiamento tipico dei trattamenti psicoanalitici.

Questi risultati hanno importanti implicazioni per il training. Un fattore fondamentale nel trattamento psicoanalitico è l'uso del controtransfert come importante fonte di informazioni sulle dinamiche del paziente. In modo coerente con queste ipotesi, la ricerca suggerisce che il riconoscimento delle reazioni controtransferali, in combinazione con la capacità di collegarle alle dinamiche del paziente, si associa a buon processo analitico (Gelsso, Hayes, 2002). I risultati delle ricerche forniscono ampie evidenze per rivolgere molta attenzione alla capacità di riconoscere ciò che è stato “evocato” dai pazienti, così da evitare circoli viziosi interpersonali disadattivi e un uso difensivo di alcuni tipi di intervento, incluse le interpretazioni di transfert (per esempio, sentirsi obbligati a fare interpretazioni di transfert).

#### **COME COSTRUIRE UN MODELLO DELL'INTERAZIONE TRA FATTORI TERAPEUTICI?**

Le principali ricerche in psicoterapia sembrano aver ampiamente optato per una visione per cui gli effetti del trattamento sarebbero solo in parte dovuti all'uso di tecniche specifiche. La ricerca ha infatti evidenziato che esistono altri fattori che rappresentano gran parte della varianza nell'outcome del trattamento, con stime che vanno dal 15% previsto grazie a tecniche specifiche (Lambert, Barley, 2002), al 30% dei fattori comuni (per esempio, fornire supporto e comprensione empatica), al 15% delle aspettative e degli effetti placebo, al 35-40% dei fattori extra-terapeutici (per esempio, remissione spontanea, eventi positivi o cambiamenti).

Sebbene gli approcci mainstream diano per scontata l'interazione tra questi fattori, si ritiene che essi siano essenzialmente indipendenti e sommabili. Chiaramente non è così – si tratta di un errore basato su ipotesi derivate da studi nel campo della farmacoterapia, per esempio l'idea che la psicoterapia consista nel fornire “elementi attivi” (per esempio, le interpretazioni) da parte del terapeuta ai pazienti, che sarebbero essenzialmente passivi (Stiles, Shapiro, 1989).

Da una prospettiva più relazionale e di interazionismo dinamico, invece, questi fattori vengono visti come correlati e interattivi in modalità non sommabili e spesso non lineari, che si rafforzano o peggiorano reciprocamente. Da questo punto di vista, il trattamento può essere descritto in termini di un'attivazione di rappresentazioni prototipiche di sé e degli altri, e di modi di pensare a se stessi e agli altri, nel contesto della relazione terapeutica; vale a dire, una relazione con un altro significativo che fornisce cura e so-

stegno durante l'esplorazione e l'interpretazione, e che lavora con modalità tipiche di pensare e sentire su di sé e sugli altri. Inoltre, è attraverso questa esplorazione nella relazione terapeutica nel contesto di esperienze di compatibilità e incompatibilità, che può essere raggiunto un cambiamento nelle rappresentazioni di sé e degli altri (e soprattutto di sé in relazione agli altri). Questa capacità crescente di dare un senso alla mente propria e altrui (inizialmente soprattutto la mente del terapeuta e quella di altri significativi), può poi essere trasferita in misura crescente a modi di pensare e sentire al di fuori del setting terapeutico. Questo porta a ritenere che gli obiettivi del trattamento siano dei cambiamenti nelle transazioni individuo-ambiente (Shahar, 2006), che prima tendono a verificarsi all'interno della relazione terapeutica e poi vengono esportati al di fuori del setting. Questo processo è essenzialmente parallelo ai normali processi di sviluppo, e in particolare al modo in cui, nello sviluppo normale, si sviluppano l'attaccamento, le rappresentazioni dell'attaccamento, e la capacità di rappresentare gli stati mentali propri e altrui nel contesto dei rapporti con le figure di attaccamento (Fonagy, Luyten, 2009; Fonagy, Gergely, Target, 2007).

Nello studio dei trattamenti ambulatoriali brevi della depressione, Shahar e collaboratori (2004), per esempio, hanno scoperto che i livelli di perfezionismo autocritico nei pazienti prima del trattamento non solo influenzano negativamente la loro capacità di formare un'alleanza terapeutica, ma anche quella di mantenere un contesto interpersonale supportivo esterno al processo terapeutico. Pertanto, l'esame di questi processi interpersonali dovrebbe essere centrale nella ricerca in psicoterapia, insieme alla considerazione di come essi possano esitare in cambiamenti nella rappresentazione di sé e degli altri e nella funzione riflessiva, così come altre variazioni nelle transazioni individuo-ambiente esterne al trattamento. In questo contesto vi è il suggerimento che, almeno per alcuni pazienti, i cambiamenti avvengano prima nella rappresentazione del terapeuta, e in seguito nella rappresentazione di sé, portando a nuovi modi di vedere se stessi e gli altri (Auerbach, Blatt, 2001; Harpaz-Rotem, Blatt, 2009).

Questi punti di vista sono congruenti anche con i risultati che riguardano le interazioni persona-ambiente più in generale, che svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo sia normale sia patologico (Luyten, Blatt, 2006). Più in particolare, i risultati delle ricerche suggeriscono che gli individui, per lo più inconsapevolmente, creano in parte i propri ambienti (disadattivi). Questi risultati sono d'importanza fondamentale per i ricercatori in psicoterapia psicoanalitica, perché sono congruenti con il concetto di transfert, e con i modelli interpersonali che ritengono che specifici comportamenti (interpersonali) sostengano specifici comportamenti nelle relazioni, tra cui la relazione terapeutica (per esempio, la posizione dominante promuove la sottomissione) (Horowitz, Wilson, Turan et al., 2006). Di particolare interesse in questo contesto sono i risultati che riguardano le interazioni geni-



ambiente. Per esempio, anche se in modo ancora controverso, vi è una crescente evidenza che un polimorfismo del gene 5HTT possa essere associato con un'aumentata sensibilità allo stress, con conseguente maggiore vulnerabilità alla depressione (Risch, Herrell, Lehner et al., 2009) e una varietà di altri disturbi stress-correlati, compresi i disturbi somatici funzionali come la sindrome da stanchezza cronica e la fibromialgia, che può spiegare in parte l'alta comorbidità tra la depressione, il dolore e la fatica (Luyten, Vliegen, Van Houdenhove et al., 2008). Questi risultati suggeriscono che alcuni individui possono essere specificatamente sensibili ai fattori ambientali nell'elicitare la vulnerabilità, ma forse ciò accade anche per i fattori ambientali positivi, tra cui la psicoterapia. Per esempio, uno studio di Kaufman e collaboratori (2004) suggerisce che il sostegno sociale può sopprimere la relazione tra il polimorfismo 5HTT e la depressione. Bakermans-Kranenburg e collaboratori hanno dimostrato che le risposte al cortisolo, come indicatore di reattività allo stress, in un intervento basato sull'attaccamento nei bambini (di età 1-3 anni), discriminava un comportamento esternalizzante, moderato da un polimorfismo del recettore DRD4 del gene della dopamina, che è implicato nei comportamenti di attaccamento (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, Mesman et al., 2008). Di contro, un aplotipo del recettore 1 del gene dell'ormone che rilascia la corticotropina (CRHR1) può proteggere le persone che hanno sperimentato precocemente delle avversità da una successiva psicopatologia perché il CRHR1 gioca un ruolo centrale nel consolidamento della memoria emotiva, e quegli individui con due copie dell'aplotipo TAT possono operare un'elaborazione cognitiva relativamente anaffettiva delle prime esperienze avverse, proteggendosi da una successiva vulnerabilità alla depressione (Polanczyk, Caspi, Williams et al., 2009).

La prospettiva dell'interazionismo dinamico presa in considerazione in questo capitolo sembra dunque essere molto più in linea con la ricerca evolutiva e con le recenti scoperte delle neuroscienze cognitive e affettive concernenti le interazioni persona-ambiente, rispetto alle ipotesi sulle interazioni lineari e addizionabili che tuttora dominano gran parte della ricerca in psicoterapia. Questa visione apre prospettive interessanti in quanto consente l'esplorazione di somiglianze tra i processi di sviluppo normali e patologici a livello sia psicosociale sia neurobiologico (Luyten, Blatt, 2011).

## CONCLUSIONI

Quella che abbiamo proposto in questo capitolo è una prospettiva di interazionismo o di *action-theory* sul processo della psicoterapia. Da questo punto di vista, il focus della ricerca in psicoterapia dovrebbe essere l'interazione paziente-terapeuta nel tempo, a partire dalla convinzione che il cambiamento psicoterapeutico probabilmente non è un processo lineare,



ma un processo caratterizzato da miglioramenti improvvisi, regressioni e altri processi non lineari. Si presume che questi processi interattivi portino a due tipi di cambiamenti interrelati, cioè, cambiamenti interni (vale a dire, una maggiore capacità di dare senso alla propria mente e a quella altrui, in primo luogo nel contesto della relazione terapeutica, ma in seguito generalizzando ad altri contesti), in parallelo e/o seguiti da cambiamenti esterni, vale a dire cambiamenti nelle transazioni persona-ambiente come espresso nei cicli di *broaden and build*.

Questo punto di vista ha importanti implicazioni non solo per la futura ricerca in psicoterapia psicoanalitica, ma anche per la formazione psicoanalitica stessa, in quanto sostiene la necessità di un parallelismo tra i processi dello sviluppo psicologico normale e patologico e del processo terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

- ABBASS, A.A., HANCOCK, J.T., HENDERSON, J., KISELY, S.R. (2006), "Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders". In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18 (4), CD004687.
- ABLON, J.S., JONES, E. (2005), "On analytic process". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), pp. 541-568.
- ABLON, J.S., LEVY, R., KATZENSTEIN, T. (2006), "Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes". In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 43, (2), pp. 216-231.
- ALEXANDER, F., FRENCH, T.M. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. Ronald Press, New York.
- ALLEN, J., FONAGY, P., BATEMAN, A. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- AUERBACH, J.S., BLATT, S.J. (2001), "Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change". In *Psychoanalytic Psychology*, 18, pp. 427-450.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H., MESMAN, J., ALINK, L.R.A., JUFFER, F. (2008), "Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: A randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior". In *Development and Psychopathology*, 20, pp. 805-820.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2008), "8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual". In *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), pp. 631-638.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2009), "Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), pp. 1355-1364.
- BHAR, S.S., THOMBS, B.D., PIGNOTTI, M., BASSEL, M., JEWETT, L., COYNE, J.C., BECK, A.T. (2010), "Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79 (4), pp. 208-216.
- BLATT, S.J., BEHREND, R.S. (1987), "Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action". In *International Journal of Psychoanalysis*, 68, pp. 279-297.
- BLATT, S.J., LUYTEN, P. (2009), "A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span". In *Development and Psychopathology*, 21 (3), pp. 793-814.
- BLATT, S.J., LUYTEN, P. (2010), "Reactivating the psychodynamic approach to classify psychopathology". In MILLON, T., KRUEGER, R.F., SIMONSEN, E. (a cura di), *Contemporary*

- Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. Guilford Press, New York, pp. 483-514.
- BLATT, S.J., ZUROFF, D.C., HAWLEY, L.L., AUERBACH, J.S. (2010), "Predictors of sustained therapeutic change". In *Psychotherapy Research*, 20, pp. 37-54.
- BLATT, S.J. (2004), *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*. American Psychological Association, Washington, DC.
- BLATT, S.J. (2008), *Polarities of Experience: Relatedness and Self Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. American Psychological Association, Washington, DC.
- COADY, N. (1991), "The association between complex types of therapist interventions and outcomes in psychodynamic psychotherapy". In *Research on Social Work Practice*, 1, pp. 257-277.
- CONNOLLY GIBBONS, M.B., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J.P., STIRMAN, S.W., GALLOP, R., GOLDSTEIN, L.A., TEMES, C.M., RING-KURTZ, S. (2009), "Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (5), pp. 801-813.
- CRITS-CHRISTOPH, P., CONNOLLY GIBBONS, M.B. (2002), "Relational interpretations". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 285-300.
- CRONBACH, L.J. (1953) "Correlation between persons as a research tool". In MOWRER, H. (a cura di), *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York, pp. 376-389.
- DE MAAT, S., DE JONGHE, F., DE KRAKER, R., LEICHSENRING, F., ABBASS, A., LUYTEN, P., BARBER, J.P., RIEN VAN, DEKKER, J., *The Effectiveness of Psychoanalysis: A Comparison Between Psychoanalysis (PA) and Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy (LTPP)*, submitted for publication.
- DRIESSEN, E., CUIJPERS, P., DE MAAT, S., ABBASS, A.A., DE JONGHE, F., DEKKER, J. (2010), "The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis". In *Clinical Psychology Review*, 30 (1), pp. 25-36.
- EAMES, V., ROTH, A. (2000), "Patient attachment orientation and the early working alliance – a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures". In *Psychotherapy Research*, 10 (4), pp. 421-434.
- FALKENSTROM, F., GRANT, J., BROBERG, J., SANDELL, R. (2007), "Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 55 (2), pp. 629-674.
- FONAGY, P., GERGELY, G., TARGET, M. (2007), "The parent-infant dyad and the construction of the subjective self". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4), pp. 288-328.
- FONAGY, P., LUYTEN, P. (2009), "A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder". In *Development and Psychopathology*, 21 (4), pp. 1355-1381.
- FONAGY, P., ROTH, A., HIGGITT, A. (2005), "Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 (1), pp. 1-58.
- FONAGY, P., TARGET, M. (2008), "Attacamento, trauma e psicoanalisi: dove la psicoanalisi incontra le neuroscienze". Tr. it. in JURIST, E.J., SLADE, A., BERGNER, S. (a cura di), *Da mente a mente. Infant research, neuroscienze e psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano 2010, pp. 19-52.
- FONAGY, P. (2010), "The changing shape of clinical practice: Driven by science or by pragmatics?". In *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24 (1), pp. 22-43.
- FREDRICKSON, B.L. (2001), "The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions". In *American Psychologist*, 56 (3), pp. 218-226.
- FREUD, S. (1894), *Le neuropsicosi da difesa*. Tr. it. in *Opere*, vol. 2. Boringhieri, Torino 1968.
- FREUD, S. (1922), *L'Io e l'Es*. Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Boringhieri, Torino 1977.
- GELSO, C.J., HAYES, J.A. (2002), "The management of counter transference". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 267-283.
- GRANT, J., SANDELL, R. (2004), "Close family or mere neighbors? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy". In RICHARDSON, P., KÄCHELE,

- H., RENLUND, C. (a cura di), *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Karnac, London, pp. 81-108.
- HARPAZ-ROTEM, I., BLATT, S.J. (2009), "A pathway to therapeutic change: Changes in self-representation in the treatment of adolescents and young adults". In *Psychiatry Interpersonal and Biological Process*, 72, pp. 32-49.
- HAWLEY, L.L., HO, M.H.R., ZUROFF, D.C., BLATT, S.J. (2006), "The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), pp. 930-942.
- HENRY, W.P., STRUPP, H.H., SCHACH, T.E., GASTON, L. (1994), "Psychodynamic approaches". In BERGIN, A.E., GARFIELD, L. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4<sup>th</sup> ed. Wiley, New York, pp. 467-508.
- HØGLEN, P., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K.P., SORBYE, O., SJAASTAD, M.C., HEYERDAHL, O. (2006), "Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations". In *The American Journal of Psychiatry*, 163 (10), pp. 1739-1746.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S., MARBLE, A., ULBERG, R., SJAASTAD, M.C., SØRBYE, Ø., HEYERDAHL, O., JOHANSSON, P. (2008), "Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects?". In *The American Journal of Psychiatry*, 165 (6), pp. 763-771.
- HØGLEN, P. (2004), "Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy". In *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, pp. 279-300.
- HOROWITZ, L.M., WILSON, K.R., TURAN, B., ZOLOTSEV, P., CONSTANTINO, M.J., HENDERSON, L. (2006), "How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model". In *Personality and Social Psychology Review*, 10 (1), pp. 67-86.
- JOHANSSON, P., HØGLEN, P., ULBERG, R., BØGWALD, K.P., AMLO, S., MARBLE, A., SØRBYE, O., SJAASTAD, M.C., HEYERDAHL, O. (2010), "The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy". In *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78 (3), pp. 438-448.
- KÄCHELE, H. (2010), "Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy". In *International Journal of Psychoanalysis*, 91 (1), pp. 35-43.
- KÄCHELE, H., SCHACHTER, J., THOMÄ, H. (2009), *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*. Routledge, New York/London.
- KANNINEN, K., SALO, J., PUNAMÄKI, R.L. (2000), "Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence". In *Psychotherapy Research*, 10 (4), pp. 435-449.
- KAUFMAN, J., YANG, B.-Z., DOUGLAS-PALUMBERI, H., HOUSHYAR, S., LIPSCHITZ, D., KRYSAL, J.H. (2004), "Social support and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children". In *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 101, pp. 17316-17321.
- KAZDIN, A.E. (2007), "Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research". In *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 1-27.
- KOELEN, J., LUYTEN, P., EURELINGS-BONTEKOE, E.H., DIGUER, L., VERMOTTE, R., LOWYCK, B. ET AL., *The Impact of Personality Organisation on Treatment Response and the Therapeutic Process*, submitted for publication.
- KOHUT, H. (1977), *La guarigione del Sé*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1987.
- KRAEMER, H.C., STICE, E., KAZDIN, A., OFFORD, D., KUPFER, D. (2001), "How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors". In *American Journal of Psychiatry*, 158 (6), pp. 848-856.
- LAMBERT, M.J., BARLEY, D.E. (2002), "Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 17-32.
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), "Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis". In *Journal of the American Medical Association*, 300 (13), pp. 1551-1565.

- LEVY, K.N., CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E., SCOTT, L.N., WASSERMAN, R.H., KERNBERG, O.F. (2006), "The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy". In *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), pp. 481-501.
- LINGIARDI, V., SHEDLER, J. GAZZILLO, F. (2006), "Valutare i cambiamenti della personalità in psicoterapia con la SWAP-200. Il caso di Melania". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 335-354.
- LOTHANE, Z. (2009), "Dramatology in life, disorder, and psychoanalytic therapy: A further contribution to interpersonal psychoanalysis". In *International Forum of Psychoanalysis*, 18, pp. 135-148.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J., CORVELEYN, J. (2006), "Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54 (2), pp. 571-610.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J., VAN HOUDENHOVE, B., CORVELEYN, J. (2006), "Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be?". In *Clinical Psychology Review*, 26 (8), pp. 985-999.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J. (2011), "Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM-V". In *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 52-68.
- LUYTEN, P., FONAGY, P., LEMMA, A., TARGET, M. (2012), "Depression". In BATEMAN, A., FONAGY, P. (a cura di), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Association, Washington, DC, pp. 385-417.
- LUYTEN, P., FONAGY, P., MAYES, L.C., VERMOTE, R., LOWYCK, B., BATEMAN, A. ET AL., *Broadening the Scope of the Mentalization-based Approach to Psychopathology*, submitted for publication.
- LUYTEN, P., LOWYCK, B., VERMOTE, R. (2010), "The relationship between interpersonal problems and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for personality disorders: A 12-month follow-up study". In *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24 (4), pp. 417-436.
- LUYTEN, P., MAYES, L.C., FONAGY, P., VAN HOUDENHOVE, B., *The Interpersonal Regulation Of Stress: A Developmental Framework*, submitted for publication.
- LUYTEN, P., VliegE, N., VAN HOUDENHOVE, B., BLATT, S.J. (2008), "Equifinality, multifinality, and the rediscovery of the importance of early experiences: Pathways from early adversity to psychiatric and (functional) somatic disorders". In *The Psychoanalytic Study of the Child*, 63, pp. 27-60.
- MCCULLOUGH, L., WINSTON, A., FARBER, B.A., PORTER, F., POLLACK, J., LAIKIN, M., TRUJILLO, M. (1991), "The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy". In *Psychotherapy*, 28, pp. 525-533.
- MOSKOWITZ, D.S., ZUROFF, D.C. (2004), "Flux, pulse, and spin: Dynamic additions to the personality lexicon". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (6), pp. 880-893.
- POLANCZYK, G., CASPI, A., WILLIAMS, B., PRICE, T.S., DANESE, A., SUGDEN, K., UHER, R., POULTON, R., MOFFITT, T.E. (2009), "Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: Replication and extension". In *Archives of General Psychiatry*, 66 (9), pp. 978-985.
- RISCH, N., HERRELL, R., LEHNER, T., LIANG, K.-Y., EAVES, L., HOH, J., GRIEM, A., KOVACS, M., OTT, J., MERIKANGAS, K.R. (2009), "Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: A meta-analysis". In *The Journal of the American Medical Association*, 301 (23), pp. 2462-2471.
- ROISMAN, G.I., PADRON, E., SROUFE, L.A., EGELAND, B. (2002), "Earned secure attachment in retrospect and prospect". In *Child Development Research*, 73, pp. 1204-1219.
- ROTH, A., FONAGY, P. (2004), *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Tr. it. Il pensiero scientifico, Roma 1997.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., SAMSTAG, L.W., STEVEN, C. (2002), "Repairing alliance ruptures". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 235-254.

- SHAHAR, G., BLATT, S.J., ZUROFF, D.C., KRUPNICK, J., SOTSKY, S.M. (2004), "Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression". In *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, pp. 140-154.
- SHAHAR, G., PRIEL, B. (2003), "Active vulnerability, adolescent distress, and the mediating/suppressing role of life events". In *Personality and Individual Differences*, 35 (1), pp. 199-218.
- SHAHAR, G. (2006), "Clinical action: Introduction to the special section on the action perspective in clinical psychology". In *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), pp. 1053-1064.
- SHEDLER, J. (2010), "The efficacy of psychodynamic psychotherapy". In *American Psychologist*, 65 (2), pp. 98-109.
- STILES, W.B., LEACH, C., BARKHAM, M., LUCOCK, M., IVESON, S., SHAPIRO, D.A., IVESON, M., HARDY, G.E. (2003), "Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1) pp. 14-21.
- STILES, W.B., SHAPIRO, D.A. (1989), "Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research". In *Clinical Psychology Review*, 9 (4), pp. 521-543.
- TANG, T.Z., DERUBEIS, R.J., HOLLON, S.D., AMSTERDAM, J., SHELTON, R. (2007), "Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (3), pp. 404-408.
- TANG, T.Z., LUBORSKY, L., ANDRUSYNA, T. (2002), "Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy?". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), pp. 444-447.
- The Boston Change Process Study Group (2005), "The 'something more' than interpretation revisited: Slowness and co-creativity in the psychoanalytic encounter". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (3), pp. 693-729.
- VERMOTE, R., LOWYCK, B., LUYTEN, P., VERHAEST, Y., VERTOMMEN, H., VANDENEDEE, B., CORVELEYN, J., PEUSKENS, J. (2011), "Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients". In *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (4), pp. 303-313.
- VERMOTE, R., LOWYCK, B., LUYTEN, P., VERTOMMEN, H., CORVELEYN, J., VERHAES, Y., STROOBANTS, R., VANDENEDEE, B., VANSTEELANDT, K., PEUSKENS, J. (2010), "Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, (2), pp. 110-115.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche". Tr. it. in PDM TASK FORCE (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 565-658.
- ZUROFF, D.C., BLATT, S.J. (2006), "The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), pp. 130-140.
- ZUROFF, D.C., BLATT, S.J. (2003), "When brief treatment is over: Enhanced adaptive capacities and stress reactivity after termination". In *Psychotherapy Research*, 13, pp. 99-115.





# 12

## Come usare la ricerca sull'alleanza terapeutica nel lavoro clinico

*Mark J. Hilsenroth, Thomas D. Cromer,  
Steven J. Ackerman*

Uno scopo primario della ricerca in psicoterapia è quello di operare un collegamento tra le scoperte empiricamente fondate e gli interventi terapeutici applicati. Questo utilizzo della ricerca può potenzialmente definire le tecniche e le strategie ottimali che possono aiutare a guidare la pratica della psicoterapia sul campo. Sebbene considerare le varie caratteristiche metodologiche e i risultati dei diversi studi richieda cautela, i clinici potranno essere aggiornati sui dati esistenti e sulla loro preponderanza. La vasta gamma di ricerche esistenti ha sempre riscontrato una relazione significativa tra l'alleanza terapeutica, il processo e l'esito della psicoterapia (Horvath, Del Re, Fluckiger et al., 2011; Martin, Garske, Davis, 2000; Norcross, 2011; Zuroff, Blatt, 2006). Inoltre, l'alleanza terapeutica è stata identificata come uno dei più forti predittori di esito positivo della psicoterapia, indipendentemente dal tipo di terapia utilizzata o dall'eventualità che la valutazione fosse stata fatta dal terapeuta, dal cliente, o da un osservatore indipendente (Horvath, Del Re, Fluckiger et al., 2011). Così, la ricerca sull'alleanza può contribuire in modo significativo all'approccio terapeutico, per l'ampio numero di terapeuti che fanno pratica clinica. Tenendo a mente questi presupposti, l'obiettivo di questo capitolo è quello di rivedere e riassumere i dati della ricerca contemporanea sul rapporto tra le specifiche caratteristiche del terapeuta e gli interventi sull'alleanza terapeutica. La ricerca qui sintetizzata include vari modelli di psicoterapia, tra cui quella umanistica, esperienziale, cognitivo-comportamentale, supportivo-espressiva, interpersonale, motivazionale, relazionale e di vari altri orientamenti diffusi in psicoterapia. Per prima cosa faremo una sintesi delle tecniche che sono state individuate per migliorare in modo significativo l'alleanza durante le fasi iniziali della psicoterapia, per poi passare alle attività e alle caratteristiche del terapeuta che sono state indicate come particolarmente influenti, in modo positivo o negativo, sull'alleanza durante il trattamento. Infine, si discuterà di come queste attività e caratteristiche del terapeuta in relazione all'alleanza possano essere correlate sia alla causa sia alla riparazione delle rotture nel trattamento.



## LA VALUTAZIONE PRIMA DELLA TERAPIA

Le ricerche emergenti suggeriscono che le procedure di valutazione psicologica, quando condotte con un feedback testologico personalizzato, collaborativo e coinvolgente, hanno effetti positivi e clinicamente significativi sia sull'alleanza terapeutica sia sull'outcome del trattamento (Lambert, Shimokawa, 2011; Holm-Denoma, Gordon, Donohue et al., 2008; Poston, Hanson, 2010; Shimokawa, Lambert, Smart, 2010; Tryon, Winograd, 2011; Hilsenroth, Cromer, 2007). Un modello che cerca di integrare gli aspetti delle interazioni paziente-clinico, più comunemente riscontrati nel corso della psicoterapia durante la fase di valutazione del trattamento, è il Therapeutic Model of Assessment (TMA; Finn, Tonsager, 1997; Fischer, 1994; Hilsenroth, 2004; Hilsenroth, DeFife, Blake et al., 2007; Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004). Questo processo include un numero di attività e strategie specifiche del terapeuta che si sono dimostrate promettenti nel promuovere alleanze di lavoro positive. In particolare, in un TMA, "i valutatori si impegnano a:

- a) Sviluppare e mantenere connessioni empatiche con i clienti.
- b) Lavorare in collaborazione con i clienti per definire degli obiettivi individualizzati di valutazione (per esempio, "Che cosa è più importante per te in questo momento?", "Alla fine della terapia, in che cosa ti piacerebbe essere diverso o cambiato?", "Come farai a capire alla fine del nostro lavoro se il trattamento sarà stato efficace?").
- c) Condividere ed esaminare i risultati della valutazione con i clienti" (Finn, Tonsager, 1997, p. 378; Fischer, 1994).

Allargando il focus della valutazione, sia il paziente sia il clinico acquisiscono così maggiori conoscenze sulle questioni relative al trattamento che, a loro volta, offrono l'opportunità di un'interazione più coinvolta, empatica e collaborativa durante la fase di valutazione del trattamento (per esempio, "Abbiamo esaminato una vasta area oggi e ti ho fatto un sacco di domande, ma tu pensi ci sia qualcosa che non abbiamo ancora toccato che ritieni di vitale importanza per conoscerti come persona?").

L'alleanza sviluppata durante la fase di valutazione utilizzando un TMA è stata valutata come migliore rispetto ai modelli tradizionali di raccolta di informazioni nella valutazione (IG) (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Ackerman, Hilsenroth, Baity et al., 2000; Hilsenroth, Ackerman, Clemence et al., 2002). Un certo numero di interventi e tecniche specifiche sono state evidenziate nel metodo TMA, come per esempio lo sviluppo di un Tema Relazionale Conflittuale Centrale (Core Conflictual Relational Theme, CCRT; Book, 1998; Luborsky, 1984; Luborsky, Crits-Christoph, 1997). Il CCRT è un estratto di ciò che il paziente si aspetta (*Wish*, W), una risposta attesa, immaginaria o effettiva dall'altro (*Response of the Object*, RO), e una successiva risposta del sé (*Response of Self*, RS). La RS include sia le azioni/

comportamenti sia i sentimenti/affetti associati a questa risposta. Un esempio pratico di interpretazione del CCRT, sviluppato nel corso delle sedute con un paziente depresso, era: “In questo momento lei ha descritto di volere un legame più profondo e più supportivo con sua madre, mentre ha vissuto quest’ultima come rifiutante e negligente verso di lei. Ciò l’ha portata a ritirarsi da lei, a sentirsi triste, senza la speranza che si preoccuperà mai dei suoi bisogni e... Anche ‘un po’ arrabbiato’ (con enfasi sulle parole del paziente)”. Un’interpretazione iniziale del CCRT viene data durante il feedback della seduta, e l’esplorazione di questi temi relazionali aiuta il clinico a focalizzarsi sulla collaborazione e sulla costruzione dell’alleanza. Un TMA guida inoltre il clinico a discutere i fattori che contribuiscono all’interazione clinico-paziente durante il processo di valutazione (per esempio, “Sì, abbiamo parlato molto della questione... oggi, e mi chiedo: in che modo ciò potrebbe mettersi in gioco qui, tra noi due?”). Una strategia aggiuntiva del TMA è che “i clienti dovrebbero prima dare un feedback che si avvicina strettamente ai loro stessi preconcetti, per poi essere presentato con informazioni che sono progressivamente più discrepanti dai loro concetti di sé” (Finn, Tonsager, 1997, p. 380; Fischer, 1994).

Un altro intervento specifico di TMA che promuove una grande quantità di esplorazione e di collaborazione tra paziente e clinico è l’utilizzo di un colloquio di socializzazione (*Social Interview*, SI; Luborsky, 1984), su cosa aspettarsi in una psicoterapia psicodinamica. Il SI delinea i ruoli del clinico e del paziente durante il trattamento convenzionale, migliorando la comprensione del paziente della psicoterapia nonché il focus relazionale del processo terapeutico. Relativamente a un processo di feedback più strutturato e collaborativo, Yeomans e collaboratori (Yeomans, Gutfreund, Selzer et al., 1994) hanno esaminato i fattori legati al termine prematuro del trattamento dei pazienti borderline e hanno scoperto che sia l’alleanza terapeutica sia lo sviluppo di un contratto terapeutico sono significativamente correlati alla durata del trattamento. I risultati specifici di Yeomans e collaboratori (Yeomans, Gutfreund, Selzer et al., 1994; vedi anche Shimokawa, Lambert, Smart, 2010; Hilsenroth, DeFife, Blake et al., 2007) sono particolarmente rilevanti per la presente review e coerenti con una discussione collaborativa ed esplicita degli obiettivi del trattamento, delle aspettative, e della struttura di TMA e SI.

Sebbene possenga i tratti distintivi di un processo di valutazione tradizionale, un TMA integra anche alcuni elementi terapeutici, come rispondere agli stressor acuti che possono essersi sviluppati a partire dall’ultima seduta (per esempio, “L’ultima volta abbiamo parlato di diverse cose che sembravano piuttosto intense, e mi chiedo: qualcuno di quei pensieri o sentimenti sono insorti da allora?”), chiarendo le fonti del disagio e i temi relazionali ciclici (per esempio, “Qual è stata la prima volta in cui si ricorda di essersi sentito così?”, “L’ultima volta?”, “Quando è stata la volta più dura?”),

“Quando è stato più sopportabile?”), consentendo al paziente di iniziare a parlare di questioni salienti (per esempio, “Qual è la cosa più significativa per lei?”), facilitando gli affetti e le esperienze del paziente (per esempio, “Può descrivere come si sente adesso?”), “Dove lo sente in particolar modo nel suo corpo?”), esplorando i sentimenti di disagio (per esempio, “Come... come si sente, ascoltandosi mentre lo dice?”), così come i processi e gli affetti nel corso della seduta (per esempio, “Com’è dividerlo ad alta voce, qui con me?”).

L’approccio TMA nel suo complesso è stato indicato per favorire le alleanze positive in una serie di studi (così come per dimostrare la superiorità rispetto ai modelli tradizionali IG a questo proposito). Inoltre, alcune tecniche e interventi al suo interno sono stati sostenuti anche in alcuni studi contemporanei sul processo iniziale della psicoterapia. In particolare, adottando una posizione collaborativa verso il paziente (El-Shieb, 2005; Rumpold, Doering, Smrekar et al., 2005) – per esempio esplorando la prospettiva del cliente del proprio disturbo e sviluppando compiti e obiettivi terapeutici individuali (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Ackerman, Hilsenroth, Baity, 2000; Rumpold, Doering, Smrekar et al., 2005) in modo interattivo piuttosto che unilaterale (El-Shieb, 2005) per promuovere dei colloqui più coinvolti e orientati al profondo (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Ackerman, Hilsenroth, Baity, 2000; El-Shieb, 2005) – ha dimostrato di migliorare l’alleanza precoce. Gli interventi volti a chiarificare le fonti del disagio e a mantenere un focus attivo sui temi correlati al trattamento (Bachelor, 1995) hanno dimostrato la loro utilità nel promuovere relazioni di lavoro iniziali positive. Inoltre, fornire al cliente una nuova comprensione e conoscenza (Bachelor, 1995), esplorando i processi *in vivo* e gli affetti grazie a esperienze adattive di esplorazione nel corso delle sedute (Rumpold, Doering, Smrekar et al., 2005; Bachelor, 1995), e offrendo psicoeducazione sui sintomi e sul processo di trattamento (Holm-Denoma, Gordon, Donohue, 2008; Rumpold, Doering, Smrekar et al., 2005), ha dimostrato un potenziale per migliorare in modo significativo le relazioni terapeutiche nascenti.

I risultati appena riassunti sottolineano che “non è mai troppo presto” per i clinici per tentare di adottare questi atteggiamenti e interventi (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Ackerman, Hilsenroth, Baity et al., 2000; Bachelor, 1995). Una caratteristica unica e importante di una valutazione è che essa ha il potenziale per consentire al clinico e al cliente di rivedere ed esplorare il significato dei risultati delle valutazioni insieme. Questo non solo migliora nel cliente la comprensione di sé, ma promuove anche una connessione collaborativa, di potenziamento ed empatica. Questi risultati si combinano per suggerire che le tecniche che mirano a promuovere l’alleanza durante la valutazione sono molto simili all’attuale processo di psicoterapia, e questo atteggiamento terapeutico più relazionale sembra essere superiore ai tradizionali approcci IG alla valutazione, almeno per quanto

riguarda l'alleanza terapeutica. La capacità del terapeuta di instaurare un rapporto con il paziente durante questa fase può migliorare la percezione del paziente di essere capito e aiutarlo a sentirsi più legato al processo di trattamento. Una maggiore sensazione di coinvolgimento nel processo di trattamento può anche portare a una maggiore possibilità di miglioramento del paziente durante la psicoterapia. Di conseguenza, anche i risultati empirici suggeriscono significativamente che gli effetti del paziente, e dell'alleanza (valutata dal terapeuta) sviluppata a partire da una valutazione precedente al trattamento, persistono per tutto il corso del trattamento (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Bachelor, 1995).

### COLLOQUI INIZIALI E ALLEANZA

Prima dell'inizio formale della psicoterapia, un cliente può essere coinvolto nel processo di trattamento attraverso colloqui di presa in carico di una singola seduta, incontri volti a migliorare la motivazione, interviste di screening, o consultazioni per più di una seduta. Vi è qualche evidenza empirica che certi atteggiamenti del clinico e certi comportamenti mostrati durante la consultazione prima di un colloquio possano essere utili per promuovere successive relazioni terapeutiche positive cliente-clinico. Sono state riscontrate delle relazioni significative tra l'alleanza prima della terapia e le attività del terapeuta che trasmettono calore, rispetto, e autorità (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991). Interventi quali l'adozione di un atteggiamento collaborativo verso il cliente (Hilsenroth, Peters, Ackerman, 2004; Ackerman, Hilsenroth, Baity et al., 2000; Hilsenroth, Ackerman, Clemence et al., 2002; Huber, Henrich, Brandl, 2005), l'esplorazione attiva dei problemi (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991; Huber, Henrich, Brandl, 2005) con un linguaggio chiaro, concreto, vicino all'esperienza (Huber, Henrich, Brandl, 2005), il fornire al cliente una nuova comprensione e conoscenza (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991), e sviluppare in modo collaborativo obiettivi e compiti terapeutici individuali (Huber, Henrich, Brandl, 2005), hanno dimostrato di aumentare anche i livelli di alleanza tra clinico e cliente in questa fase iniziale di contatto. Questi attributi del clinico e le attività svolte durante le sedute precedenti al trattamento, come precursori della terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive-behavioral therapy*, CBT), hanno dimostrato effetti positivi nel trattamento. In particolare, un intervento basato sul colloquio motivazionale pre-trattamento (*motivational interview pre-treatment*, MIPT), incorporando atteggiamenti e comportamenti che promuovono la collaborazione, l'empatia, il rispetto e il supporto dell'autoefficacia, fornendo nuove conoscenze e sviluppando discrepanze tra i problemi e i valori del paziente, supportando di riflesso gli atteggiamenti del paziente che favoriscono il cambiamento e "venendo a patti con la resistenza", ha

dimostrato di migliorare in modo significativo l'impegno al trattamento e la *compliance* rispetto ai compiti a casa, così come nel caso delle terapie più orientate all'azione (Burke, Arkowitz, Menchola, 2003; Hettema, Steele, Miller, 2005; Kertes, Westra, Angus et al., 2009; Westra, Dozois, 2006; Westra, Arkowitz, Dozois, 2009). Questo maggiore impegno nella successiva CBT a seguito di un MIPT è stato dimostrato in studi che hanno indagato le prospettive del clinico (Burke, Arkowitz, Menchola, 2003; Hettema, Steele, Miller, 2005; Kertes, Westra, Angus et al., 2009; Westra, Dozois, 2006; Westra, Arkowitz, Dozois, 2009), e anche quelle del paziente (Kertes, Westra, Angus et al., 2009). Inoltre, un recente studio di Crits-Christoph e collaboratori (2009) fornisce ulteriori prove che gli interventi volti a migliorare la motivazione prima del trattamento possono avere un impatto significativo sui livelli dell'alleanza per i pazienti con abuso di sostanze e diagnosi di dipendenza. In particolare, questo studio ha confrontato il potenziale di promozione dell'alleanza in tre sedute di terapia di miglioramento della motivazione (*motivation enhancing therapy*, MET) con il counseling di routine (*counseling as usual*, CAU) per pazienti che successivamente iniziavano una psicoterapia formale di gruppo. I risultati hanno mostrato che i gruppi randomizzati sia MET sia CAU che incrementavano l'uso di tecniche base MET (promozione della collaborazione, affermazioni positive, uso di domande aperte, uso di frasi riflessive, e uno stile di intervista motivazionale in generale) e tecniche MET avanzate (discussione di problemi e feedback, esplorazione di pro/contro/ambivalenze, aumenti delle discrepanze, incrementi nella motivazione al cambiamento, discussioni di un piano per il cambiamento) durante le sedute di trattamento erano associati con livelli più elevati di alleanza. Queste attività e atteggiamenti del clinico sono molto simili ai risultati presentati in precedenza in materia di valutazione psicologica, e di nuovo mettono in evidenza il beneficio di un processo di pre-trattamento che sia rispettoso, solidale, attivo e collaborativo.

## PRIMA SEDUTA E ALLEANZA

Considerando lo sviluppo iniziale dell'alleanza, si ritiene che le prime sedute di psicoterapia siano molto importanti. Gran parte della ricerca contemporanea in psicoterapia si è concentrata sulla terza seduta, ma anche la seduta iniziale di psicoterapia può essere considerata cruciale nello sviluppo di alleanze positive (Horvath, Del Re, Fluckiger et al., 2011; Horvath, 1993; Hartley, Strupp, 1983). Considerando l'attuale focus di questo capitolo, quali interventi specifici potrebbe mettere in atto un clinico durante la prima seduta di psicoterapia per migliorare i livelli dell'alleanza?

Tenendo presente che circa il 40-50% dei pazienti conclude prematuramente la terapia (Barrett, Chua, Crits-Christoph, 2008; Richmond, 1992;

Wierzbicki, Pekarik, 1993), il processo della psicoterapia nelle sedute iniziali è un'importante area da tenere in considerazione per i clinici. Le ricerche esistenti indicano che la messa in atto da parte del terapeuta di tecniche che trasmettono fiducia, apprezzamento (Principe, Marci, Glick et al., 2006), calore (Principe, Marci, Glick et al., 2006; Sexton, Littauer, Sexton et al., 2005), e comprensione (Tryon, 1990) probabilmente aumenteranno le opportunità di migliorare i livelli di alleanza in una seduta iniziale. Inoltre, gli interventi specifici che portano a livelli più elevati di alleanza e al fatto che il paziente continui la psicoterapia, includono il parlare con contenuti emotivi e cognitivi (Sexton, Littauer, Sexton et al., 2005), partecipando dell'esperienza unica del paziente (Jungbluth, Shirk, 2009; Karver, Shirk, Handelsman et al., 2008), favorendo la motivazione al cambiamento (Jungbluth, Shirk, 2009), mantenendo un focus attivo sugli argomenti correlati al trattamento (Sexton, Littauer, Sexton et al., 2005), esplorando il processo durante le sedute e operando in modo non difensivo e non giudicante (Principe, Marci, Glick et al., 2006), spiegando quale sia il modello di trattamento (Karver, Shirk, Handelsman et al., 2008), e identificando le nuove problematiche cliniche per favorire livelli più profondi di comprensione e di insight (Tryon, 1990).

In particolare, Tryon ha condotto una serie di studi specifici che indagano il coinvolgimento del cliente in una seduta iniziale di psicoterapia (Tryon, 1990, 1985, 1988). I principali risultati di questa serie di studi hanno indicato che i terapeuti più empatici e comprensivi mostravano prime sedute più lunghe e di maggiore impatto (orientate al profondo, incisive, potenti) che influivano significativamente sulla probabilità di coinvolgere con successo i loro clienti in una seconda seduta. Tryon ha anche scoperto che la promozione della profondità, di una nuova comprensione, e dell'insight nei pazienti era anche favorevole per relazioni cliente-clinico positive. Gli effetti benefici di colloqui più lunghi possono essere in parte dovuti al fatto che le sedute più lunghe presumibilmente hanno un contenuto verbale più corposo e offrono maggiori opportunità di approfondire la relazione terapeutica e la comprensione dei clienti di loro stessi. È stata riscontrata nuovamente una correlazione positiva tra la profondità delle prime sedute (valutata dal terapeuta) e l'alleanza terapeutica (Mallinckrodt, Nelson, 1991; Raue, Goldfried, Barkum, 1997) valutata con il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, Greenberg, 1989). Mallinckrodt (Mallinckrodt, Nelson, 1991) ha inoltre riscontrato una correlazione positiva tra la profondità e l'uniformità delle prime sedute, valutate sia dal paziente sia con il WAI durante la prima fase del trattamento.



**SINTESI DELLE ATTIVITÀ E DELLE CARATTERISTICHE  
DEL CLINICO CORRELATE ALL'ALLEANZA DURANTE LE PRIME FASI  
DELLA PSICOTERAPIA**

È stato riscontrato che l'alleanza terapeutica si forma relativamente presto nel trattamento psicologico e che essa è predittiva di successivi outcome positivi della psicoterapia (Horvath, Del Re, Fluckiger et al., 2011; Martin, Garske, Davis, 2000; Zuroff, Blatt, 2006; Horvath, 1993; Henry, Strupp, 1994; Barber, Luborsky, Crits-Christoph et al., 1999). Questo sottolinea l'importanza dei tentativi attivi dello psicoterapeuta per promuovere relazioni di lavoro positive il più presto possibile nel trattamento. Gli studi introdotti finora suggeriscono che determinati atteggiamenti e tecniche del terapeuta, non legati a un particolare orientamento psicoterapeutico, sono risultati positivamente influenti sullo sviluppo e il mantenimento di una iniziale alleanza di lavoro positiva. La tabella 12.1 riassume questi risultati in un formato utile.

Gli interventi specifici del terapeuta che sono risultati importanti per migliorare le alleanze iniziali possono essere riassunti in tre categorie prin-

**Tabella 12.1** Riassunto delle attività del clinico che risultano essere correlate significativamente con un'alleanza terapeutica positiva durante il colloquio iniziale e l'assessment psicologico.

<b>Struttura</b>
Condurre colloqui più lunghi, più coinvolti e orientati al profondo.
Adottare una posizione collaborativa verso il paziente.
Parlare con contenuti emotivi e cognitivi.
Utilizzare un linguaggio chiaro, concreto e vicino all'esperienza.
Utilizzare domande aperte e di tipo riflessivo.
<b>Focus</b>
Lasciare al cliente la possibilità di iniziare la discussione su questioni salienti.
Esplorare attivamente questi argomenti.
Chiarire le fonti di disagio e di discrepanza.
Identificare i temi relazionali ciclici.
Facilitare gli affetti e l'esperienza del cliente.
Esplorare i sentimenti spiacevoli.
Esplorare il processo e gli affetti nel corso della seduta.
Mantenere un focus attivo su questi temi.
<b>Feedback</b>
Rivedere ed esplorare il significato dei risultati della valutazione.
Fornire al cliente una nuova comprensione e insight.
Offrire psico-educazione sui sintomi e sul processo di trattamento.
Sviluppare collaborativamente dei compiti e obiettivi individuali del trattamento.

Adattato da Hilsenroth, Cromer (2007).



cipali. Queste categorie sono la Struttura del trattamento, il Focus delle sedute e il Feedback. Inoltre, vorremmo proporre gli interventi citati nella tabella 12.1 come schema pratico rivolto ai clinici per organizzare una valutazione psicologica o un colloquio di presa in carico. Nell'ambito della Struttura del trattamento, è importante condurre dei colloqui più lunghi, coinvolti, e orientati al profondo; adottare un atteggiamento di collaborazione verso il paziente, parlare con contenuti emotivi e cognitivi; utilizzare delle domande aperte e di tipo riflessivo; utilizzare un linguaggio chiaro, concreto e vicino all'esperienza, così che i clinici offrano una struttura terapeutica iniziale con un significativo potenziale di promozione dell'alleanza. Un esempio di interazione clinica iniziale collaborativa, coinvolta ed emotivamente responsiva utilizzando un linguaggio vicino all'esperienza, potrebbe essere come quella che segue.

*Terapeuta:* Si prenda il suo tempo... Mi piacerebbe davvero avere un'idea di quali siano i suoi più grandi conflitti. Sa, è normale per le persone essere un po' nervose la prima volta che parlano con qualcuno di nuovo di questioni così personali.

*Paziente:* Nervoso?... Io non sono nervoso... Perché dice così? Forse è lei che è nervoso?

*Terapeuta:* Be', lei ha ragione, questo è parte di quello che sento. Quando incontro persone per la prima volta di solito sento un po' di nervosismo su come andranno le cose, e anche un'eccitazione riguardo all'interesse di conoscerli meglio e al tipo di lavoro che potremmo fare insieme. Dunque lei probabilmente se ne è accorto, cosa ne pensa? Avverte dell'energia nervosa in generale qui dentro?

*Paziente:* Sì, questo è quello che ho detto. Forse sono un po' nervoso, ma come lei ha detto, questo ha senso giusto?

*Terapeuta:* Certo che ne ha (*spostandosi verso tentativi volti a promuovere la profondità*). E io sono curioso, da quello che mi ha detto sembra che lei potrebbe sentirsi più nervoso quando ha l'impressione che le persone la stiano limitando o giudicando, vero?

Gli interventi focalizzati sul trattamento sono i più numerosi e includono indicazioni relative a ciò di cui deve occuparsi la psicoterapia che sono risultate importanti nell'aumentare i livelli di alleanza. Gli interventi focalizzati includono il lasciare al cliente la possibilità di iniziare la discussione su questioni salienti, concentrandosi sulle differenze nel sistema di valori del cliente, chiarendo le fonti di disagio e di discrepanza, mettendo in evidenza i temi relazionali ciclici, esplorando i sentimenti spiacevoli, facilitando gli affetti e l'esperienza del cliente, esplorando il processo e gli affetti nel corso della seduta, individuando nuove preoccupazioni cliniche, e mantenendo un focus attivo su questi temi. Un intento globale di questi interventi focalizzati è la promozione attiva di esperienze emotive durante la seduta. Sebbene questi affetti generalmente provengano da passate o presenti fonti di disagio, i clinici dovrebbero vivamente incoraggiare il paziente a portarli "nella stanza di terapia" attraverso un incoraggiamento empatico dell'e-

sperienza affettiva nelle prime sedute. La seguente interazione fornisce un esempio di un intervento terapeutico che aiuta a favorire l'esperienza emotiva del paziente, che può essere di minaccia o disagio.

*Terapeuta:* Che ne pensa di parlarne qui?

*Paziente:* (ad alta voce) Nessun problema.

*Terapeuta:* Bene, ho notato che la sua voce è cambiata un po' quando stavamo parlando, e mi chiedo, che cosa prova in questo momento?

*Paziente:* Be', non sento niente. Sto solo cercando di spiegarle quello che succede tra me e mia figlia. Sto solo cercando di tirare fuori tutto, è complicato.

*Terapeuta:* Sì, lo è, e lei sta facendo un grande sforzo per aiutarmi a capire ciò che è accaduto esattamente. Allo stesso tempo, spesso noto che quando la voce di qualcuno si fa più forte come in questo caso, allora forse sta descrivendo qualcosa che può essere scomodo. Quando dice "sto cercando di tirare fuori tutto" sente una moltitudine di cose diverse, o poche cose ma molto complicate? Al fine di rendere questi sentimenti complicati più chiari, potrebbe essere utile cercare di concentrarsi su quello che lei sta vivendo proprio ora, in questo momento.

Un esempio dell'utilizzo del tema relazionale ciclico in modo interpretativo, per promuovere una risposta affettiva, è il seguente.

*Paziente:* Non crederà a quello che il mio capo ha fatto l'altro giorno! Gli ho consegnato il lavoro assegnatomi e lui me lo ha strappato di mano, lamentandosi, e poi se ne è andato. Io semplicemente non potevo crederci, considerando quanto impegno ci avevo messo.

*Terapeuta:* Immagino che la dichiarazione del suo capo possa essere stata particolarmente penosa, soprattutto in considerazione della sua storia in cui è stato criticato dalle persone importanti nella sua vita. Probabilmente parte di questa rabbia può anche proteggerla dalla delusione di essere costantemente criticato dagli altri ai quali si è rivolto per avere supporto.

*Paziente:* Quando non sono arrabbiato con lui mi sento triste e inutile. Quando invece sono arrabbiato con lui, lo condivido con i colleghi e ricevo supporto, ma è imbarazzante parlare di come ciò mi faccia sentire patetico. Tuttavia qui è più semplice.

Terzo, gli interventi di feedback sono quelli in cui il terapeuta offre informazioni specifiche al paziente. Rivedere ed esplorare il significato dei risultati della valutazione, fornire al cliente una nuova comprensione e insight, offrire psicoeducazione sui sintomi e sul processo di trattamento, promuovere un accrescimento della motivazione al cambiamento, e sviluppare collaborativamente compiti e obiettivi individuali del trattamento sono tutti interventi risultati importanti per migliorare l'alleanza di lavoro tra cliente e clinico durante la valutazione psicologica e le sedute iniziali. Pertanto, è importante riconoscere che, anche all'interno di una consultazione o di un colloquio di presa in carico di una singola seduta, il clinico dovrebbe fare uno sforzo per fornire un feedback al cliente alla fine della seduta. Un

esempio di questa esplorazione, insight, e collaborazione nel feedback sui risultati della valutazione è il seguente.

*Terapeuta:* Sa, più parliamo del significato della sua depressione, più rimango davvero colpito dagli aspetti di disperazione e confusione che sembrano prominenti nella sua descrizione della tristezza. Ciò mi ricorda la sua risposta alla Tavola 6 del Rorschach, quella dove lei aveva visto una macchina guidare attraverso una foresta buia e spaventosa nella notte. E in seguito aveva detto che non aveva idea di chi stesse guidando, di dove stesse andando o da dove provenisse.

*Paziente:* Sì, ci ho pensato anch'io. Mi sento come se fossi sul sedile posteriore, distesa sul pavimento, è buio pesto e non riesco a vedere niente, non so chi guida la maledetta auto o dove stiamo andando! Penso che sia esattamente questo che deve cambiare di modo che io non mi senta così depressa.

*Terapeuta:* Poi immagino che sarà importante per noi tornare a questa immagine e sulle sue esperienze a essa associate, mentre continuiamo il nostro lavoro insieme.

*Paziente:* Ha ragione (*piangendo*), voglio togliermi dal sedile posteriore, e so che ho bisogno di capire prima di tutto come ci sono arrivata, per poterlo fare.

In realtà, questa metafora del trattamento derivata dalla valutazione è stata frequentemente esplorata e utilizzata in tutto il corso della psicoterapia, da entrambe le parti e in più occasioni spontaneamente dalla paziente, incluso un giorno in cui è arrivata in seduta e ha annunciato "Ho fatto alcune cose in questo fine settimana che mi fanno sentire come se stessi finalmente guidando la macchina. Non sono ancora sicura al 100% di dove questa strada mi stia portando, ma ora posso almeno iniziare a godermi il viaggio".

Infine, specifici atteggiamenti del terapeuta che trasmettono empatia, supporto, esplorazione, attività, collaborazione fiduciosa, apprezzamento, fiducia, calore, sintonizzazione, potenza, competenza, rispetto, attenzione, ascolto attivo, e che sembrano capire il paziente in modo non giudicante e accogliente sono anche risultati significativamente associati a un miglioramento delle alleanze con i pazienti prima della terapia e nelle sedute iniziali di psicoterapia.

Per quanto riguarda le specifiche attività e caratteristiche del terapeuta presenti in questa review, sembra che gli stessi elementi positivi raccomandati per aumentare l'alleanza durante la valutazione e la presa in carico siano molto simili a quelli osservati durante la psicoterapia (vedi Ackerman, Hilsenroth, 2001; Ackerman, Hilsenroth, 2003). Infatti, esaminando le tecniche volte ad aumentare l'alleanza osservate durante la valutazione psicologica ed elencate nella sezione Focus della tabella 12.1, facciamo fatica a immaginare una seduta di psicoterapia efficace che non includa anche questi elementi. Ovvero, crediamo che questi interventi, individuati come centrali rispetto all'alleanza positiva durante il processo di valutazione, possano anche fornire un modello eccellente per il focus delle sedute di psicoterapia. Questi interventi positivi sono relativamente coerenti, e sembra che prima queste interazioni avvengono, meglio è. I temi generali inerenti gli interven-

ti terapeutici che contribuiscono positivamente all'alleanza possono essere considerati generalmente di natura supportiva, esperienziale-affettiva, attiva, impegnata, esplorativa, e collaborativa. L'evidenza empirica ha dimostrato che queste interazioni iniziali terapeuta-paziente (condotte durante i colloqui di presa in carico prima della terapia, durante le valutazioni, o durante le prime sedute) hanno il potenziale di influenzare in modo significativo il processo di trattamento seguente, e sono anche in grado di avere un impatto sul successivo outcome. Certe attività, tecniche e atteggiamenti iniziali del clinico, sono stati effettivamente riscontrati come i più efficaci nella promozione di queste alleanze positive rispetto ad altri (tabella 12.1).

### **VARIABILI DEL TERAPEUTA CHE CONTRIBUISCONO POSITIVAMENTE ALL'ALLEANZA NEL CORSO DELLA TERAPIA**

#### **CARATTERISTICHE PERSONALI**

Alcune caratteristiche, atteggiamenti e qualità personali del clinico sono state evidenziate per il loro impatto significativo e positivo sull'alleanza di lavoro durante tutto il corso del trattamento (tabella 12.2; vedi anche Ackerman, Hilsenroth, 2003). Sono state riscontrate relazioni significative anche tra l'alleanza e alcuni atteggiamenti del terapeuta quali il trasmettere un senso di essere affidabile (Horvath, Greenberg, 1989; Evans-Jones, Peters, Barker, 2009), assertivo (Najavits, Strupp, 1994; Moyers, Miller, Hendrickson, 2005), flessibile (Kivlighan, Clements, Blake et al., 1993), egualitario (Moyers, Miller, Hendrickson, 2005), interessato, vigile, rilassato, sicuro di sé (Hersoug, Høglend, Monsen et al., 2001; Saunders, Howard, Orlinsky, 1989), caldo (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991), empatico (Evans-Jones, Peters, Barker, 2009), e con esperienza (Mallinckrodt, Nelson, 1991; Evans-Jones, Peters, Barker, 2009; Hersoug, Høglend, Monsen et al., 2001). Inoltre, la percezione da parte del paziente di un terapeuta competente e rispettoso (Bachelor, 1995) è stata individuata come caratteristica delle alleanze positive. Un comportamento di tipo affiliativo da parte del terapeuta, come l'aiutare e il proteggere il paziente, è risultato essere significativamente correlato alle valutazioni dell'alleanza effettuate in periodi successivi durante il processo di trattamento. Una possibile spiegazione di questi risultati è che le qualità personali del terapeuta quali l'affidabilità, la benevolenza, la responsività e l'esperienza aiutano i pazienti ad avere fiducia e sicurezza nel fatto che il loro terapeuta abbia la capacità di comprenderli e aiutarli ad affrontare i problemi che li hanno portati in terapia. Inoltre, è importante tenere presente che potrebbe essere necessario per un paziente avere prima un parere positivo sul terapeuta, per poi lasciare che quest'ultimo abbia abbastanza influenza nel facilitare il cambiamento terapeutico.

**Tabella 12.2** Riassunto delle tecniche e degli attributi del terapeuta che contribuiscono positivamente all'alleanza.

<b>Tecniche correlate positivamente all'alleanza</b>	<b>Attributi correlati positivamente con l'alleanza</b>
<i>Supportive</i>	
Sostiene lo sforzo del paziente	Disponibile
Convalida l'esperienza del paziente	Assertivo
Veicola un senso di comprensione e connessione	Comprensivo
Sottolinea i precedenti successi della terapia	Accettante
Promuove un processo di trattamento collaborativo	Collaborativo
Accresce la motivazione al cambiamento	Entusiasta
<i>Esplorative</i>	
Utilizza domande aperte	Aperto
Chiarisce aree di disagio o discrepanze	Empatico
Comunica con chiarezza	Caldo
Incoraggia l'approfondimento	Amichevole
Fornisce una confrontazione appropriata, non ostile	Paritetico
Fornisce un'interpretazione accurata	
<i>Concentrato sull'esperienza e sull'affetto</i>	
Partecipa all'esperienza del paziente	Onesto
Riflette le affermazioni e l'esperienza del paziente	Degno di fiducia
Facilita l'espressione delle emozioni	Rispettoso
Esplora i diversi stati emotivi del paziente	
<i>Relazione coinvolta e attiva</i>	
È attivo e coinvolto	Interessato
Si concentra sul qui e ora della relazione terapeutica	Vigile
Discute il contributo del terapeuta stesso al processo	Flessibile
Fornisce continui feedback al paziente	Rilassato
	Sicuro di sé
	Esperto
	Competente

Adattato da Ackerman, Hilsenroth (2003).

Una buona connessione tra il paziente e il terapeuta aiuta a creare un clima terapeutico caldo, di accettazione e di supporto che possa aumentare la possibilità di un maggior cambiamento nel paziente. Se un paziente ritiene che la relazione terapeutica sia frutto della collaborazione tra lui e il terapeuta, può essere più propenso a investire nel processo di trattamento e nell'esperienza volta a maggiori miglioramenti terapeutici.

È interessante notare che un recente studio medico condotto presso la Mayo Clinic fornisce la prova che il valore di queste caratteristiche personali del clinico non è limitato solamente ai rapporti di psicoterapia. Bendapudi e collaboratori (2006) hanno studiato il punto di vista dei pazienti sui loro medici e hanno isolato un set di caratteristiche del medico che i clienti considerano significativamente utili per lo sviluppo di forti relazioni di lavoro paziente-medico. Queste caratteristiche del medico sono sorprendentemente simili a quelle individuate nella nostra review di ricerca in psicoterapia (Hilsenroth, Cromer, 2007; Ackerman, Hilsenroth, 2003). In particolare, i pazienti valutavano i medici che erano sicuri, empatici, umani, intimi, schietti, rispettosi e accurati. Allo stesso modo, vi sono delle ricerche emergenti in psichiatria e medicina generale le quali suggeriscono che il costrutto di alleanza sia molto importante per l'outcome del paziente nel trattamento farmacologico della depressione (Weiss, Gaston, Propst et al., 1997), nella gestione clinica del disturbo bipolare (Strauss, Johnson, 2006) e nella qualità della vita per i pazienti affetti da lupus (Bennett, Fuertes, Keitel et al., 2011). Questo punto d'incontro dei risultati della ricerca medica e psicologica parla della rilevanza e dell'ubiquità di queste caratteristiche relazionali fondamentali nel formare relazioni d'aiuto efficaci.

#### APPLICAZIONE DELLA TECNICA DA PARTE DEL TERAPEUTA

Gli interventi strategici utilizzati dal terapeuta nel trattamento costituiscono almeno uno dei componenti distinguibili dell'alleanza globale che si sviluppa tra il paziente e il terapeuta. In questo paragrafo esamineremo l'applicazione delle tecniche terapeutiche che aumentano il potenziale del terapeuta di entrare in empatia con il paziente e il potenziale del paziente di sviluppare un legame con il terapeuta. Questo include, ma non è limitato a, la capacità del terapeuta di sviluppare un'atmosfera affiliativa all'interno del contesto terapeutico. I terapeuti che lavorano per coltivare un ambiente terapeutico confortevole e produttivo dovrebbero venir valutati dai pazienti, da osservatori esterni, e da se stessi come aventi forti alleanze. Gli studi in questa sezione esplorano specificatamente l'applicazione da parte del terapeuta di tecniche che contribuiscono positivamente all'alleanza (vedi anche Ackerman, Hilsenroth, 2003). Come si può vedere nella tabella 12.2, le tecniche del terapeuta individuate per il loro contributo positivo all'alleanza possono essere organizzate in quattro principali tipi di intervento: Supportivo, Esplorativo, Focalizzato all'esperienza degli affetti, e Impegno in una relazione attiva.

L'applicazione da parte del terapeuta di tecniche che aumentano la comprensione nei pazienti dei problemi che li hanno portati in terapia, da un lato migliorano il livello di connessione tra il paziente e il terapeuta, dall'al-

tro hanno un ruolo nell'aiutare lo sviluppo e il mantenimento dell'alleanza. Le tecniche ancorate all'interno di un modello terapeutico volto al miglioramento della motivazione come il promuovere la collaborazione, le affermazioni positive, l'utilizzo di domande aperte, l'uso di affermazioni riflessive, la discussione dei problemi e i feedback, l'esplorazione dell'ambivalenza del cliente, il sottolineare le discrepanze, il migliorare la motivazione al cambiamento, e il discutere un piano per il cambiamento (Moyers, Miller, Hendrickson, 2005; Boardman, Catley, Grobe et al., 2006), sono state tutte positivamente correlate all'alleanza nel corso di vari trattamenti. Un recente studio condotto da Colli e Lingiardi (2009) ha incorporato un metodo basato sulle trascrizioni per la valutazione delle rotture dell'alleanza terapeutica e ha individuato nove interventi terapeutici specifici positivamente correlati a un processo di trattamento collaborativo. Questi interventi erano costituiti da verbalizzazioni in cui il terapeuta si focalizzava sul qui e ora della relazione, esplorava i diversi stati del paziente, gli forniva un feedback, esplorava l'emozione del paziente, ne forniva un'affermazione empatica, faceva chiarificazioni e confronti, ammetteva la sua partecipazione al processo di rottura e rivelava i propri sentimenti di controtransfert. Ulteriori studi sottolineano l'importanza di mostrare un senso di comprensione (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991; Allen, Coyne, Colson et al., 1996; Bachelor, 1991; Crits-Christoph, Siqueland, Chittams et al., 1998; Gaston, Ring, 1992) e di coinvolgimento attivo da parte del terapeuta per favorire una maggiore profondità della seduta (Ackerman, Hilsenroth, Baity et al., 2000; Price, Jones, 1998; Svenson, Hansson, 1999) e per lo sviluppo di un'alleanza positiva nel trattamento in corso. Sebbene la maggior parte delle prove esistenti sostenga che l'impegno del terapeuta con il paziente migliori i successivi livelli di alleanza (Saunders, Howard, Orlinsky, 1989; Gaston, Ring, 1992; Dolinsky, Vaughan, Lubner et al., 1998; Sexton, Hembre, Kvarme, 1996; Kolden, 1996), uno studio (Kolden, 1996) non è riuscito a sostenere questo risultato. In particolare, l'utilizzo di tecniche prescrittive o esplorative avrebbe fallito nell'aiutare a sviluppare l'alleanza nella terza seduta di una psicoterapia dinamica. Una possibile spiegazione di questi risultati contraddittori è che negli studi di Kolden (1996) le valutazioni sono state effettuate solo all'inizio del trattamento e che le tecniche indagate (per esempio, il suggerire dei cambiamenti comportamentali o il concentrarsi sugli eventi passati) potrebbero essere in realtà collegate all'alleanza in epoche successive del trattamento. In generale, quando le attività del terapeuta trasmettono un senso di comprensione, di connessione, e di collaborazione nel processo terapeutico, nella relazione terapeutica può trasparire un maggior senso di *partnership* e di fiducia (Saunders, Howard, Orlinsky, 1989; Crits-Christoph, Siqueland, Chittams et al., 1998; Price, Jones, 1998; Coady, Marziali, 1994; Joyce, Piper, 1998). Inoltre un recente studio di Bachelor e collaboratori (2007), che ha esaminato le percezioni



nei clienti delle interazioni con i loro terapeuti, ha evidenziato l'importanza di un atteggiamento terapeutico attivo nello sviluppo di un processo di trattamento collaborativo. In particolare, la maggior parte dei pazienti in questo studio ha valutato il coinvolgimento attivo del terapeuta e sottolineato l'utilità delle esperienze di collaborazione. La capacità del terapeuta di instaurare un rapporto può migliorare la percezione del paziente di essere compreso e può aiutarlo a sentirsi ancora più legato al processo di trattamento. Una maggior sensazione di connessione al processo di trattamento può anche fornire maggiori opportunità di cambiamento, per il paziente e per la crescita terapeutica in generale.

Gli studi inclusi in questa sezione indicano che le caratteristiche personali del terapeuta e l'utilizzo delle tecniche terapeutiche nei vari orientamenti psicoterapeutici sono state indicate come positivamente influenti sullo sviluppo e sul mantenimento dell'alleanza terapeutica. La tabella 12.2 riassume le caratteristiche personali e le tecniche che sono state segnalate per la loro importanza nello sviluppo e nel mantenimento di una forte alleanza (vedi anche Ackerman, Hilsenroth, 2003). Esse includono: l'affidabilità (Horvath, Greenberg, 1989; Evans-Jones, Peters, Barker, 2009), l'esperienza (Mallinckrodt, Nelson, 1991; Evans-Jones, Peters, Barker, 2009), la fiducia (Saunders, 1999), la comunicazione chiara (Sexton, Hembre, Kvarme, 1996), le tecniche di miglioramento della motivazione (Moyers, Miller, Hendrickson, 2005; Boardman, Catley, Grobe et al., 2006), l'interpretazione accurata (Crits-Christoph, Barber, Kurcias, 1993; Ogrodniczuk, Piper, 1999). L'investimento da parte del terapeuta nella relazione terapeutica è stato individuato attraverso la manifestazione di entusiasmo (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander et al., 1983), interesse (Saunders, 1999), esplorazione (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991; Allen, Coyne, Colson et al., 1996; Bachelor, 1991; Gaston, Ring, 1992; Joyce, Piper, 1998), coinvolgimento (Sexton, Hembre, Kvarme, 1996), e attività (Mohl, Martinez, Ticknor et al., 1991; Dolinsky, Vaughan, Lubner et al., 1998; Bachelor, Laverdiere, Gamache et al., 2007). Gli elementi chiave dell'empatia includono l'essere assertivo (Najavits, Strupp, 1994), di aiuto (Coady, Marziali, 1994), caldo/amichevole (Saunders, Howard, Orlinsky, 1989; Bachelor, 1991), e comprensivo (Bachelor, 1995; Najavits, Strupp, 1994; Saunders, Howard, Orlinsky, 1989; Crits-Christoph, Siqueland, Chittams et al., 1998; Gaston, Ring, 1992).

Abbiamo rilevato molte poche variazioni tra i diversi orientamenti teorici per ciò che riguarda l'impatto positivo del terapeuta sull'alleanza. Le prove che si trovano in questa sezione sostengono la convinzione che l'alleanza sia un costrutto pan-teoretico, che ha un impatto sul processo psicoterapeutico a più livelli. Mentre alcuni orientamenti teorici possono rivelarsi più efficaci con specifiche popolazioni di pazienti, i risultati della presente review suggeriscono che molte attività terapeutiche possano beneficiare di una particolare attenzione per i fattori che contribuiscono a un'alleanza positiva.

## VARIABILI DEL TERAPEUTA CHE CONTRIBUISCONO NEGATIVAMENTE ALL'ALLEANZA NEL CORSO DELLA TERAPIA

### CARATTERISTICHE PERSONALI

Il fatto che alcune caratteristiche o qualità del terapeuta siano state individuate per la loro influenza negativa sull'alleanza di lavoro in varie fasi della psicoterapia non dovrebbe sorprenderci. Marmar e collaboratori (1986) hanno rilevato che i terapeuti più rigidi, concentrati su di sé, critici e meno coinvolti nel processo di psicoterapia sono stati percepiti come meno comprensivi, che evocavano resistenze più ostili nei loro pazienti e con livelli più bassi di alleanza in generale. Eaton e collaboratori (1993) hanno riportato che, in tutte le fasi della psicoterapia, i terapeuti caratterizzati come sfruttanti, critici, difensivi, così come poco calorosi, rispettosi, e di scarsa fiducia, mostravano livelli di alleanza più bassi. Esaminando la psicoterapia non strutturata di orientamenti diversi, Sexton e collaboratori (1996) hanno riscontrato una relazione significativa tra le valutazioni negative dell'alleanza e i terapeuti che erano stati classificati come incerti e tesi. Saunders (1999) ha rilevato che le valutazioni del paziente sulla qualità complessiva della seduta erano inferiori quando il terapeuta era stato percepito come distratto, stanco e annoiato. Un recente studio condotto da Hersoug e collaboratori (2009) ha rilevato inoltre che i punteggi autoriportati dai terapeuti sulla dimensione "freddo/distaccato" dell'Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins et al., 2000), nella valutazione dello stile interpersonale dei terapeuti come l'essere distanziante, distaccato o indifferente, ha avuto un impatto negativo sull'alleanza di lavoro valutata sia dai pazienti sia dai terapeuti. Questi risultati sono coerenti con altri studi, i quali riportano che i terapeuti percepiti come denigratori, incolpanti, giudicanti, controllanti o distanzianti presentavano una difficoltà a impegnarsi nel processo terapeutico e, di conseguenza, avevano punteggi di alleanza più bassi (Price, Jones, 1998).

Questi risultati supportano l'idea che le caratteristiche negative del terapeuta possano ostacolare lo sviluppo di un'alleanza positiva e peggiorare la qualità di un'alleanza già consolidata (tabella 12.3; vedi anche Ackerman, Hilsenroth, 2001). I terapeuti che hanno mostrato trascuratezza riguardo ai loro pazienti erano anche meno coinvolti nel processo di trattamento, più autocentrati e con minori probabilità di instaurare una connessione positiva con i loro pazienti (Marmar, Horowitz, Weiss et al., 1986). Vi è un comune accordo tra gli studi sul fatto che le cattive alleanze siano correlate a terapeuti che non sembrano sicuri delle proprie capacità di aiutare i pazienti e che si mostrano tesi, stanchi, annoiati, difensivi, incolpanti, o incapaci di fornire un ambiente terapeutico supportivo (Price, Jones, 1998; Sexton, Hembre, Kvarme, 1996; Saunders, 1999; Eaton, Abeles, Gutfreund, 1993). Questi

**Tabella 12.3** Riassunto delle tecniche e degli attributi del terapeuta che contribuiscono negativamente all'alleanza.

<b>Tecniche correlate negativamente all'alleanza</b>	<b>Attributi correlati negativamente con l'alleanza</b>
Gestire il trattamento in maniera inflessibile	Rigido
Strutturare eccessivamente la terapia	Teso
Fallire nello strutturare la terapia	Difeso
Uso inadeguato dell'autorivelazione	Autocentrato
Uso inadeguato del silenzio	Manipolatorio
Uso rigido dell'interpretazione di transfert	Distante
Comunicazione sminuente o ostile	Freddo
Interventi superficiali	Distratto
	Incerto
	Critico
	Distaccato
	Indifferente

Adattato da Ackerman, Hilsenroth (2001).

risultati suggeriscono che il modo in cui i terapeuti reagiscono ai pazienti influenzerà la loro capacità di instaurare una relazione terapeutica positiva. Se il terapeuta reagisce negativamente al paziente e sembra disinteressato alle preoccupazioni di quest'ultimo, probabilmente sarà difficile sviluppare una relazione terapeutica positiva. Di conseguenza, tali interazioni negative possono indebolire l'alleanza e ridurre la possibilità di un cambiamento nel paziente. Presi insieme, questi risultati sottolineano l'impatto potenzialmente negativo che le caratteristiche personali del terapeuta potrebbero avere sulla relazione e sul processo terapeutico. Il fatto che ai terapeuti possa essere insegnato come essere calorosi ed empatici o meno, rimane ancora in gran parte sconosciuto. Tuttavia, è di fondamentale importanza che essi lavorino attentamente per trasmettere un atteggiamento rispettoso, flessibile, di accettazione e responsivo verso i loro pazienti.

USO SCORRETTO DELLA TECNICA DA PARTE DEL TERAPEUTA

I terapeuti possono anche commettere degli errori nell'utilizzo della tecnica, il che può influenzare negativamente i livelli dell'alleanza. Marmar e collaboratori (1986) hanno riportato una relazione significativamente positiva tra l'evitamento da parte del terapeuta di questioni importanti da un lato, e la resistenza ostile del paziente dall'altro. Inoltre, i ripetuti tentativi del terapeuta di correlare le reazioni inappropriate di un paziente verso la terapia (come il mostrare frustrazione) a precedenti rapporti conflittuali con le figure genitoriali (ovvero le interpretazioni di transfert) sono stati significati-

vamente e negativamente correlati all'impegno del paziente nel processo di trattamento. Eaton e collaboratori (1993) hanno rilevato che l'inflessibilità del terapeuta, l'uso improprio del silenzio, l'utilizzo di interventi superficiali, o un fallimento nello strutturare la seduta o nell'affrontare la resistenza sono stati tutti significativamente e positivamente correlati a una debole alleanza. Coady e Marziali (1994) hanno scoperto che, da parte del terapeuta, un maggiore utilizzo dello sminuire, incolpare, osservare, e controllare i comportamenti del paziente, sia in epoche precoci sia tardive della terapia, portavano a un decremento dell'alleanza. Price e Jones (1998) hanno scoperto che i terapeuti che hanno rivelato i propri conflitti emotivi nel setting terapeutico mostravano punteggi significativamente più bassi nell'alleanza. Piper e collaboratori (Piper, Azim, Joyce et al., 1991; Piper, Joyce, Rosie et al., 1999; Piper, McMallum, Azim et al., 1993) hanno riportato che il numero di interpretazioni di transfert offerte dal terapeuta era inversamente proporzionale all'alleanza positiva. Essi hanno concluso che l'uso rigido da parte del terapeuta di interpretazioni di transfert, inflessibilità, e di mancanza di responsività nell'esplorazione dei sentimenti del paziente o della relazione "reale" potrebbero aver influito sull'indebolimento dell'alleanza.

Questa sezione evidenzia alcuni utilizzi impropri della tecnica terapeutica che sono stati individuati per via della loro influenza negativa sull'alleanza (tabella 12.3; Ackerman, Hilsenroth, 2001). Questi errori includono l'inflessibilità del terapeuta nel pianificare il trattamento, l'uso inadeguato del silenzio (Eaton, Abeles, Gutfreund, 1993), il porre troppa enfasi sulla resistenza del paziente (Marmar, Horowitz, Weiss et al., 1986), la *self-disclosure* (da parte del terapeuta) dei propri conflitti emotivi (Price, Jones, 1998; Coady, Marziali, 1994), e l'uso rigido dell'interpretazione di transfert (Marmar, Horowitz, Weiss et al., 1986; Piper, Azim, Joyce et al., 1991; Piper, Joyce, Rosie et al., 1999; Piper, McMallum, Azim et al., 1993).

#### COMPORTAMENTI DEL TERAPEUTA CHE PRODUCONO DELLE ROTTURE NELL'ALLEANZA

Il focus di questa sezione è quello di presentare i risultati relativi ai comportamenti del terapeuta che possono contribuire alle rotture nell'alleanza, così come i comportamenti dei pazienti che possono allarmare i clinici per via della presenza di un'alleanza tesa. Le rotture nell'alleanza sono state definite sia come fluttuazioni nella qualità della relazione terapeutica, sia come un problema nel corso dell'instaurarsi di un'alleanza (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009), e la ricerca continua di dimostrare che livelli più elevati di riparazione della rottura contribuiscono in modo significativo a una migliore alleanza e all'outcome della terapia (Muran, Safran, Gorman et al., 2009; Safran, Muran, Eubanks-Carter,

2011). Castonguay e collaboratori (1996) hanno esaminato delle sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale con bassi livelli di alleanza e hanno identificato dei marcatori che indicavano possibili rotture. Essi hanno individuato, come fattori predittivi della rottura, l'espressione del paziente di sentimenti negativi verso il processo terapeutico, l'evitamento dei compiti terapeutici e la mancanza di responsività agli interventi del terapeuta. Inoltre, gli autori hanno scoperto che la situazione di tensione non veniva risolta quando i terapeuti continuavano a cercare di inserire l'esperienza negativa del paziente nel modello cognitivo, nonostante il suo desiderio espresso di esplorare l'emozione dolorosa legata alla sua esperienza. Ciò suggerisce che una tensione nell'alleanza può venire esacerbata dall'aderenza inflessibile del terapeuta a strategie di trattamento cognitive e all'incapacità di concentrarsi sull'impatto emotivo dell'esperienza del paziente (vedi anche Aspland, Llewelyn, Hardy et al., 2008; Castonguay, Schut, Aikins et al., 2004; Constantino, Marnell, Haile et al., 2008; Strauss, Hayes, Johnson et al., 2006). Safran e collaboratori (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Muran, Safran, Gorman et al., 2009; Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011; Safran, 1999; Safran, Muran, 1996; Safran, Crocker, McMain et al., 1990) hanno ampiamente esaminato le rotture nell'alleanza. All'interno di questo corpo di ricerca, le rotture vengono viste come un evento atteso nel processo di trattamento e l'uso delle rotture può costituire un terreno fertile per il cambiamento del paziente e per approfondire l'alleanza. Questi autori hanno definito operativamente le rotture dell'alleanza e hanno proposto un modello terapeutico per facilitare il riconoscimento e la riparazione delle rotture (tabelle 12.4, 12.5, 12.6). In questa ricerca sono stati identificati i marcatori di un'alleanza indebolita e sono stati separati in due categorie generali: il confronto e l'evitamento del confronto. I marcatori del confronto vengono rilevati quando i pazienti esprimono direttamente i loro sentimenti negativi circa il processo di trattamento o il terapeuta. I marcatori dell'evitamento del confronto includono le volte in cui i sentimenti negativi del paziente sono agiti a livello comportamentale oppure attraverso il ritiro, il distanziamento, o l'evitamento. Una volta che la rottura è stata riconosciuta essa può essere sistematicamente esaminata, interpretata, e auspicabilmente risolta nel corso del processo di trattamento. Safran e Muran (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996) hanno proposto un modello che descrive quattro specifici interventi terapeutici che facilitano la riparazione delle rotture dell'alleanza (tabella 12.6). Nel primo intervento, il terapeuta affronta l'esperienza immediata del paziente utilizzando la meta-comunicazione. Keisler (1996) ha definito la meta-comunicazione come "qualsiasi situazione in cui il terapeuta fornisce un feedback verbale al paziente che si riferisce ai problemi relazionali centrali, ricorrenti e tematici che si verificano tra loro due nella seduta di terapia" (p. 284). Come già citato, le componenti chiave

**Tabella 12.4** Riassunto dei fattori precipitanti e dei marker della rottura dell'alleanza.

<i>Fattori precipitanti</i> (adattato da Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994)
Violazione dei desideri e/o dei bisogni del paziente:
(A) Il terapeuta fa qualcosa che il paziente non gradisce o non vuole
Il terapeuta non è supportivo
Il terapeuta è distratto
Il terapeuta dà consigli non richiesti
L'interpretazione del terapeuta è sbagliata
Il terapeuta non è concentrato sul paziente
(B) Il terapeuta non fa qualcosa che il paziente si aspetta o vuole:
Il terapeuta non capisce l'importanza di un problema
<i>Marker delle rotture</i> (adattato da Safran, Crocker, McMain, Murray, 1990)
Confrontativi
Espressione aperta di sentimenti negativi
Disaccordo sugli obiettivi e i compiti della terapia
Operazioni che incrementino l'autostima
Non confrontativi
Compliance
Comunicazione indiretta di sentimenti negativi o di ostilità
Manovre di evitamento
Nonresponsiveness to intervention

**Tabella 12.5** Azioni del terapeuta che aggravano le rotture dell'alleanza.

1. Il terapeuta non presta attenzione all'esperienza del paziente.
2. Rifiuto del terapeuta di accettare qualsiasi responsabilità per la rottura dell'alleanza.
3. Uso dogmatico e rigido degli interventi terapeutici (cioè, interpretazione del transfert, focus sulla resistenza del paziente).
4. Sminuire e rifiutare l'espressione di sentimenti negativi da parte del paziente.

includono le caratteristiche personali del terapeuta (per esempio l'assertività, la comunicazione chiara, la fiducia, l'accuratezza, e la comprensione) e l'utilizzo della tecnica (per esempio, una tecnica attiva, esplorativa, coinvolta). È altresì importante notare che queste caratteristiche e tecniche sono *necessarie* al terapeuta per essere preparato in modo ottimale a riconoscere e identificare i marcatori di una rottura nell'alleanza.

Il secondo intervento consiste di due parti: il riconoscimento da parte del terapeuta del suo contributo all'esperienza di rottura e l'utilizzo di un tentativo di comprensione per favorire la comunicazione diretta. Secondo questa prospettiva, la *self-disclosure* viene considerata più come una espressione/esplorazione degli affetti correlati alla relazione terapeutica durante la seduta, che non come la condivisione dell'esperienza passata. In questo

**Tabella 12.6** Strategie di riparazione della rottura dell'alleanza.

Intervento del terapeuta	Tecnica
1. Focus sull'esperienza immediata	(a) Inchiesta (b) Riflessione empatica (c) Feedback soggettivo
2. Facilitare l'autoassertività del paziente	(a) Inchiesta (b) Riflessione empatica (c) Feedback soggettivo (d) Esplorazione della consapevolezza in modo diretto (e) Accettazione della propria responsabilità per la rottura (f) Focus sulla relazione terapeutica
3. Esplorare i sentimenti negativi del paziente	(a) Esplorare il significato sotteso ai sentimenti negativi (b) Facilitare la consapevolezza dei sentimenti da parte del paziente
4. Validare l'assertività del paziente	(a) Sostenere ed empatizzare con l'assertività del paziente

Adattato da Safran, Muran (1996).

modello, l'autocoinvolgimento all'interno della seduta serve come veicolo di connessione e di supporto che avvalora l'esperienza del paziente nel momento della seduta. Per esempio, un terapeuta potrebbe dire *“Ha ragione. Quello che ho detto suona come critico”* a un paziente che esprime di sentire che il suo terapeuta si sta dimostrando critico. Nella seconda parte di questo intervento, l'utilizzo dei tentativi di comprensione non solo dimostra l'esplorazione e il coinvolgimento attivo da parte del terapeuta, ma può anche aiutare a costruire la fiducia, migliorare la comprensione, ed esprimere interesse per l'esperienza affettiva del paziente. Attraverso la pratica dell'espressione adattiva, il paziente può lavorare per modificare i suoi modelli di relazione e includere le risposte più adattive per sé e per gli altri. Inoltre, attraverso la pratica dell'espressione adattiva con il terapeuta, il paziente può imparare a esprimere più efficacemente i suoi sentimenti nelle relazioni attuali e future.

Il terzo intervento del modello di riparazione delle rotture è un'esplorazione dell'esperienza del paziente al fine di ottenere un maggior senso di comprensione. Per gestire con successo questo intervento, Safran e Muran (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996) raccomandano che il terapeuta dimostri un atteggiamento assertivo, comprensivo e premuroso. Queste raccomandazioni supportano i risultati precedenti i quali indicano che i comportamenti del terapeuta come l'esplorazione, la profondità, l'interesse, l'assertività, e la comprensione



(Bachelor, 1995; Najavits, Strupp, 1994; Bachelor, 1991; Joyce, Piper, 1998; Saunders, 1999) contribuiscono allo sviluppo di un'alleanza più forte. L'intervento finale del modello è la validazione dell'esperienza del paziente. Il successo di questo intervento si basa sulla capacità del terapeuta di utilizzare efficacemente le strategie terapeutiche e di dimostrarsi empaticamente connesso al paziente.

Tra le attività del terapeuta che causano deterioramenti nell'alleanza e le caratteristiche essenziali connesse all'aggravamento delle rotture dell'alleanza è emerso un modello analogo (Ackerman, Hilsenroth, 2001; tabella 12.5). Nelle rotture irrisolte, il terapeuta veniva descritto come non responsivo, chiuso in se stesso, non accettante, e che manteneva dogmaticamente il suo punto di vista originario senza prendere in considerazione la prospettiva del paziente. Queste caratteristiche del terapeuta e questi errori tecnici sono simili alle caratteristiche personali (per esempio la rigidità, il distacco, la distanza, la mancanza di rispetto, e l'autocentrarsi) e alle applicazioni scorrette della tecnica (per esempio, l'uso rigido dell'interpretazione del transfert) che sono stati precedentemente individuati per il loro contributo negativo all'alleanza (tabella 12.3).

Un modello aggiuntivo di identificazione della rottura è stato delineato in uno studio condotto da Rhodes e collaboratori (1994; tabella 12.4), che hanno esaminato la prospettiva del paziente riguardo alle incomprensioni terapeutiche risolte e irrisolte. Rhodes e collaboratori (1994) hanno riportato che le incomprensioni peggioravano sia quando il terapeuta faceva qualcosa che il paziente non gradiva o non voleva (per esempio, il terapeuta era critico, distratto, o dava consigli non richiesti), sia quando il terapeuta non faceva qualcosa che il paziente invece si aspettava o voleva (per esempio, il terapeuta non ricordava fatti importanti o non capiva l'importanza di un problema). Nei casi risolti, i pazienti riferivano che il loro terapeuta era accomodante (per esempio, si assumeva la responsabilità per il problema, si scusava, o modificava il suo comportamento). Nei casi di incomprensioni irrisolte, i pazienti riferivano che i loro terapeuti erano non responsivi, difensivi, freddi, non accettanti, o che mantenevano ostinatamente il loro punto di vista originario, senza prendere in considerazione quello del paziente.

I comportamenti dei terapeuti risultati efficaci nell'affrontare e risolvere le tensioni dell'alleanza includono l'affrontare i sentimenti negativi che il paziente può avere riguardo al terapeuta (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996; Safran, Crocker, McMain et al., 1990; Foreman, Marmar, 1985; Horowitz, Rosenbaum, Wilner, 1988), l'esplorare l'evitamento delle emozioni negative e le risposte attese dagli altri (Foreman, Marmar, 1985), l'utilizzo di interpretazioni accurate che si concentrano sui problemi interpersonali del paziente e non necessariamente su questioni di transfert (Crits-Christoph, Barber, Kurcias, 1993; Castonguay, Goldfried, Wiser et al., 1996; Horowitz, Rosenbaum, Wilner,

1988), il trasmettere un senso di assertività, comprensione, protezione e cura (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996), e l'accettare parte della propria responsabilità nella nascita di una rottura (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996; Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994). I comportamenti dei terapeuti che sono risultati inefficaci nella risoluzione delle tensioni dell'alleanza includevano l'aderenza rigida a un modello di trattamento (Strauss, Johnson, 2006; Castonguay, Goldfried, Wiser et al., 1996; Aspland, Llewelyn, Hardy et al., 2008; Castonguay, Schut, Aikins et al., 2004; Constantino, Marnell, Haile et al., 2008), l'inflessibilità (Castonguay, Goldfried, Wiser et al., 1996; Aspland, Llewelyn, Hardy et al., 2008; Castonguay, Schut, Aikins et al., 2004; Constantino, Marnell, Haile et al., 2008; Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994), l'essere non responsivo, chiuso in se stesso, e il trasmettere un senso di non accettazione (Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994). I risultati di questi studi suggeriscono che la risoluzione delle rotture dell'alleanza non sono solamente possibili, ma possono anzi costituire parte integrante del cambiamento terapeutico e soprattutto dello sviluppo di una relazione terapeutica sana. Una sintesi empiricamente supportata dei fattori precipitanti, delle strategie che aggravano e di quelle che riparano le rotture di alleanza, viene presentata nelle tabelle 12.4, 12.5 e 12.6.

## CONCLUSIONI

Gli studi esaminati in questa review suggeriscono che l'utilizzo da parte del terapeuta delle tecniche di una serie di orientamenti di psicoterapia (per esempio, cognitivo-comportamentale, esperienziale, interpersonale, centrato sulla persona, psicodinamica) possono influenzare l'alleanza terapeutica in modo sia positivo sia negativo. Le tabelle 12.1 e 12.2 riepilogano le tecniche terapeutiche segnalate per la loro importanza nello sviluppo e nel mantenimento di una forte alleanza. Al contrario, la tabella 12.3 presenta i fattori tecnici e personali del terapeuta correlati a livelli più bassi, o peggiorati, dell'alleanza.

Le tecniche terapeutiche dimostrate importanti nel contribuire positivamente all'alleanza potrebbero essere generalmente classificate come: Supportive, Esplorative, Focalizzate all'esperienza degli affetti, e Impegno in una relazione attiva. La ricerca ha indicato che le tecniche terapeutiche che trasmettono specificatamente sostegno, comprensione, assertività, e attenzione ai cambiamenti adattativi in tutto il trattamento, erano significativamente correlate a livelli più elevati di alleanza. Un'alleanza migliore è stata correlata anche alle tecniche terapeutiche che aumentano la comprensione del paziente dei problemi che lo hanno portato in terapia, attraverso

una maggiore esplorazione e una discussione approfondita (completa, incisiva, potente) di questi argomenti, così come delle precise e accurate interpretazioni specifiche del caso (non semplicemente frequenti). Le tecniche che hanno mantenuto il focus sugli affetti e sull'esperienza soggettiva del paziente in seduta (per esempio, la riflessione), o che hanno facilitato l'espressione di queste emozioni, erano a loro volta correlate a una migliore alleanza. Infine, una posizione più attiva, impegnata, motivata, e aperta da parte del terapeuta è importante per una relazione terapeutica positiva.

Di contro, gli interventi del terapeuta individuati per i loro effetti negativi sull'alleanza erano agli estremi di un continuum di tecniche. Per esempio, l'eccessiva strutturazione e la gestione rigida della terapia, così come la mancata strutturazione del trattamento in modo organizzato o coerente, erano entrambe negativamente correlate all'alleanza. Inoltre, il terapeuta che spendeva troppo tempo sulle informazioni superficiali non collegate alle questioni chiave del trattamento, o la *self-disclosure* dei conflitti emotivi del terapeuta, avevano un impatto negativo sui livelli di alleanza. Di contro, anche i terapeuti che dedicavano troppa poca attenzione al paziente, attraverso l'uso improprio e prolungato del silenzio o il ritiro dal processo all'interno della seduta, avevano effetti dannosi per l'alleanza. L'uso delle interpretazioni di transfert (paziente-terapeuta-passato-altri) in una modalità sostenuta, rigida e incessante era dannoso per l'alleanza. Tuttavia, è importante notare che la continua attenzione alla relazione di transfert (cioè, il correlare paziente, terapeuta, e altre persone del passato) non è la stessa cosa che esplorare il "qui e ora" nel processo della seduta, tra cui pensieri e sentimenti sulla relazione terapeutica (per esempio, l'esplorazione delle interazioni qui e ora paziente-terapeuta da una prospettiva teorica diadica, interattiva e relazionale, senza fare un collegamento diretto a un altro del passato; Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011). Questa è una distinzione importante che spesso intorbidisce le acque nel campo della ricerca sulle interpretazioni di transfert. Infine, e non a caso, la comunicazione dell'ostilità o della mancanza di rispetto da parte del terapeuta verso il paziente è risultata essere correlata a un'alleanza più bassa.

Secondo gli studi esaminati, le interruzioni o rotture dell'alleanza sono generate dalla reazione negativa del paziente al terapeuta e/o al processo di trattamento. Affrontare tale reazione avversa del paziente entro la cornice terapeutica è risultato essere l'elemento chiave nella riparazione di queste rotture. Uno studio ha riportato che per il paziente era importante esprimere i suoi sentimenti negativi (Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994), mentre altri studi hanno sottolineato l'importanza del fatto che sia il terapeuta stesso ad attirare l'attenzione sui sentimenti negativi del paziente (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Muran, Safran, Gorman et al., 2009; Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011; Safran, Muran, 1996). Tuttavia sembra che il modo in cui questi sentimenti negativi del

paziente si palesano sia meno importante rispetto al garantire che essi vengano riconosciuti ed esplorati apertamente (Crits-Christoph, Barber, Kurcias, 1993; Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Muran, Safran, Gorman et al., 2009; Safran, Muran, 1996; Safran, Crocker, McMain et al., 1990; Rhodes, Hill, Thompson et al., 1994; Foreman, Marmar, 1985; Horowitz, Rosenbaum, Wilner, 1988; Watson, Greenberg, 2000; tabella 12.6). Quando un terapeuta non presta attenzione all'esperienza del paziente, è probabile che si verifichi una rottura nell'alleanza e/o che egli supponga, erroneamente, di non aver contribuito a tale rottura. Simili errori possono essere concettualizzati come una mancanza di empatia e possono portare a una eventuale rottura definitiva dell'alleanza (Horowitz, Rosenbaum, Wilner, 1988). Tale rottura definitiva può verificarsi anche quando un terapeuta si basa in modo dogmatico su interventi strategici volti a risolvere le singole rotture dell'alleanza (Castonguay, Goldfried, Wiser, et al., 1996; tabella 12.5). È importante notare che le caratteristiche essenziali relative alla riparazione delle rotture nell'alleanza sono simili ai contributi significativi del terapeuta allo sviluppo e al mantenimento di un'alleanza positiva, come accennato in precedenza in questo capitolo. Per gestire con successo la risoluzione delle rotture nell'alleanza, Safran e Muran (Safran, Muran, 2000b, 2000a; Safran, Muran, Proskurov, 2009; Safran, Muran, 1996) raccomandano che il terapeuta trasmetta atteggiamenti di assertività, comprensione e cura così come che cerchi di avvalorare le esperienze del paziente attraverso l'esplorazione, per raggiungere un maggior senso di comprensione. Queste raccomandazioni supportano i risultati precedenti i quali indicano che i comportamenti del terapeuta come l'esplorazione, la profondità, l'interesse, l'assertività e la comprensione (Ackerman, Hilsenroth, Baity et al., 2000; Bachelor, 1995; Najavits, Strupp, 1994; Bachelor, 1991; Svenson, Hansson, 1999; Joyce, Piper, 1998; Saunders, 1999) potrebbero contribuire allo sviluppo di un'alleanza più forte.

Gli studi inclusi in questo capitolo suggeriscono che l'attività del terapeuta, a partire da una serie di differenti orientamenti psicoterapeutici, ha un'influenza positiva sullo sviluppo, il mantenimento e la riparazione delle rotture nell'alleanza terapeutica. Tali interventi sono relativamente uniformi e coerenti in tutta questa review, rispecchiando le conclusioni delle fonti alternative contemporanee (Norcross, 2011). Una possibile spiegazione per la coerenza è che un fattore potenziale comune, insito all'interno di questi elementi, rappresenti una connessione tra il paziente e il terapeuta che offre l'opportunità di portare sollievo dalla sofferenza, anche se si richiede cautela nell'interpretazione delle correlazioni processo/sub-outcome senza considerare le proprietà reattive delle interazioni di aiuto (Stiles, Honos-Webb, Surko, 1998). Ovvero, gran parte delle componenti di un buon processo possono risultare solo "migliori" quando i pazienti non hanno già ottenuto sufficienti interazioni di questo tipo in una specifica terapia (Stiles, 1996).

Sebbene alcuni orientamenti teorici possano rivelarsi più efficaci con specifiche popolazioni di pazienti, i risultati della presente review suggeriscono che una migliore comprensione dell'alleanza può apportare benefici a tutte le attività terapeutiche. Pertanto, sembra possibile che i terapeuti più efficaci saranno in grado di sintetizzare e integrare i diversi aspetti delle terapie orientate all'insight, esperienziali, umanistiche, e cognitivo-comportamentali in un atteggiamento terapeutico integrativo. Inoltre, forse una parte del successo attribuito a questi interventi, come notato da Rumpold e collaboratori (2005), può essere visto come la via di accesso per accrescere la motivazione del paziente al cambiamento e prepararlo al processo di psicoterapia, a livello sia relazionale sia psicoeducativo. Tuttavia, uno dei più importanti temi generali in letteratura è quello che un'attenta consapevolezza della relazione terapeutica, il più presto possibile nel trattamento (per esempio, nella valutazione psicologica, nel colloquio iniziale, o nella prima seduta), potrebbe offrire ai pazienti una migliore opportunità per lo sviluppo di un relazione terapeutica positiva nel corso di tutto il processo di trattamento. Infine, riteniamo che i risultati di sintesi di questa review (tabelle 12.1, 12.2, 12.3) forniscano una risorsa eccellente per future scale, iniziative di formazione e sviluppo di pacchetti di trattamento volti a comprendere meglio, valutare e massimizzare i benefici dell'alleanza in tutto il processo di trattamento.

## BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, S., HILSENROTH, M. (2001), "A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance". In *Psychotherapy*, 38, pp. 171-185.
- ACKERMAN, S., HILSENROTH, M. (2003), "A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance". In *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 1-33.
- ACKERMAN, S.J., HILSENROTH, M.J., BAITY, M.R., BLAGYS, M.D. (2000), "Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment". In *Journal of Personality Assessment*, 75, pp. 82-109.
- ALLEN, J.G., COYNE, L., COLSON, D.B., HOROWITZ, L., GABBARD, G.O., FRIESWYCK, S.H., NEWSON, G. (1996), "Pattern of therapist interventions associated with patient collaboration". In *Psychotherapy*, 33, pp. 254-261.
- ASPLAND, H., LLEWELYN, S., HARDY, G.E., BARKHAM, M., STILES, W. (2008), "Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis". In *Psychotherapy Research*, 18, pp. 699-710.
- BACHELOR, A. (1991), "Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist". In *Psychotherapy*, 28 (4), pp. 534-549.
- BACHELOR, A. (1995), "Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis". In *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), pp. 323-337.
- BACHELOR, A., LAVERDIERE, O., GAMACHE, D., BORDALEAU, V. (2007), "Clients collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation". In *Psychotherapy*, 44, pp. 175-192.
- BARBER, J.P., LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., THASE, M.E., WEISS, R., FRANK, A., ONKEN, L., GALLOP, R. (1999), "Therapeutic alliance as predictor of outcome in treatment of cocaine dependence". In *Psychotherapy Research*, 9, pp. 54-73.

- BARRETT, M.S., CHUA, W., CRITS-CHRISTOPH, P., GIBBONS, M.B., CASIANO, D., THOMPSON, D. (2008), "Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Training*, 45, pp. 247-267.
- BENDAPUDI, N.M., BERRY, L.L., FREY, K.A., PARISH, J.T., RAYBURN, W.L. (2006), "Patients' perspectives on ideal physician behaviors". In *Mayo Clinic Proceedings*, 81, pp. 338-344.
- BENNETT, J., FUERTES, J., KEITEL, M., PHILIPS, R. (2011), "The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment". In *Patient Education and Counseling*, DOI:10.1016/j.pec.2010.08.005.
- BOARDMAN, T., CATLEY, D., GROBE, J.E., LITTLE, T.D., AHLUWALIA, J.S. (2006), "Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance?". In *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, pp. 329-339.
- BOOK, H. (1998), *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. American Psychological Association, Washington, DC.
- BURKE, B.L., ARKOWITZ, H., MENCHOLA, M. (2003), "The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 843-861.
- CASTONGUAY, L.G., GOLDFRIED, M.R., WISER, S., RAUE, P.J., HAYES, A.M. (1996), "Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 497-504.
- CASTONGUAY, L.G., SCHUT, A.J., ATKINS, D., CONSTANTINO, M.J., LAWRENCEAU, J.P., BOLOGH, L., BURNS, D.D. (2004), "Repairing alliance ruptures in cognitive therapy: A preliminary investigation of an integrative therapy for depression". In *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, pp. 4-20.
- COADY, N.F., MARZIALI, E. (1994), "The association between global and specific measures of the therapeutic relationship". In *Psychotherapy*, 31, pp. 17-27.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2009), "The collaborative interactions scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 19, pp. 718-734.
- CONSTANTINO, M.J., MARNELL, M., HAILE, A.J., KANTHER-SISTA, S.N., WOLMAN, K., ZAPPERT, L., ARNOW, B.A. (2008), "Intergrative cognitive therapy for depression: A randomized pilot comparison". In *Psychotherapy*, 45, pp. 122-134.
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J.P., KURCIAS, J.S. (1993), "The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance". In *Psychotherapy Research*, 3, pp. 25-35.
- CRITS-CHRISTOPH, P., GALLOP, R., TEMES, C., WOODY, G., BALL, S., MARTINO, S., CARROLL, M. (2009), "The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, pp. 1125-1135.
- CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, J., CHITTAMS, J., BARBER, P., BECK, A.T., LIESE, B., LUBORSKY, L., MARK, D., MERCER, D., ONKEN, L.S., NAJAVITS, L.M., THASE, M.E., WOODY, G. (1998), "Training in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 484-492.
- DOLINSKY, A., VAUGHAN, S.C., LUBER, B., MELLMAN, L., ROOSE, S. (1998), "A match made in heaven? A pilot study of patient-therapist match". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, pp. 119-125.
- EATON, T.T., ABELES, N., GUTFREUND, M.J. (1993), "Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome". In *Psychotherapy Research*, 3, pp. 115-123.
- EL-SHIEB, M. (2005), "The MMPI-2 and client feedback: A quantitative investigation and exploratory factor analysis of feedback models". In *Dissertation Abstracts International. B, Sciences and Engineering*, 66, 4-B.
- EVANS-JONES, C., PETERS, C., BARKER, C. (2009), "The therapeutic relationship in CBT for psychosis: Client, therapist and therapy factors". In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, pp. 527-540.
- FINN, S.E., TONSAGER, M.E. (1997), "Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms". In *Psychological Assessment*, 9, pp. 374-385.



- FISCHER, C. (1994), *Individualized Psychological Assessment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- FOREMAN, S.A., MARMAR, C.R. (1985), "Therapist actions that address initially poor therapy alliances in psychotherapy". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 922-926.
- GASTON, L., RING, J.M. (1992), "Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, pp. 135-146.
- HARTLEY, D.E., STRUPP, H.H. (1983), "The therapeutic alliance: It's relationship to outcome in brief psychotherapy". In MASLING, J. (a cura di), *Empirical Studies in Psychoanalytic Theories*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 1-37.
- HENRY, W.P., STRUPP, H.H. (1994), "The therapeutic alliance as interpersonal process". In HORVATH, A.O., GREENBERG, L.S. (a cura di), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. Wiley, New York, pp. 51-89.
- HERSOG, A.G., HØGLEN, P., HAVIK, O., VON DER LIPPE, A., MONSEN, J. (2009), "Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy". In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, pp. 100-110.
- HERSOG, A.G., HØGLEN, P., MONSEN, J.T., HAVIK, O.E. (2001), "Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, pp. 205-216.
- HETTEM, J., STEELE, J., MILLER, W.R. (2005), "Motivational interviewing". In *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 91-111.
- HILSENROTH, M. (2007), "Programmatic study of short-term psychodynamic psychotherapy: Assessment, process, outcome and training". In *Psychotherapy Research*, 17, pp. 31-45.
- HILSENROTH, M., ACKERMAN, S., CLEMENCE, A., STRASSLE, C., HANDLER, L. (2002), "Effects of structured clinical training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy". In *Psychotherapy*, 39, pp. 309-323.
- HILSENROTH, M., CROMER, T. (2007), "Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment". In *Psychotherapy*, 44, pp. 205-218.
- HILSENROTH, M., DEFIFE, J., BLAKE, M., CROMER, T. (2007), "The effects of borderline pathology on short-term psychodynamic psychotherapy for depression". In *Psychotherapy Research*, 17, pp. 175-188.
- HILSENROTH, M., PETERS, E., ACKERMAN, S. (2004), "The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment". In *Journal of Personality Assessment*, 83, pp. 332-344.
- HOLM-DENOMA, J., GORDON, K., DONOHUE, K., WAESCHE, M., CASTRO, Y., BROWN, J., JAKOBSON, L.J., MERRILL, K.A., BUCKNER, J.D., JOINER, T.E. JR (2008), "Patient's affective reactions to receiving diagnostic feedback". In *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, pp. 555-575.
- HOROWITZ, L.M., ALDEN, L.E., WIGGINS, J.S., PINKUS, A.L. (2000), *IIP: Inventory of Interpersonal Problems Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio, CA.
- HOROWITZ, M., ROSENBAUM, R., WILNER, N. (1988), "Role relationship dilemmas: A potentially new process variable". In *Psychotherapy*, 25, pp. 241-248.
- HORVATH, A.O. (1993), "The role of the therapeutic alliance in psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 561-573.
- HORVATH, A.O., DEL RE, A.C., FLUCKIGER, C., SYMONDS, D. (2011), "Alliance in individual psychotherapy". In *Psychotherapy*, 48, pp. 9-16.
- HORVATH, A.O., GREENBERG, L. (1989), "Development and validation of the working alliance inventory". In *Journal of Counseling Psychology*, 36, pp. 223-333.
- HUBER, D., HENRICH, G., BRANDL, T. (2005), "Working relationship in a therapeutic consultation". In *Psychotherapy Research*, 15, pp. 129-139.
- JOYCE, A.S., PIPER, W.E. (1998), "Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, pp. 236-248.
- JUNGBLUTH, N., SHIRK, S. (2009), "Therapist strategies for building involvement in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, pp. 1179-1184.
- KARVER, M., SHIRK, S., HANDELSMAN, J., FIELDS, S., CRISP, H., GUDMUNDSEN, G., McMAKIN,



- D. (2008), "Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement". In *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, pp. 15-28.
- KEISLER, D.J. (1996), *Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy*. Wiley, New York.
- KERTES, A., WESTRA, H.A., ANGUS, L., MARCUS, M. (2009), "The impact of motivational interviewing on client experiences of cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder". In *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, pp. 55-69.
- KIVLIGHAN, D.M., CLEMENTS, L., BLAKE, C., ARNEZ, A., BRADY, L. (1993), "Counselor sex role orientation, flexibility, and working alliance formation". In *Journal of Counseling and Development*, 72, pp. 95-100.
- KOLDEN, G.G. (1996), "Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 489-496.
- LAMBERT, M., SHIMOKAWA, K. (2011), "Collecting client feedback". In *Psychotherapy*, 48, pp. 72-79.
- LUBORSKY, L. (1984), *Principi di psicoterapia psicoanalitica: manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1997), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relational Theme Method*, 2<sup>nd</sup> ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., ALEXANDER, L., MARGOLIS, M., COHEN, M. (1983) "Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy, a counting signs vs. a global rating method". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 171 (8), pp. 480-491.
- MALLINCKRODT, B., NELSON, M.L. (1991), "Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance". In *Journal of Counseling Psychology*, 38, pp. 133-138.
- MARMAR, C.R., HOROWITZ, M.J., WEISS, D.S., MARZIALI, E. (1986), "The development of the therapeutic alliance rating system". In GREENBERG, L.S., PINSOFF, W.M. (a cura di), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. Guilford, New York.
- MARTIN, D.J., GARSKE, J.P., DAVIS, M.K. (2000), "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 438-450.
- MOHL, P.C., MARTINEZ, D., TICKNOR, C., HUANG, M., CORDELL, L. (1991), "Early dropouts from psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 179, pp. 478-481.
- MOYERS, T.B., MILLER, W.R., HENDRICKSON, S. (2005), "How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, pp. 590-598.
- MURAN, J.C., SAFRAN, J.D., GORMAN, B.S., SAMSTAG, L.W., EUBANKS-CARTE, C., WINSTON, A. (2009), "The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders". In *Psychotherapy*, 46, pp. 233-248.
- NAJAVITS, L.M., STRUPP, H.H. (1994), "Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study". In *Psychotherapy*, 31, pp. 114-123.
- NORCROSS, J.C. (2011) (a cura di), *Psychotherapy Relationships That Work*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford University Press, New York.
- OGRODNICZUK, J.S., PIPER, W.E. (1999), "Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies, development and use of a new scale". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8 (2), pp. 142-154.
- PIPER, W.E., AZIM, H.F.A., JOYCE, A.S., McMALLUM, M. (1991), "Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy". In *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 946-953.
- PIPER, W.E., JOYCE, A.S., ROSIE, J.S., OGRODNICZUK, J.S., McCALLUM, M., O'KELLY, J.G., STEINBERG, P.I. (1999), "Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy". In *Psychotherapy*, 36, pp. 114-122.
- PIPER, W.E., McMALLUM, M., AZIM, H.F.A., JOYCE, A.S. (1993), "Understanding the rela-

- relationship between transference interpretations and outcome in the context of other variables". In *American Journal of Psychotherapy*, 47, pp. 479-493.
- POSTON, J., HANSON, W. (2010), "Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention". In *Psychological Assessment*, 22, pp. 203-212.
- PRICE, P.B., JONES, E.E. (1998), "Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set". In *Psychotherapy*, 25 (3), pp. 392-404.
- PRINCIPE, J.M., MARCI, C.D., GLICK, D.M., ABLON, J.S. (2006), "The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy". In *Psychotherapy*, 43, pp. 238-242.
- RAUE, P.J., GOLDFRIED, M.R., BARKUM, M. (1997), "The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 582-587.
- RHODES, R.H., HILL, C.E., THOMPSON, B.J., ELLIOT, R. (1994), "Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events". In *Journal of Counseling Psychology*, 41, pp. 473-483.
- RICHMOND, R. (1992), "Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, pp. 123-130.
- RUMPOLD, G., DOERING, S., SMREKAR, U., SCHUBERT, C., KOZA, R., SCHATZ, D.S., BERTLSCHUESSLER, A., JANECKEA, N., LAMPEA, A., SCHUESSLER, G. (2005), "Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation enhancing phase among psychotherapy outpatients". In *Psychotherapy Research*, 15, pp. 117-127.
- SAFRAN, J.D. (1993), "Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness". In *Psychotherapy*, 30, pp. 11-24.
- SAFRAN, J.D., CROCKER, P., MCMAIN, S., MURRAY, P. (1990), "Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation". In *Psychotherapy*, 27, pp. 154-165.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (1996), "The resolution of ruptures in the therapeutic alliance". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 447-458.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (2000a), *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Guilford Press, New York.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (2000b), "Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration". In *Journal of Clinical Psychology*, 56, pp. 233-243.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., EUBANKS-CARTER, C. (2011), "Repairing alliance ruptures". In *Psychotherapy*, 48, pp. 80-87.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., PROSKUROV, B. (2009), "Alliance, negotiation and rupture resolution". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*. Springer, New York.
- SAUNDERS, S.M. (1999), "Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: Relationship to session quality and treatment effectiveness". In *Journal of Clinical Psychology*, 55, pp. 597-605.
- SAUNDERS, S.M., HOWARD, K.I., ORLINSKY, D.E. (1989), "The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, pp. 323-330.
- SEXTON, H., HEMBRE, K., KVARME, G. (1996), "The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 471-480.
- SEXTON, H., LITTAUER, H., SEXTON, A., TOMMERAS, E. (2005), "Building the alliance: Early therapeutic process and the client-therapist connection". In *Psychotherapy Research*, 15, pp. 103-116.
- SHIMOKAWA, K., LAMBERT, M.J., SMART, D.W. (2010), "Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 298-311.
- STILES, W. (1996), "More of a good thing is better: Reply to Hayes". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 915-918.

- STILES, W., HONOS-WEBB, L., SURKO, M. (1998), "Responsiveness in psychotherapy". In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, pp. 439-458.
- STRAUSS, J.L., HAYES, A.M., JOHNSON, S.L., NEWMAN, C.F., BROWN, G.K., BARBER, J.P., LAURENCEAU, J.P., BECK, A.T. (2006), "Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 337-345.
- STRAUSS, J.L., JOHNSON, S.L. (2006), "Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms". In *Psychiatry Research*, 145 (2-3), pp. 215-223.
- SVENSON, B., HANSSON, L. (1999), "Relationships among patient and therapist ratings of therapeutic alliance and patient assessments of therapeutic process". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 187, pp. 579-585.
- TRYON, G.S. (1985), "The engagement quotient: One index of a basic counseling task". In *Journal of College Student Development*, 26, pp. 351-354.
- TRYON, G.S. (1988), "Study of variables related to client engagement using practicum trainees and experienced clinicians". In *Psychotherapy*, 26, pp. 54-61.
- TRYON, G.S. (1990), "Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling". In *Journal of Counseling Psychology*, 37, pp. 248-263.
- TRYON, G.S., WINOGRAD, G. (2011), "Goal consensus and collaboration". In *Psychotherapy*, 48, pp. 50-57.
- WATSON, J.C., GREENBERG, L.S. (2000), "Alliance ruptures and repairs in experiential therapy". In *Journal of Clinical Psychology*, 56, pp. 175-186.
- WEISS, M., GASTON, L., PROPST, A., WISEBORD, S., ZICHERMAN, V. (1997), "The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, pp. 196-204.
- WESTRA, H.A., DOZOIS, D.J.A. (2006), "Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety". In *Cognitive Therapy and Research*, 30, pp. 481-498.
- WESTRA, H.A., ARKOWITZ, H., DOZOIS, D.J.A. (2009), "Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial". In *Journal of Anxiety Disorders*, 23, pp. 1106-1117.
- WIERZBICKI, M., PEKARIK, G. (1993), "A meta-analysis of psychotherapy dropout". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, pp. 190-195.
- YEOMANS, F., GUTFREUND, J., SELZER, M., CLARKIN, J., HULL, J., SMITH, T. (1994), "Factors related to drop-outs by borderline patients". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, pp. 16-24.
- ZUROFF, D.C., BLATT, S.J. (2006), "The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and advanced adaptive capacities". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), pp. 130-140.

# 13

## Teoria dell'attaccamento e ricerca Implicazioni per la psicoterapia psicodinamica

*Kenneth N. Levy, Kevin B. Meehan,  
Christina M. Ternes, Frank E. Yeomans*

### INTRODUZIONE

Anche se la ricerca sull'attaccamento può essere oggi meglio concettualizzata nei termini di uno studio integrato e multidisciplinare, non bisogna dimenticare che la teoria dell'attaccamento nasce dal contesto clinico. Bowlby (1973, 1977, 1982), che era prima di tutto uno psicoanalista, formulò le sue teorie a partire dalle esperienze cliniche con bambini e adulti. La genesi di molte delle sue idee può essere fatta risalire alla profonda insoddisfazione che nutriva nei confronti delle prospettive allora dominanti. Nella sua teorizzazione sulle relazioni oggettuali, fu molto influenzato da Melanie Klein, all'epoca suo supervisore. La teoria dello sviluppo di Klein, però, si concentrava quasi esclusivamente sul conflitto interno, tralasciando gli eventi dell'ambiente esterno e familiare del bambino (Bretherton, 1985, 1992). Nel corso di una terapia con un bambino di tre anni, Bowlby poté tuttavia stabilire, in contrasto con l'ottica kleiniana, una connessione diretta tra il disturbo del figlio e la patologia della madre. Furono esperienze di questo tipo a convincerlo del legame diretto tra le difficoltà precoci dell'attaccamento e il conseguente aumento del rischio di psicopatologia.

Secondo Bowlby (1977) i modelli operativi interni dell'attaccamento aiutano a spiegare "le varie forme di profondi turbamenti emotivi e di disturbi della personalità, compresi angoscia, collera, depressione e distacco emotivo, originati da perdite e separazioni involontarie" (Bowlby, 1977, p. 134). L'attaccamento infantile, sosteneva, è alla base della "successiva capacità di costruire dei legami affettivi", così come di un intero spettro di disfunzionalità adulte, in cui sono compresi "problemi coniugali e difficoltà con i figli, come pure [...] sintomi nevrotici e [...] disturbi di personalità" (*ibidem*, p. 143). Bowlby (1973, 1982) ha inoltre affermato che le esperienze precoci di attaccamento hanno un effetto a lungo termine che tende a persistere per tutto l'arco di vita, pertanto sono tra le maggiori determinanti dell'organizzazione della personalità e hanno una rilevanza clinica specifica.

Nonostante la loro storia comune, per molti anni, la teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi si sono sviluppate in parallelo. Coerentemente con la prospettiva integrazionistica di Bowlby, la teoria dell'attaccamento ha in-

corporato concetti e paradigmi di ricerca da un'ampia varietà di tradizioni quali l'etologia, il comportamentismo, la psicologia dello sviluppo cognitivo e affettivo (e più di recente le neuroscienze dello sviluppo). A partire dalle formulazioni originarie di Bowlby, Ainsworth e collaboratori hanno sviluppato un paradigma di ricerca osservazionale chiamato *Strange Situation* per misurare la sicurezza dell'attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978). Ainsworth ha identificato tre stili principali di comportamento di attaccamento per la prima infanzia (sicuro, evitante e ansioso-ambivalente) e ha connesso questi pattern di attaccamento al comportamento genitoriale dei caregiver. I bambini che cercavano nelle loro madri rifornimento emotivo, conforto e assicurazione furono ritenuti sicuri. I lattanti che invece, a seguito di una separazione di tre minuti, ignoravano o evitavano la madre o che erano particolarmente difficili da consolare, furono classificati come insicuri.

Indagini successive, negli Stati Uniti come in altri paesi, replicarono ed estesero i risultati iniziali di Ainsworth e collaboratori (1978) (per rassegne, Bretherton, 1985; Paterson, Moran, 1988; Van IJzendoorn, 1995). Gli studi longitudinali che hanno indagato la predittività del funzionamento e dell'adattamento successivo dagli stili di attaccamento infantile hanno trovato una stabilità considerevole, seppur variabile, delle classificazioni dell'attaccamento dall'infanzia all'età adulta (Waters, Merrick, Treboux et al., 2000; Hamilton, 2000; Weinfeld, Sroufe, Egeland, 2000). Il grado di stabilità è però dipendente dalle esperienze sopravvenute all'interno delle relazioni (per rassegne, Bretherton, 1985; Lewis, Feiring, Rosenthal, 2000; Fraley, 2002; Grossman, Grossman, Waters, 2005).

Nonostante la grande mole di ricerche, gli psicoanalisti hanno per molto tempo ritenuto questi risultati di origine comportamentale estranei alle esperienze interiori dei loro pazienti. Di conseguenza, l'influenza di queste ricerche sulla pratica psicoanalitica è stata considerata sempre trascurabile. Un cambiamento significativo avvenne però con il lavoro di Main (Main, Weston, 1981; Main, Hesse, 1990), centrato sullo "stato della mente rispetto all'attaccamento" degli adulti, come predittore della classificazione dell'attaccamento adulto-bambino nella *Strange Situation*. Main spostò l'attenzione della ricerca sull'attaccamento dal livello comportamentale a quello che con i suoi collaboratori (per esempio, Main, Kaplan, Cassidy, 1985) definì "il livello della rappresentazione". Questo spostamento è riflesso nell'*Adult Attachment Interview* (AAI): le ricerche con l'AAI hanno infatti dimostrato da una parte che le rappresentazioni mentali rispetto all'attaccamento possono essere misurate con rigore scientifico, dall'altra che le rappresentazioni dei genitori hanno incidenze significative sullo sviluppo socio-emotivo dei figli.

Questi risultati hanno avuto esiti importanti non solo per la teoria e la ricerca, ma anche per la tecnica psicoterapeutica. La loro influenza non si è limitata alla psicoterapia psicodinamica, ma ha fornito un quadro di ri-

ferimento utile a diversi orientamenti e prospettive (per esempio alla *developmental psychology* e alle scuole comportamentali o cognitivo-comportamentali). Sebbene non esista nessuna forma di psicoterapia derivata interamente e unicamente dalla teoria dell'attaccamento, si può affermare che alcune terapie psicodinamiche hanno inserito tra i loro scopi un cambiamento relativo all'attaccamento (per esempio, la psicoterapia focalizzata sul transfert, *transference-focused psychotherapy*, TFP), altre ancora hanno come obiettivo specifico proprio il sistema dell'attaccamento (per esempio, la terapia basata sulla mentalizzazione, *mentalization-based therapy*, MBT).

In questo capitolo, passeremo in rassegna la letteratura scientifica relativa alla teoria dell'attaccamento, sottolineando l'influenza che i risultati delle ricerche hanno avuto sulla tecnica psicoterapeutica. Discuteremo la letteratura scientifica riguardo alle classificazioni dell'attaccamento adulto, comprese le questioni relative alla misurazione del costrutto dell'attaccamento e come esse siano state affrontate. Argomento di trattazione sarà anche l'attaccamento all'interno della ricerca in psicoterapia, con particolare riguardo al suo ruolo, in terapia, di moderatore del processo e indice degli esiti. Infine, valuteremo l'utilità clinica della teoria dell'attaccamento per la tecnica della psicoterapia psicodinamica.

## MISURAZIONE DELL'ATTACAMENTO

Dal lavoro pionieristico di Bowlby, la teoria e la ricerca sull'attaccamento hanno preso due direzioni, ognuna con una sua propria metodologia per la misurazione dei pattern di attaccamento (per esempio, a mezzo di questionari self-report o di interviste). Per l'indagine delle relazioni precoci di attaccamento, come già accennato, Main e collaboratori hanno sviluppato la AAI (Kaplan, Main, 1985). L'intervista valuta nel soggetto la percezione rispetto all'influenza che le esperienze precoci di attaccamento hanno avuto sulla sua personalità adulta, sondando ricordi specifici che confermino o contraddicano la storia dell'attaccamento presentata. Valutando all'interno delle interviste gli aspetti formali e strutturali del discorso, Main e collaboratori hanno identificato tre pattern principali dell'attaccamento adulto: sicuro-autonomo (F), distanziante (D), e preoccupato-invischiato (E); recentemente sono state identificate e aggiunte altre due categorie: irrisolto/disorganizzato (U/d) e *cannot classify* (CC). Le prime tre categorie corrispondono alle classificazioni dell'attaccamento identificate originariamente per l'infanzia (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978), mentre la classificazione disorganizzata corrisponde a un pattern descritto nei bambini solo successivamente (Main, Weston, 1981; Main, Hesse, 1990). Questi pattern di attaccamento degli adulti predicono in modo attendibile il comportamento nella Strange Situation dei loro figli.



La sicurezza nell'AAI è caratterizzata da uno stile narrativo ben organizzato e senza censure nel quale le emozioni sono espresse liberamente e le relazioni di attaccamento sono descritte in modo coerente, a prescindere dalla connotazione positiva o negativa delle esperienze riportate. Gli individui sicuri mantengono nel corso dell'intervista una visione bilanciata e aderente alla realtà delle relazioni precoci, valorizzano i legami di attaccamento e ne colgono l'influenza sul loro sviluppo. Al contrario, gli individui distanzianti svalutano l'importanza delle relazioni di attaccamento o le riportano in modo idealizzato, fornendo pochi esempi concreti a sostegno delle loro descrizioni. Hanno difficoltà a ricordare eventi specifici e di solito descrivono storie precoci di rifiuto genitoriale. A causa della vaghezza e della povertà delle loro narrazioni, così come della contraddizione tra le generalizzazioni vaghe e positive e le prove contrarie che "trapelano" nelle loro interviste, gli individui di questo gruppo vengono giudicati possessori di una bassa "coerenza della mente".

Gli appartenenti al gruppo preoccupato invece non hanno difficoltà a parlare dei legami o a esprimere sentimenti relativi all'attaccamento. Tendono tuttavia a essere confusi riguardo alle esperienze passate e non sono in grado di fare chiarezza sugli eventi più remoti. Descrivono relazioni precoci con i genitori ipercoinvolte o caratterizzate da vissuti di colpa. Le risposte sulle relazioni attuali con i genitori sono spesso infestate da una rabbia pervasiva, o da una passività del discorso, o tempestate da tentativi di compiacere i genitori, anche quando le descrizioni delle relazioni sono positive. L'aspetto più importante è probabilmente la tendenza delle loro descrizioni a diventare incoerenti. Nello specifico, le loro interviste sono spesso eccessivamente lunghe, riconoscibili per l'uso di frasi interminabili involute grammaticalmente, che comprendono locuzioni gergali, linguaggio infantile, parole prive di senso e confusione temporale tra relazioni presenti e passate.

La classificazione U/d viene assegnata quando, parlando di un lutto o di un abuso, l'intervistato mostra cadute nel monitoraggio del pensiero e del discorso. Queste cadute comprendono descrizioni altamente implausibili delle cause e delle conseguenze relative a eventi traumatici, perdite di memoria legate a traumi e frasi confuse o lunghi silenzi nella narrazione di perdite e abusi. La classificazione CC è invece assegnata quando un individuo mostra una combinazione di pattern contraddittori e incompatibili, oppure quando nessuno stato della mente rispetto all'attaccamento può essere considerato predominante. Ciò si verifica quando il soggetto cambia pattern di attaccamento nel corso dell'intervista, oppure quando mostra pattern diversi per diverse figure di attaccamento, o quando mostra una commistione di diversi pattern di attaccamento all'interno dello stesso passaggio o trascritto.

In contrasto con l'approccio di Main, caratterizzato dall'interesse per le relazioni con i genitori, Hazan e Shaver (Hazan, Shaver, 1987), insieme ai loro collaboratori (Shaver, Hazan, Bradshaw, 1988), hanno adottato una



prospettiva sociopsicologica e hanno applicato il paradigma dell'attaccamento infantile allo studio dell'età adulta, concettualizzando l'innamoramento come un processo di attaccamento. Si tratta di un lavoro importante perché traduce il paradigma infantile in termini direttamente rilevanti per le relazioni di adulti e adolescenti. Gli autori hanno trasposto le descrizioni di Ainsworth dei tre modelli di attaccamento infantile in una scala a modalità unica, basata su vignette cliniche, in cui i soggetti vengono classificati come sicuri, evitanti o ansiosi-ambivalenti nelle relazioni romantiche. In ricerche successive, Bartholomew (1990, 1994) e Bartholomew e Horowitz (1991) hanno sviluppato una classificazione dell'attaccamento adulto a quattro categorie, corrispondenti a un modello bidimensionale costruito su ansia e evitamento. Questo sistema di classificazione comprende una categoria sicura (bassa ansia – basso evitamento) e una preoccupata (alta ansia – basso evitamento), ma divide la categoria evitante in distanziante (bassa ansia – alto evitamento) e evitante-timoroso (alta ansia – alto evitamento).

Sebbene le correlazioni categoriali tra le AAI e le misurazioni self-report hanno sempre registrato una bassa corrispondenza (per rassegne, Bartholomew, Shaver, 1988; Crowell, Fraley, Shaver, 1999), gli studi che hanno correlato i punteggi delle scale di codifica dimensionale dell'AAI con i valori dei self-report hanno riportato correlazioni significative anche se le due tipologie categoriali non corrispondevano (Shaver, Belsky, Brennan, 2000).

## ATTACAMENTO E PSICOTERAPIA

Fin dalla sua prima formulazione, Bowlby considerò la teoria dell'attaccamento centrale sia per lo sviluppo normativo sia per quello psicopatologico, ritenendola particolarmente rilevante per la psicoterapia. In questa nuova prospettiva incluse anche una nuova lettura della figura del terapeuta, come quella di chi deve “fornire innanzitutto al paziente una base sicura da cui egli possa partire per esplorare se stesso e le sue relazioni con coloro con cui ha costruito, o potrebbe costruire, un legame emotivo” (Bowlby, 1977, p. 153). Il ruolo del terapeuta che “fornisce al paziente una figura temporanea di attaccamento” assolve diverse funzioni nel processo terapeutico (Bowlby, 1975). Con questo nuovo ruolo, il terapeuta aiuta il paziente a esplorare i legami di attaccamento passati e presenti, con tutti i loro comportamenti, sentimenti e aspettative. Il clinico, per raggiungere gli obiettivi terapeutici, deve aiutare il paziente a esaminare la stessa relazione terapeutica, mettendola a confronto con altre relazioni o esperienze all'esterno della terapia. Deve creare connessioni tra le esperienze passate e quelle presenti, promuovendo la consapevolezza della relazione tra i legami presenti e quelli passati. Così facendo, fornisce al paziente l'opportunità di revisionare i propri modelli operativi interni. Le dinamiche transferali e controtransferali offrono

la possibilità di lavorare su modelli operativi interni multipli e contraddittori, aiutando il paziente a percepire, pensare e agire con modalità nuove rispetto alle relazioni passate. L'interiorizzazione del legame affettivo con il terapeuta diventa essa stessa un porto sicuro rappresentazionale interno, verso il quale il paziente può rivolgersi nei momenti di difficoltà.

Seguendo la via indicata dalle teorie di Bowlby, i modi in cui attaccamento e psicoterapia possono intersecarsi sono molti, e alcuni sono stati esplorati empiricamente. In primo luogo, la teoria dell'attaccamento ha fornito le linee guida per molti interventi e i suoi principi sono impiegati implicitamente o esplicitamente da diverse tipologie di trattamenti. Inoltre, ci sono evidenze di come l'organizzazione dell'attaccamento del paziente sia un fattore moderatore e un indicatore prognostico sia dell'esito della psicoterapia sia del suo processo; questo corpo di ricerche, principalmente confronti tra gruppi di trattamenti e di pazienti, ha anche stabilito la funzione prescrittiva dell'organizzazione di attaccamento. In terzo luogo, i cambiamenti nelle rappresentazioni dell'attaccamento possono essere concepiti come esiti; diversi studi hanno infatti mostrato evidenze di cambiamenti nell'organizzazione dell'attaccamento nel corso di una psicoterapia. Infine, l'attaccamento e i relativi costrutti possono essere considerati come quella parte del processo terapeutico che può essere esaminata attraverso i comportamenti e le interazioni in seduta tra paziente e terapeuta. I risultati di questo filone di ricerche stabiliscono da una parte l'importanza clinica del tenere in considerazione lo stile di attaccamento dei pazienti, dall'altra indicano come sia potenzialmente molto fertile, in terapia, il lavoro sulle problematiche relative all'attaccamento, sia che riguardino le relazioni attuali sia i modelli operativi interni. Con questo lavoro si vuole suggerire in particolare che lo status di attaccamento del paziente può essere estremamente importante per il corso e l'esito della psicoterapia e può anche cambiare in seguito a interventi psicoterapeutici.

## INTERVENTI BASATI SULLA TEORIA DELL'ATTACCOMENTO

Come già anticipato in precedenza, la maggior parte delle psicoterapie esistenti impiegano implicitamente tecniche e principi derivati dalla teoria dell'attaccamento, in particolare quelli relativi all'importanza di una relazione terapeutica sana, che promuova l'esplorazione e la revisione delle rappresentazioni mentali del sé e dei legami significativi. Se è vero che fino a non molto tempo fa poche psicoterapie si sono basate direttamente sui principi della teoria dell'attaccamento, negli anni recenti si è sviluppata una varietà di interventi per adulti e bambini basati esplicitamente sulle teorie di Bowlby e dei suoi continuatori. In merito alla loro efficacia, la sperimentazione di questi interventi ha raccolto finora risultati promettenti.

Conformi al quadro delle teorie dello sviluppo dal quale la stessa teoria dell'attaccamento discende, diverse terapie basate sull'attaccamento puntano ad alleviare i sintomi e a stimolare lo sviluppo di organizzazioni sicure dell'attaccamento in popolazioni infantili. Molti di questi trattamenti coinvolgono attivamente altri membri della famiglia, in particolare figure materne di accudimento e alcuni di questi trattamenti includono visite domiciliari. Questi interventi, pensati per coprire un ampio spettro di età infantili, comprendono anche trattamenti prenatali per donne in gravidanza ad alto rischio (Korfmacher, Adam, Ogawa et al., 1997), un intervento basato sull'uso dei marsupi per neonati (Anisfeld, Casper, Nozyce et al., 1990), psicoterapie genitore-infante (Cicchetti, Toth, Rogosch, 1999; Toth, Rogosch, Manly et al., 2006), psicoterapie genitore-bambino (Lieberman, Van Horn, Ippen, 2005; Lieberman, Ippen, Van Horn, 2006), visite domiciliari prenatali e postnatali (Heinicke, Goorsky, Levine et al., 2006; Van den Boom, 1994) e altri trattamenti strutturati come per esempio il Watch, Wait and Wonder program (Cohen, Muir, Lojkasik et al., 1999) e il Circle of Security (Marvin, Cooper, Hoffman et al., 2002; Hoffman, Marvin, Cooper et al., 2006).

Tra gli interventi basati sui principi della teoria dell'attaccamento, oltre a quelli indirizzati ai bambini, si possono menzionare anche alcuni interventi efficaci per gli adulti. La psicoterapia interpersonale (*interpersonal psychotherapy*, IPT; Klerman, Weissman, Rounsaville et al., 1984) è un trattamento molto usato, a breve termine, efficace per diversi disturbi, in particolare per la depressione. L'IPT si basa esplicitamente sui lavori di John Bowlby, Adolf Meyer e Harry Stack Sullivan e si concentra esclusivamente sull'affrontare le problematiche e i disturbi relazionali-interpersonali. Questo focus strettamente interpersonale è coerente con la teoria di Bowlby citata in precedenza che vede alle radici della patologia le relazioni di attaccamento disturbate. Un'altra terapia usata correntemente che si basa direttamente sulla teoria dell'attaccamento è l'Attachment Injury Resolution Model for Couples (Johnson, 2004; Makinen, Johnson, 2006). Questo tipo di intervento nasce nella cornice della terapia basata sulle emozioni (*emotionally focused therapy*, EFT) ed è costruito per coppie che hanno vissuto una "ferita nell'attaccamento" (*attachment injury*) (per esempio, un abbandono percepito in un periodo di bisogno che minaccia la sensazione di sicurezza e fiducia dell'intera relazione). Questo trattamento, che ha l'obiettivo esplicito di risanare le ferite dell'attaccamento e ricostruire la relazione di attaccamento tra i partner, si è dimostrato efficace anche sui follow-up di lungo periodo, rispetto al miglioramento della sintonia, della fiducia e della comprensione diadica. Un ultimo intervento basato sull'attaccamento per adulti è la MBT (Bateman, Fonagy, 1999, 2001, 2008). Si tratta di un trattamento a lungo termine orientato psicoanaliticamente, concepito per il disturbo borderline di personalità, che prevede anche una parziale ospedalizzazione-

ne. Il modello dell'MBT si basa sull'idea che i pazienti borderline non sono stati in grado di sviluppare all'interno delle relazioni precoci di attaccamento la capacità di mentalizzazione (vale a dire, il processo sociocognitivo e affettivo di riflessione sugli stati mentali attraverso il quale si raggiunge la percezione delle intenzioni alla base del comportamento proprio e altrui). Incentivando lo sviluppo di questa capacità, il paziente riesce dapprima ad acquisire una maggiore stabilità nei termini del sé (per esempio, migliora la regolazione emotiva e comportamentale) e poi nelle relazioni con gli altri. Il raggiungimento di questo obiettivo terapeutico dipende anche dallo sviluppo di una relazione di attaccamento sicuro tra paziente e terapeuta. Tale relazione diventa il contesto nel quale gli stati mentali possono essere esplorati. Sugli studi di follow-up a lungo termine, l'MBT si è dimostrata efficace: diminuiscono i sintomi depressivi, la suicidalità, la parasuicidalità e i giorni di ospedalizzazione, mentre migliora il funzionamento sociale (Bateman, Fonagy, 2009).

#### **L'ATTACCOMENTO COME MODERATORE DELL'ESITO DELLA PSICOTERAPIA**

Un numero cospicuo di ricerche ha studiato il modo in cui gli stili di attaccamento, misurati prima dell'inizio del trattamento, possono essere connessi con l'esito della psicoterapia. Molti di questi studi si sono concentrati sui trattamenti psicodinamici, tuttavia esistono prove di effetti moderatori anche per terapie di altri orientamenti. In uno studio pionieristico per quest'area, Fonagy e collaboratori (1996) hanno trovato, in un campione di pazienti non psicotici, prove di un'associazione tra la classificazione dell'attaccamento al momento della presa in cura (misurata con l'AAI) e il cambiamento clinico alla fine del trattamento. Alla fine di una terapia psicodinamica ospedaliera intensiva, venne riscontrato un miglioramento clinicamente attendibile rilevato con il Global Assessment of Functioning (GAF, Scala di Valutazione del funzionamento globale, vedi Asse V del DSM-IV-TR) in metà del campione. Analizzando la porzione di pazienti con un miglioramento all'interno delle diverse classificazioni dell'attaccamento, si trovò che del gruppo distanziante era migliorato circa il 93 %, contro il 41 % dei pazienti preoccupati e il 33 % del gruppo sicuro-autonomo. Analisi successive dimostrarono anche che lo status di attaccamento è un predittore significativo del punteggio finale al GAF (confrontato con i punteggi GAF alla presa in carico). Sorprendentemente, gli autori scoprirono che lo status di attaccamento era l'unica tra le misure psicometriche usate (altre erano lo status irrisolto, la comorbidità con l'Asse I e con l'Asse II e altre misure di sintomi alla presa in carico) che prediceva significativamente un miglioramento sul GAF. Ciò suggerì che l'incidenza più rilevante sul progresso del trattamen-

to apparteneva proprio allo status di attaccamento. Fonagy e collaboratori proposero due principali spiegazioni per questi risultati: a) gli individui distanzianti potrebbero rappresentare uno stato interpersonale così estremo che il cambiamento osservato potrebbe dipendere dalla regressione verso i valori medi; b) lo studio indica quanto sia difficile per gli individui preoccupati avere un buon funzionamento nel corso della psicoterapia.

Reis e Grenyer (2004) indagarono la relazione tra l'attaccamento, misurato al momento della presa in carico tramite il Relationship Questionnaire (RQ) di Bartholomew e Horowitz, il processo (in particolare l'alleanza terapeutica) e l'esito di psicoterapie psicodinamiche a breve termine supportivo-espressive per pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Trovarono nel 39% del loro campione di 58 pazienti una classificazione evitante-timorosa rispetto all'attaccamento. Per questa porzione del campione, i risultati mostrarono un'associazione con esiti negativi per la remissione dei sintomi depressivi, in particolare durante le prime sei settimane di trattamento. Trovarono anche che il 21% del loro campione era preoccupato rispetto all'attaccamento, e per questa porzione riscontrarono gli esiti relativamente più negativi nelle fasi successive dei trattamenti. La ricerca dimostrò anche che lo stile di attaccamento non è connesso all'alleanza e che l'alleanza non è connessa con l'esito del trattamento; ciò suggerì agli autori che l'influenza negativa dell'attaccamento sulla risposta al trattamento è indipendente dall'impatto che ha sull'alleanza. Secondo gli autori, da questi risultati si può concludere che la prima fase di trattamento potrebbe essere molto complicata per gli individui evitanti-timorosi, a causa del livello di interazione e apertura richiesto dalla psicoterapia, che metterebbe questi soggetti a disagio. Per quanto riguarda gli individui preoccupati, la fase più difficile potrebbe essere quella più avanzata, perché potrebbe attivare ansie di separazione dal terapeuta e sentimenti di abbandono prima della conclusione del trattamento.

Risultati simili, che collegano lo status di attaccamento agli esiti dei trattamenti, sono stati osservati in alcuni studi successivi. Anche Strauss e collaboratori (2006), in un campione di pazienti ospedalizzati con varie diagnosi psichiatriche seguiti in terapia (principalmente in terapie di gruppo psicodinamiche interpersonali), trovarono per la porzione di soggetti preoccupati, rispetto alle altre classificazioni, il miglioramento minore. In questo campione, l'esito migliore lo mostrarono i pazienti con un attaccamento sicuro. In modo simile, in un campione di pazienti ospedalizzati seguiti in un programma di terapia psicodinamica per lo stress traumatico, i livelli più alti di paura della perdita della figura di attaccamento – una sottoscala del Reciprocal Attachment Questionnaire – appartenenti allo stile di attaccamento insicuro, sono stati trovati in associazione con gli esiti più negativi, sia al termine del trattamento sia in uno studio di follow-up (Stalker, Gebotys, Harper, 2005). In questa ricerca, l'attaccamento si è dimostrato

un predittore indipendente dalle variabili demografiche, dalla gravità dei sintomi e dal grado di esposizione al trauma.

Tasca e collaboratori (2006) hanno suggerito che l'attaccamento può predire in modo differenziato l'esito di una terapia a seconda del tipo di trattamento. Nel loro studio hanno indagato l'associazione tra l'attaccamento e l'esito all'interno di due gruppi di terapia per il disturbo da alimentazione incontrollata: uno di psicoterapia di gruppo cognitivo-comportamentale e uno di psicoterapia di gruppo psicodinamica interpersonale. In questo studio, gli autori hanno misurato l'attaccamento usando l'Attachment Style Questionnaire, un test self-report che raccoglie punteggi su cinque scale connesse con cinque pattern diversi di attaccamento. I risultati hanno mostrato che i punteggi più alti nella sottoscala "Bisogno di approvazione" (associati con i pattern di attaccamento ansioso) erano connessi a miglioramenti maggiori (misurati sul numero di giorni con presenza di abbuffate) nel gruppo di terapia psicodinamica interpersonale e relativamente minori nel gruppo cognitivo-comportamentale. Inoltre, i punteggi più alti della sottoscala "Secondarietà delle relazioni" (associati ai pattern di attaccamento distanziante) erano connessi a un tasso maggiore di abbandono nel gruppo di psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Anche ricerche su trattamenti diversi dalla psicoterapia psicodinamica hanno trovato prove di una connessione tra status di attaccamento ed esito. Meyer e Pilkonis (Meyer, Pilkonis, Proietto et al., 2001) hanno trovato che lo status di attaccamento sicuro, misurato con l'Attachment Prototype Rating System di Pilkonis (1988), era predittore di un miglioramento nella gravità dei sintomi (misurati con la Hamilton Anxiety Scale) e di un incremento di punteggio sul GAF in un campione di pazienti con diverse diagnosi sottoposto a un anno di terapie, alcune anche con ospedalizzazioni previste. In un altro studio (Cyranowski, Bookwala, Feske et al., 2002) con un campione di donne che soffrivano di depressione maggiore ricorrente seguita in terapia interpersonale, tra le pazienti in remissione, la porzione evitante-timorosa (identificata con l'RQ) ha mostrato il tasso più lento di stabilizzazione rispetto alle altre pazienti. In questo studio, lo stile di attaccamento non era predittore della remissione dei sintomi depressivi alla fine del trattamento. In uno studio svolto su un campione di uomini perpetratori di violenza domestica, seguiti in un programma di trattamento integrato, l'ansia da attaccamento, misurata con l'Adult Attachment Scale, era predittrice di maggiori livelli per quanto riguarda l'abuso fisico lieve e l'abuso psicologico. Inoltre, l'evitamento dell'attaccamento era predittore di punteggi più alti per quanto riguarda la gravità della violenza totale dopo la fine del trattamento (Lawson, Brossart, 2009). In questo campione, una diminuzione dell'evitamento dell'attaccamento nel corso della terapia è stata associata a una minore violenza nel post-trattamento.

Infine, McBride e collaboratori (2006) hanno esaminato le dimensioni



dell'attaccamento dell'ansia e dell'evitamento, misurate con il Relationship Scales Questionnaire (RSQ) di Griffin e Bartholomew, come fattori per la moderazione dell'esito di terapie interpersonali e cognitivo-comportamentali per la depressione maggiore. In questo studio, mentre l'ansia non è risultata predittiva dell'esito, i pazienti che mostravano livelli alti di evitamento dell'attaccamento raggiungevano più difficilmente la remissione dei sintomi se trattati con la terapia interpersonale piuttosto che con la terapia cognitivo-comportamentale.

Considerata nel suo complesso, questa mole di ricerche suggerisce che le classificazioni dell'attaccamento possono influenzare significativamente la traiettoria del cambiamento in psicoterapia. Se le differenze nella scelta della misurazione dello status di attaccamento rendono in parte complicata la generalizzazione dei risultati, si possono comunque riscontrare alcuni pattern congrui tra i diversi campioni. In primo luogo, molti studi indicano che in diverse psicoterapie, per un ampio spettro di disturbi, l'attaccamento sicuro è correlato a esiti migliori (per esempio Strauss, Kirchmann, Eckert et al., 2006; Meyer, Pilkonis, Proietto et al., 2001). In secondo luogo, ci sono prove che un'ansia da attaccamento elevata potrebbe essere predittiva di esiti peggiori, sia per i pazienti preoccupati (per esempio Fonagy, Leigh, Steele et al., 1996; Strauss, Kirchmann, Eckert et al., 2006) sia per i pazienti evitanti-timorosi (per esempio Cyranowski, Bookwala, Feske et al., 2002). Infine, gli studi che prendono in esame lo status di attaccamento in relazione all'esito di più tipi di psicoterapie suggeriscono che l'attaccamento potrebbe predire l'esito in modo differenziato in base al diverso tipo di trattamento (per esempio Tasca, Kerri, Conrad et al., 2006; McBride, Atkinson, Quilty et al., 2006).

#### **L'ATTACCAMENTO COME MODERATORE DEL PROCESSO DELLA PSICOTERAPIA**

I ricercatori hanno anche esaminato l'attaccamento in relazione al processo psicoterapeutico, dedicando una certa enfasi all'alleanza terapeutica, all'impegno nel trattamento e alla *compliance* terapeutica. Generalmente, i pazienti con un attaccamento più sicuro tendono ad avere alleanze più solide con i loro terapeuti, in una grande varietà di trattamenti (Dolan, Arnkoff, Glass, 1993; Eames, Roth, 2000; Goldman, Anderson, 2007; Hietanen, Punamäki, 2006; Satterfield, Lyddon, 1998). L'evitamento dell'attaccamento, in particolare l'evitamento timoroso, è invece correlato a un'alleanza più debole in molti gruppi clinici (Dolan, Arnkoff, Glass, 1993; Eames, Roth, 2000; Satterfield, Lyddon, 1998; Mallinckrodt, Porter, Kivlighan, 2005). L'evitamento dell'attaccamento è stato trovato anche correlato con un attaccamento evitante-timoroso del paziente rispetto al terapeuta (misura-



to con la Client Attachment to Therapist Scale); potrebbe in parte essere questa la spiegazione dell'impatto sull'alleanza (Mallinckrodt, Porter, Kivlighan, 2005).

Altre ricerche si sono dedicate allo studio dell'impatto dei pattern di attaccamento sull'utilizzo del trattamento e sul coinvolgimento in esso. Per quanto riguarda l'utilizzo del trattamento, queste ricerche, che prevedevano la somministrazione di AAI e ECR (Experiences in Close Relationships; Brennan, Clark, Shaver, 1998) hanno trovato che gli individui distanzianti tendono a riportare meno il fatto di essere stati in terapia, rispetto agli individui sicuri, preoccupati e irrisolti (Levy, Temes, Critchfeld, in preparazione; Riggs, Jacobvitz, 2002). Inoltre, uno studio che ha esaminato in un campione vasto di giovani adulti la relazione tra lo status di attaccamento e la tendenza a riportare l'uso di psicoterapie ha mostrato che gli individui classificati come timorosi o preoccupati rispetto all'attaccamento tendevano a riportare l'uso passato di psicoterapie con una frequenza doppia, se confrontati con gli individui con attaccamento sicuro (Levy, Temes, Critchfeld, in preparazione). Molti dati suggeriscono che gli individui preoccupati tendono a usufruire più frequentemente, oltre che della psicoterapia, anche di altri servizi medici: per esempio, individui preoccupati con disturbi di personalità di cluster B riportano ospedalizzazioni mediche più lunghe rispetto a gruppi analoghi con diverse classificazioni di attaccamento (Hoermann, Clarkin, Hull et al., 2004). In relazione all'uso del trattamento, l'ansia da attaccamento è connessa a un riconoscimento e a una percezione maggiore del disagio così come alla messa in atto di maggiori comportamenti di ricerca d'aiuto, mentre l'attaccamento distanziante è più associato con un minore riconoscimento del disagio e con minore ricerca d'aiuto (Vogel, Wei, 2005).

Riassumendo, i risultati hanno suggerito che i pazienti con attaccamento sicuro in diverse tipologie di trattamenti tendono a essere particolarmente collaborativi e rispettosi degli impegni, e sono in grado di utilizzare al meglio il trattamento. Questi pazienti riescono nella maggior parte dei casi a fidarsi dei loro terapeuti e usano gli interventi in maniera efficace. Al contrario, gli individui distanzianti tendono a essere più resistenti al trattamento e meno impegnati. Gli individui preoccupati, seppur in terapia possano sembrare aperti e bisognosi di aiuto, tendono a essere tuttavia meno collaborativi (Korfmacher, Adam, Ogawa et al., 1997; Riggs, Jacobvitz, 2002; Dozier, 1990).

Dozier (1990) ha studiato la questione in un campione di 40 giovani adulti ospedalizzati, in cura per schizofrenia, disturbi bipolari e altri disturbi psichiatrici gravi. In questo studio, l'attaccamento dei pazienti è stato misurato con l'Assessment Interview Q-set (Kobak, 1989). In più, il personale clinico ha valutato il grado di collaborazione dei loro pazienti nel trattamento, di comportamenti di ricerca o rifiuto di aiuto, di apertura al dialogo e dell'uso complessivo del trattamento. In linea con quanto riportato in pre-

cedenza, le strategie sicure, confrontate con strategie più distanzianti, sono state trovate in associazione con una *compliance* maggiore (per esempio, i pazienti sicuri hanno mostrato un maggior rispetto degli appuntamenti o delle prescrizioni dei medicinali). Allo stesso modo, lo studio ha dimostrato che gli individui distanzianti tendono a cercare meno aiuto (tendono maggiormente a rifiutarlo). Questi individui hanno ricevuto punteggi più bassi rispetto agli individui preoccupati per quanto riguarda l'uso di trattamenti. Le strategie preoccupate, di converso, sono state trovate in associazione con livelli maggiori di apertura rispetto a quelle distanzianti.

Un dato significativo è che risultati di studi provenienti da altre discipline mediche concordano nell'indicare che gli individui distanzianti tendono a essere meno rispettosi delle prescrizioni mediche. Per esempio, i pazienti distanzianti con diabete di tipo I e II hanno mostrato un monitoraggio meno accurato del glucosio, se confrontati con pazienti preoccupati e sicuri (Ciechanowski, Katon, Russo et al., 2001). Nel campione di questo studio, i pazienti distanzianti che hanno ritenuto scarsa la comunicazione con i loro medici hanno mostrato livelli di emoglobina glicata maggiori e hanno mostrato una minore aderenza alle prescrizioni dei farmaci ipoglicemizzanti orali e a un regolare monitoraggio del glucosio.

Studi successivi hanno mostrato come i pazienti distanzianti tendano a stressarsi e innervosirsi di più di fronte alle difficoltà che emergono nel trattamento e come in conseguenza il loro coinvolgimento ne risenta (Dozier, Lomax, Tyrrell et al., 2001). In generale, questi risultati potrebbero suggerire che i pazienti distanzianti sono più a rischio di abbandono del trattamento, vista la mancanza di coinvolgimento e collaborazione iniziali. Tuttavia, sebbene questi risultati indichino che i pazienti evitanti possano sembrare meno coinvolti delle loro controparti preoccupate, va detto che, per quanto riguarda gli esiti, sembrano invece ottenere i risultati migliori. Come descritto in precedenza, Fonagy e collaboratori (1996) hanno trovato nei loro pazienti distanzianti una possibilità maggiore di miglioramento nel corso del trattamento, rispetto a pazienti con altri stili di attaccamento (preoccupati compresi). Questi risultati suggeriscono che nonostante i pazienti evitanti (in particolare i distanzianti) possano sembrare distaccati, tendono comunque a utilizzare in modo efficace i trattamenti; viceversa, gli individui preoccupati, sebbene possano mostrarsi particolarmente coinvolti, tendono a non essere in grado di usare gli interventi in modo utile. Da questo punto di vista, è significativo che i pazienti distanzianti possano incoraggiare di più il terapeuta a mettere in pratica interventi attivi (come per esempio interpretazioni), laddove i pazienti preoccupati tendono maggiormente a elicitare nei terapeuti commenti riflessivi (Shapiro, Hardy, Aldridge et al., 1999).

Queste scoperte rispetto al processo e all'esito sono state riprese in importanti scritti clinici che ne hanno esaminato il ruolo nella pratica di tutti i giorni. Diamond e collaboratori (1999) hanno descritto due casi di pazien-

ti con disturbo borderline di personalità che dopo un anno di TFP con lo stesso terapeuta hanno modificato il loro attaccamento da insicuro a sicuro. Inizialmente, uno dei due pazienti aveva ricevuto nell'AAI la classificazione preoccupata, mentre l'altro si era classificato come distanziante. L'esperienza del terapeuta nelle interazioni con questi due pazienti è descritta come molto diversificata. Il paziente inizialmente preoccupato coinvolse da subito il terapeuta, che si percepì come molto attivo nel trattamento. Al contrario con il paziente inizialmente distanziante si sentì meno coinvolto, finanche escluso. Secondo il giudizio del terapeuta, con il paziente distanziante si era stabilito un legame terapeutico più debole. Queste osservazioni sono congrue con i risultati che riguardano la relazione tra gli stili di attaccamento distanzianti e preoccupati e l'uso del trattamento e il coinvolgimento nel rapporto terapeutico (per esempio Dozier, Cue, Barnett et al., 1994). Altri scritti clinici, in particolare quelli di Slade (1999, 2000, 2004), descrivono come i pazienti preoccupati siano più ostici nonostante sembrino più coinvolti e coinvolgenti. Le rappresentazioni del sé e dell'altro di questi pazienti possono essere vivide e ricche (e quindi affascinanti per il terapeuta) ma anche piuttosto caotiche, e quindi possono facilmente diventare materiale complicato e confusivo per il lavoro terapeutico.

#### **L'ATTACCOMENTO DEL TERAPEUTA COME MODERATORE DEL PROCESSO E DELL'ESITO DELLA PSICOTERAPIA**

Diversi studi hanno esaminato l'impatto dello stile di attaccamento del terapeuta sul corso e sull'esito della psicoterapia. Un risultato messo in evidenza è che i terapeuti con un attaccamento sicuro (misurato con AAI e RSQ), rispetto ai clinici con altro attaccamento, tendono ad avere esiti relativamente migliori per i loro pazienti (Dozier, Cue, Barnett et al., 1994; Bruck, Winston, Aderholt et al., 2006). In particolare sembra che l'attaccamento sicuro dei terapeuti sia correlato a migliori esiti e a più solide alleanze con pazienti che presentano sintomi gravi (Schauenburg, Buchheim, Beckh et al., 2010). I clinici con attaccamento sicuro sembrano inoltre più "disponibili psicologicamente" ai pazienti nel corso del tempo, se confrontati con i terapeuti con attaccamento insicuro (Zegers, Schuengel, Van IJzeendoorn et al., 2006). Per quanto riguarda la tecnica, sembra che i terapeuti con attaccamento sicuro confrontino di più i loro pazienti sui loro stili interpersonali, mentre quelli insicuri, con i loro pazienti, tendono maggiormente a ossequiarli (Dozier, Cue, Barnett et al., 1994; Tyrrell, Dozier, Teague et al., 1999). Inoltre, i clinici con uno stile di attaccamento ansioso sembrano rispondere con meno empatia rispetto a quelli con attaccamento sicuro (Dozier, Cue, Barnett et al., 1994; Tyrrell, Dozier, Teague et al., 1999; Hardy, Cahill, Shapiro et al., 2001; Hardy, Stiles, Barkham et al., 1998; Kanninen,

Salo, Punamäki, 2000; Rubino, Barker, Roth et al., 2000) e tendono ad avere alleanze più deboli (Dinge, Strack, Sachsse et al., 2009).

A questi risultati possiamo aggiungere quelli che identificano nell'accoppiamento tra lo stile di attaccamento del terapeuta e quello del paziente un importante predittore del processo e dell'esito della psicoterapia (Dozier, Cue, Barnett et al., 1994; Tyrrell, Dozier, Teague et al., 1999; Bruck, Winston, Aderholt et al., 2006). Nello specifico, escludendo chi ha un terapeuta con attaccamento sicuro, gli esiti migliori e le alleanze più solide si trovano in coppie paziente-terapeuta con stili di attaccamento opposti. Per esempio, una configurazione particolarmente vantaggiosa in termini di alleanza ed esito è quella tra un clinico con classificazione che ricade all'estremo distanziante di quella sicura e un paziente preoccupato. Questo tipo di risultati, insieme a quelli di ricerche precedenti sull'associazione paziente-terapeuta, suggeriscono che una non corrispondenza degli stili interpersonali tra clinico e paziente potrebbe avere dei benefici nello strutturare un intervento particolarmente efficace rispetto allo sviluppo, nel paziente, di stili interpersonali più adattivi. Detto in altri termini, i pazienti più emotivi e preoccupati potrebbero avere bisogno di interventi terapeutici più distaccati, mentre ai pazienti più distanzianti gioverebbero maggiormente interventi diretti all'espressione delle emozioni e all'affiliazione ad altre persone (Shapiro, Hardy, Aldridge et al., 1999; Stiles, Honos-Webb, Surko, 1998).

## L'ATTACAMENTO COME ESITO

Diversi studi hanno considerato il cambiamento nelle rappresentazioni dell'attaccamento come un mezzo per valutare l'esito clinico di psicoterapie psicodinamiche in diverse popolazioni di pazienti. Molte di queste ricerche, per misurare il cambiamento avvenuto all'interno delle terapie, hanno confrontato le valutazioni dello stile di attaccamento dei pazienti prima e dopo il trattamento.

Fonagy e collaboratori (1996) hanno misurato il cambiamento dello status di attaccamento in 35 pazienti ospedalizzati non psicotici, seguiti all'interno di un programma di psicoterapia psicodinamica intensiva lungo un anno. Nel loro campione, tutti i 35 pazienti avevano ricevuto una classificazione insicura nelle AAI pre-trattamento; alla fine della terapia, il 40% (N = 14) ha mostrato un cambiamento verso una classificazione sicura. Questa ricerca fu uno dei primi studi a esaminare il cambiamento dello status di attaccamento dovuto alla terapia. Fu inoltre di fondamentale importanza nel sottolineare come la psicoterapia potesse modificare i pattern di attaccamento dei pazienti per condurli verso uno status sicuro. Tuttavia, nello studio non sono specificate né il tipo di psicopatologia, né la tipologia di

trattamento usata. Gli studi successivi hanno misurato gli stessi cambiamenti nel contesto di diagnosi più specifiche e/o di terapie più strutturate.

Travis e collaboratori (2001) esaminarono i cambiamenti negli stili di attaccamento in pazienti reclutati nel Vanderbilt II Study, in cura con psicoterapie dinamiche a breve termine. Questi pazienti presentavano una varietà di difficoltà psicologiche (requisito dello studio era che avessero almeno una diagnosi di Asse I o di Asse II). Gli stili di attaccamento vennero valutati alla presa in carico e alla fine del trattamento con la Bartholomew Attachment Rating Scale (Bartholomew, Horowitz, 1991), strumento che permette una valutazione dei pattern di attaccamento sia categoriale sia dimensionale. Gli autori trovarono cambiamenti significativi dagli stili insicuri a quelli sicuri, dalla presa in carico alla dimissione, sia sui punteggi categoriali sia su quelli dimensionali. In più, i ricercatori evidenziarono una relazione significativa tra gli stili di attaccamento, i punteggi della Global Assessment Scale e la gravità dei sintomi nel post-trattamento. Gli autori conclusero che lo status di attaccamento sicuro può dotare una persona di strategie di coping interpersonale più adattive, che potrebbero poi a loro volta mitigare la gravità dei sintomi.

In un altro gruppo di studi, Levy e collaboratori (Diamond, Clarkin, Stovall-McClough et al., 2003; Levy, Kelly, Meehan et al., 2006; Levy, Diamond, Yeomans et al., 2007) hanno esaminato i cambiamenti dello status di attaccamento misurato con l'AAI in pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità. In uno studio pilota (Levy, Diamond, Yeomans et al., 2007), i ricercatori hanno valutato il cambiamento nell'attaccamento in un gruppo di 10 pazienti dopo un anno di trattamento psicodinamico strutturato con la TFP, trovando che dei 9 pazienti classificati originariamente come insicuri 2 sono diventati sicuri; alla fine del trattamento dunque un terzo del campione risultò classificato come sicuro. Inoltre, dei 6 pazienti inizialmente irrisolti rispetto al trauma e/o alla perdita, 4 acquisirono una classificazione risolta. In uno studio controllato randomizzato (Levy, Diamond, Yeomans et al., 2007), i ricercatori hanno esaminato i cambiamenti nell'attaccamento di 90 pazienti con disturbo borderline di personalità assegnati casualmente a tre trattamenti diversi: TFP, terapia comportamentale dialettica (*dialectical behavior therapy*, DBT) e una versione modificata di psicoterapia psicodinamica supportiva (SPT). Dopo un anno di terapia, gli autori hanno osservato un aumento significativo del numero di pazienti classificati come sicuri appartenenti al gruppo TFP; lo stesso aumento non è stato osservato negli altri due gruppi. All'interno del gruppo TFP, 7 soggetti su 22 (31.8%) hanno modificato la loro classificazione da insicura a sicura.

In letteratura si trovano anche prove di una correlazione tra il cambiamento dello status di attaccamento e modifiche nella sintomatologia. In linea con i risultati discussi precedentemente, pazienti ospedalizzati inseriti in un trattamento per il disturbo post-traumatico da stress hanno mostrato un

aumento significativo della classificazione sicura dell'attaccamento nel corso del trattamento, mantenuta poi negli studi di follow-up (Muller, Rosenkranz, 2009). In questo caso, i cambiamenti positivi degli stili di attaccamento risultarono significativamente correlati anche con la riduzione dei sintomi.

## L'ATTACCAMENTO COME PROCESSO

Studi preliminari recenti suggeriscono che l'attaccamento, con i suoi costrutti, può essere usato anche come una lente attraverso la quale esaminare il processo psicoterapeutico. Samstag e collaboratori (2008) hanno usato il sistema di valutazione della coerenza narrativa dell'AAI per valutare il processo della psicoterapia come predittore del suo esito, in 48 diadi paziente-terapeuta. Il campione includeva pazienti con diagnosi miste (principalmente disturbi di personalità del cluster C in comorbidità con depressione e/o ansia), assegnati in modo casuale a protocolli di 30 sedute dei seguenti trattamenti: psicoterapia psicodinamica a breve termine, psicoterapia breve adattiva (dinamica), psicoterapia cognitivo-comportamentale, SPT e psicoterapia relazionale (per maggiori dettagli sui trattamenti vedi Samstag, Muran, Wachtel et al., 2008). I pazienti sono stati poi divisi in tre gruppi in base all'esito: a) abbandono (chiusura entro le prime 10 sessioni); b) esito positivo (elevati punteggi di affidabilità del cambiamento); c) esito negativo (bassi punteggi di affidabilità del cambiamento). La coerenza è stata valutata in alcune sedute scelte casualmente tra le prime 10 del trattamento. In confronto agli altri due gruppi, i punteggi della coerenza risultarono significativamente più elevati nel gruppo dell'esito positivo. Questi risultati suggeriscono che nel contesto psicoterapeutico narrative più coerenti possono essere indice di una collaborazione particolarmente fertile tra paziente e terapeuta. Inoltre, è possibile considerare che alcuni fattori relativi al paziente, tra cui l'attaccamento, possono influenzare il livello della coerenza narrativa, che a sua volta può avere un impatto sul corso della psicoterapia.

## IMPLICAZIONI CLINICHE DELLA RICERCA SULL'ATTACCAMENTO

Presi nel loro insieme, i risultati discussi possono fornire indicazioni per il lavoro con pazienti con diverse classificazioni di attaccamento. Sarà presa in considerazione in particolare la mole di ricerche sulle due classificazioni più feconde per l'applicazione clinica, quella preoccupata e quella distanziante.

I pazienti preoccupati tendono a cercare i trattamenti con più frequenza. Avendo nella maggior parte dei casi una rappresentazione negativa di sé e un modello positivo degli altri (Bartholomew, 1990), tendono a cercare nei terapeuti la soddisfazione di esigenze alle quali non si sentono in



grado di provvedere da soli. Nel lavoro terapeutico, è normale che gli individui preoccupati disvelino al terapeuta una grande mole di informazioni, costellate di descrizioni molto evocative di sé e degli altri che catturano l'attenzione dei clinici; tuttavia è facile che il loro discorso manchi della coerenza narrativa necessaria all'interlocutore per una condivisione piena della loro esperienza. È una loro convinzione frequente, infatti, che il terapeuta abbia nei loro riguardi una consapevolezza molto superiore a quanto ci si potrebbe realisticamente aspettare. Nella migliore delle ipotesi, il terapeuta si trova sollecitato a costruire nella sua mente le congiunzioni tra segmenti disparati di informazioni, dal momento che il paziente non fornisce sufficienti connessioni narrative. Nella peggiore, si potrà sentire confuso e frustrato, perso tra narrative caotiche e involute. Così, se il paziente preoccupato può sembrare serio e impegnato nel lavoro terapeutico, tale coinvolgimento spesso non si traduce in un dialogo proficuo che permetta al paziente di modificare le rappresentazioni del sé e degli altri.

Dozier e collaboratori (2001) descrivono la posizione del terapeuta con pazienti preoccupati come apparentemente contraddittoria: il clinico deve rimanere presente e sicuro con il paziente mantenendo allo stesso tempo una distanza sufficiente che gli permetta di non rimanere invischiato nelle sue produzioni narrative. Questo distanziamento sicuro gli permette il distacco necessario per fare fronte e rimuovere l'oscurità a tutte le omissioni e rotture del discorso del paziente (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999). Slade suggerisce che il progresso con i pazienti preoccupati avviene a piccoli passi, e che si raggiunge attraverso una "disponibilità emotiva [...] e [...] capacità di tollerare la frammentazione e il caos" del terapeuta, aiutando il paziente a produrre rappresentazioni di sé e degli altri meno distorte e caotiche (Slade, 1999, p. 667).

Viceversa, i pazienti distanzianti ricercano i trattamenti con minore frequenza (Levy, Temes, Critchfeld, in preparazione). Visto che il loro mondo rappresentazionale comprende un modello positivo per il sé e uno negativo per gli altri (Bartholomew, 1990), è difficile che in loro ci sia l'aspettativa di un cambiamento proveniente dall'aiuto e dalla dipendenza da qualcun altro. Nelle prime fasi della terapia, è infatti comune per questi pazienti mantenere una distanza con il terapeuta, aprirsi poco ed esprimere scetticismo riguardo al trattamento. Seppure si possano mostrare ligi nel trasmettere informazioni personali, la loro narrativa manca spesso di dettagli necessari per creare nella mente del clinico immagini vivaci, complesse e sfaccettate delle rappresentazioni del paziente del sé e degli altri. Nel migliore dei casi, il terapeuta può avvertire la sensazione di procedere meccanicamente in una terapia con un paziente distaccato e superficialmente acquiescente; nel peggiore, può sentirsi ripetutamente sollecitato a rispondere al criticismo di un individuo che tiene costantemente "un piede fuori dalla porta".

Di conseguenza, le prime fasi del trattamento con pazienti distanzianti si



concentrano spesso sullo scongiurare il rischio elevato di abbandono. Come nel caso dei pazienti preoccupati, il terapeuta si trova così sfidato a dover bilanciare due richieste apparentemente contraddittorie. Da una parte, come discusso in precedenza, i pazienti distaccati tendono a stressarsi e innervosirsi di fronte alle difficoltà che emergono nel trattamento (Dozier, Lomax, Tyrrell et al., 2001). Allo stesso tempo, non affrontare direttamente le minacce alla terapia aumenta il rischio di abbandono (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999). La capacità del terapeuta di impegnarsi emotivamente a fronte di un discorso inizialmente poco coinvolgente e di trasmettere un certo grado di espressione emotiva a una narrazione spesso priva di affetti complessi, può fornire lo spazio ottimale di intervento con questo tipo di pazienti. Come già descritto, nonostante le difficoltà a coinvolgere e trattenere i pazienti distanziati in terapia, superate le fasi iniziali, sembra che per quanto riguarda gli esiti si ottengano con questi pazienti i risultati più positivi.

## CONCLUSIONI

La teoria dell'attaccamento di Bowlby, insieme alla grande mole di ricerche che la teoria ha generato, occupa oggi un ruolo di primo rilievo nella teoria e nella pratica psicodinamica. Laddove un tempo il pensiero dinamico era dominato dalla teoria classica delle pulsioni, al giorno d'oggi il costrutto bowlbiano di una pulsione volta alla ricerca dell'oggetto è teoria accolta e accettata da molte scuole psicoanalitiche (Eagle, Wolitzky, 2009).

Inizialmente, la psicoanalisi era relativamente poco interessata alla teoria e alla ricerca sull'attaccamento, in parte a causa dell'accento posto sul comportamento, ma anche per il focus centrato sulle relazioni reali, per l'idea delle rappresentazioni come relativamente veritiere e per la riduzione dell'enfasi sulla sessualità e sull'aggressività. Tuttavia, la teoria e la ricerca sull'attaccamento hanno dimostrato di poter fornire un quadro di riferimento euristico efficace e affidabile per la ricerca psicoanalitica, in particolare per verificare le ipotesi psicodinamiche e arricchire le prospettive di ricercatori e clinici psicoanalitici.

La ricerca sull'attaccamento ha di fatto fornito le prove per molti capisaldi teorici della psicoanalisi. Lo studio pionieristico di Ainsworth e collaboratori (1978) sul rapporto tra la sensibilità materna e i pattern di attaccamento e i successivi studi di Sroufe, Hamilton e Waters (Waters, Merrick, Treboux et al., 2000; Hamilton, 2000; Weinfeld, Sroufe, Egeland, 2000) sulla continuità tra l'attaccamento infantile nell'adolescenza e nell'età adulta hanno provato due principi basilari della psicoanalisi: a) l'importanza delle relazioni della prima infanzia nel plasmare le relazioni adulte e b) la rilevanza dei sistemi di significato. Allo stesso modo, il lavoro seminale di Main e collaboratori nello sviluppare l'AAI e nel collegare le rappresentazioni di attaccamento materne

e paterne ai pattern di attaccamento dei figli, insieme alla feconda ricerca di Fonagy e Target sulla mentalizzazione, hanno fornito terreno fertile per la progressione scientifica e la crescita futura della psicoanalisi.

A partire dalle teorie di Bowlby si può ricavare una serie di conclusioni che scaturiscono dall'analisi dei risultati delle ricerche sull'intersezione tra attaccamento e psicoterapia, come sono stati esposti in questo capitolo. In particolare:

- La teoria dell'attaccamento ha fornito un quadro di riferimento utile a vari interventi diretti all'infanzia, che hanno mostrato esiti promettenti (Anisfeld, Casper, Nozyce et al., 1990; Cicchetti, Toth, Rogosch, 1999; Toth, Rogosch, Manly et al., 2006; Lieberman, Van Horn, Ippen, 2005; Lieberman, Ippen, Van Horn, 2006; Heinicke, Goorsky, Levine et al., 2006; Van den Boom, 1994; Cohen, Muir, Lojkasik et al., 1999; Marvin, Cooper, Hoffman et al., 2002; Hoffman, Marvin, Cooper et al., 2006). Il successo di questi interventi è degno di nota anche perché, contrariamente a interventi basati sulle abilità (*skills*) che prendono in considerazione comportamenti manifesti, questi programmi terapeutici hanno dimostrato che, per un cambiamento con effetto a lungo termine, è necessario accedere alla sottostante organizzazione dell'attaccamento.
- La teoria dell'attaccamento ha fornito un quadro di riferimento per numerose psicoterapie, trasferendo così i principi teorici psicodinamici nel campo più ampio dei trattamenti non dinamici (per esempio, l'IPT e l'EFT). Se infatti, solitamente, alle radici di queste forme di terapia è difficile trovare concetti psicodinamici, nella loro pratica si trova l'uso implicito o esplicito di principi della teoria dell'attaccamento (Klerman, Weissman, Rounsaville et al., 1984; Johnson, 2004; Makinen, Johnson, 2006).
- La teoria dell'attaccamento ha anche prodotto delle modificazioni in trattamenti psicodinamici specifici per determinate popolazioni e disturbi (per esempio, la MBT). L'influenza della teoria bowlbiana si rileva non solo nella concettualizzazione del fenomeno clinico (per esempio il disturbo borderline di personalità), ma anche nell'implementazione degli interventi, per esempio il monitoraggio dei livelli di attivazione del sistema di attaccamento del paziente (Bateman, Fonagy, 2009).
- L'organizzazione dell'attaccamento si è rilevata un moderatore sia del processo sia dell'esito psicoterapeutico, influenzando così la direzione della terapia sia all'interno della singola seduta sia nel corso dell'intero trattamento (Diamond, Clarkin, LeVine et al., 1999; Diamond, Clarkin, Stovall-McClough et al., 2003). Questo insieme di risultati suggerisce che alcuni costrutti dell'attaccamento hanno proprietà prognostiche per la terapia. Da un lato, se l'evitamento dell'attaccamento può essere associato ad alleanze più deboli e acquiescenza in terapia (Dolan, Arnkoff, Glass, 1993; Eames, Roth,

2000; Mallinckrodt, Porter, Kivlighan, 2005), tuttavia gli individui con alti livelli di evitamento dell'attaccamento, se rimangono in terapia, spesso ne ottengono benefici (Fonagy, Leigh, Steele et al., 1996). D'altro canto, gli individui con elevata ansia da attaccamento, se da una parte ricercano maggiormente aiuto clinico, dall'altra possono mostrare esiti delle psicoterapie più negativi (Fonagy, Leigh, Steele et al., 1996; Strauss, Kirchmann, Eckert et al., 2006; Cyranowski, Bookwala, Feske et al., 2002).

– Le ricerche che si sono occupate di comparare i risultati tra gruppi di pazienti e trattamenti hanno messo in evidenza la funzione dell'organizzazione dell'attaccamento come indicatore prescrittivo (Tasca, Kerri, Conrad et al., 2006; McBride, Atkinson, Quilty et al., 2006). Il fatto che, in base alla tipologia di trattamento, lo status di attaccamento predica in modo differenziato l'esito, suggerisce l'importanza della valutazione da parte dei clinici dell'organizzazione dell'attaccamento nella pianificazione di un trattamento.

– Alcuni costrutti relativi all'attaccamento come la coerenza narrativa possono essere pensati nei termini del processo psicoterapeutico attraverso l'analisi dei comportamenti di interazione in seduta tra paziente e terapeuta (Samstag, Muran, Wachtel et al., 2008). Ciò indica che i costrutti dell'attaccamento hanno importanti implicazioni per la buona qualità della connessione tra paziente e terapeuta, che a sua volta influenza il corso della psicoterapia (Dozier, 1990).

– Inoltre, l'organizzazione dell'attaccamento del paziente, e la sua corrispondenza con l'organizzazione del terapeuta, può avere un impatto significativo sul processo e sull'esito del trattamento (Dozier, Cue, Barnett et al., 1994; Bruck, Winston, Aderholt et al., 2006; Tyrrell, Dozier, Teague et al., 1999). Sebbene non sia una sorpresa che i terapeuti attaccati in modo sicuro ottengano gli esiti migliori, un dato inaspettato è che i pazienti associati a terapeuti discordanti rispetto alle dimensioni preoccupate e distanzianti tendono ad avere esiti migliori e alleanze più solide rispetto alle diadi concordanti.

– La ricerca ha dato prove di cambiamenti nell'organizzazione dell'attaccamento di pazienti nel corso delle psicoterapie (Levy, Kelly, Meehan et al., 2006). Ciò implica che costrutti dell'attaccamento come la coerenza narrativa e la funzione riflessiva costituiscano degli esiti importanti a se stanti.

Quest'ultimo punto rende conto del ruolo che la teoria e la ricerca sull'attaccamento hanno svolto nel validare quello che potrebbe essere considerato un aspetto unico delle terapie psicodinamiche: la capacità di modificare le strutture psicologiche. In generale, queste ricerche dimostrano infatti che i pazienti possono modificare i loro schemi relazionali e ridefinire i modelli operativi interni, accedendo a nuove modalità di pensiero, percezione e azione, diverse da quelle che hanno caratterizzato le relazioni del passato.

## BIBLIOGRAFIA

- AINSWORTH, M.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., WALL, S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- ANISFELD, E., CASPER, V., NOZYCE, M., CUNNINGHAM, N. (1990), "Does infant carrying promote attachment? An experimental study on the effects of increased physical contact on the development of attachment". In *Child Development*, 61, pp. 1617-1627.
- BARTHOLOMEW, K. (1990), "Avoidance of intimacy: An attachment perspective". In *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, pp. 147-178.
- BARTHOLOMEW, K. (1994), "Assessment of individual differences in adult attachment". In *Psychological Inquiry*, 5, pp. 23-27.
- BARTHOLOMEW, K., HOROWITZ, L.M. (1991), "Attachment styles among young adults: A test of a four-category model". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 226-244.
- BARTHOLOMEW, K., SHAVER, P.R. (1988), "Methods of assessing adult attachment: Do they converge?". In SIMPSON, J.A., RHOLES, W.S. (a cura di), *Attachment Theory and Close Relationships*. Guilford Press, New York.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (1999), "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial". In *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 1563-1569.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2001), "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 36-42.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2008), "8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual". In *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 631-638.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2009), "Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 166, pp. 1355-1364.
- BOWLBY, J. (1973), *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1975.
- BOWLBY, J. (1975), "Attachment theory, separation anxiety and mourning". In HAMBURG, D.A., BRUDIC, K.H. (a cura di), *American Handbook of Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> ed. Basic Books, New York, NY, pp. 292-309.
- BOWLBY, J. (1977), "Costruzione e rottura dei legami affettivi". Tr. it. in *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano 1982.
- BOWLBY, J. (1982), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, 2<sup>a</sup> ed. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- BRENNAN, K.A., CLARK, C.L., SHAVER, P.R. (1998), "Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview". In SIMPSON, J.A., RHOLES, W.S. (a cura di), *Attachment Theory and Close Relationships*. Guilford Press, New York, pp. 46-76.
- BRETHERTON, I. (1985), "Attachment theory: Retrospect and prospect". In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, pp. 3-35.
- BRETHERTON, I. (1992), "The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth". In *Developmental Psychology*, 28, pp. 759-775.
- BRUCK, E., WINSTON, A., AÐERHOLT, S., MURAN, J.C. (2006), "Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles". In *American Journal of Psychotherapy*, 60, pp. 393-406.
- CICCHETTI, D., TOTH, S.L., ROGOSCH, F.A. (1999), "The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers". In *Attachment & Human Development*, 1, pp. 34-66.
- CIECHANOWSKI, P.S., KATON, W.J., RUSSO, J.E., WALKER, E.A. (2001), "The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 29-35.

- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F., KERNBERG, O.F. (1999), *Psicoterapia delle personalità borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- COHEN, N.J., MUIR, E., LOJKASIK, M., PARKER, C.J., BARWICK, M., BROWN, M. (1999), "Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy". In *Infant Mental Health Journal*, 20, pp. 429-451.
- CROWELL, J.A., FRALEY, R.C., SHAVER, P.R. (1999), "Misure delle differenze individuali dell'attaccamento negli adolescenti e negli adulti". Tr. it. in CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria ricerca e applicazione clinica*. Fioriti, Roma 2002, pp. 494-530.
- CYRANOWSKI, J.M., BOOKWALA, J., FESKE, U., HOUCK, P., PILKONIS, P.A., KOSTELNIK, B. ET AL. (2002), "Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression". In *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, pp. 191-217.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J., LEVINE, H., LEVY, K., FOELSCH, P., YEOMANS, F. (1999), "Borderline conditions and attachment: A preliminary report". In *Psychoanalytic Inquiry*, 19, pp. 831-884.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J.F., STOVALL-McCLOUGH, K.C., LEVY, K.N., FOELSCH, P.A., LEVINE, H. ET AL. (2003), "Patient-therapist attachment: Impact on the therapeutic process and outcome". In CORTINA, M., MARRONE, M. (a cura di), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*. Whurr Publishers, Ltd, London, pp. 127-178.
- DINGE, U., STRACK, M., SACHSSE, T., SCHAUENBURG, H. (2009), "Therapists' attachment, patients' interpersonal problems, and alliance development over time in inpatient psychotherapy". In *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, pp. 277-290.
- DOLAN, R.T., ARNKOFF, D.B., GLASS, C.R. (1993), "Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance". In *Psychotherapy*, 30, pp. 408-411.
- DOZIER, M. (1990), "Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders". In *Development and Psychopathology*, 2, pp. 47-60.
- DOZIER, M., CUE, K.L., BARNETT, L. (1994), "Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 4, pp. 793-800.
- DOZIER, M., LOMAX, L., TYRRELL, C.L., LEE, S. (2001), "The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind". In *Attachment & Human Development*, 3, pp. 62-76.
- EAGLE, M., WOLITZKY, D.L. (2009), "Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis". In OBEGI, J.H., BERANT, E. (a cura di), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. Guilford Press, New York, pp. 351-378.
- EAMES, V., ROTH, A. (2000), "Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures". In *Psychotherapy Research*, 10, pp. 421-434.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G. ET AL. (1996), "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 22-31.
- FRALEY, R.C. (2002), "Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms". In *Personality and Social Psychology Review*, 6, pp. 123-151.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M. (1985), *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley, documento non pubblicato.
- GOLDMAN, G.A., ANDERSON, T. (2007), "Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance". In *Journal of Counseling Psychology*, 54, pp. 111-117.
- GROSSMANN, K.E., GROSSMANN, K., WATERS, E. (2005), *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*. Guilford Press, New York.
- HAMILTON, C.E. (2000), "Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence". In *Child Development*, 71, pp. 690-694.
- HARDY, G.E., CAHILL, J., SHAPIRO, D.A., BARKHAM, M., REES, A., MACASKILL, N. (2001), "Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp. 841-845.



- HARDY, G.E., STILES, W.B., BARKHAM, M., STARTUP, M. (1998), "Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 304-312.
- HAZAN, C., SHAVER, P. (1987), "Romantic love conceptualized as an attachment process". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 511-524.
- HEINICKE, C.M., GOORSKY, M., LEVINE, M., PONCE, V., RUTH, G., SILVERMAN, M. ET AL. (2006), "Pre and postnatal antecedents of a home visiting intervention and family developmental outcome". In *Journal of Mental Health*, 27, pp. 91-119.
- HIETANEN, O.M., PUNAMÄKI, R. (2006), "Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients". In *Journal of Mental Health*, 15, pp. 423-435.
- HOERMANN, S., CLARKIN, J.F., HULL, J.W., FERTUCK, E.A. (2004), "Attachment dimensions as predictors of medical hospitalizations in individuals with DSM-IV Cluster B personality disorders". In *Journal of Personality Disorders*, 18, pp. 595-603.
- HOFFMAN, K., MARVIN, R., COOPER, G., POWELL, B. (2006), "Changing toddlers' and pre-schoolers' attachment classifications: The circle of security intervention". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 1017-1026.
- JOHNSON, S.M. (2004), "Attachment theory: A guide for healing couple relationships". In RHOLES, W.S., SIMPSON, J.A. (a cura di), *Adult Attachment*. Guilford Press, New York, pp. 367-387.
- KANNINEN, K., SALO, J., PUNAMÄKI, R. (2000), "Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence". In *Psychotherapy Research*, 10, pp. 435-449.
- KAPLAN, G.C., MAIN, M. (1985), *The Berkley Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychology, University of California, Berkley.
- KLERMAN, G., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B., CHEVRON, E. (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books, New York.
- KOBAK, R.R. (1989), *The Attachment Q-sort*. University of Delaware, Newark, documento non pubblicato.
- KORFMACHER, J., ADAM, E., OGAWA, J., EGELAND, B. (1997), "Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention". In *Applied Developmental Science*, 1, pp. 43-52.
- LAWSON, O.M., BROSSART, D.F. (2009), "Attachment, interpersonal problems, and treatment outcome in group therapy for intimate partner violence". In *Psychology of Men & Masculinity*, 10, pp. 288-301.
- LEVY, K.N., DIAMOND, D., YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2007), *Changes in Attachment, Reflection Function, and Object Representation in the Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder*. Documento non pubblicato.
- LEVY, K.N., KELLY, K.M., MEEHAN, K.B., REYNOSO, J.S., CLARKIN, J.F., LENZENWEGER, M.F. ET AL. (2006), "Change in attachment patterns and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 1027-1040.
- LEVY, K.N., TEMES, C.M., CRITCHFIELD, K.L., *Differential use of psychotherapy treatment by young adults as a function of sex, ethnicity, religion, and adult attachment style*. Manoscritto in preparazione.
- LEWIS, M., FEIRING, C., ROSENTHAL, S. (2000), "Attachment over time". In *Child Development*, 71, pp. 707-720.
- LIEBERMAN, A.F., IPPEN, C.O., VAN HORN, P. (2006), "Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial". In *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 45, pp. 913-918.
- LIEBERMAN, A.F., VAN HORN, P., IPPEN, C.O. (2005), "Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with pre-schoolers exposed to marital violence". In *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 44, pp. 1241-1247.
- MAIN, M., HESSE, E. (1990), "Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: iIs frightened or frightening parental behavior the linking mechanism?". In GREENBERG, M.T., CICHETTI, D., CUMMINGS, E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 161-184.

- MAIN, M., KAPLAN, N., CASSIDY, J. (1985), "Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation". In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, pp. 66-104.
- MAIN, M., WESTON, D.R. (1981), "The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships". In *Child Development*, 52, pp. 932-940.
- MAKINEN, J.A., JOHNSON, S.M. (2006), "Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 1055-1064.
- MALLINCKRODT, B., PORTER, M.J., KIVLIGHAN, D.M. (2005), "Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy". In *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 42, pp. 85-100.
- MARVIN, R., COOPER, G., HOFFMAN, K., POWELL, B. (2002), "The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads". In *Attachment & Human Development*, 1, pp. 107-124.
- MCBRIDE, C., ATKINSON, L., QUILTY, L.C., BAGBY, M.R. (2006), "Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 1041-1054.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTE, J.M., HEAPE, C.L., EGAN, M. (2001), "Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course". In *Journal of Personality Disorders*, 15, pp. 371-389.
- MULLER, R.T., ROSENKRANZ, S.E. (2009), "Attachment and treatment response among adult in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder". In *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, pp. 82-96.
- OBEI, J.H., BERANT, E. (2009), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. Guilford, New York.
- PATERSON, R.J., MORAN, G. (1988), "Attachment theory, personality development, and psychotherapy". In *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 611-636.
- PILKONIS, P.A. (1988), "Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy". In *Journal of Personality Disorders*, 2, pp. 144-152.
- REIS, S., GRENYER, B.F.S. (2004), "Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression". In *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2, pp. 414-424.
- RIGGS, S.A., JACOBVITZ, D. (2002), "Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with the mental health and family history". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 195-204.
- RUBINO, G., BARKER, C., ROTH, T., FEARON, P. (2000), "Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles". In *Psychotherapy Research*, 10, pp. 408-420.
- SAMSTAG, L.W., MURAN, J.C., WACHTEL, P.L., SLADE, A., SAFRAN, J.D. (2008), "Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions". In *American Journal of Psychotherapy*, 62, pp. 165-194.
- SATTERFIELD, W.A., LYDDON, W.J. (1998), "Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees". In *Journal of Counseling Psychology*, 42, pp. 187-189.
- SCHAUENBURG, H., BUCHHEIM, A., BECKH, K., NOLTE, T., BRENN-FRANZ, K., LEICHSENRING, F. ET AL. (2010), "The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 20, pp. 193-202.
- SHAPIRO, D., HARDY, G., ALDRIDGE, J., DAVIDSON, C., ROWE, C., REILLY, S. (1999), "Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 9, pp. 36-53.
- SHAVER, P.R., BELSKY, J., BRENNAN, K.A. (2000), "The Adult Attachment Interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods". In *Personal Relationships*, 7, pp. 25-43.



- SHAVER, P., HAZAN, C., BRADSHAW, D. (1988), "Love as attachment". In STERNBERG, R.J., BARNES, M.L. (a cura di), *The Psychology of Love*. Yale University Press, New Haven, pp. 68-99.
- SLADE, A. (1999), "Teoria dell'attaccamento e ricerca clinica: implicazioni per la teoria e la pratica della psicoterapia individuale con adulti". Tr. it. in CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria ricerca e applicazione clinica*. Fioriti, Roma 2002, pp. 652-673.
- SLADE, A. (2000), "The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, pp. 1147-1174.
- SLADE, A. (2004), "The move from categories to process: Attachment phenomena and clinical evaluation". In *Journal of Mental Health*, 25, pp. 269-283.
- STALKER, C.A., GEBOTYS, R., HARPER, K. (2005), "Insecure attachment as a predictor of outcome following inpatient trauma treatment for women survivors of childhood abuse". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, pp. 137-156.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., SURKO, M. (1998), "Responsiveness in psychotherapy". In *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, pp. 439-458.
- STRAUSS, B., KIRCHMANN, H., ECKERT, J., LOBO-DROST, A., MARQUET, A., PAPENHAUSEN, R. ET AL. (2006), "Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study". In *Psychotherapy Research*, 16, pp. 579-594.
- TASCA, G.A., KERRI, R., CONRAD, G., BALFOU, L., GAYTON, J., LYBANON, V. ET AL. (2006), "Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction". In *Psychotherapy Research*, 16, pp. 106-121.
- TOTH, S.L., ROGOSCH, F.A., MANLY, J.T., CICCHETTI, D. (2006), "The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 6, pp. 1006-1016.
- TRAVIS, L.A., BLIWISE, N.G., BINDER, J.L., HORNE-MOYER, H.L. (2001), "Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy". In *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 38, pp. 149-159.
- TYRRELL, C.L., DOZIER, M., TEAGUE, G.B., FALLOT, R.D. (1999), "Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 5, pp. 725-733.
- VAN DEN BOOM, D.C. (1994), "The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants". In *Child Development*, 65, pp. 1457-1477.
- VAN IJZENDOORN, M.H. (1995), "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta analysis of the predictive validity of the adult attachment interview". In *Psychological Bulletin*, 117, pp. 387-403.
- VOGEL, D.L., WEI, M. (2005), "Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support". In *Journal of Counseling Psychology*, 52, pp. 347-357.
- WATERS, E., MERRICK, S., TREBOUX, D., CROWELL, J., ALBERSHEIM, L. (2000), "Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study". In *Child Development*, 71, pp. 684-689.
- WEINFELD, N.S., SROUFE, L.A., EGELAND, B. (2000), "Attachment from infancy to young adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates". In *Child Development*, 71, 3, pp. 695-702.
- ZEGERS, M.A., SCHUENGEL, C., VAN IJZENDOORN, M.H., JANSSENS, J.M.A.M. (2006), "Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships". In *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, pp. 325-334.

## Accuratezza dell'interpretazione delle difese in tre tipi di carattere

*J. Christopher Perry, Jonathan Petraglia, Trevor R. Olson,  
Michelle D. Presniak, Jesse A. Metzger*

I meccanismi di difesa sono uno dei costrutti più duraturi in psicoanalisi e in psichiatria/psicologia dinamica, e abbracciano approcci teorici, clinici e di ricerca. Sebbene il costrutto nasca con la pubblicazione di Freud nel 1894 del testo sulle *neuropsicosi da difesa*, i primi sette decenni di lavori psicoanalitici per gran parte hanno incrementato la comprensione teorica e corroborato gli approcci clinici ai meccanismi di difesa, mentre la ricerca non ha cominciato a farlo fino a circa gli ultimi 40 anni, accelerando leggermente in epoche più recenti. Gran parte di questa ricerca si è comprensibilmente concentrata in primo luogo sulla valutazione delle difese (Davidson, MacGregor, 1998; Perry, Ianni, 1998), in secondo luogo sul rapporto tra difese e disturbi clinici, come per esempio la depressione (Høglend, Perry, 1998) e i disturbi di personalità (Perry, Presniak, Olson, 2013), e, in terzo luogo, sui cambiamenti delle difese nel tempo e nello sviluppo a lungo termine (Vaillant, 1993). In anni recenti, quest'ultima linea di ricerca ha incluso gli studi sull'outcome dei trattamenti, che indicavano che questi ultimi miglioravano le difese e il funzionamento difensivo (Høglend, Perry, 1998; Hersoug, Sexton, Høglend, 2002; Perry, 2001; Roy, Perry, Banon et al., 2009). A oggi, si tratta perlopiù di studi naturalistici e osservativi di pazienti in trattamento e al follow-up, ma si è anche iniziato a esaminare il ruolo delle difese nei processi di cambiamento prodotti dalla psicoterapia. Kramer e collaboratori (2010) hanno rilevato che il cambiamento era mediato da un precedente miglioramento del funzionamento difensivo durante la psicoterapia, ma non dei meccanismi di coping a livello cosciente. Perry e Bond (2010) hanno riportato che il cambiamento nei meccanismi di difesa, a 2 anni e mezzo di psicoterapia dinamica a lungo termine, era in grado di predire il cambiamento in più di una misura dei sintomi e del funzionamento a 5 anni. Sebbene siamo ancora in attesa di ulteriori ricerche per stabilire se il cambiamento nelle difese possa mediare il miglioramento dei sintomi e del funzionamento, è importante esplorare e che vi sono coinvolti i processi terapeutici. Questo capitolo, dunque, rappresenta un tentativo di esaminare alcune prime ipotesi e approcci per determinare in che modo gli interventi terapeutici apportino un cambiamento nel funzionamento difensivo, all'interno delle varie sedute di psicoterapia e trasversalmente a esse.

## BACKGROUND

Nel precedente volume, il nostro gruppo di ricerca ha preso in esame le caratteristiche teoriche e cliniche delle difese, le basi logiche e i metodi esistenti per lo studio dei meccanismi di difesa nei pazienti sottoposti a psicoterapia (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009). Riassumiamo brevemente questi argomenti. Le difese sono meccanismi automatici utili per affrontare lo stress e i conflitti interni ed esterni (APA, 1994). Hanno luogo parzialmente o totalmente fuori della consapevolezza dell'individuo e sono precedute dall'angoscia segnale, che rappresenta un momentaneo senso di cospicuo stress. Ogni persona ha un repertorio di difese che utilizza abitualmente; quindi, alcune difese appaiono simili a dei tratti. Tuttavia, esse si caratterizzano come dinamiche, in quanto i diversi fattori di stress, i conflitti e gli stati d'animo possono portare all'utilizzo di difese differenti. Le difese sono tentativi di adattarsi alla realtà interna ed esterna, e sono alla base della formazione dei sintomi e dei tratti del carattere. Non vi è un elenco di difese che sia necessario e sufficiente, per esempio, così come accade per gli elementi della tavola periodica. Piuttosto, abbiamo scelto quali difese devono essere studiate, basandoci su criteri come la disponibilità di definizioni adeguate, la differenziazione dalle altre difese, e l'esistenza di prove della loro validità. Ogni difesa è associata a un livello di adattamento tipico; di conseguenza, le difese possono essere organizzate gerarchicamente a partire da questo livello (tabella 14.1). Tuttavia, ogni difesa è adattiva in alcune circostanze, il che spiega la persistenza di alcune difese che sono solo occasionalmente adattive. Ci possono essere sequenze di difese in cui gli individui passano da un uso minore a uno maggiore delle difese adattive, sia in fase di sviluppo sia nella maturazione normale, sia nel trattamento sia in periodi in cui si è sottoposti a gravi stress. Una sequenza spesso osservata dai clinici è il passaggio dall'*acting out* alla formazione reattiva, per poi spostarsi verso l'autoaffermazione o l'altruismo. Queste sequenze potenziali richiedono un inquadramento empirico e, se correttamente delineate, possono aiutare i clinici a identificare le evoluzioni positive nel funzionamento difensivo ogni volta che si verificano. I meccanismi di difesa e di coping si sovrappongono concettualmente, ma mentre gli ultimi sono a volte differenziati dalle difese in quanto consapevoli e intenzionali (Cramer, 1998), le difese proteggono l'individuo dalla consapevolezza della minaccia, dell'ansia e del conflitto, spesso a discapito della flessibilità della risposta e dell'ottimizzazione dell'adattamento. Infine, abbiamo notato che difese specifiche possono essere associate a disturbi specifici e a determinati problemi nel trattamento, lo studio dei quali potrebbe fornire informazioni utili sulla gestione e sul trattamento degli individui che rientrano in queste categorie. L'uso soggettivo delle difese serve anche da segnale di allerta per il clinico nel momento in cui si attiva una problematica fondamentale per il paziente e fornisce infor-

**Tabella 14.1** Gerarchia secondo la DMRS delle categorie e dei livelli delle difese e dei meccanismi di difesa individuali.

I. Maturo	<i>7 Livello adattivo elevato (maturo):</i> Affiliazione, altruismo, anticipazione, umorismo (humor), autoaffermazione, autoservazione, sublimazione, repressione
II. Nevrotico	<i>6 Livello ossessivo:</i> Intellettualizzazione, isolamento affettivo, annullamento <i>5 Altro livello nevrotico:</i> (a) Rimozione, dissociazione, (b) formazione reattiva, spostamento
III. Immaturo	<i>4 Distorsione minore dell'immagine (narcisistico):</i> Svalutazione dell'immagine di sé o dell'oggetto, idealizzazione dell'immagine di sé o dell'oggetto, onnipotenza <i>3 Livello del disconoscimento:</i> Diniego/negazione, proiezione, razionalizzazione. (Sebbene non sia una difesa di disconoscimento, questo livello comprende anche la fantasia autistica) <i>2 Distorsione maggiore dell'immagine (difese borderline):</i> Scissione dell'immagine degli altri, scissione dell'immagine del sé, identificazione proiettiva <i>1 Acting:</i> Acting out, ipocondria, aggressione passiva
IV. Psicotico	<i>0 Disregolazione difensiva (psicotico):</i> Distorsione, diniego psicotico, proiezione delirante, dissociazione psicotica, concretizzazione

Overall Defense Functioning (ODF): scala 0-7 che riassume il funzionamento difensivo calcolando la media di tutti i punteggi di difesa, ciascuno pesato secondo lo schema 0-7 mostrato sopra.

mazioni sul modo in cui essa viene gestita. La considerazione delle difese utilizzate offre quindi al clinico l'opportunità di agire in momenti e con interventi specifici. È questo argomento al centro di questo capitolo.

Nel capitolo del volume precedente (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009), abbiamo sviluppato quattro ipotesi sulle modalità caratteristiche in cui le difese cambiano nel corso della psicoterapia, e le abbiamo poi esaminate in quattro casi, con un follow-up che andava da 1 a 14 anni. La comprensione dei modelli di cambiamento delle difese nel corso delle sedute e del tempo è un'importante premessa all'esame del modo in cui può essere influenzato il cambiamento all'interno di una seduta. Ricapitoliamo qui brevemente le nostre ipotesi e i risultati (figura 14.1).

La prima ipotesi è che, nel momento in cui gli individui cambiano, essi migliorano il loro livello complessivo di funzionamento difensivo, mentre allo stesso tempo la variabilità di quest'ultimo tende a diminuire, indicando una maggiore resilienza allo stress. Vi sono le prove che ciò si dimostra vero a lungo termine (anni) (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009). Tuttavia, il tempo in cui ciò si verifica può dipendere dalle caratteristiche del paziente e del trattamento, così come dal tempo intercorso. Per esempio, di recente abbiamo riportato uno studio di psicoterapia a lungo termine in cui abbiamo scoperto che il cambiamento nelle difese a due anni e mezzo era, in media, non ancora associato a una diminuzione della loro variabilità

<b>Ipotesi</b>	<b>Risultati: 4 casi con follow-up da 1 a 13 anni</b>
1a. Miglioramento: Il livello generale di ODF aumenta	Sì in 3 casi. + (lieve miglioramento) in 1 caso.
1b. Miglioramento: Variabilità nella riduzione del funzionamento difensivo	Sì in 3 casi (in 1 caso, dati insufficienti). La variabilità diminuisce nel corso del tempo.
2. Il miglioramento segue la gerarchia delle difese Altamente adattive Nevrotiche Immaturo	Sì in 4 casi Aumentato (2), piccolo cambiamento (2) Diminuito in 4 casi Diminuito molto in 4 casi
3. Gli individui e le classi di individui hanno tassi unici di cambiamento in una condizione data: storia naturale o trattamento specifico	Depressione: Le difese ritornano di livello nevrotico entro 6-18 mesi (2 casi) Disturbi di personalità: Chiaro miglioramento in 2-5 anni (2 casi) Sviluppo di funzionamento sano in 13 anni (1 caso)
4. Il miglioramento nel funzionamento difensivo è correlato con il miglioramento dei sintomi e del funzionamento	Sì Funzionamento sociale migliorato (4/4) Depressione diminuita (3/3) Coping migliorato (1/1) Sviluppo di funzionamento sano (1/1)
Riassunto generale	Le difese sono una misura robusta di come funziona la struttura della personalità nel corso del tempo Misurate nel corso del tempo, esse rivelano se la struttura sta cambiando (migliorando) La terapia sembra promuovere il miglioramento, compreso lo sviluppo del funzionamento sano Il miglioramento del funzionamento difensivo è associato con il miglioramento di altri sintomi e funzionamenti Le persone sono migliorate in percentuali diverse

**Figura 14.1** I risultati di quattro ipotesi relative alle difese esaminati in quattro casi (dati tratti da Perry, Beck, Constantinides et al., 2009).

(Perry, Bond, 2010). Questo sarebbe dovuto al fatto che, come gruppo, i pazienti non avevano ancora raggiunto il livello nevrotico di funzionamento. Così, potrebbero essere necessarie prove future di questa ipotesi per determinare il grado in cui la variabilità sarebbe funzione del livello abituale di funzionamento difensivo. Una diminuzione della variabilità non può verificarsi sino a che non si sia raggiunto un certo livello di miglioramento nel funzionamento difensivo generale (*overall defensive functioning*, ODF), livello che è ancora da determinare.

La seconda ipotesi è che il cambiamento dei livelli difensivi avvenga in un modo sequenziale, in cui gli individui progrediscono dalle difese inferiori nella gerarchia, a quelle di medio livello e solo successivamente sviluppano quelle di livello superiore. In particolare, nel momento in cui decresce il livello più basso (principalmente immaturo) del funzionamento difensivo, aumenterebbe il livello delle difese medie (principalmente di livello nevrotico), e così, man mano che continua il miglioramento, aumenterebbero anche le difese mature. Questa ipotesi è stata generalmente riscontrata come vera nei tre casi, con dati sufficienti per esaminarla. Tuttavia, in un caso trattato in modo intensivo, il livello di difese altamente adattive (mature) aveva cominciato ad aumentare prima. Quest'ultimo fenomeno è stato riportato anche in un successivo studio (Perry, Bond, 2010), nel quale il miglioramento era di misura maggiore per le difese altamente adattive, rispetto a quelle di medio livello. Come risultato, l'ipotesi di un miglioramento sequenziale richiede un perfezionamento, in quanto le difese di medio livello potrebbero non cambiare all'unisono in alcuni individui. Per esempio, nel corso della terapia, con la maggior parte delle persone, la rimozione può diminuire, mentre nei disturbi di personalità gravi, in cui la scissione è inizialmente diffusa, la rimozione potrebbe paradossalmente aumentare nei primi anni di trattamento, per diminuire solo più tardi.

La terza ipotesi è che, in un determinato periodo di tempo, gli individui e le classi di individui (per esempio, un gruppo diagnostico) potrebbero mostrare tassi di cambiamento differenti relativi a differenti condizioni naturalistiche e differenti trattamenti. Per esempio, nei disturbi episodici come la depressione maggiore, i cambiamenti di stato (dalla depressione alla remissione) potrebbero essere associati inizialmente ad ampi cambiamenti, che poi decelerano. Al contrario, gli individui con caratteristiche stabili, come alcuni disturbi di personalità, possono avere lunghi periodi iniziali di introduzione al processo terapeutico (*priming*), prima che il cambiamento vero e proprio abbia inizio. Successivamente, il trend di miglioramento può diventare più o meno lineare. I trattamenti che incrementano il tasso di cambiamento potrebbero essere visti come più efficaci. Pur avendo trovato prove coerenti con questo assunto in quattro casi (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009), una valutazione completa richiederebbe valutazioni multiple nel tempo, per una varietà di disturbi e di tipologie di trattamento. Inoltre,



gli studi controllati dovrebbero stabilire se i trattamenti specifici alterino o meno il tasso naturale di cambiamento nel funzionamento difensivo.

La nostra quarta ipotesi, in linea con la maggior parte delle ricerche fino a oggi, era che più il funzionamento difensivo migliorava, più i sintomi diminuivano e miglioravano altri aspetti del funzionamento. Delle nostre quattro ipotesi, quest'ultima ha raccolto il maggior supporto dagli studi recenti (Hersoug, Sexton, Høglend, 2002; Kramer, de Roten, Stiglar et al., 2010; Perry, Bond, 2010), tra cui prove che suggeriscono che il miglioramento nelle difese agirebbe come un mediatore del cambiamento, nei sintomi e nel funzionamento.

Sebbene ciascuna delle ipotesi che abbiamo descritto possa beneficiare di ulteriori studi, riteniamo che i risultati ottenuti fino a oggi abbiano sancito che i meccanismi di difesa sono clinicamente significativi, e giocano un ruolo centrale nell'adattamento. Tuttavia, ci si domanda in che modo i terapeuti possano intervenire direttamente sulle difese, per esempio utilizzando l'interpretazione. Una recente review di studi di psicoterapia – ognuno dei quali ha identificato interventi terapeutici specifici utilizzando le *Psychodynamic Intervention Rating Scales* (PIRS) – ha trovato evidenze relative al fatto che prove coerenti che i terapeuti dinamici spesso affrontano direttamente il funzionamento difensivo (Banon, Semeniuk, Perry et al., under review). Nel prendere in esame quattro studi di psicoanalisi e di psicoterapia dinamica a breve e a lungo termine, gli autori hanno riscontrato che le interpretazioni delle difese venivano utilizzate più comunemente delle interpretazioni di transfert. Inoltre, le interpretazioni delle difese aumentavano dalle sedute iniziali a quelle successive e diventavano sempre più profonde.

Diversi studi indicano che il lavoro sulle difese ha effetti importanti. In una serie di casi, Foreman e Marmar (1985) hanno rilevato che nelle situazioni difficili in psicoterapia, affrontare le difese del paziente (come per esempio il diniego) aveva determinato una migliore alleanza terapeutica. Despars e collaboratori (2001) hanno preso in considerazione l'effetto dell'interpretazione del funzionamento difensivo nel paziente, e hanno suggerito che interpretare le difese al livello in cui si trova attualmente il paziente dovrebbe avere come effetto un miglioramento dell'alleanza. Seguendo questa idea, Junod e collaboratori (2005) hanno esaminato l'accuratezza delle interpretazioni del terapeuta nelle due sedute centrali di un gruppo di quattro di Brief Psychodynamic Investigation. Hanno poi suddiviso i pazienti in gruppi ad alto e basso livello di alleanza, basandosi sull'alleanza media nelle due sedute. Nel gruppo ad alta alleanza, gli autori hanno rilevato che i terapeuti tendevano a interpretare il livello difensivo del paziente più comunemente usato (43 % dei casi) o un livello solo leggermente al di sopra (43 % dei casi), mentre nel gruppo a bassa alleanza i terapeuti tendevano a fare interpretazioni al di sotto del livello difensivo dei pazienti più comunemente usato (75 % dei casi). In uno studio di psicoterapia a breve termine, Winston e collaboratori (1994), con una metodologia diversa, hanno rile-



vato che i terapeuti che affrontavano le difese (*therapist addressing defenses*, TAD) producevano un miglioramento delle difese nevrotiche. Sebbene l'eterogeneità del disegno e dei metodi ci impedisca di trarre conclusioni specifiche, possiamo affermare che esaminare le modalità in cui i terapeuti affrontano le difese è una strategia sicuramente promettente.

Una review di tutti i possibili mediatori di cambiamento all'interno della seduta va oltre lo scopo di questo capitolo, ma la ricerca di cui sopra, focalizzandosi sulle difese, ci porta a stabilire un collegamento con quanto segue. Le difese sono clinicamente significative. I terapeuti riconoscono le difese e le interpretano, o detto altrimenti le affrontano e gestiscono con una certa frequenza. I tentativi di modificare le difese dovrebbero essere associati a un cambiamento nel funzionamento difensivo, e successivamente a un cambiamento nelle valutazioni dei sintomi e del funzionamento. La domanda cui cercheremo di rispondere è se possiamo stabilire empiricamente che qualche aspetto specifico dell'interpretazione delle difese, è associato con il cambiamento nel funzionamento difensivo nel processo della psicoterapia. A differenza del nostro capitolo precedente (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009), che ha esaminato se le difese cambiano, questo capitolo esamina più direttamente le differenti modalità del loro cambiamento.

## AFFRONTARE E/O INTERPRETARE LE DIFESE

Il nostro gruppo di ricerca ha recentemente condotto una review della letteratura teorica e clinica relativa al lavoro nelle difese in psicoterapia (Olson, Perry, Janzen et al., 2011), in cui abbiamo elencato 74 ipotesi distinte relative al processo di miglioramento nel funzionamento difensivo. Tra i temi più promettenti da esaminare vi era il numero 14, che individuava le difese individuali specifiche necessarie per le interpretazioni riuscite, come in precedenza rilevato da Rangell (1985, p. 168) e da noi stessi (Perry, Bond, 2010, pp. 532, 538). Esploreremo due ipotesi concettualmente affini riguardanti il cambiamento a livello della singola seduta di psicoterapia e tra le varie sedute. Esamineremo la fattibilità di questo approccio, applicandolo a diversi casi che rispecchiano le tipologie di disturbi di personalità borderline, istrionico (isterico), e narcisistico.

### IPOTESI 1: I CAMBIAMENTI NELLE DIFESE ALL'INTERNO DELLE SEDUTE PREDICONO IL CAMBIAMENTO COMPLESSIVO DELLE DIFESE TRASVERSALMENTE ALLE SEDUTE

In linea con i risultati che indicano come il funzionamento difensivo migliori nel tempo, abbiamo ipotizzato che esso cambi nel corso di una seduta, e che questa tendenza generale all'interno delle sedute sarebbe correlata al

cambiamento complessivo trasversale alle varie sedute. Operativamente, esamineremo le difese attraverso ogni singola seduta selezionata, per determinare l'andamento nei livelli di punteggio delle difese (Freud, 1962; Davidson, MacGregor, 1998; Perry, Ianni, 1998; Høglend, Perry, 1998; Perry, Presniak, Olson, 2011; Vaillant, Drake, 1985; Vaillant, 1993). Un trend positivo indica che l'ODF sta migliorando, mentre un trend negativo indica che l'ODF sta peggiorando.

## Corollario

Un'implicazione clinica di questa ipotesi è che grandi cambiamenti nel funzionamento difensivo all'interno di una seduta indicherebbero che si è verificato qualcosa di particolare interesse, il che potrebbe riflettere la risposta del paziente a un fattore di stress, al terapeuta, o all'interazione paziente-terapeuta. Questi grandi cambiamenti potrebbero essere degli indicatori efficaci di una buona o cattiva attività terapeutica, e giustificano una particolare attenzione clinica.

IPOTESI 2: L'ACCURATEZZA DELL'INTERPRETAZIONE DELLE DIFESE  
PREDICE IL CAMBIAMENTO NEL FUNZIONAMENTO DIFENSIVO  
ALL'INTERNO DELLA SEDUTA E TRASVERSALMENTE ALLE VARIE SEDUTE

Questa ipotesi può essere esaminata in due parti: a) Nel corso di una seduta, in media, l'accuratezza dell'interpretazione si rifletterà nella direzione e nella quantità del cambiamento del funzionamento difensivo del paziente. b) Trasversalmente alle varie sedute, in media, l'accuratezza dell'interpretazione delle difese riguarderà il tasso di cambiamento complessivo del funzionamento difensivo. Operativamente, esamineremo le difese subito prima e dopo le interpretazioni della difesa da parte del terapeuta, per individuare la direzione e la quantità del cambiamento nell'ODF. Il livello di accuratezza dell'interpretazione (*defense adjustment*) all'interno e trasversalmente alle sedute dovrebbe quindi rispecchiare il corrispettivo cambiamento nell'ODF.

## METODO

### DISEGNO DELLO STUDIO

Abbiamo selezionato alcuni casi dal nostro precedente studio naturalistico sulla psicoterapia dinamica a lungo termine. Questo campione era particolarmente adatto per il nostro scopo, perché avevamo già riscontrato che il funzionamento difensivo migliorava utilizzando il self-report Defense Style Questionnaire (DSQ) e che questo cambiamento era correlato con il cambia-

mento nelle altre valutazioni dei sintomi e del funzionamento (Bond, 2004). Inoltre, abbiamo effettuato delle registrazioni audio e delle trascrizioni delle sedute, che erano state valutate a proposito delle difese, utilizzando il DMRS (Perry, Bond, 2010) su un sottocampione ( $N = 21$ ) dei partecipanti allo studio. Come nel report sui risultati del DSQ, abbiamo rilevato che la maggior parte degli individui mostrava un miglioramento del funzionamento difensivo, e ciò suggeriva che un esame del processo di cambiamento nelle difese poteva essere utile.

I partecipanti allo studio sono stati selezionati da un servizio psichiatrico ambulatoriale di un ospedale universitario. Il disegno dello studio, i criteri di inclusione ed esclusione, e i soggetti sono stati descritti in precedenza (Bond, Perry, 2004, 2006; Perry, Bond, 2009; Perry, Bond, Roy, 2007). In breve, l'obiettivo generale dello studio era quello di esaminare il decorso e l'outcome della psicoterapia dinamica a lungo termine nei soggetti per i quali i clinici ritenevano che i trattamenti precedenti, di solito a breve termine, erano stati inadeguati. I criteri di selezione includevano essere affetti da un disturbo depressivo, d'ansia, e/o di personalità; esprimere il desiderio di intraprendere una psicoterapia, e accettare di partecipare alla ricerca. I partecipanti hanno firmato un consenso informato dopo essere stati messi al corrente dello scopo della ricerca e aver risposto alle loro domande.

Hanno partecipato ventidue professionisti esperti in psicoterapia dinamica a lungo termine, con una media di 13.1 anni di esperienza post-dottorato. Venti di loro erano psicoanalisti. I terapeuti trattavano una media di tre soggetti ciascuno.

La psicoterapia dinamica si svolgeva una o due volte alla settimana a discrezione del soggetto e del terapeuta, senza alcun costo per i partecipanti. Il disegno dello studio era di tipo naturalistico e osservativo, e rappresentava il modo in cui la psicoterapia dinamica a lungo termine era praticata a livello locale. Non sono stati utilizzati né specifici manuali di terapia, né gruppi di supervisione. Sebbene ai partecipanti fosse offerto un minimo di 3 anni di terapia, essi potevano decidere di terminare prima a loro discrezione, o di provare altre terapie come quella farmacologica. La durata media della terapia era di 3 anni, o 110 sedute (95% CI: 52-14; range 4-339) (Perry, Bond, Roy, 2007).

## STRUMENTI

### DEFENSE MECHANISM RATING SCALE

Abbiamo identificato le difese utilizzando le istruzioni quantitative della Defense Mechanism Rating Scale, quinta edizione (DMRS; Perry, 1990). La DMRS è un metodo quantitativo, *observer-rated* (Perry, Ianni, 1998), quasi identico al metodo qualitativo della Scala per il funzionamento di-

fensivo dell'Appendice B del DSM-IV (APA, 1994; Perry, Høglend, Shear et al., 1998). Ogni difesa, da un elenco di 30, viene identificata in sequenza così come si manifesta nella seduta. Questo metodo si differenzia da altri metodi *observer-rated* che si caratterizzano come valutazioni qualitative o semi-quantitative e forniscono valutazioni globali per l'intero colloquio (vedi Perry, Ianni, 1998), senza individuare l'attività difensiva momento per momento.

Una volta che la seduta è stata valutata, vengono utilizzati tre livelli di punteggi:

- *Individual Defense Score*. Il punteggio, in proporzione o in percentuale, viene calcolato dividendo il numero di volte in cui ogni difesa è stata identificata, per il totale di tutte le difese della seduta.
- *Defense Level Score*. Le difese sono organizzate gerarchicamente in sette livelli in base al loro livello generale di adattività (tabella 14.1). Ogni livello di difesa ha un punteggio calcolato in percentuale o in proporzione.
- *Overall Defensive Functioning*. Il punteggio ODF si ottiene considerando la media di ogni punteggio dei livelli di difesa, ponderato in base al suo ordine nella gerarchia, ottenendo un numero compreso tra 1 (minimo) e 7 (massimo).

Inoltre, i punteggi dei livelli difensivi possono essere suddivisi in diverse categorie sovraordinate: difese mature, nevrotiche, immature e psicotiche, come descritto da Vaillant (Vaillant, Drake, 1985), anche se nella maggior parte delle pubblicazioni che utilizzano la DMRS, il quarto livello non viene incluso. Per scopi di ricerca sul processo psicoterapeutico, un punteggio ODF immediato può essere calcolato anche in base a una o più difese in qualsiasi punto di una seduta, consentendo una rappresentazione momento per momento del livello di funzionamento difensivo in tutta la seduta.

Il PIRS (Cooper, Bond, 2002; Milbrath, Bond, Cooper et al., 1999) è un metodo sistematico *observer-rated* che serve a identificare gli interventi del terapeuta nei trascritti della psicoterapia. Il PIRS consiste in un manuale con definizioni ed esempi di dieci tipi di interventi, tipici delle terapie psicodinamiche. Gli interventi includono: (1) riconoscimenti (Ack), (2) strategie di miglioramento del lavoro (WES), (3) accordi contrattuali (CA), (4) domande (Q), (5) associazioni (Assoc), (6) strategie di supporto (SS), (7) riflessioni (Rf), (8) chiarificazioni (Cl), (9) interpretazioni delle difese (D), e (10) interpretazioni di transfert (T). Queste categorie, a volte, vengono ulteriormente raggruppate in tre ampie categorie funzionali: definizione della terapia (2, 3), interventi supportivi (da 4 a 8), interventi interpretativi (9 e 10). Banon e collaboratori (under review) hanno rilevato che nelle prime sedute di terapia, la percentuale media di interventi interpretativi variava circa dal 10% al 20% in quattro diversi studi. Per ogni interpretazione si può fornire un'ulteriore valutazione grazie a una scala a cinque punti, che

riflette la profondità e il collegamento di ognuna di esse. In breve, per le interpretazioni delle difese le valutazioni sono:

- 1 = Il terapeuta specifica i metodi utilizzati per attenuare un affetto o ampliarne il significato, o sottolinea tale affetto.
- 2 = Il terapeuta specifica il metodo utilizzato sia per attenuare l'affetto sia per ampliarne il significato, e sottolinea tale affetto.
- 3 = Il terapeuta allude ai metodi utilizzati per attenuare un affetto o ampliarne il significato e indaga sul possibile motivo (senza specificare quale esso sia).
- 4 = Il terapeuta fa un'osservazione che allude al processo sia di evitare sia di attenuare l'affetto, e al motivo per cui l'affetto viene evitato o attenuato.
- 5 = Il terapeuta specifica il processo difensivo, il motivo, e fa un collegamento alle relazioni passate.

Nell'applicazione del PIRS, il rater identifica prima l'inizio e la fine di un intervento, e poi ne identifica il tipo. Alle interpretazioni vengono poi assegnati punteggi ulteriori in base alla profondità (Freud, 1962; Davidson, MacGregor, 1998; Perry, Ianni, 1998; Høglend, Perry, 1998; Perry, Presniak, Olson, 2011), come abbiamo detto più sopra. I punteggi grezzi vengono espressi come percentuale degli interventi totali per quella seduta. Per i punteggi di tutta la seduta, i singoli interventi sono sommati per categoria e divisi per il numero totale di interventi per ottenere un punteggio percentuale. Le *interrater reliabilities* delle categorie PIRS variano in valori di  $k$  da .83 a .99 (Milbrath, Bond, Cooper et al., 1999).

## PROCEDURE

Ai partecipanti è stata somministrata da uno psichiatra la Guided Clinical Interview (GCI), ottenendo una diagnosi DSM-IV dall'Asse I al V e una storia di vita personale (Bond, 2004). Alla baseline e ogni 6-12 mesi, gli assistenti di ricerca intervistavano i soggetti utilizzando la Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (Keller, Lavori, Friedman et al., 1987) - Adapted for the Study of Personality (LIFE-ASP; Perry, 1990). Tutte le sedute di psicoterapia sono state registrate.

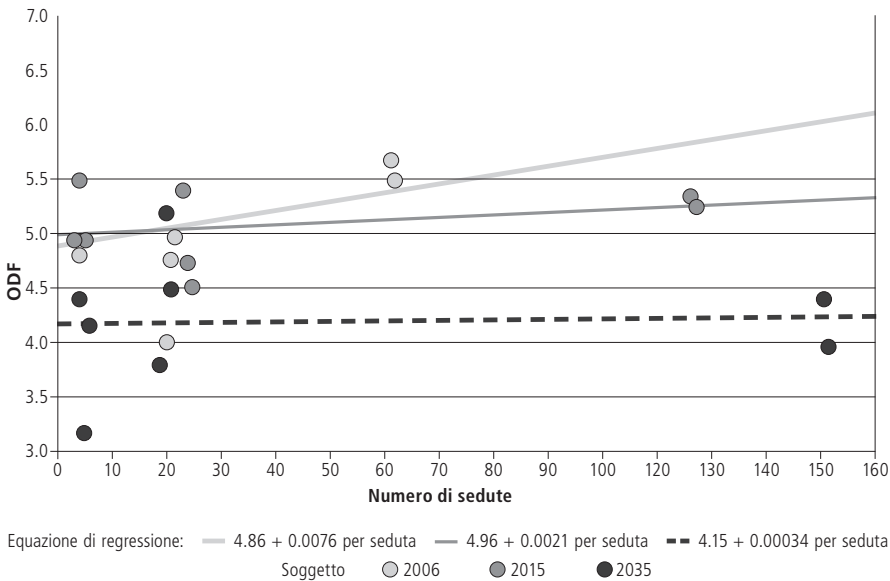
Sono state trascritte le sedute 3, 5, 7, tre sedute a 6 mesi, e due a 2.5 anni di trattamento per i soggetti ancora in trattamento. Il numero della seduta è stato celato nelle audiocassette e nelle trascrizioni, che sono state valutate in ordine casuale rispetto alle difese. Questi dati sono stati poi inseriti in archivi informatici per l'analisi del cambiamento longitudinale. È stato creato un file separato per esaminare il cambiamento nelle difese all'interno delle sedute, in cui ogni difesa era inserita nell'ordine in cui veniva valutata, consentendo l'analisi della difesa e del livello della difesa man mano che proce-

deva la seduta. Le difese sono state valutate su 21 dei 49 partecipanti di cui abbiamo raccolto dati sulle sedute e sul follow-up. Abbiamo selezionato i pazienti che avevano completato almeno 6 mesi di terapia, ma preferibilmente tre anni come indicato dal disegno di ricerca. A causa dei limiti di finanziamento, le trascrizioni e le valutazioni si sono fermate al numero 21.

Un rater “cieco” sui dati delle difese ha valutato le trascrizioni delle sedute, individuando gli interventi del terapeuta utilizzando il PIRS. Lo stesso rater (o uno differente) ha poi esaminato le trascrizioni con i punteggi del PIRS, selezionando le interpretazioni delle difese e identificando gli specifici livelli di difesa e/o le singole difese che il terapeuta aveva interpretato. Un assistente di ricerca ha poi riunito le informazioni per l'analisi al computer. Per ogni seduta, le interpretazioni delle difese sono state inserite in sequenza insieme alle tre difese immediatamente precedenti e alle tre immediatamente successive valutate per il paziente, insieme ai livelli difensivi e alle singole difese interpretate dal terapeuta. Da questi dati, abbiamo calcolato l'ODF del paziente *prima* dell'interpretazione (*prior-ODF*), l'ODF del paziente *dopo* l'interpretazione (*post-ODF*), e la differenza prima-dopo (*dif-ODF*), che riflette la direzione e l'intensità del cambiamento del funzionamento difensivo. È stato calcolato anche l'ODF dell'interpretazione del terapeuta (*interpretation-ODF*). Basandoci sulla gerarchia da 1 a 7 dei livelli di difesa, abbiamo individuato un *punteggio di defense adjustment*, che rifletteva l'accuratezza dell'interpretazione. Un rapporto è stato poi calcolato dividendo l'*interpretation-ODF* del terapeuta per la *prior-ODF* del paziente, in cui il punteggio di 1 = perfetto accordo, <1 = interpretazione al di sotto del *prior-ODF* medio del paziente, e >1 = interpretazione al di sopra del *prior-ODF* medio del paziente. Il *defense adjustment* rappresenta quindi l'accuratezza della direzione e dell'intensità di ogni differenza dalla media delle tre difese immediatamente precedenti l'interpretazione.

## RISULTATI

Per questo capitolo abbiamo selezionato i casi che riflettevano diversi tipi di disturbo di personalità, con risposte alquanto diverse al trattamento e nell'outcome a lungo termine. La figura 14.2 mostra i dati delle valutazioni delle singole sedute, con il trend di regressione lineare che riflette il cambiamento dell'ODF per i tre casi. Sebbene tutti i casi mostrino un cambiamento in direzione positiva, essi differiscono per il tasso di cambiamento, con il più alto di 22 volte superiore al più basso. Vi era qualche indizio di come l'ODF iniziale moderasse il tasso di cambiamento nell'ODF in questi casi, mentre il caso E con l'ODF iniziale più basso (4.15) mostrava il tasso di miglioramento più lento. Questo soggetto aveva un disturbo borderline di personalità (BPD), come rispecchiato da un basso ODF. In secondo luo-



**Figura 14.2** Cambiamento nel funzionamento difensivo generale nel corso di 2.5 anni di terapia: dati delle sedute individuali e linee di tendenza della regressione lineare per tre casi.

go, come abbiamo riscontrato nel nostro precedente capitolo (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009), la variabilità seduta per seduta, che inizialmente era ampia, diminuiva nel tempo, in questi casi a circa 2.5 anni. Pertanto, questi casi rappresentano una buona occasione per indagare se la risposta intra-seduta all'interpretazione si rifletta nel tasso globale di cambiamento.

### CASO E (2035)

Miss E era una donna ventiduenne single che lavorava nel settore dei servizi erotici, studiava per una professione di aiuto e stava facendo uno stage, quando è stata inviata per essere inclusa nella ricerca sulla psicoterapia. Era stata recentemente dimessa da un servizio di ricovero psichiatrico dopo un grave tentativo di suicidio con delle pillole, che aveva richiesto un trattamento in terapia intensiva. Aveva uno dei più alti e persistenti livelli di ideazione suicidaria dello studio, con ideazioni suicidarie per la maggior parte dei giorni della settimana. Mostrava chiari segni di instabilità emotiva, impulsività, comportamenti autodistruttivi, e relazioni intense e instabili. Alla Borderline Personality Disorder Scale (Perry, Cooper, 1985) il suo punteggio era di 40.7 (28 è il cut-off per il BPD), ovvero nell'estremo superiore del range degli individui con BPD. Soddisfaceva anche i criteri per i disturbi di personalità dipendente e depressivo, e aveva tratti notevolmente autolesionisti e antisociali. Al momento della presa in carico, presentava cinque



disturbi di Asse I del DSM, inclusi un disturbo depressivo maggiore e un disturbo distimico, un disturbo da ansia generalizzata e uno da stress post-traumatico, nonché un disturbo da uso di sostanze. La sua GAF alla presa in carico era di 48, mentre il suo miglior livello di funzionamento nell'anno precedente era stato di 53.

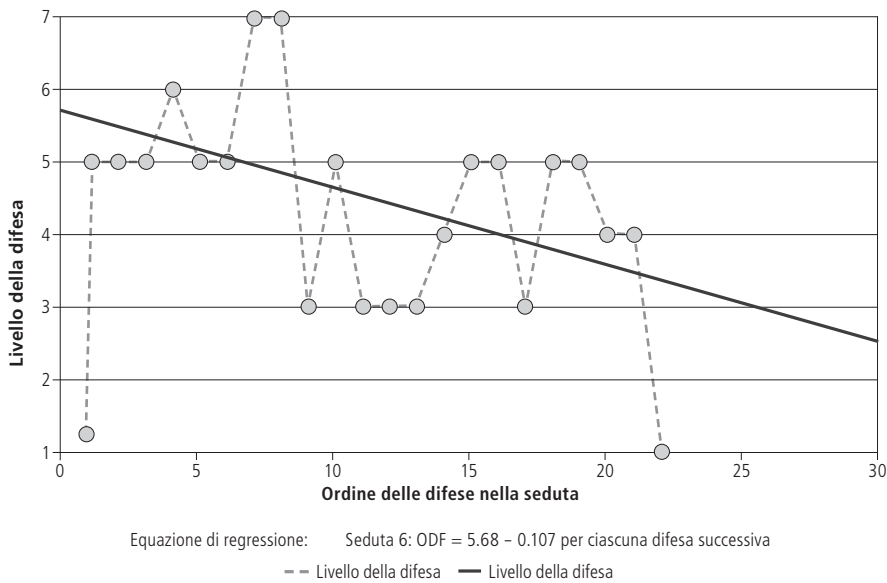
Aveva una storia di molestie da parte di un parente maschio di secondo grado. Dall'età scolare in poi, il padre l'aveva punita prima ordinandole di spogliarsi, poi picchiandola. Sua madre non interveniva mai, ed entrambi i genitori erano emotivamente trascuranti, tranne che nei primi anni di vita. Nella tarda adolescenza, era diventata dipendente da eroina e cocaina sotto la spinta del fidanzato, che la incitava anche alla prostituzione, facendole da protettore a scopo di lucro. In generale, era stata spesso abusata e abbandonata dagli uomini.

Aveva iniziato una terapia, ma aveva poi richiesto e ricevuto un cambiamento di terapeuti all'inizio del trattamento, rimanendo in terapia per un totale di 189 sedute, per circa 4 anni. Veniva vista a cadenza settimanale, occasionalmente due volte alla settimana. Il suo terapeuta era uno psicoanalista di sesso maschile. Presentiamo qui due sedute con il suo secondo terapeuta.

#### SEDUTA 6

In questa seduta, la paziente aveva messo in atto 22 difese. La figura 14.3 mostra la progressione dei punteggi nei livelli difensivi nel corso della seduta. Nel primo terzo della seduta, la paziente aveva mostrato ampiamente il livello 5, nevrotico (in particolar modo la rimozione), e alcune difese di livello 6, ossessive, e di livello 7, mature, mentre negli ultimi due terzi della seduta oscillava tra le difese nevrotiche (per esempio, la rimozione, lo spostamento), di disconoscimento (per esempio, la razionalizzazione), e di distorsione minore dell'immagine (per esempio, la svalutazione), vale a dire i livelli da 3 a 5. La sua ultima difesa era di acting, al livello 1, evidenziata mentre raccontava una storia. La linea di regressione nella figura 14.3 indica che, a ogni successivo utilizzo di una difesa, l'ODF diminuisce di .1, che è un tasso di cambiamento significativo. Così, questa seduta si caratterizza come una messa alla prova dell'iniziale livello nevrotico di funzionamento difensivo della paziente, portandola a raccontare e a esplorare le storie che evidenziavano il suo funzionamento difensivo basso, da metà seduta in poi.

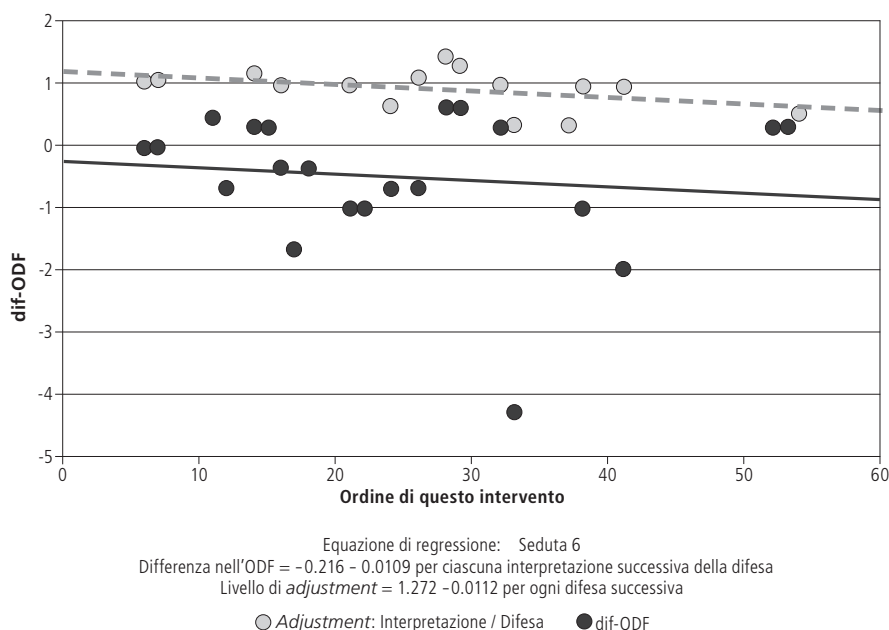
Il terapeuta era molto attivo in questa seduta, per un totale di 37 interventi, un'elevata percentuale dei quali interpretativi (40.5%). La figura 14.4 mostra i singoli dati e la linea di regressione lineare per il livello di adeguatezza delle interpretazioni (range .38-1.50) e la differenza associata nell'ODF, immediatamente prima e dopo ogni interpretazione (range .67-4.33). Entrambe le linee di regressione avevano un trend negativo e in pa-



**Figura 14.3** Seduta 6 di Miss E: evoluzione del livello delle difese nella seduta.

parallelo, mentre la seduta procedeva. Infatti, per le 11 osservazioni accoppiate con valutazioni complete, la correlazione tra il *defense adjustment* e il dif-ODF era piuttosto alta ( $r = 0.80$ ,  $p = .003$ ). All'inizio, il terapeuta interpretava al livello medio del funzionamento difensivo della paziente (per esempio, interpretando la rimozione) o a un livello leggermente superiore. Tuttavia, da metà seduta in poi, quando la paziente cominciava ad aprirsi, essa mostrava una gamma più ampia di difese, e il terapeuta interpretava in misura crescente le difese di livello inferiore nel suo repertorio; pertanto, il *defense adjustment* diminuiva, ma solo leggermente. Mentre si procedeva con questa operazione, la paziente tendeva a rivelare aneddoti con difese di livello più basso. I tre seguenti esempi lo rappresentano.

Lo scambio è iniziato con la paziente che si informava su chi ascoltasse le audiocassette della seduta, e se tra questi fosse incluso anche il terapeuta. Nello scambio successivo, il terapeuta cerca di esplorare se la paziente ha delle fantasie a riguardo, e interpreta una sua eventuale difesa dalla fantasia che potrebbe mettere in dubbio la sua esperienza sull'andamento della terapia, e la incoraggia a esplorare questo aspetto. Gli interventi del terapeuta sono annotati sul margine a sinistra, mentre le difese della paziente sono sottolineate al loro inizio e alla loro fine. Le interpretazioni portano inoltre come suffisso la valutazione relativa alla loro profondità (Freud, 1894; Davidson, MacGregor, 1998; Perry, Ianni, 1998; Høglend, Perry, 1998; Perry, Presniak, Olson, 2011).



**Figura 14.4** Seduta 6 di Miss E: evoluzione parallela del *defense adjustment* e dei punteggi dif-ODF nella seduta.

### Esempio E-1

WES I: ... Sono interessato a esplorare questo pensiero nascosto nella sua mente, quel che potrei dire sulle cose che potrebbero farla amareggiare o arrabbiare. E il perché lei ha pensato questo.

S: [RIMOZIONE] Sì, io non – io non so specificatamente solo... [pausa] Non lo so, io sono solo – Sono molto ingenua e non so se – non so cosa potrebbe dire al punto di sconvolgermi, ma se c'era qualcosa che avrebbe potuto – sa cosa voglio dire? Come qui – qui – il motivo potrebbe essere molto semplice e – e lineare, ma – non so. [Pausa] [sospira] [*la rimozione finisce*].

WES I: Quello che sto cercando di incoraggiarla a fare qui, è ciò che noi chiamiamo libera associazione. Mi rendo conto che non stiamo facendo una discussione basata su risposte ufficiali e realistiche. È qualcosa di più, stiamo discutendo per cercare di esplorare quali fantasie potrebbero esserci nella sua mente, e come potrebbero aiutarci nella terapia.

T-3 I: [T-3 inizia] Così lei ha immaginato che se avesse dovuto chiedermi il nastro, la mia risposta avrebbe potuto sconvolgerla o deluderla. Allo stesso tempo immagino che dietro questo pensiero si nascondano alcune specifiche possibilità su ciò che potrei dire per deluderla o sconvolgerla davvero.

Forse per lei è difficile far affiorare questi pensieri in superficie, e vedere che sono proprio sotto la superficie. Devono stare lì, perché lei non dovrebbe volere smuovere le acque, perché tutto sta andando bene finora, e se lei smuovesse le acque, le direi che ciò non è affar suo e direi qualcosa che la sconvolgerebbe o deluderebbe.

Quindi c'è qualcosa qui dentro, da qualche parte, ma non so se lei può riuscire a identificarlo o dirmelo. [T-3 finisce]

S: Non lo so.

T-1 I: [T-1 inizia] Voglio dire, mi rendo conto che questa è un'approssimazione di come lei potrebbe essere amareggiata o delusa di nuovo, o se la terapia farà davvero per lei o meno. Quel che ha detto è che finora sta andando bene...

S: Uh-huh.

I: ...e lei non vuole smuovere le acque, è come se stentasse a credere che tutto stia andando davvero bene, come se dovesse esserci una falla da qualche parte. [T-1 finisce]

S: Uh-huh.

WES I: Quindi forse dovremmo cercare di esplorare un po' questa cosa.

S: [pausa] [parlando piano] [incomprensibile] [pausa] [AUTOAFFERMAZIONE] Devo solo dire che, um, a volte si utilizzano le parole fantasticare e fantasia e ciò mi mette veramente a disagio [*l'autoaffermazione finisce*]. [RAZIONALIZZAZIONE] come se io non – Sono una persona ben radicata, sto davvero con i piedi per terra [*la razionalizzazione finisce*] [NEGAZIONE] Non ho fantasie [*la negazione finisce*] È solo che ciò mi mette davvero a disagio.

### Commento

Come abbiamo visto sopra, l'interpretazione del transfert da parte del terapeuta aveva riguardato un affetto e una difesa, e il *defense adjustment* era di 1.03, indicando che il terapeuta stava facendo interpretazioni a livello delle difese che la paziente stava utilizzando: la più recente infatti era una rimozione di livello 5. La rimozione è stata sostenuta da tre difese aggiuntive. Questo esempio dimostra inoltre che le interpretazioni delle difese sono racchiuse all'interno delle interpretazioni di transfert. Dopo diversi minuti di scambio, la paziente si era aperta ulteriormente.

### Esempio E-2

S: [RIMOZIONE] Proprio tutto ciò che sta dicendo, è come se lei stesse verbalizzando quel che io penso, che sento. [pausa] Non so, a volte è come se [sospira] Io sto – Io – Io sto pensando a delle cose e non me ne rendo conto fino a che lei non lo dice, come se [pausa] Non so, [*la rimozione finisce*]. Ho semplicemente [pausa] Ho semplicemente così tanti pensieri e sentimenti. [PROIEZIONE] È come se avessi paura che lei mi dicesse che sono troppo agitata, che non mi può aiutare o che io – io non ho alcun problema e lei non mi può aiutare o, non lo so, che non vuole. [pausa] [*la proiezione finisce*]

[RAZIONALIZZAZIONE] C'è una parte di me che si chiede se lei mi rispetta, e pensando a questo è come se la cosa non mi importasse, perché lei è il mio dottore e non è qui per giudicarmi, ma questa cosa influenzerà il modo in cui mi parla. [lunga pausa] [*la razionalizzazione finisce*]

DI I: Si è fermata. Dove sono finiti i suoi pensieri?

S: Mi chiedo solamente cosa lei pensi di me.

*Commento*

L'interpretazione delle difese indica che la paziente sta usando una difesa, ma è rivelata al livello più alto delle sue precedenti tre difese, la rimozione di livello 5 – “Si è fermata. Dove sono finiti i suoi pensieri?” – dunque il *defense adjustment* è abbastanza elevato (1.50). Il terapeuta ha esplorato e interpretato le sue preoccupazioni sul rispetto e l'autovalutazione, portando a una interpretazione di transfert (qui non riferita), dopodiché la paziente si è aperta maggiormente sulla propria convinzione di fidarsi troppo facilmente, e che gli altri avrebbero preso tutto da lei, e sarebbe stata distrutta per questo. Questo è un punto cardine, in seguito al quale la paziente è stressata dalla linea d'indagine e ha risposto sia adattivamente (autoaffermazione di livello 7), sia un po' più difensivamente (razionalizzazione e negazione di livello 3). La paziente ha fatto poi un'associazione con la propria esperienza generale con persone che prendevano tutto da lei e la distruggevano. Sia l'esempio di cui sopra sia il materiale che segue sono coerenti con l'importanza di affrontare le difese di livello nevrotico, ogni volta che i livelli di difesa inferiori sono attivi in modo evidente nel proteggere le inibizioni. Si è tentati di interpretare le difese di livello inferiore, ma siccome esse supportano il ruolo centrale della rimozione, l'interpretazione della rimozione viene così giustificata. Quindi, il punteggio relativo al *defense adjustment* di alto livello era associato con una maggiore apertura ed esplorazione.

**Esempio E-3**

S: [RIMOZIONE] A volte non mi rendo nemmeno conto di venire maltrattata fino a quando non è troppo tardi. Penso semplicemente sia normale sentirsi così – sentirsi in un certo modo e poi scoprirlo, no, è sbagliato, quindi è – Io ho solo, mi biasimo per il mio non saperlo o per il finire sempre in queste situazioni. [pausa]. E se non – se io non lo faccio, io non lo so [*la rimozione finisce*] [FORMAZIONE REATTIVA] A volte semplicemente sorrido oppure rido, perché è solo [ride] Non lo so. A volte, se non lo faccio – se non rido, piango [*la formazione reattiva finisce*] [SVALUTAZIONE DI SÉ] A volte è proprio così – è così brutto, è ridicolo. È divertente [lunga pausa] [*la svalutazione finisce*].

[AGGRESSIONE PASSIVA] A volte mi rendo conto che sto facendo qualcosa di sbagliato e che io – non posso farci niente, ho solo – Vedo che ripeto gli stessi pattern. È davvero confusivo, perché poi io mi odio per questo modo di fare e odio chiunque sia con me, perché se mi volesse bene, allora non mi tratterebbe così, ma è colpa mia se glielo lascio fare. [lunga pausa] [*l'aggressione passiva finisce*]

D-4 I: [inizia D-4] Io penso che quel che sta dicendo e ciò di cui stiamo parlando sia davvero una questione cruciale per il suo benessere, e penso che questo sia un motivo importante per il quale lei è qui. Ovvero che spesso si trova in una routine di pessime relazioni che si ripetono, in cui lei viene abusata e ha la consapevolezza e l'insight di essere parte di tale pattern, perché è lei a permettere che ciò accada.

Ed è molto confusa su chi incolpare. E probabilmente oscilla tra l'incolpare l'altra persona odiandola a morte, e l'odiare se stessa, perché chiaramente lo sta facendo. Lei è una suicida e vuole farsi del male.

S: Uh-huh.

I: Vuole essere ferita. Quindi dobbiamo davvero cercare di capire se siamo in grado di gestire questo problema, così fondamentale per lei.

S: Come se io...

I: Perché vi è un odio simultaneo, davvero intenso, sia per lei stessa sia per l'altra persona. [D-4 finisce]

Assoc Mi dispiace di averla interrotta.

S: [AGGRESSIONE PASSIVA] [pausa] Um, Io – sono stata in terapia abbastanza a lungo da conoscermi un pochino, e mi rendo conto che io – questo – queste ultime due settimane sono un po' regredita, mi sono sentita peggio, com'ero una volta.

Um, quando Jacques e io abbiamo iniziato a uscire insieme, ho avuto una brutta discussione con lui, ero arrabbiata e sono andata a letto con il suo migliore amico. Più tardi lui l'ha scoperto ma io ho negato, e ancora oggi credo che in fondo lui lo sappia, ma non voglio ammetterlo e lui – semplicemente non ne parleremo mai più...

La seduta prosegue esplorando questa storia, che termina con una interpretazione D-4 da parte del terapeuta.

### *Commento*

Nel complesso, questi esempi mettono in luce due fenomeni comuni e correlati. In primo luogo, la paziente, che si è inizialmente presentata come nevrotica e inibita, ha risposto a una interpretazione adeguata e si è aperta. In secondo luogo, siccome la paziente aveva un BPD, il nuovo materiale includeva degli aneddoti che evidenziavano il suo basso livello difensivo. Quando il terapeuta ha cominciato a interpretarlo, la paziente oscillava tra il livello immaturo e quello nevrotico. In questo caso, il terapeuta ha interpretato "in modo aggressivo", come evidenziato da due cose. In primo luogo, il livello del *defense adjustment* è diminuito leggermente quando il terapeuta tendeva a cogliere i livelli più bassi delle difese della paziente. In secondo luogo, la differenza pre-post nell'ODF dopo ogni interpretazione tendeva a essere negativa da metà della seduta in poi, e a peggiorare progressivamente. Tuttavia, nonostante la diagnosi di BPD, la paziente non è regredita nel senso maligno del termine, tanto da utilizzare difese di distorsione maggiore dell'immagine, o di acting nei confronti del terapeuta. Pertanto, la terapia ha promosso l'esplorazione al prezzo di qualche regressione, ma "ha contenuto" la paziente abbastanza da evitare degli *enactments* (per esempio, l'identificazione proiettiva), che avrebbero rivelato una regressione più grave.

## SEDUTA 20

In questa seduta, la paziente ha utilizzato delle difese di livello nevrotico all'inizio e alla fine, ma nel mezzo ha mostrato un funzionamento difensivo basso. Nell'esempio seguente, la paziente ha parlato dei propri sentimenti e azioni ambivalenti verso il fidanzato, come per esempio una strana sensazione di piacere nel discutere con lui. In questo esempio, ha sottolineato il proprio desiderio di aiutarlo, sebbene lasciarlo vendere droga in casa sua la rendesse nervosa. L'esempio comprende dalla sesta all'ottava interpretazione, su 11 totali.

**Esempio E-4**

S: [RIMOZIONE] Be', cosa sto facendo? Ancora non lo capisco [*la rimozione finisce*].

WES I: Bella domanda. Non lo so. Approfondiamolo. Lei avrà le sue ragioni per trovarsi in questa situazione. Non si tratta solo, sa, di qualcosa che l'ha messa in queste circostanze.

S.: [FORMAZIONE REATTIVA] Io – voglio aiutarlo [*la formazione reattiva finisce*] Non so. Ha tenuto la roba a casa sua fino a quando è stato arrestato, ma più ci penso, più divento nervosa e arrabbiata con lui.

SS I: Certo; lei potrebbe andare in prigione.

S: Guardi, se io dovessi dire qualcosa mi sentirei sleale nei suoi confronti, capisce cosa voglio dire?

SS I: Sì, lo so cosa vuole dire. [*incomprensibile*]

S: Cosa devo fare, gli dico di portarla via?

WES I: È lo stesso – guardi, la risposta è la stessa rispetto a... [*incomprensibile*]. Vuole sapere, sa, perché – me lo sta dicendo, perché mi trovo in questo incubo? Be', forse dobbiamo prenderci del tempo e cercare di capire perché si trova in quell'incubo.

D-1 [D-1 inizia] Lei sta – e di nuovo, torniamo alla questione del suo ridere. È come se lei avesse una versione ufficiale di ciò che accade. La risata ci dice che sotto c'è qualcos'altro di vero [*incomprensibile*]. [D-1 finisce]

S: [ride] [pausa] Non lo so, per un attimo quando abbiamo iniziato a uscire, mi sentivo molto in colpa, uh, [AGGRESSIONE PASSIVA] perché fin dal primo giorno io non ero – non gli ero fedele e avevo qualche sospetto che – Ovviamente non gliel'ho mai detto [*l'aggressione passiva finisce*]

[RIMOZIONE] [ride] Non so perché sto ridendo [*la rimozione finisce*].

D-1 I: [D-1 inizia] Be', perché questo era il suo metodo, fin dall'inizio, di pugnalarlo alle spalle, perché lei ha lasciato che anche lui la pugnalasse alle spalle tutto il tempo, e lei ha vari modi di pugnalarlo a sua volta.

S: Avevo solo paura che lui...

I: In questo senso si tratta di un [*incomprensibile*]. [Finisce D-1]

S: Sembrava semplicemente tutto troppo bello per essere vero. Era come se io – io stavo uscendo con questo ragazzo caraibico, poi ero rimasta incinta, e in quel momento avevo incontrato François che mi aveva convinta, "No, non fare un figlio. Sei del Quebec, sei bianca, insomma, non devi stare con lui" na, na, na. Così ho detto a François che avevo rotto con l'altro ragazzo, che avevo abortito, ma in realtà pensavo di stare ancora con l'altro ragazzo. Allora ho rotto con lui



e ho continuato con François e François mi ha scoperto, perché si era incuriosito o qualsiasi altra cosa, e stava guardando tra i miei libri.

E poi lui – [SVALUTAZIONE DELL'ALTRO] forse lui era stato uno stronzo sin dall'inizio [*la svalutazione finisce*]. Non lo so, [AGGRESSIONE PASSIVA] voglio dire, 2, 3 mesi dopo che eravamo usciti, sono andata a letto con il suo migliore amico e ricordo che era stato solo per tornare con lui. Ero semplicemente furiosa [*l'aggressione passiva finisce*]. E questo si è rivelato essere il mio più grande errore, perché poi lui lo ha scoperto ed era – io non volevo ammetterlo e sento che da allora tutto è cambiato, [la stessa SVALUTAZIONE DELL'ALTRO di cui sopra], che da allora in poi lui si è comportato come uno stronzo [*la svalutazione finisce*].

D-4 I: [D-4 inizia] Diciamo che lei era dapprima uscita due volte con un ragazzo, poi era andata a letto con qualcun altro come fosse una modalità per tornare con lui, per ottenere qualcosa di bello per lei [*incomprensibile*] o qualcosa del genere, ok? Lei fa in questo modo, però, come se volesse farsi scoprire e poi maltrattare. È stata colta in flagrante con il ragazzo caraibico e poi con il suo migliore amico. È come se lei non usasse la testa, e se lo facesse, perché non farsi cogliere in flagrante? Ho il sospetto che il motivo sia che c'è una parte di lei abbastanza masochista, che ogni volta che tratta male qualcuno deve essere ripagata egualmente ed essere trattata male a sua volta. [D-4 finisce]

S: Odio il modo in cui mi sento ora, mi sento così a disagio; vorrei cambiare così tanto, ma non posso.

WES I: Penso che i fatti della sua vita a cui mi riferisco siano qualcosa di [*incomprensibile*] e non credo che lei possa cambiare fino a quando non potremo (in una modalità lenta ma sicura) capire di cosa si tratta, perché ciò sta accadendo, come ha finito per essere così, che cosa sta succedendo. E fino a quel momento saremo praticamente all'oscuro [*incomprensibile*] su questa cosa sulle altre.

S: [pausa] Come... – come faccio a dire a François che non voglio quella merda [riferendosi alla droga] in casa mia? [*incomprensibile*]. [Pausa] [RAZIONALIZZAZIONE] La mia razionalizzazione è sempre stata che io avevo il bigliettino del suo avvocato, sa lui è un grande avvocato, e se le accuse non potevano essere cancellate, Dio non voglia, allora François avrebbe dovuto prendersi tutta la colpa [*la razionalizzazione finisce*].

SS I: Questa è una bellissima razionalizzazione, ma ora quella che può finire in carcere è lei, quella che può rimanere incinta è lei e quella che può essere uccisa a colpi di pistola è lei.

S: [NEGAZIONE] Non mi importa di questo, io ho solo paura di andare in prigione [*la negazione finisce*].

Sebbene ci sia stato un inizio con difese di livello nevrotico, il terapeuta ha interpretato le difese di livello più basso dopo che erano apparse nel racconto. Man mano che la storia si svolgeva, le successive interpretazioni del terapeuta si sono focalizzate sulla rimozione, che poi ha suscitato un'aggressione passiva. Il terapeuta ha poi risposto interpretando ulteriormente le funzioni dell'aggressione passiva, quando la paziente si trovava a disagio riguardo al proprio desiderio di qualcosa di buono per se stessa. Questa profonda, impegnativa interpretazione ha portato al disconoscimento di alcune preoccupazioni, accompagnate da ulteriore materiale. Questa serie di interpretazioni, che portano a una interpretazione più profonda, riflettono come interpretare i più bassi livelli di difesa utilizzati – cioè, evidenziare bassi livelli di *defense adjustment* – possa portare a una maggiore esplorazione, ma

anche a una certa regressione del funzionamento difensivo. Anche se le risposte della paziente erano instabili, la tabella 14.2 indica che, in media, la paziente ha avuto una risposta sempre più positiva all'interpretazione all'interno della seduta 20, che si riflette nella pendenza positiva della dif-ODF.

DISCUSSIONE DEL CASO E

Per le quattro sedute valutate su tutte le misure (tabella 14.2), la media dell'ODF della paziente in tutte le sedute era di 4.36, con una SD = .59, che

**Tabella 14.2** Confronto dei cambiamenti delle difese e del *defense adjustment* all'interno di una seduta e nel corso di più sedute.

		Nella seduta					Nel corso di 2.5 anni	
		ODF		dif-ODF		Defense adjustment		ODF <sup>a</sup>
Soggetto	Seduta	Media	Pend.	Media	Pend.	Media	Pend.	In base al modello Pend. per seduta
Ms E	4	4.38	-.013	.0	-.0090	.80	-.0029	
	6	4.14	-.11	-.43	-.011	1.00	-.011	
	20	3.77	+.021	+.20	+.0078	.79	-.0071	
	21	5.16	+.0027	-.10	-.0076	.59	-.0057	
	Media	4.36	-.025	-.083	-.0050	.80	-.0067	4.15 4.20 +.00034
SD		.59	.051	.23	.075	.15	.0029	Δ = +.05
Positivo			50%	25%	25%		0%	
Mr. F	5	4.90	-.013	.0	+.18	1.08	+.033	
	24	5.35	-.0024	-.92	-.071	.89	+.0043	
	26	4.50	-.0018	+.26	+.053	.93	+.0047	
	125	5.24	+.0083	+.39	+.037	1.16	-.0043	
	Media	5.00	-.0022	-.068	+.050	1.02	+.0094	4.96 5.23 +.0021
SD		.38	.0075	.51	.089	.11	.014	Δ = +.27
Positivo			25%	50%	75%		75%	
Ms. G	4	4.78	-.038	+.17	+.015	.97	+.00046	
	5	6.04	+.028	+.42	-.0020	.87	-.00063	
	21	3.98	+.035	+.13	-.0056	1.17	-.015	
	22	4.73	-.0027	+.20	+.020	.93	-.0057	
	23	4.94	+.040	+.99	+.032	1.43	-.010	
	66	5.46	+.010	-.38	-.0022	.91	-.0039	
	Media	4.98	+.012	+.26	+.0095	1.05	-.0058	4.86 5.37 +.0076
SD		.70	.027	.41	.014	.20	.0054	Δ = +.51
Positivo			67%	83%	50%		17%	

a. I punteggi primari e secondari dell'ODF in base al modello si riferiscono ai valori previsti al termine della seduta e nel corso di 2.5 anni di terapia. [Pend. = Pendenza; Δ = cambiamento grezzo dell'ODF.]

variava da 3.77 a 5.16, indicando un range estremo di funzionamento, dal livello borderline basso a quello nevrotico. Questa variabilità è coerente con la fondamentale descrizione di Stern (1938) della “nevrosi borderline”, ovvero individui con un BPD che possono apparire talvolta nevrotici, ma regredire facilmente nel corso del trattamento. I tassi di cambiamento dell'ODF nelle sedute variavano da  $-0.11$  a  $+0.21$ . Sebbene la paziente fosse regredita nel corso di metà della seduta, in un caso (nella seduta 6) la regressione era stata di rilevanza sostanziale.

Il suo terapeuta era stato interpretativo in modo aggressivo, includendo spesso le sue motivazioni, le relazioni oggettuali e il transfert oltre agli affetti e alle difese coinvolte. Il suo punteggio medio di *defense adjustment* era di .80, con un range tra .59 e 1.00, indicando che, in media, lui tendeva ad affrontare le difese un po' al di sotto del livello della media del suo funzionamento difensivo. Inoltre, dopo un gran numero di sedute, l'andamento del punteggio di *defense adjustment* era negativo, indicando che, quando lei iniziava a mostrare dei livelli difensivi più bassi, il terapeuta preferibilmente tendeva a interpretarli. A questo proposito, la differenza media nell'ODF prima e dopo l'interpretazione era positiva in una sola seduta (25%) e l'andamento nelle sedute era positivo solo in una di esse (25%). Il risultato complessivo del caso era che a 2.5 anni si evidenziava un tasso di miglioramento molto lento nell'ODF, con un cambiamento grezzo ( $\Delta$ ) =  $+0.05$ , circa un decimo dell'effect size. La paziente era ancora nel range di funzionamento difensivo coerentemente con il BPD. Rimane da considerare se un miglioramento maggiore sarebbe seguito o meno a interpretazioni medie con punteggi di *defense adjustment* mediamente più alti.

## CASO F (2015)

Il signor F. era un uomo di circa venticinque anni, inviato per una terapia a lungo termine in seguito al completamento di una terapia a breve termine, che era stata motivata dalla fine della sua relazione con una ragazza. F. sentiva di essere ancora “un caso disperato”. Aveva una lunga storia di dipendenza da cannabis, iniziata all'età di 13 anni, ma era in astinenza da oltre un anno. Non aveva altri disturbi in Asse I, tranne una storia di disturbo della condotta nell'infanzia. Sull'Asse II, presentava i disturbi di personalità istrionico e narcisistico, con il primo clinicamente predominante, insieme ad alcuni significativi tratti antisociali, autolesionisti, e borderline.

Il paziente si era sentito amato dai genitori nei primi anni di vita, anche se la madre era severa e non mostrava facilmente le proprie emozioni, ma lo amava e comprendeva incondizionatamente. Aveva perso un occhio all'età di 5 anni a causa di una malattia e ricordava di essere stato molto accudito. Il liceo era andato bene; non c'erano stati problemi accademici, e

aveva alcuni amici. I genitori discutevano molto e il padre era fisicamente maltrattante verso suo fratello maggiore, che a sua volta dalla metà dell'infanzia in poi era diventato maltrattante verbalmente e fisicamente rispetto al paziente. I bambini sapevano che i genitori andavano verso il divorzio. Durante un campo estivo, all'età di 12 anni, la madre era stata ricoverata in ospedale, presumibilmente per anoressia, ma in realtà aveva tentato il suicidio. Dopo le dimissioni, era andata a vivere con i suoi genitori. Dopo il divorzio, i bambini erano rimasti a vivere con il padre. Il padre era totalmente assorbito da una relazione con una nuova ragazza, e non esercitava alcun controllo sui figli. Dai 14 anni in poi, il paziente si era sentito molto solo ed era diventato estremamente bisognoso di attenzioni. Aveva iniziato a mentire nel costruire la propria immagine di sé, e aveva fatto tutto ciò che poteva per diventare popolare. Aveva iniziato a fumare, ad avere un sacco di avventure sessuali, e a rubare, prima a suo padre, e poi altrove, come per esempio in un suo lavoro part-time. Non vi era alcun orientamento, cura, o comprensione in casa. Negli anni successivi dell'adolescenza, aveva iniziato a usare la cannabis regolarmente e aveva elaborato un accordo in base al quale lui comprava la droga per suo padre, che poi gliene dava una parte in cambio. Aveva ripetuto un anno di scuola superiore ed era andato al college in maniera saltuaria, mentre faceva una serie di lavori a cui poi aveva rinunciato o che aveva lasciato prima di essere licenziato. Aveva avuto problemi finanziari con le carte di credito. Aveva avuto rapporti intensi con le ragazze, in un tentativo disperato di trovarsi in sintonia con loro. Era volutamente esibizionista, e le donne lo trovavano divertente, anche accattivante, ma alla fine diventava bisognoso. Si preoccupava per la fiducia e la fedeltà e si arrabbiava eccessivamente quando veniva deluso. All'inizio del progetto di terapia, sperava di poter intraprendere una nuova carriera nel teatro o nel mondo della finanza, per fare un sacco di soldi, ed essere visto come una persona importante.

Aveva avuto un terapeuta uomo, visto una volta alla settimana, per 125 sedute portate a termine in circa 2.5 anni, a causa di un trasloco per motivi economici. In seguito, aveva continuato per telefono e tramite dei questionari inviati per mail, per 7 anni dalla presa in carico. Prenderemo qui in esame una delle sei sedute valutate.

#### SEDUTA 26

In questa seduta molto attiva, i rater hanno identificato 70 difese. In ordine decrescente, le difese più importanti sono quelle dei livelli di distorsione minore dell'immagine (30%), ossessive (24%), di disconoscimento (20%), altre difese nevrotiche (11%), e altamente adattive (7%). La percentuale molto elevata di difese di distorsione minore dell'immagine rispecchiava i

tratti di personalità narcisistici, e in qualche misura quelli isterici, prominenti nella seduta, come lo era la tendenza a separare l'una dall'altra le proprie reazioni affettive attraverso l'uso di difese ossessive.

La seduta riguarda in gran parte gli eventi che si erano recentemente verificati in un ristorante, in cui il paziente lavorava come cameriere. A un certo punto della storia, il paziente parla da esperto su come andavano fatte le cose, su come completare tutti i piani, su come vendere ai clienti e così via, in parte per proteggere o migliorare l'autostima, oppure per fronteggiare i conflitti, minimizzando i propri sentimenti di disagio. Quindi, vi era un'oscillazione tra le difese nevrotiche, narcisistiche e soprattutto ossessive.

### Esempio F-1

Questo primo esempio mostra uno dei due grandi slittamenti nel funzionamento difensivo durante la seduta. In essa, il paziente ha descritto i problemi che aveva con il manager di sala, in relazione ad alcuni scambi e commenti su come lui pensava che andassero fatte le cose.

S: E di nuovo, solo per andare un po' avanti con quella conversazione con Brad, sa, lui ha iniziato spiegandomi che, sa, "[nome del soggetto], sai, non ti preoccupare. Ma se tu e lei vi scontrate, vai da un'altra parte, ragazzo. Fai qualunque cosa lei dica. Di' semplicemente di sì o di non preoccuparsi". Ecco.

E questo è vero. Voglio dire, Io potrei – voglio dire, [SPOSTAMENTO] la gestione di questo ristorante mette davvero sotto pressione. Voglio dire, c'è un sacco – voglio dire, si tratta di piccole cose, giusto. Devi pensare come, oh mio Dio, dov'è la lattuga per gli hamburger, eh? Be', quando hai un ordine e non c'è la lattuga per gli hamburger, cominci a impazzire per uno stupido pezzo di lattuga. Voglio dire, è davvero divertente, ma è un pezzo di... Ma potrebbe essere un bricchetto, potrebbe essere un cucchiaino, potrebbe essere un milione di cose giusto? [Ride] [*lo spostamento finisce*]. [INTELLETTUALIZZAZIONE] E potresti chiederti perché questa persona si sconvolge per un cucchiaino o per un pezzo di lattuga, ma hai un tavolo con sei piatti da portare e sei in attesa di un pezzo di lattuga per avere i sei piatti, e diventi pazzo. Questa è la natura dell'attività, sa. [*l'intellettualizzazione finisce*].

[SPOSTAMENTO] Così, per definizione, il suo lavoro è molto più difficile, perché lei ha il – lei è in una posizione intermedia. Lei si occupa della gestione, della gestione superiore e dice "Abbiamo bisogno di questo posto per fare la nostra performance" e poi ha uno staff di circa quindici persone per farlo. E a lei è stato detto "Fai lavorare questi ragazzi", sa. E lei sta cercando di fare il suo meglio per far sì che ciò accada. E a volte fa il poliziotto duro, come in questo momento. Fa quella cosa del poliziotto buono, poliziotto cattivo. [*Lo spostamento finisce*] E, uh, e io sono rimasto coinvolto in questo turbinio. E fino a quando ho parlato con Brad ieri e ho scoperto che, sa, vai bene ragazzo. Sei quello che vogliamo.

D-2 I: [D-2 comincia] Ma lei la stava prendendo in modo molto personale...

S: Assolutamente.

I: ...e continua a sentirsi incompreso e non capito. [D-2 finisce]

S: [RAZIONALIZZAZIONE] Be', ho dovuto tirar fuori questa cosa e sono arriva-

to alla comprensione di quella che è la fonte delle mie insicurezze, solo per me, non importa di me, ma era lei. Era quella la relazione che non funzionava nel ristorante. E sa una cosa, sono giunto alla conclusione che – mi sono seduto e l'ho scritto... [la razionalizzazione finisce]

D-1 I: [D-1 comincia] Non stava ricevendo le lusinghe di cui aveva bisogno per andare avanti, eh, per essere rassicurato sul fatto che stava facendo le cose nel modo giusto e che la donna in questione sapeva cosa lei stesse facendo. [D-1 finisce]

S: Be', sì. È come se io riconoscessi la sua posizione e, um, riconoscessi che si tratta di una relazione fondamentale per me, per me per rimanere in quel ristorante ed è stato frustrante non riuscire a mantenerla, sa. [RAZIONALIZZAZIONE] È stato frustrante per me il fatto che le piccole cose che venivano ammesse, come una telefonata o una pausa di 15 minuti, quando stavo lavorando 15 ore al giorno, inasprissero questo rapporto. Roba del genere. [La razionalizzazione finisce] È davvero molto difficile per me accettarlo perché è stupido, sa, quando si lavora 15 ore al giorno, per giorni consecutivi, sa, non solo un giorno qui, ma facendo 10 ore, 15 ore, 13 ore. Voglio dire, io lavoro in un fine settimana per 48 ore, io lavoro come ventotto di loro, sa. [ANNULLAMENTO] Il personale lavora molto duramente e siamo retribuiti molto bene e trattati bene, ma sa, questa mia relazione nel ristorante, era davvero solo una fonte di, davvero, era molto spaventante [L'annullamento finisce].

### Commento

Il paziente ha inizialmente preso le distanze dai propri sentimenti e reazioni attraverso lo spostamento e l'intellettualizzazione [ODF media pre-interpretazione = 5.33]. Il terapeuta aveva fatto delle interpretazioni, in questa seduta i numeri 2 e 3 su 10. La prima parlava del suo prendere troppo sul personale il problema col manager di sala, che è un rivolgimento contro il sé, valutata come aggressione passiva [non mostrata]. Ciò era diretto a una difesa che si era presentata presto nel racconto, ma che era stata valutata come un *defense adjustment* molto basso (= .19) il valore più basso delle 10 interpretazioni della seduta. Era poi seguito un immediato decremento nell'ODF (dif-ODF = -1.33), che rifletteva le due razionalizzazioni e l'annullamento (ODF medio post-interpretazione = 4.00). Questa interpretazione, ben al di sotto del livello delle difese immediatamente precedenti del paziente, ha determinato un abbassamento nel funzionamento difensivo, rispecchiando un disconoscimento del proprio ruolo nel problema. Tuttavia, la seconda interpretazione era rivolta unicamente all'esperienza affettiva (D-1), senza alcun riferimento a una specifica difesa, quindi il *defense adjustment* non è calcolabile. Tuttavia, esso è stato seguito da un innalzamento nell'ODF post-interpretazione, il che indica una risposta positiva.

### Esempio F-2

Questo esempio riguarda ciò che è avvenuto alla fine della seduta. Il paziente racconta di una vicenda di cui era orgoglioso, quando aveva offerto gratis dei caffè a

fine pasto a un gruppo di clienti facoltosi. Ciò aveva sollevato un conflitto d'interessi tra il conto finale del tavolo, contrapposto alla sua mancia.

S: [SVALUTAZIONE DELL'ALTRO] È tutto un – no, voglio dire, anche il giudizio è importante, giusto? Mi arrabbierò se riceverò un giudizio di merda, se mi ci impegno molto, sa.

Ma io non intenzione di preoccuparmi, come se stessi facendo un test e mi preoccupassi di prendere A, dopo che, sa, avevo fatto altri dieci test nel semestre e avevo preso C oppure B meno e dicevo “Oh mio Dio, devo prendere A”; sarebbe proprio una merda. Sa, tutto quello che devo fare è dare il meglio di me così che tutto vada per il verso giusto [*la svalutazione finisce*]. [RAZIONALIZZAZIONE] Ed è per questo che non me ne preoccupo, perché io guardo alla percentuale. Io calcolo la mia mancia alla fine della serata, faccio le mie divisioni, le mie mance sul totale delle mie vendite. Ho le mie ragioni. E se sono nel range, che va dal 14.5% al 18%, hey, vuol dire che sto facendo poco e mi stanno pagando per questo, sa, e questo è nella norma. E questo è tutto ciò che avrò, sa. Non mi importa se faccio quindici centesimi su un dollaro, io faccio il 15%. Questo è ciò che penso. Non sono preoccupato per null'altro [*la razionalizzazione finisce*]. E queste sono buone ragioni, sa. I camerieri ne hanno. Sa, i venditori – nella maggior parte dei lavori di vendita ci ricavi un sei, sette, otto per cento e anche di più sa. [SVALUTAZIONE DELL'ALTRO] Col telemarketing, business schifoso che è, [*la svalutazione finisce*] ti pagano il 20%, sa. Quindi in punti percentuali siamo abbastanza alti.

D-4 I: [D-4 inizia] Ecco che succede quando incontra un possibile conflitto di interessi per via del caffè, perché il rischio è che lei abbia sottratto cinque dollari dal conto...

S: Sperando di intascare quei cinque dollari.

I: Be', è probabile che apprezzeranno il servizio e... [non chiaro]. [D-4 finisce]

S: Quindi, come sarebbe, sarebbero circa settantacinque centesimi in più per me, un dollaro extra. La cosa si risolverebbe così. A dire il vero, sì, settantacinque centesimi. Ha ragione. [NEGAZIONE (o razionalizzazione)] Ma sa una cosa, mentre lo facevo, voglio dire, lo so. Non ci stavo nemmeno pensando – non voglio dire – pensavo di servirli, sa, e se questo significava, sì, una mancia migliore, significava anche dare un miglior nome alla casa. Okay, non era solo per me. Non ero un egoista nel farlo. È stato davvero un atto altruistico. Sa, perché per me un dollaro qui, un dollaro lì non mi cambia la vita. [*la negazione (o la razionalizzazione) finisce*]

D-2 I: [D-2 inizia] Sì, certo. No, non suona come una buona cosa, ma come se lei agisse da capo del personale, padrone del ristorante, per avere questa opzionalità e flessibilità, senza dover rispondere a qualcun altro. [D-2 finisce]

S: Ma sono costretto...

Ack I: Certo.

S: [SPOSTAMENTO] Sì. [Ride] Di nuovo, è così divertente, eh. Le piccole cose di cui discutiamo nel ristorante, sa, sono divertenti. Voglio dire, è come quando le dicevo dei cucchiaini, giusto? [Ride] E potrebbe trattarsi di qualsiasi cosa. Si potrebbe essere insultati per via di un [alza la voce] “Perché hai lasciato la maionese in quel piccolo...” come sarebbe un po' di maionese e, “Non la si può lasciare così.” [Ride] E io farei tipo “Oh, mio Dio”. [*lo spostamento finisce*] [ANNULLAMENTO] Ma tutti quanti lavorano duramente. Devo dire che è



eccezionale, un personale eccezionale e noi siamo riconosciuti per questo, sa. Veniamo apprezzati per questo. Sì, ci lavorano sodo perché alcune persone non prendono le loro parti e quelli bloccati portano un carico. E tutti ci stanno mettendo in media, sa, sempre tra le 10 e le 15 ore al giorno. [*l'annullamento finisce*]

Q I: Cosa stava pensando quando ha detto che aveva discusso con il capo?

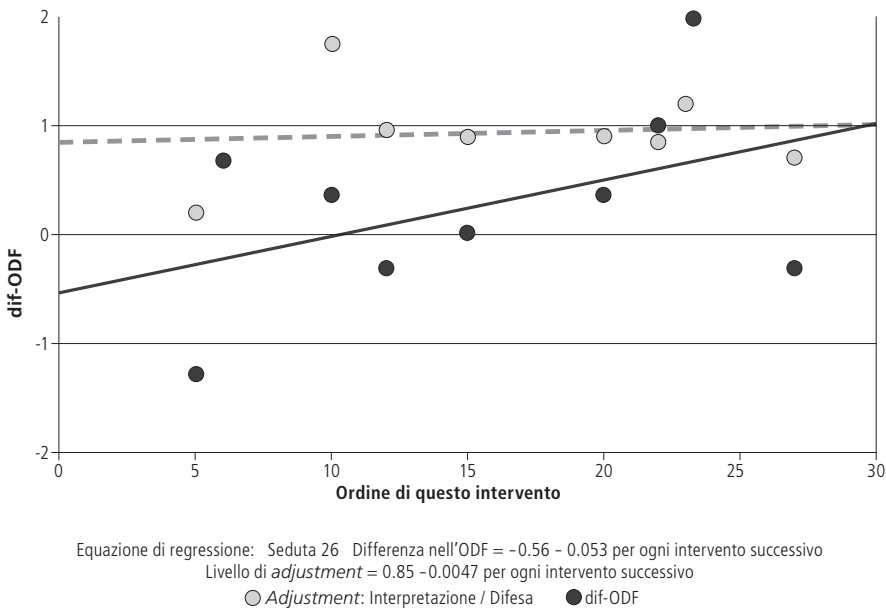
### Commento

L'atto di offrire il caffè ai clienti riguardava questioni relative all'immagine di sé e all'autostima del paziente – un venditore che conosce le cose giuste da fare – contrapposte al suo dovere verso il datore di lavoro. Le sue difese evitavano in larga misura il conflitto, in favore di un incremento della sua autostima. Le interpretazioni delle due azioni erano collegate al desiderio di essere apprezzato, e successivamente al desiderio di essere potente (“come se lei agisse da capo del personale”). Prima dell'interpretazione iniziale, l'ODF pre-interpretazione del paziente era basso (ODF medio = 3.67), seguito dall'interpretazione del terapeuta quasi allo stesso livello (*defense adjustment* = .82). A sua volta, il primo ODF medio post-interpretazione era elevato (ODF = 4.67; dif-ODF = + 1.00). L'ODF pre-interpretazione successivo era il più basso di tutta la seduta (ODF medio = 3.33), ma la successiva interpretazione mostrava un *defense adjustment* ancora più alto (1.20). Ciò ha portato a un ODF medio post-interpretazione più alto (5.33) e al massimo dif-ODF (2.00) di tutta la seduta. Siccome le due interpretazioni erano separate solo da una difesa, i loro effetti potrebbero essere un po' confusi. In alternativa, la loro giustapposizione potrebbe aver prodotto una sinergia, con un conseguente ampio e positivo dif-ODF. Questi esempi dimostrano che le interpretazioni delle difese di livello basso (D-1, D-2) possono essere di supporto, ponendo le basi per un'interpretazione più comprensiva (per esempio, sul conflitto relativo a fare il proprio dovere rispetto al datore di lavoro).

La figura 14.5 mostra l'evoluzione sia del *defense adjustment*, sia delle dif-ODF associate all'interno di tutta la seduta 26. Entrambi i trend sono più elevati. Infatti, per le otto osservazioni accoppiate con valutazioni complete, la correlazione tra regolazione difensiva e dif-ODF è elevata ( $r_s = .60$ ,  $p = .11$ ), anche se senza significatività statistica.

### DISCUSSIONE DEL CASO F

Per le quattro sedute valutate, il signor F aveva un'ODF media (5.00) al confine tra i livelli di funzionamento immaturo e nevrotico, con due sedute per ognuno. Ciò sembrerebbe coerente con un disturbo di personalità ad alto funzionamento. Solo una delle quattro sedute (25%) ha mostrato un trend



**Figura 14.5** Seduta 26 del signor F: evoluzione parallela del *defense adjustment* e dei punteggi dif-ODF nella seduta.

positivo per l'ODF, principalmente a causa di una dipendenza iniziale dalle difese del livello ossessivo e del livello delle altre difese nevrotiche, all'inizio della seduta mentre raccontava gli episodi, con le difese di livello inferiore che si sono mostrate solo più tardi. Tuttavia, quando abbiamo esaminato le interpretazioni delle sedute, abbiamo scoperto che la media dif-ODF successiva alle interpretazioni in ogni seduta era positiva nel 50% delle sedute, mentre la pendenza della dif-ODF all'interno delle sedute era positiva nel 75% delle sedute. Il *defense adjustment* variava leggermente intorno a una media di 1.02, indicando un'elevata accuratezza dell'interpretazione commisurata al livello di funzionamento difensivo del paziente.

Il modello generale di sviluppo delle difese all'interno di ogni seduta appare in contrasto con il tasso complessivo di cambiamento. Nel complesso, il cambiamento del paziente nell'ODF era positivo (+.27) nelle 125 sedute, portandolo dal livello di funzionamento del disturbo di personalità a quello nevrotico. Il suo cambiamento nell'ODF era intorno alla mediana per questa ricerca. Tuttavia, i dati sulla dif-ODF erano in linea con i cambiamenti nelle difese a 2.5 anni, suggerendo che i cambiamenti delle difese nelle parti interpretative della seduta erano il migliore predittore del cambiamento in generale. Coerentemente con la nostra ipotesi, il *defense adjustment* aveva un valore vicino a 1, indicando che, in media, il terapeuta effettuava interpretazioni commisurate al livello di *defense adjustment* del paziente. La seduta ha inoltre dimostrato che, a volte, alcune deviazioni nel *defense adjustment*

possono anche essere associate a grandi oscillazioni nel funzionamento delle difese. In linea con questi parametri, chi aveva ascoltato le sedute aveva descritto il terapeuta come rispettoso, supportivo, e ben sintonizzato con il paziente, anche quando assumeva un atteggiamento interpretativo.

#### CASO G (2006)

La signora G era una donna sposata di 27 anni, che lavorava in una piccola impresa insieme al marito, inviata per una psicoterapia a lungo termine quando il loro terapeuta di coppia l'aveva incoraggiata a chiedere aiuto individualmente. Aveva una storia di depressione maggiore ricorrente di breve durata, con un disturbo distimico iniziato all'età di 10 anni, ma terminato 2 anni prima dell'ammissione a questa ricerca. Da adolescente, aveva avuto un periodo di 3 anni di dipendenza dall'alcol e un disturbo da uso di sostanze, ma ormai era in astinenza da quasi un decennio. Presentava gli specifici disturbi di personalità antisociale e narcisistico, con significativi tratti borderline, istrionici, dipendenti e passivo-aggressivi. Al momento della presa in carico, la sua GAF attuale era di 62, che era stato il suo migliore livello di funzionamento nel corso dell'ultimo anno.

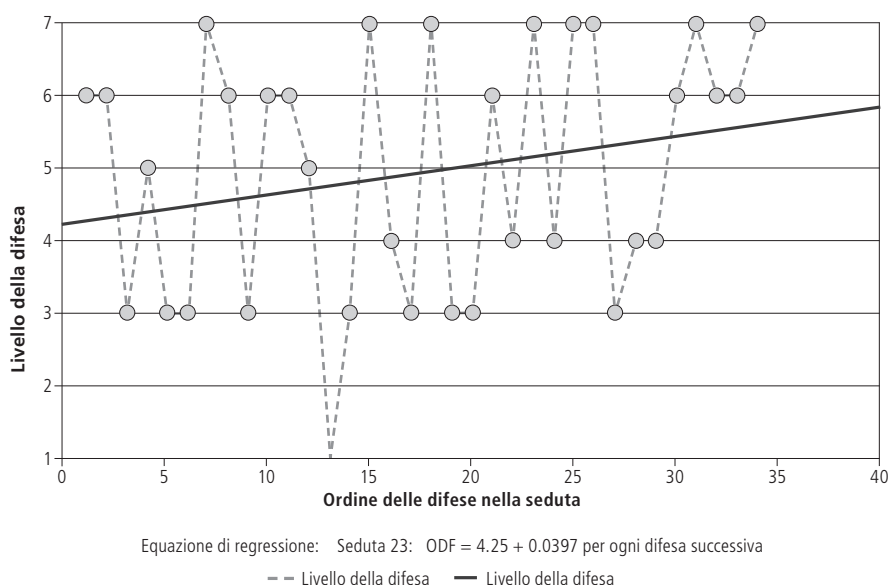
Era cresciuta in periferia, dove suo padre possedeva una piccola impresa. Era la maggiore di quattro figli. Sua madre aveva avuto una gravidanza difficile e una depressione post partum, e non aveva voluto prendersi cura di lei per molti dei suoi primi mesi di vita. La paziente aveva sentito affetto da parte della madre fino alla nascita di suo fratello, all'età di 4 anni. Sebbene la madre avesse sempre pensato che la paziente fosse adorabile, dai 4 anni in poi aveva respinto qualunque dimostrazione fisica di affetto verso la paziente. In generale, la madre mostrava affetto solo verso un fratello e ignorava ampiamente i bambini durante le conversazioni. La madre era emotivamente trascurante, per esempio non offriva alcun conforto se la paziente si faceva male. A 9 anni, la paziente aveva cominciato a picchiare il fratello minore per gelosia, e la rivalità tra i fratelli era diventata dilagante. Sebbene il padre fosse più attento nei suoi confronti, anche lui aveva rivolto la sua attenzione maggiormente verso i fratelli, soprattutto quando avevano cominciato delle attività sportive. Aveva iniziato a rubare oggetti come i cosmetici dagli 11 anni in poi, e a 17 aveva iniziato a uscire con degli amici che rubavano molto. Sebbene le fosse piaciuta la scuola primaria, aveva poi perso interesse per la scuola all'età di 14 anni e aveva cominciato a saltare le lezioni. Era anche stata coinvolta in alcuni atti di vandalismo. A 15 anni aveva minacciato di lasciare la scuola se il fratello non avesse iniziato a trattarla meglio, e quando lui non l'aveva fatto, aveva definitivamente lasciato ed era entrata in un programma di lavoro. Si era presto disinteressata anche a questo, andava alle feste con gli amici, arrivava in ritardo al lavoro,

e aveva iniziato a bere molto e a fare sesso. A 16 anni, la sua famiglia si era stancata e dopo una grande lite l'aveva cacciata di casa senza alcun preavviso. Mentre piangeva e faceva gli scatoloni, loro si erano seduti a guardare la TV. Aveva poi vissuto con diverse persone per 6 mesi senza una fissa dimora, ma aveva trovato un lavoro nei servizi di ristoro.

A 18 anni, aveva seguito un fidanzato in un programma di recupero ed era entrata in astinenza. Aveva lavorato come ballerina erotica, rimanendo coinvolta in alcuni episodi di prostituzione. Era irresponsabile a livello di precauzioni sessuali e aveva avuto una serie di aborti. Aveva incontrato un ragazzo ed era diventata molto dipendente da lui, sebbene la maltrattasse, fosse spesso infedele, e le sottraesse dei soldi. Aveva paura di non andare d'accordo con lui, ma alla fine lo aveva lasciato dopo essersi stancata di essere sempre rimproverata. Aveva poi incontrato il suo attuale marito, mentre faceva la spogliarellista. Lui era un grande spendaccione e si dava delle arie, ma era un gentiluomo e la ammirava. Lei era inizialmente riluttante a farsi coinvolgere, e dopo che lui le aveva chiesto di sposarlo, continuava a essere riluttante, ma alla fine lo aveva sposato per non perderlo. Lui l'aveva portata con sé nella sua impresa come partner. Poco dopo il matrimonio, avevano cominciato ad avere scontri fisici, e lei lo colpiva, graffiava o schiaffeggiava, dopo aver ricevuto a sua volta un occhio nero. La recente terapia di coppia aveva diminuito gli episodi di violenza. Lei si descriveva come molto innamorata ma infelice nel matrimonio, e spesso si lamentava per il fatto che il marito pensava di essere perfetto, accusando lei di tutti i problemi. Era gelosa e possessiva verso di lui e competitiva sul lavoro, anche se spesso si sottometteva. Nell'intraprendere la terapia, diceva di voler migliorare se stessa, la sua immagine di sé e la sua fiducia, il suo rapporto con il marito, e soddisfare le sue notevoli ambizioni.

#### SEDUTA 23

Abbiamo selezionato questa seduta perché era al livello medio di ODF, e includeva molte difese di disconoscimento e distorsione minore dell'immagine, caratteristiche delle personalità antisociali e narcisistiche (Perry, Presniak, Olson, 2013). La paziente ha mostrato 34 difese, e la figura 14.6 descrive l'evoluzione dei punteggi associati ai livelli difensivi all'interno della seduta. Il trend riflette una diminuzione del livello 3 delle difese nel mezzo della seduta e delle difese di livello 4 alla fine della stessa, con un concomitante aumento nei livelli 6 e 7 verso la fine. Il terapeuta era molto attivo, con un totale di 85 interventi, di cui 16 erano interpretazioni, due delle quali interpretazioni di transfert. I temi della seduta in questione riguardavano il lavoro col marito e un collega a cui piaceva metterla contro di lui, che paradossalmente spesso si schierava dalla parte del collega. Ciò



**Figura 14.6** Seduta 23 della signora G: evoluzione dei punteggi del livello difensivo nella seduta.

aveva comportato problemi di autostima, sentimenti aggressivi e competizione, seppur lei a volte volesse mostrare un lato più dolce.

### Esempio G-1

Questo dialogo ha avuto luogo verso la fine del colloquio, dopo che il terapeuta aveva fatto una serie di interpretazioni che si concentravano sugli affetti nascosti e le difese contro la consapevolezza, nonché diverse interpretazioni relative ai suoi motivi di fondo. Nel brano seguente, la paziente aveva appena messo in luce lo stile molto conflittuale del marito, basato sulla convinzione che fossero gli altri ad avere problemi, e non lui stesso. Il terapeuta aveva quindi utilizzato il materiale recente come traccia da cui partire per fare un'interpretazione di sintesi, relativa alle questioni più importanti della seduta.

Cl I: Questo è il modo in cui lui vede le cose.

S: Sì, mi vede come una persona profondamente malata mentre lui non lo è affatto, non è malato, non ha nessuno di questi comuni problemi e nemmeno la sua famiglia, si tratta di persone super, di super uomini e [SVALUTAZIONE DI SÉ] questo mi fa sentire davvero di merda. Mi fa sentire inferiore [la svalutazione finisce].

SS I: Mi chiedo però se c'è un altro modo di inquadrare tutto ciò, ovvero come lei sia diventata più consapevole di lui rispetto alla varietà delle esperienze umane, se vuole.

S: Sì, ne sono consapevole e, sa, è una buona cosa. Sono molto contenta di esserne consapevole, ma mi rattrista che la persona con cui sto non lo sia.

Rf I: E la definisca come una persona malata.

S: Sì.

Assoc I: Ma ci vuole una buona dose di autostima per resistere a ciò e... [non chiaro].

S: Con lui è tutto, sa, mi piacerebbe molto parlare così con lui, ma ogni cosa con lui è un confronto. E ogni volta, sa, quando voleva sposarsi, pochi anni fa, quando ci siamo lasciati e lui voleva tornare insieme e voleva sposarsi e io no, mi aveva detto che sarebbe andato da uno psichiatra amico di famiglia e che lui gli aveva detto, sa, come gestire la sua – sa, come fare. Sa, “Dovresti dirle che deve sposarsi”, e questo, sa, [SVALUTAZIONE DELL'ALTRO] avevo pensato che lui fosse pazzo, sa. Voglio dire, era andato da uno psichiatra per farsi sostenere nel confronto con me [*la svalutazione finisce*]. E sa, questa è davvero una cosa su cui non voglio confrontarmi con lui. Non ho mai, sa, ciò che ho imparato qui dentro non l'ho mai portato fuori con l'intenzione di confrontarmi con lui, sa, e sento che ogni cosa diventa un confronto e, sa, voglio dire, mi piacerebbe essere più aperta e avere con lui una maggiore condivisione, ma in qualche modo questo è un confronto tra quel che so e quel che non so, non so se rendo il senso...

Ack I: Uh-huh, uh-huh.

T-4: [T-4 inizia] No, credo di capire quel che sta dicendo, e, uh, sembra – be', credo che forse il tema di cui stiamo parlando oggi è davvero che a volte si possono spaventare le persone, anche senza volerlo. Se lei mostra il suo lato più rude, quello che spaventa le persone; allora potrebbe intimidire il collega di suo marito e preoccuparsi che potrebbe intimidire o turbare anche me o... [non chiaro]. Che se lei mostra parte della sua consapevolezza o della sua autostima, io non sono una persona malata, [parte della frase non è chiara] che lei possa essere un tipo di... [non chiaro] e immagino che ciò a volte la preoccupi.

S: Uh-huh.

I: È quasi come se lei sentisse di non potersi lasciare andare ed essere al massimo delle sue possibilità, a volte deve nascondere le sue abilità, conoscenze e capacità o alcuni aspetti di sé.

S: Uh-huh.

I: E tuttavia ci sono alcuni suoi aspetti che potrebbero essere pericolosi per le altre persone.

S: Uh-huh.

I: Perché, suppongo, essi contengono delle componenti di aggressività, alcune ben strutturate e alcune più raffinate, ma comunque c'è dell'aggressività in esse e [non chiaro] lei sente che le persone si difenderanno e contrattaccheranno avvertendo questa sua aggressività.

S: Uh-huh.

I: Piuttosto che apprezzarla o impararne qualcosa.

S: Giusto, uh-huh.

I: Suppongo che sia, sa, parte di – forse una delle parti più difficili nel diventare una persona più sicura, una persona di maggior successo, è che le altre persone possono essere intimidite da lei [non chiaro].

S: Uh-huh.

I: Se si sente bene con se stessa... [non chiaro] come faranno le persone a gestire... [non chiaro] Non so cosa farebbero se fossero in lei [ride], ma sa, come lei sta facendo per gestire questo aspetto, il fatto che lei possa intimidire le persone [resto della frase non chiaro]

S: Uh-huh. No.

I: A volte mi chiedo se il suo rifugiarsi nella depressione, nelle lacrime o nel lamentarsi, sia in realtà un tentativo di non essere se stessa quanto più possibile [T-4 finisce].

S: Sì. Per me è stato così. Io non, sa, non mi piace e penso che fosse una conversazione molto interessante quella della scorsa settimana o due settimane fa, a prescindere, perché, sa, abbiamo parlato di una sorta di, sa, dei due lati e di quale mi piaccia di più e, [ANNULLAMENTO] sa, lei aveva anche l'impressione, o forse ho capito male, ma sembrava avesse l'impressione che mi fosse piaciuto il lato più dolce e... [l'annullamento finisce]

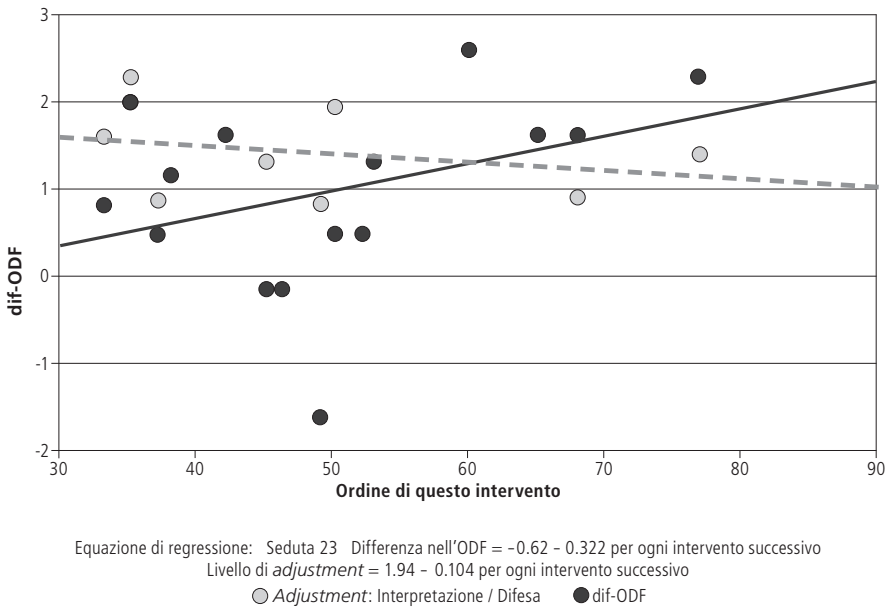
[AUTO-OSSERVAZIONE] Ma lei lo ha verbalizzato molto bene pochi minuti fa, quando ha detto che – sa, c'è una sorta di aggressività insita in me, ma una componente raffinata. Ed è questo ciò che voglio. Io non voglio essere rude e pazza e – ma certamente non voglio dovermi ritirare e sento che ho dovuto farlo e che lo devo fare tutt'ora e che non è affatto piacevole, sa, ed è – non mi rispetto quando faccio così e non sento che chiunque altro mi dovrebbe rispettare, se rimango così troppo a lungo. Sa, voglio dire... [l'auto-osservazione finisce].

### Commento

Il dialogo ha avuto inizio con una proiezione (non mostrata) e due svalutazioni, una del sé e una dell'altro. Il terapeuta ha poi fatto l'interpretazione più profonda della seduta (T-4). Sebbene fosse un'interpretazione delle difese della paziente nelle relazioni, data la frase “potrebbe intimorire il collega di suo marito e preoccuparsi che potrebbe intimorire o turbare anche me”, il terapeuta ha accennato rapidamente al transfert, valutato come un T-4 piuttosto che un D-4. Il terapeuta ha interpretato anche l'inibizione delle sue capacità (rimozione), per la paura di essere vista come aggressiva, e di produrre una ritorsione da parte degli altri. Questo rendeva difficile per lei godere di se stessa e sentirsi sicura. Si trasformava invece in una persona di minor successo e più debole (formazione reattiva) per prevenire questa ritorsione (la sua vera motivazione). Questa interpretazione più profonda aveva un livello di *defense adjustment* alto (1.43) poiché interpretava le difese nevrotiche che portavano a una diminuzione dell'autostima, piuttosto che le difese di distorsione minore dell'immagine, utilizzate per sostenere temporaneamente la bassa autostima. La paziente aveva risposto aprendosi sulla propria ambivalenza riguardo a se stessa e su ciò che il terapeuta aveva sottolineato di lei (annullamento). Aveva poi utilizzato l'auto-osservazione nel tentativo di approfondire la comprensione di come trattare con le parti rudi, di autoprotezione, e dolci di se stessa.

Nel complesso, la seduta mostrava un *defense adjustment* medio che era alto (1.43) e il più alto punteggio dif-ODF medio (+.99) di tutte le sedute di tutti e tre i pazienti. La figura 14.7 mostra l'evoluzione del *defense adjustment* e i punteggi dif-ODF. Infatti, per le otto osservazioni accoppiate con valutazioni complete, la correlazione tra *defense adjustment* e dif-ODF era elevata ( $r_s = .54, p = .17$ ), sebbene priva di significatività statistica. Questa seduta mostra





**Figura 14.7** Seduta 23 della signora G: evoluzione parallela del *defense adjustment* e dei punteggi di dif-ODF nella seduta.

la potenza delle interpretazioni profonde delle difese e del transfert, volte a difese quali la rimozione, che nasconde la consapevolezza di ampi conflitti, anche se si tratta di difese a un livello superiore rispetto a quelle utilizzate dalla paziente precedentemente. Riflessa in questo punteggio di alto *defense adjustment* vi è un'accurata interpretazione delle difese di alto livello. Ciò ha stimolato la paziente a esplorare il materiale, utilizzando livelli difensivi più ossessivi e altamente adattivi.

#### DISCUSSIONE DEL CASO G

Nonostante la combinazione dei tipi di personalità (antisociale e narcisistica), questa paziente era attivamente impegnata nella terapia e ha fatto grandi progressi. Le sue poche caratteristiche antisociali rimaste sono svanite presto, mentre le problematiche narcisistiche e relative ad altre tipologie di personalità predominavano. Il suo ODF iniziale di 4.86 indicava una lieve prevalenza delle difese immature sui livelli nevrotici e altamente adattivi, sebbene la paziente mostrasse quote sufficienti di queste ultime. L'alleanza terapeutica, valutata a 6 mesi di trattamento, era di poco superiore alla media dell'intero campione. Il terapeuta, come dimostrato in questa seduta, era molto attivo e interpretativo, in modalità che sostenevano sia l'autostima sia la crescita emotiva. Il livello del *defense adjustment* medio di 1.05 indicava

che, in media, il terapeuta interpretava accuratamente i livelli difensivi della paziente. A ciò si associava il più alto dif-ODF medio dei tre casi (+.26), indicando che, in media, un'interpretazione era seguita da un aumento di un quarto di livello difensivo, e anche dal più ampio e positivo dif-ODF medio dei tre casi. Coerentemente con ciò, le pendenze medie dell'ODF della paziente, sia all'interno delle sedute (+.012) sia tra le sei sedute (+.0076), erano positive. Aveva anche mostrato il più grande miglioramento nell'ODF nei 2.5 anni di trattamento di tutti e tre i casi (+.51), il che portava a un ODF finale di 5.37, nella fascia alta del range nevrotico in quel momento. La paziente aveva fatto 178 sedute in 4.26 anni. Riteniamo che la signora G abbia avuto un trattamento e un outcome davvero positivi.

### ANALISI COMPLESSIVA DELLE IPOTESI

Questi tre casi offrono l'opportunità di esaminare il valore potenziale delle nostre ipotesi sul cambiamento dei meccanismi di difesa in psicoterapia e di determinare la fattibilità del disegno di ricerca e dei metodi utilizzati. Il nostro approccio abbraccia la prospettiva di giustificazione della scoperta, piuttosto che della sua validazione, dato che una serie di tre casi ha una potenza e una generalizzabilità statistica limitate. Nonostante ciò, abbiamo esteso l'utilizzo di metodi validati (per esempio, DMRS, PIRS) all'esame del processo della psicoterapia, in cui paziente e terapeuta rispondono l'un l'altro, centrato sull'interpretazione delle difese. L'esame dei tre casi fornisce contemporaneamente una valutazione preliminare delle ipotesi indicate e l'approccio per esaminarle.

La tabella 14.2 mostra i punteggi individuali e una riga di riepilogo per ogni caso con media, SD, e percentuale di ogni valutazione risultata positiva. Le due colonne più a destra riassumono i punteggi delle difese, calcolati dai singoli modelli di regressione lineare per tutte le sedute valutate per le difese in ciascun caso. Sebbene tutti e tre i casi evidenzino punteggi migliori dopo circa 2.5 anni, i tassi e le entità del cambiamento variavano rispettivamente con fattori di 22 e 10. Così, i tre casi forniscono un buon range dell'outcome di interesse: il cambiamento nell'ODF. Per esaminare le nostre ipotesi, abbiamo correlato ciascuna delle misure, riassunte per il gruppo di sedute per ogni caso, con il tasso di cambiamento nell'ODF già citato nel corso di 2.5 anni. Abbiamo poi correlato ogni statistica all'ipotesi di riferimento come base di discussione. Abbiamo calcolato sia la correlazione per ranghi di Spearman ( $r_s$ ) sia la  $r$  di Pearson, inquadrando la prima come più conservativa, e la seconda come potenzialmente più informativa, data la sua sensibilità all'ampiezza delle differenze. La valutazione della significatività è stata omessa, dato che l'ampiezza del campione ( $N = 3$ ) è inadeguata. I risultati sono riassunti nella figura 14.8.

Ipotesi	Risultati
1. I cambiamenti difensivi all'interno delle sedute sono predittivi di un cambiamento difensivo globale nel corso delle sedute.	<p>Sì</p> <p>Il tasso medio di cambiamento dell'ODF all'interno delle sedute era altamente correlato con il tasso globale di cambiamento dell'ODF trasversalmente alle sedute; <math>r = 0.91</math></p> <p>La proporzione di sedute con un tasso positivo di cambiamento dell'ODF era moderatamente correlata con il tasso globale generale di cambiamento nell'ODF tra le sedute; <math>r = 0.65</math></p>
2. L'accuratezza dell'interpretazione della difesa predice un cambiamento nel funzionamento difensivo all'interno delle sedute.	<p>Sì</p> <p>All'interno delle sedute: Le correlazioni tra l'accuratezza dell'interpretazione (<i>defense adjustment</i>) e il cambiamento immediato nell'ODF (dif-ODF) variava da <math>r = .20</math> a <math>.80</math> (mediana di <math>r = .57</math>) per le 4 sedute studiate.</p> <p>Usando le medie di tutti e 3 i casi, basate su tutte le 14 sedute valutate:</p> <p>Correlazione difensiva fra <i>defense adjustment</i> medio e media di dif-ODF; <math>r = 0.62</math></p> <p>Correlazione difensiva fra <i>defense adjustment</i> medio e media globale della pendenza di ODF nelle sedute; <math>r = 0.96</math></p>
b. L'andamento, all'interno di una seduta, nei cambiamenti nel funzionamento difensivo prima e dopo l'interpretazione delle difese, rispecchierà il cambiamento globale nel funzionamento difensivo nella seduta.	<p>Sì</p> <p>Utilizzando le medie di tutti e 3 i casi, basate su tutte le 14 sedute valutate:</p> <p>Correlazione fra punteggi medi di accuratezza delle difese con tasso di cambiamento nell'ODF nel corso di 2.5 anni; <math>r = 0.76</math></p>
Riassunto globale	<p>La percentuale e la direzione del cambiamento del funzionamento difensivo all'interno delle sedute sono in apparenza fenomeni frattali, i quali, quando aggregati nel corso del tempo, correlano con la percentuale globale di cambiamento nell'ODF</p> <p>Alcune sedute mostrano regressione nell'ODF, che è ancora compatibile con il comportamento positivo globale nel tempo</p> <p>All'interno delle sedute e trasversalmente a esse, l'accuratezza dell'interpretazione (<i>defense adjustment</i>) correla con un cambiamento immediato nelle difese (dif-ODF)</p> <p>I terapeuti sembrano selezionare quali difese del paziente interpretare</p> <p>L'interpretazione accurata delle difese correla con la percentuale di cambiamento nelle difese nel tempo</p> <p>Bisogna effettuare ulteriori ricerche su questo approccio</p>

**Figura 14.8** Riassunto delle ipotesi e dei risultati.

In primo luogo abbiamo ipotizzato che il tasso di cambiamento nelle singole sedute fosse correlato al tasso globale di cambiamento trasversalmente alle varie sedute. Offriamo due prove di questo: sia il tasso medio di cambiamento nell'ODF all'interno delle sedute ( $r_s = 1.00$  e  $r = .91$ ) sia, in misura minore, la percentuale di sedute in cui il tasso di cambiamento ( $r_s = 1.00$  e  $r = 0.65$ ) era positivamente correlato con il tasso globale di cambiamento nell'ODF nei 2.5 anni. Ciò è coerente con la nostra ipotesi. Il tasso e la direzione del cambiamento all'interno delle singole sedute sono fenomeni apparentemente frattali che, aggregati nel tempo, correlano con il tasso globale di cambiamento nell'ODF. La variabilità dei tassi di cambiamento tra le singole sedute suggerisce che questo rapporto globale comprenda sedute migliori o peggiori. Alcune sedute, che terminavano con una regressione nel funzionamento difensivo, venivano riscontrate in tutti e tre i casi, suggerendo che una regressione occasionale fosse compatibile con un cambiamento positivo globale. Due casi, E e F, mostravano un'elevata percentuale di sedute con qualche regressione, il che suggeriva che potessero essere necessari ulteriori fattori per produrre il cambiamento globale. Ciò porta alla considerazione della nostra seconda ipotesi, discussa più avanti.

Il corollario della prima ipotesi era che importanti cambiamenti nel funzionamento difensivo all'interno di una seduta avrebbero identificato gli *hot spots* in cui vi era qualche elemento che influenzava il funzionamento difensivo. I test che abbiamo tratto dai casi ne forniscono alcuni esempi. Tuttavia, non siamo in grado di fornire una prova consistente dei fattori associati con questi cospicui cambiamenti solamente a partire dai testi riportati, diversamente da quelli sistematicamente studiati nella seconda ipotesi. Concettualmente, questi fattori possono includere uno o più dei seguenti elementi: a) stress interno, ansia e conflitti che portano a un cambiamento nel proprio stato d'animo difensivo (esplorativo, inibito, di contro-attacco, disorganizzato); b) il racconto di un episodio recente o passato che comprenda sostanzialmente diversi livelli di funzionamento rispetto al presente; o c) risposte a uno stimolo esterno, come il tempo della seduta, un'interruzione (per esempio, controllare chi ha chiamato al cellulare), o una risposta del terapeuta. Quest'ultimo elemento comprende le interpretazioni delle difese.

La nostra seconda ipotesi ha quindi esaminato l'interpretazione delle difese, specificatamente l'accuratezza di queste ultime, misurata dal *defense adjustment* che sarebbe associato in primo luogo con la direzione e l'entità del cambiamento all'interno delle singole sedute e trasversalmente alle sedute. Per esplorare la parte A all'interno delle sedute, abbiamo esaminato le correlazioni tra il *defense adjustment* e i punteggi dif-ODF. Per le quattro sedute individuali riportate negli esempi di cui sopra, abbiamo trovato correlazioni di Spearman di .80 e .20 (Miss E), .60 (signor F), e .54 (signora G). La correlazione media era di .57. Ciò è coerente con la nostra ipotesi. Per esplorare tutto questo facendo riferimento alle medie trasversalmente alle

sedute in tutti e tre i casi, abbiamo correlato le statistiche riassuntive nella tabella 14.2 (tutte le correlazioni  $n = 3$ ). In primo luogo, abbiamo correlato il *defense adjustment* medio con il dif-ODF medio, che era positivo:  $r_s = 1.00$  e  $r = .62$ . Abbiamo poi correlato il punteggio del *defense adjustment* medio con le pendenze medie dell'ODF all'interno delle sedute:  $r_s = 1.00$  e  $r = .96$ . Ambedue i risultati sono coerenti con l'ipotesi (a): il cambiamento nell'ODF all'interno delle sedute è correlato al *defense adjustment*.

Per l'ipotesi (b), abbiamo correlato il punteggio del *defense adjustment* medio per ogni caso con il tasso di cambiamento nell'ODF nei 2.5 anni, ottenendo  $r_s = 1.00$  e  $r = .76$ . Ciò è coerente con l'ipotesi che, in media, il *defense adjustment* all'interno delle sedute sarebbe correlato con il tasso globale di cambiamento nell'ODF tra le varie sedute. Naturalmente, in quanto dati non sperimentali ma osservativi, questi risultati suggeriscono, ma non convalidano, che l'accuratezza delle interpretazioni del terapeuta possa essere un meccanismo di cambiamento per il funzionamento difensivo del paziente.

I tre casi differivano nell'ODF medio per le sedute valutate; in particolare, il caso E con personalità borderline aveva un ODF medio più basso. Questo ci ha portato a condurre un'analisi esplorativa, correlando l'ODF medio della seduta con i punteggi medi del *defense adjustment*:  $r_s = .50$  e  $r = .98$ . Questa correlazione è aperta a diverse possibili interpretazioni. In primo luogo, l'ODF del paziente modera la scelta del terapeuta del livello di *defense adjustment*; per esempio, un paziente con basso ODF spingerebbe il terapeuta a interpretare a un livello di *defense adjustment* più basso. In secondo luogo, il risultato potrebbe riflettere semplicemente le differenze nelle risposte dei terapeuti ai loro pazienti, piuttosto che un effetto sistematico di moderazione (per esempio, i terapeuti differivano in modo casuale nella probabilità di interpretare le difese di livello più basso quando queste si verificavano). Sarebbe richiesto un campione più grande per indicare in modo più approfondito la probabilità che uno o più degli elementi precedentemente citati influiscano sul *defense adjustment* e sulle risposte del paziente all'interpretazione.

## DISCUSSIONE GENERALE

Nel complesso, abbiamo equilibrato la coerenza dei risultati che abbiamo presentato tenendo conto dei limiti impliciti nell'esame delle nostre ipotesi in tre casi soltanto. I nostri risultati sono coerenti con entrambe le ipotesi, ma da un punto di vista esplorativo e non di validazione. Tuttavia, li consideriamo come una buona evidenza per perseguire più approfonditamente tali ipotesi su un campione più grande, che abbiamo già a disposizione. Inoltre, possiamo concludere che i nostri metodi sono agibili e praticabili per lo svolgimento di questo tipo di ricerche sui processi e gli esiti in psicoterapia.

Kazdin (2007) ha incoraggiato coloro che esaminano il processo della psicoterapia a passare dall'esame delle correlazioni e dei predittori del cambiamento ai meccanismi di cambiamento stessi. Questo capitolo suggerisce che disponiamo degli strumenti che potrebbero assolvere a questo scopo. Per esempio, possiamo valutare le difese momento per momento e ottenere l'evidenza del cambiamento all'interno delle sedute. Confrontando le difese prima e dopo un intervento, si può stimare la risposta del paziente al suddetto intervento. Possiamo quindi riassumere queste valutazioni come il livello medio di funzionamento difensivo per la seduta, il cambiamento del livello medio del funzionamento difensivo tra le varie sedute, e tra tutti gli interventi di un certo tipo nella singola seduta. Possiamo poi correlare questi punteggi riassuntivi, come quelli nella tabella 14.2, al cambiamento globale delle difese nel tempo, sia utilizzando i punteggi medi della seduta, sia le difese valutate al di fuori delle sedute, per esempio, con colloqui indipendenti di tipo dinamico o RAP (*relationship anecdote paradigm*) o dinamici indipendenti (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009). Le capacità dei nostri strumenti ci pongono nella stessa linea concettuale e metodologica indicata da Kazdin. L'interpretazione delle difese con talune caratteristiche (per esempio, l'accuratezza misurata a partire dal *defense adjustment*) può portare a un miglioramento nel funzionamento difensivo all'interno e trasversalmente alle sedute?

Altrove, abbiamo classificato 74 ipotesi sul cambiamento delle difese in psicoterapia, di cui 19 considerate altamente indicate per ulteriori e più ampi studi (Olson, Perry, Janzen et al., 2011). L'accuratezza dell'interpretazione, misurata a partire dal *defense adjustment*, è una di queste. Abbiamo postulato una moltitudine di studi differenti, inclusa la manipolazione sperimentale dell'interpretazione delle difese, che potrebbe avvicinarci alla comprensione del modo in cui l'interpretazione delle difese può effettivamente rappresentare un meccanismo causale nella produzione di cambiamenti nelle difese stesse, che a loro volta sono meccanismi sottesi al livello di funzionamento e dei sintomi. Pertanto, lo studio delle difese all'interno e all'esterno della psicoterapia potrebbe offrire una grande opportunità di collegare processo ed esito delle psicoterapie in modo teoricamente coerente, aspetto importante della validazione dei meccanismi causali (Kazdin, 2007). Il prossimo passo sarà quello di esaminare le nostre ipotesi in un campione più ampio, e in seguito il maggior numero possibile delle altre 19, a seconda delle possibilità che ci verranno offerte. Avrà poi luogo la nostra sfida più difficile: ottenere il sostegno finanziario per gli studi futuri sul ruolo causale che il cambiamento delle difese in terapia gioca per il miglioramento complessivo. Per questo, avremo bisogno di fare affidamento sulle nostre migliori difese.



## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV). Tr. it. Masson, Milano 1996, pp. 751-757.
- BANON, E., SEMENIUK, T., PERRY, J.C., BOND, M., HERSOUG, A.G., DESPLAND, J.-N. ET AL. (under review), "Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic interviews and therapy, psychoanalysis and CBT".
- BOND, M. (2004), "Empirical studies of defense style: Relationship with psychopathology and change". In *Harvard Review of Psychiatry*, 12, pp. 263-278.
- BOND, M., PERRY, J.C. (2004), "Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 1665-1671.
- BOND, M., PERRY, J.C. (2006), "Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 194, pp. 21-26.
- COOPER, S.H., BOND, M. (2002 revision), *The Psychodynamic Intervention Ratings Scales (PIRS)*. Montreal (ed. orig. 1992; rev. 1996, 1998, 2002).
- CRAMER, P. (1998), "Coping and defense mechanisms: What's the difference?". In *Journal of Personality*, 66, pp. 919-946.
- DAVIDSON, K., MACGREGOR, M.W. (1998), "A critical appraisal of self-report defense mechanism measures". In *Journal of Personality*, 66, pp. 965-992.
- DESPARS, J., KIELY, M.C., PERRY, J.C. (2001), "Le développement de l'alliance thérapeutique: influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient [The development of the therapeutic alliance: Influence of therapist interventions and the defenses of the patient]". In *Psychothérapies*, 21, pp. 141-152.
- FOREMAN, S., MARMAR, C.R. (1985), "Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 922-926.
- FREUD, S. (1894), *Le neuropsicosi da difesa*. Tr. it. in *Opere*, vol. 2. Boringhieri, Torino 1968, pp. 121-134.
- HERSOUG, A.G., SEXTON, H.C., HØGLEN, P.A. (2002), "Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome". In *American Journal of Psychotherapy*, 56, pp. 539-554.
- HØGLEN, P., PERRY, J.C. (1998), "Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 186 (4), pp. 1-7.
- JUNOD, O., DE ROTEN, Y., MARTINEZ, E., DRAPEAU, M., DESPLAND, J.-N. (2005), "How to address patient's defenses: A pilot study of the accuracy of defense interpretations and alliance". In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, pp. 419-430.
- KAZDIN, A.E. (2007), "Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research". In *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 1-27.
- KELLER, M., LAVORI, P.W., FRIEDMAN, B., NEILSEN, E., ENDICOTT, J., McDONALD-SCOTT, P. ET AL. (1987), "Longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies". In *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 540-548.
- KRAMER, U., DE ROTEN, Y., STIGLAR, M., DESPLAND, J.-N. (2010), "Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder". In *Journal of Clinical Psychology*, 66, pp. 1232-1241.
- MILBRATH, C., BOND, M., COOPER, S., ZNOJ, H.J., HOROWITZ, M.J., PERRY, J.C. (1999), "Sequential consequences of therapists' interventions". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, pp. 40-54.
- OLSON, T.R., PERRY, J.C., JANZEN, J.L., PETRAGLIA, J., PRESNIAK, M.D. (2011), "Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations". In *Psychiatry*, 74, pp. 142-165.
- PERRY, J.C. (1990), *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*, 5<sup>th</sup> ed. Cambridge 1990.
- PERRY, J.C. (2001), "A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 189, pp. 651-660.



- PERRY, J.C., BECK, S.M., CONSTANTINIDES, P., FOLEY, J.E. (2009), "Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *Handbook of Evidenced Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap between Science and Practice*. Humana Press, New York, pp. 121-153.
- PERRY, J.C., BOND, M. (2005), "Funzionamento difensivo". Tr. it. in OLDHAM, J.M., SKODOL, A.E., BENDER, D.S. (a cura di), *Trattato dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 841-868.
- PERRY, J.C., BOND, M. (2009), "The sequence of recovery in long-term dynamic psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 197, pp. 930-937.
- PERRY, J.C., BOND, M. (2010), "Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and outcome". In *Paper presented at annual meeting of the Society for Psychotherapy Research*, June 22-25, Asilomar (Monterey).
- PERRY, J.C., BOND, M., ROY, C. (2007), "The natural history of long-term dynamic psychotherapy: Predictors of treatment duration". In *Journal of Psychiatric Practice*, 13, pp. 221-232.
- PERRY, J.C., COOPER, S. (1985), "Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder". In MCGLASHAN, T.H. (a cura di), *The Borderline: Current Empirical Research*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 21-41.
- PERRY, J.C., HOGLEND, P., SHEAR, K., VAILLANT, G.E., HOROWITZ, M.J., KARDOS, M.E. ET AL. (1998), "Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV". In *Journal of Personality Disorders*, 12, pp. 56-68.
- PERRY, J.C., IANNI, F. (1998), "Observer-rated measures of defense mechanisms". In *Journal of Personality*, 66, pp. 993-1024.
- PERRY, J.C., PRESNIAK, M., OLSON, T. (2013), "Defense mechanisms in borderline schizotypal, antisocial and narcissistic personality disorders". In *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 76 (1), pp. 32-52.
- RANGELL, L. (1985), "Defense and resistance in psychoanalysis and life". In BLUM, H.P. (a cura di), *Defense and Resistance: Historical Perspectives and Current Concepts*. International Universities Press, New York, pp. 147-174.
- ROY, C., PERRY, J.C., BANON, E., LUBORSKY, L.L. (2009), "Changes in defensive functioning in completed psychoanalyses: The Penn Psychoanalytic Treatment Collection". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, pp. 399-415.
- STERN, A. (1938), "The borderline group of neuroses". In *Psychoanalytic Quarterly*, 7, pp. 467-489.
- VAILLANT, G.E. (1993), *The Wisdom of the Ego*. Harvard University Press, Cambridge.
- VAILLANT, G.E., DRAKE, R.E. (1985), "Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 597-601.
- WINSTON, B., WINSTON, A., SAMSTAG, L.W., MURAN, J.C. (1994), "Patient defense/therapist interventions". In *Psychotherapy*, 31, pp. 478-491.

# 15

## Quando il lavoro sul transfert è utile nella psicoterapia psicodinamica?

*Per Høglend, Glen O. Gabbard*

L'analisi del transfert è stata considerata il cuore della psicoanalisi e della psicoterapia a orientamento psicoanalitico da quando Freud ha introdotto il termine (*Übertragung*) nel 1895. Il concetto di transfert era stato concepito da Freud come una ricostruzione dal vivo del passato rimosso del paziente "trasferito" all'interno delle relazioni attuali, specialmente nella relazione con il terapeuta. Nel primo uso del termine, lo descriveva come un "falso nesso" (Freud, 1892-1895, p. 437). In altre parole, il paziente sostituirebbe i sentimenti associati a una figura del passato presente nella vita del paziente nell'analista. La prima dettagliata descrizione clinica del transfert è stato il famoso caso di "Dora" (Freud, 1901). Dora ha interrotto la terapia dopo 3 mesi. Freud ha scritto nell'epilogo: "Non riuscii a rendermi tempestivamente padrone della traslazione [...] in principio era chiaro che nella sua fantasia Dora mi sostituiva al padre" (p. 398).

Dalla morte di Freud, vi sono stati numerosi contributi sul transfert che riflettono disaccordi teorici. Alcuni autori hanno argomentato che concetti aggiuntivi, come quello di alleanza terapeutica e di relazione reale con il terapeuta, possono essere necessari per render conto delle reazioni del paziente al terapeuta (Ehrenreich, 1989). Un altro disaccordo riguardava il livello a cui il transfert dovrebbe essere visto come la messa in atto di una precedente relazione o, almeno in parte, una nuova esperienza (Cooper, 1987). La prospettiva costruttivista (Hoffman, 1998) si focalizza sul coinvolgimento personale dell'analista e vede come quest'ultimo abbia un effetto continuo su ciò che egli stesso comprende del paziente e dell'interazione. In altre parole, il comportamento effettivo dell'analista influenza sempre l'esperienza del paziente della situazione analitica. Alcuni intersoggettivisti (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987) hanno sostenuto che, oltre all'aspetto ripetitivo del transfert, vi è anche un desiderio inconscio nel paziente di avere un nuovo oggetto curativo e riparativo incorporato nel transfert.

La letteratura psicoanalitica, originariamente, ha definito le interpretazioni come gli interventi del terapeuta volti a portare alla coscienza materiale inconscio. Che tale materiale sia o meno realmente estraneo alla consapevolezza del paziente (inconscio), è difficile da giudicare, non solo per

i ricercatori che ascoltano le sedute registrate, ma anche per lo psicoterapeuta che ha in carico il paziente.

Più recentemente, teorici e ricercatori clinici hanno optato per definizioni più ampie delle interpretazioni che sono più “vicine all’esperienza”, riconoscendo che molte interpretazioni sono, in realtà, focalizzate su materiale che è preconscious, anziché realmente inconscio. Le numerose definizioni differenti presenti in letteratura vanno oltre lo scopo di questo capitolo. Tuttavia, sembra esserci un generale accordo nella tradizione psicodinamica sul fatto che le interpretazioni includano interventi che hanno lo scopo di stabilire connessioni (per causa o analogia) tra differenti componenti dinamiche interne (desideri, bisogni, motivazioni, affetti, difese, ansia) e oggetti (persone) passati o presenti. Le interpretazioni del transfert sono un sottogruppo di interpretazioni che include anche una connessione esplicita con l’interazione paziente-terapeuta. L’alternativa all’interpretazione del transfert è di interpretare i conflitti e/o i pattern interpersonali nelle relazioni attuali del paziente o cercare ricordi delle relazioni passate, senza includere un riferimento all’interazione paziente-terapeuta (interpretazione extra-transferale). Un esempio di una interpretazione di questo tipo può essere: “Ho notato che lei tende a evitare di parlare della tristezza e della rabbia che ha provato dopo il divorzio. Forse perché quei ricordi la mettono a disagio?”. Un’interpretazione dello stesso materiale può includere un esplicito riferimento all’interazione paziente-terapeuta (interpretazione del transfert): “Mi viene in mente che ha evitato di parlare della tristezza e della rabbia che ha provato dopo il divorzio, perché questo la fa sentire a disagio. Forse esita a parlarmi dei suoi sentimenti legati alla fine della terapia per le stesse ragioni?”.

Quasi tutte le associazioni di un paziente possono avere, teoricamente, alcuni significati nel transfert, la consapevolezza dei quali (che è mantenuta) è spesso oggetto di resistenza. Un esempio di un’interpretazione di una simile resistenza può essere: “Mi ha detto che la sua collega sta lavorando meno di quanto dovrebbe, e che questo le ha provocato un mal di testa che l’ha infastidita dalla nostra scorsa seduta. Questo potrebbe essere connesso a un sentimento che ha per il fatto che io non faccio la mia parte nel lavoro analitico? Può essere difficile per lei dirmi questo direttamente”. Un’interpretazione di questo materiale può essere anche fornita senza un riferimento al transfert: “Sente che la sua collega sta sfruttando la situazione, che può essere difficile dirglielo direttamente, e per questa ragione le viene mal di testa”.

Teorici influenti hanno sostenuto che le interpretazioni extra-transferali si prestano a una intellettualizzazione difensiva da parte sia del paziente sia del terapeuta, e, nella migliore delle ipotesi, portano a cambiamenti instabili a lungo termine (Strachey, 1934; Gill, 1982). L’analisi del transfert, dall’altro lato, rende possibile che il paziente (e l’analista) diventi direttamente con-

sapevole della distinzione tra ciò che è reale nella situazione e ciò che costituisce una fantasia influenzata dall'esperienza trascorsa. Una focalizzazione sui conflitti e sui temi che sorgono all'interno della relazione terapeutica, pertanto, avrà una risonanza affettiva immediata e farà luce sulla vera natura dei problemi nelle relazioni del paziente al di fuori della terapia. Si pensa che le interpretazioni del transfert attivino una catena di eventi che porta a insight e cambiamento che possono tutelare contro futuri eventi stressanti, dando la possibilità al paziente di fare dei piani migliori per il suo futuro, e, nel tempo, migliorare la qualità delle sue relazioni interpersonali.

L'uso tecnico delle interpretazioni del transfert nella terapia psicodinamica è stato discusso in maniera estensiva per più di cento anni. Posizioni sorprendentemente differenti sulla relativa importanza delle interpretazioni del transfert rispetto alle interpretazioni extra-transferali sono state adottate da psicoanalisti influenti.

### LA POSIZIONE “CONSERVATRICE”

A un certo punto, Freud vide la risoluzione del transfert attraverso l'interpretazione come una *condicio sine qua non* del cambiamento terapeutico (Freud, 1901). Tuttavia, successivamente, Freud e altri analisti hanno considerato l'analisi del transfert come ausiliaria (secondaria) al lavoro esterno al transfert. Le interpretazioni del transfert venivano soprattutto usate per superare la resistenza. Strachey (1934) ha consolidato questo punto di vista nel suo lavoro, “La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi”. Egli sosteneva che la maggior parte delle interpretazioni che gli analisti in realtà fanno sono al di fuori del transfert. Fino a che un'intensa “nevrosi di transfert” si sviluppa attraverso il paziente e la neutralità del terapeuta (e questo non accade in una terapia breve), le interpretazioni del transfert sono “premature”. Glover (1955) e altri autori hanno messo in guardia contro l'enfasi eccessiva sulle interpretazioni del transfert, specialmente all'inizio del trattamento. Altri hanno ritenuto che un uso moderato delle interpretazioni del transfert può essere indispensabile in psicoanalisi e nella psicoterapia dinamica a lungo termine, ma dovrebbe essere completamente evitato nella psicoterapia breve (Berliner, 1941; Deutsch, 1949; Pumpian-Mindlin, 1953).

Nella letteratura clinica, le argomentazioni più importanti contro un uso frequente delle interpretazioni del transfert riguardano, generalmente, il fatto che queste possano provocare ansia o essere percepite come critiche. Il paziente può sentire che concentrarsi sulla relazione con il terapeuta ha luogo a scapito dei problemi con altre persone significative e con preoccupazioni reali. Inoltre, i fenomeni transferali sono spesso oggetti di resistenza da parte del paziente e sono, inoltre, difficili da interpretare. I principali

conflitti e pattern interpersonali del paziente possono non essere replicati (espressi) nella relazione con il terapeuta (Barber, Foltz, Derubeis et al., 2002; Crits-Christoph, 1998). Stone (1967), per esempio, sosteneva che le relazioni dei pazienti con persone diverse dal terapeuta spesso forniscono dati indispensabili per l'interpretazione, a causa dell'ampia varietà di riferimenti, molti dei quali non saranno mai riprodotti nella relazione con il terapeuta. In più, i dati provenienti dalle neuroscienze suggeriscono che la nozione di transfert può essere mal interpretata. La teoria delle reti neurali sostiene l'idea che nel cervello ci sono circuiti multipli che contengono diverse rappresentazioni di sé e dell'oggetto. Differenti rappresentazioni sono innescate da differenti elementi del terapeuta. Quindi, è più accurato parlare “*dei* transfert” (al plurale) piuttosto che “*del* transfert” (Westen, Gabbard, 2002).

### LA POSIZIONE “RADICALE”

Dall'altro lato, la nozione di un alto livello di attenzione sull'analisi del transfert è vecchia quasi quanto la psicoanalisi stessa. Figure influenti come Rank, Ferenczi, Reich, e Sullivan, tra gli altri, hanno sostenuto che le interpretazioni del transfert dovrebbero essere usate più spesso (Ferenczi, Rank, 1956; Reich, 1945; Sullivan, 1953). I sostenitori della psicoterapia dinamica breve hanno raccomandato fortemente che le manifestazioni di transfert e anche le allusioni al transfert nel materiale del paziente dovrebbero essere identificate e interpretate appena compaiono (Davanloo, 1978; Malan, 1976; Sifneos, 1971). Questo stato delle cose ha indotto Rangell (1984) a porre la domanda: “Sono ancora in primo piano la resistenza e le difese, com'è stato con Freud, Anna Freud, Fenichel e altri? Oppure ci siamo ora indirizzati verso ciò che è sostenuto da molti, ossia che vi è innanzitutto il transfert o persino che vi è soltanto il transfert?”. Gill (1982), nella sua monografia *Analysis of Transference: Volume 1*, ha fatto una revisione dell'estesa discussione sull'uso dell'interpretazione del transfert. Egli ha sostenuto che la maggior parte delle interpretazioni dovrebbero essere sul transfert nel qui e ora, senza curarsi della lunghezza e del tipo di terapia (Gill, Muslin, 1976). Gill ha concluso, tuttavia, che differenti posizioni sui relativi ruoli delle interpretazioni di transfert *vs* interpretazioni extra-transferali sono di volta in volta imposte oppure hanno perso importanza in psicoanalisi e, comunque, sono state ripetutamente oggetto di attenzione. La ragione più importante di questo, secondo la sua opinione, sarebbe la quasi totale assenza nella tradizione psicodinamica di una ricerca sistematica e controllata. Gabbard e Westen (2003) hanno concluso più di 20 anni dopo: “In psicoanalisi, noi scriviamo a proposito dell'azione terapeutica come se la questione di ciò che è terapeutico [...] potesse essere

stabilita sulla base di un argomento e di un dibattito stabilito dalla logica. In realtà [...] Noi non sappiamo se una posizione tecnica funzioni meglio di qualsivoglia altra". Il fatto che il veicolo principale del cambiamento sia l'internalizzazione della (totale) relazione terapeutica o l'acquisizione di un insight attraverso l'interpretazione del transfert è stato oggetto di un dibattito storico. Questa dialettica del "se/o" è tramontata in anni recenti poiché è ampiamente riconosciuto che ambedue le modalità dell'azione terapeutica sono importanti e possono operare in sinergia (Gabbard, Westen, 2003; Gabbard, 2006).

### **LA POSIZIONE "EMPIRICA"**

Dovrebbe essere oggetto di attenzione il fatto che molti ricercatori in psicoterapia (se non la maggior parte) hanno sostenuto per lungo tempo la posizione che tecniche specifiche non contribuiscono in modo rilevante al cambiamento terapeutico. Fattori non specifici, come la comprensione, l'attenzione, una buona relazione tra terapeuta e paziente, rendono conto di tutto, o quasi tutto il cambiamento (Rosenzweig, 1936; Frank, 1971; Wampold, 1997; Baskin, Tierney, Minamy et al., 2003).

### **LA LETTERATURA EMPIRICA (1976-1999)**

Considerata l'importanza dell'interpretazione del transfert nella tradizione psicomica, sono stati pubblicati relativamente pochi studi empirici, che tentano di fornire alcune prove sistematiche circa l'uso tecnico delle interpretazioni del transfert. Gli studi sono troppo eterogenei per permettere l'impiego di una tecnica meta-analitica. Di seguito presentiamo quindi, una breve rassegna di questi lavori.

### **L'INTERPRETAZIONE DEL TRANSFERT: EFFETTI RELATIVI AL TRATTAMENTO**

Diversi studi hanno indicato che le interpretazioni del transfert non elicitano più risposte positive immediate del paziente rispetto ad altre interpretazioni (Luborsky, Spence, 1978; Porter, 1987; Strisik, 1980; Silberschatz, Fretter, Curtis, 1986) ma, al contrario, tendono ad aumentare il rischio di risposte difensive (McCullough, Winston, Farber et al., 1991; Joyce, Piper, 1996; Banon, Grenier, Bond, 2001), un'alleanza meno favorevole (Marmar, Weiss, Gaston, 1989; Piper, Azim, Joyce, 1991) e un minore coinvolgimento del paziente (Henry, Schacht, Strupp, 1986). Piper e collaboratori (1999)

hanno riportato che 22 pazienti che avevano interrotto una terapia interpretativa avevano punteggi più bassi relativi all'alleanza terapeutica, secondo la valutazione del terapeuta, più bassi nell'esplorazione da parte del paziente e più alti nella focalizzazione di terapeuta e paziente sul transfert, rispetto a 22 soggetti che avevano portato a compimento la terapia.

Gabbard e collaboratori (1994, 1988) hanno studiato nel dettaglio il processo di sedute rappresentative di tre casi di terapia dinamica a lungo termine di pazienti borderline in cura presso la Menninger Clinic. Tutte le sedute delle tre psicoterapie erano state audioregistrate e due gruppi di ricercatori avevano lavorato sui trascritti di sedute selezionate casualmente. Un gruppo di tre ricercatori clinici ha valutato gli interventi sulla base del loro grado di espressività o supportività. Dall'estremo espressivo del continuum a quello supportivo, gli interventi erano stati codificati come segue: interpretazione, confrontazione, chiarificazione, incoraggiamento a elaborare, validazione empatica, suggerimento ed elogio, e affermazione. Ognuno di questi sette interventi era stato classificato sulla base del fatto che avesse una focalizzazione su argomenti relativi al transfert o extra-transferali. Un gruppo separato di tre giudici clinici aveva valutato la collaborazione del paziente con il terapeuta come misura dell'alleanza terapeutica. I giudici erano soprattutto interessati a rilevare incrementi o decrementi della collaborazione del paziente con il terapeuta – un indicatore dell'alleanza terapeutica – in risposta agli interventi di quest'ultimo.

Questo metodo è illustrato, di seguito, in un estratto di un trascritto della seduta 32 di uno dei pazienti.

*Terapeuta:* Um-hum. Forse lei in questo momento sta provando come un, uhm, un tipo di disimpegno adesso?

*Paziente:* Sì, è una parola molto adatta per questo. È solo che, è strano perché quando lei dice delle cose, lo sa, io posso dire che sono vere ma quando lei mi chiede di fornirle un esempio, non posso realmente pensarne uno.

*Terapeuta:* Um-hum. Vediamo, io penso, uh, un... un modo che lei avrebbe di impegnarsi con me, per esempio, sarebbe quello di essere arrabbiato. (Questa interpretazione del transfert porta a un decremento dell'alleanza terapeutica.)

*Paziente:* Qu-quando sono diventato... arrabbiato... con lei? Non capisco cosa intende con questo.

*Terapeuta:* Non può ricordare di essere stato arrabbiato con me?

*Paziente:* Quello sì... che, ma quello era... perché assumevo droghe... è stato una volta.

*Terapeuta:* Uh-huh, sì, che... bene, questo è un primo esempio.

*Paziente:* Sì.

*Terapeuta:* Ricordo che lei diceva a quel tempo che si sentiva bene rispetto a ciò che stava accadendo.

*Paziente:* Um-hum. Be', quando io prendevo droghe qui, è proprio così, come sa, non so, non so come descriverlo, solo, uh, mi ha reso più consapevole di come mi sentivo.



Questo paziente tendeva a rispondere negativamente alle interpretazioni di transfert. Degli incrementi nella sua collaborazione con il terapeuta, solo il 29% poteva essere connesso a una interpretazione di transfert. Gli altri due pazienti tendevano a rispondere più positivamente. In un caso, il 63% degli incrementi potevano essere connessi con l'interpretazione di transfert, e in un terzo caso, l'81% degli incrementi erano legati alla focalizzazione sul transfert. Tutti e tre i pazienti avevano avuto esiti positivi (Horwitz, Gabbard, Allen et al., 1996), ma uno dei risultati chiave era che le interpretazioni di transfert avessero un maggiore impatto – sia positivo sia negativo – rispetto ad altri interventi. Di conseguenza, Gabbard e collaboratori (1994) hanno coniato l'espressione “alto rischio-alto guadagno” per caratterizzare le interpretazioni di transfert nella psicoterapia dei pazienti borderline.

Da questo studio, i ricercatori hanno sottolineato la necessità di adattare l'uso delle interpretazioni di transfert alle caratteristiche di ogni specifico paziente. Pazienti con traumi precoci possono avere la necessità di esternalizzare l'aggressione e non trarranno beneficio dall'attribuzione di rabbia o ostilità a loro stessi. La ricerca suggeriva che aprire la strada all'interpretazione di transfert mediante una valutazione positiva dell'esperienza interna del paziente può essere cruciale. I chirurghi hanno bisogno dell'anestesia prima di poter operare. Allo psicoterapeuta può servire creare un ambiente di *holding* attraverso la validazione empatica dell'esperienza del paziente prima di offrire un'interpretazione delle questioni inconsce. Con pazienti che sono più internalizzanti e hanno minori esperienze di traumi nell'infanzia, l'interpretazione di transfert può essere più accettabile (Gabbard, Horwitz, Allen et al., 1994).

#### INTERPRETAZIONE DI TRANSFERT ED ESITO

Gli studi sul processo possono aiutare i terapeuti a effettuare scelte all'interno delle sedute, mediante la valutazione di “mini-esiti” dei loro interventi. Tuttavia, gli studi sull'esito sono un male necessario per valutare i risultati a lungo termine delle strategie che enfatizzano il lavoro sul transfert rispetto a quelle che non lo fanno. Malan e collaboratori della Tavistock Clinic (Malan, 1976a, 1976b) hanno riferito, sulla base di due studi, una correlazione positiva tra interpretazioni rivolte al transfert-genitoriale e un buon esito a lungo termine. Malan ha valutato il processo del trattamento analizzando gli appunti del terapeuta, che erano stati presi a memoria dopo le sedute. I risultati di Malan avevano creato entusiasmo per la ricerca empirica nella tradizione psicomica. Marziali e Sullivan (1980) avevano ri-valutarono le 22 terapie dello studio di replicazione di Malan e furono in grado di replicare i suoi risultati. Tuttavia, solo 9 delle 22 terapie contenevano interpretazioni specifiche di transfert-genitoriale, e in una proporzione molto piccola.

Marziali (1984) ha valutato le sedute audioregistrate di 25 pazienti. Le interpretazioni del transfert-genitoriale predicevano un buon esito in una delle sette misure di esito. Piper e collaboratori (1986) hanno riportato che le interpretazioni di transfert non erano correlate con l'esito. McCullough e collaboratori (1991) hanno esaminato le interazioni terapeuta-paziente in 16 casi di psicoterapia dinamica breve. Le interpretazioni di transfert seguite da una risposta affettiva da parte del paziente erano positivamente correlate con un punteggio di esito composito. Tuttavia, si dovrebbe notare che le interpretazioni di transfert erano seguite da una risposta difensiva da parte del paziente cinque volte più spesso che una risposta affettiva.

Rosser e collaboratori (1983) hanno studiato 32 pazienti con un disturbo ostruttivo cronico delle vie aeree. Tutti i pazienti erano trattati da due psicoanalisti esperti. Sedici pazienti furono assegnati casualmente a otto sedute di psicoterapia analitica. Gli analisti furono istruiti a usare liberamente le interpretazioni di transfert. Gli altri 16 pazienti ricevettero otto sedute di psicoterapia dinamica, dagli stessi due analisti, che furono istruiti a limitare le interpretazioni di transfert in questo gruppo. Il cambiamento nei sintomi psichiatrici fu significativamente maggiore nella psicoterapia senza le interpretazioni di transfert. Tuttavia, questi pazienti non erano soprattutto in cerca di un trattamento psicologico, e i trattamenti furono ultra-brevi. Piper e collaboratori (1991) hanno studiato le relazioni tra la concentrazione delle interpretazioni di transfert, e sia l'alleanza terapeutica sia l'esito della terapia in un campione di 64 pazienti ambulatoriali che avevano ricevuto approssimativamente 20 sedute di psicoterapia dinamica breve da parte di psicoterapeuti esperti. All'interno del sottocampione di pazienti con alta Qualità delle relazioni oggettuali (Quality of Object Relations, QOR; Azim, Pipe, Segal et al., 1991), furono riportate correlazioni negative. A un estremo (il quartile superiore della concentrazione delle interpretazioni di transfert) per seduta venivano fornite quasi dieci interpretazioni di transfert. In questo sottocampione, la percentuale dei pazienti valutati come guariti fu del 25%. Nel quartile inferiore delle interpretazioni di transfert (meno di due interpretazioni di transfert per seduta), il 100% dei pazienti soddisfacevano il criterio del recupero. In uno studio norvegese di 43 pazienti (Høglend, 1993), coloro che superavano un prefissato punteggio di cut-off di QOR furono trattati con un'alta frequenza di interpretazioni di transfert (in media sei per seduta), mentre i pazienti che si collocavano al di sotto del cut-off furono trattati con la psicoterapia dinamica con poche interpretazioni di transfert. Contrariamente alle attese, lo studio ha rilevato un effetto negativo a lungo termine di un'alta frequenza delle interpretazioni di transfert fornite a pazienti altamente idonei. Un limite dello studio fu la ridotta dimensione del campione. Gli effetti veri nella popolazione potrebbero essere da ridotti a molto ampi. Dato che i due gruppi erano disuguali, gli effetti potenziali della selezione sul percorso evolutivo precludevano

interpretazioni causali definitive. Ciò vuol dire che i pazienti nel gruppo di confronto potevano essere stati più sensibili a qualsiasi tipo di trattamento.

Connolly e collaboratori (1999) hanno trovato che pazienti con una bassa qualità riguardo al funzionamento interpersonale attuale mostravano un miglioramento meno favorevole anche con bassi livelli di interpretazioni di transfert (0-2 per seduta). Ogrodniczuk e collaboratori (1999) hanno studiato 40 pazienti in psicoterapia interpretativa. Per pazienti con bassa QOR hanno trovato correlazioni negative significative tra l'utilizzo moderato dell'interpretazione di transfert (2-4 per seduta) sia con l'alleanza sia con l'esito.

Sulla base di questi studi, il futuro dell'interpretazione di transfert sembrava piuttosto desolante. Nel libro *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Henry, Strupp, Schacht et al., 1994), Henry e collaboratori concludevano: "Sebbene le interpretazioni di transfert siano il contrassegno teorico fondamentale della tecnica psicodinamica, i tentativi di dimostrare il loro valore peculiare sembrano condannati a fallire e contribuiranno in piccola parte alla nuova conoscenza". Ciò può essere un po' prematuro. La maggior parte degli studi revisionati sono di tipo osservazionale (studi naturalistici). Nonostante alcune replicazioni, le correlazioni intra-gruppo sono aperte a diverse interpretazioni (Stiles, Shapiro, 1994). Una ragione per le associazioni negative riportate può essere che l'incoraggiamento a focalizzarsi sulle interpretazioni di transfert possa involontariamente incoraggiare i terapeuti a offrire interpretazioni di transfert critiche per superare l'incremento delle resistenze, o essere applicate in misura eccessiva al paziente nel tentativo di forzarne l'insight, anziché aiutarlo quando è pronto. Sei dei dieci studi avevano un formato del trattamento da 20 sedute o meno. Si potrebbe sostenere che queste terapie erano troppo brevi per un lavoro sul transfert. Le ricerche che abbiamo precedentemente passato in rassegna rappresentano un fondamento troppo incerto per fornire linee guida tecniche circa l'uso dell'interpretazione di transfert nella terapia psicodinamica. Tuttavia, nonostante i limiti, sembra giusto concludere che i clinici dovrebbero essere consapevoli che un'elevata quantità di interpretazioni di transfert (in media quattro-sei o più per seduta) non sembra superare la resistenza del paziente e l'assetto difensivo, e può in realtà contribuire a un processo terapeutico negativo.

#### **IL PRIMO STUDIO SPERIMENTALE SULLE INTERPRETAZIONI DI TRANSFERT (FEST)**

Il First Experimental Study of Transference Interpretation (FEST; Høglend, Amlo, Marble et al., 2006; Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2008; Høglend, Johansson, Marble et al., 2007) è un disegno di ricerca clinico randomizzato che impiega la tecnica del confronto fra gruppi che differiscono solo

relativamente a un elemento (o più) del *package* del trattamento (*dismantling*), specificamente disegnato per studiare gli effetti a lungo termine delle interpretazioni di transfert in psicoterapia dinamica. Pazienti di medicina generale, pazienti di specialisti privati, e pazienti ambulatoriali psichiatrici sono stati inviati ai terapeuti che partecipavano alla ricerca e ne è stata valutata l'idoneità. I criteri di inclusione non erano particolarmente severi. Cento pazienti sono stati assegnati in modo casuale alla psicoterapia dinamica della durata di un anno con l'interpretazione di transfert o a una terapia senza questi interventi.

Dato che il principale obiettivo dell'interpretazione di transfert è il miglioramento a lungo termine del funzionamento adattivo e interpersonale, tutti i pazienti sono stati rivalutati a 1 e a 3 anni dopo la fine del trattamento. Un importante aspetto metodologico dello studio riguarda il fatto che ai pazienti non era stata comunicata l'ipotesi principale. In altre parole, non sapevano che erano stati assegnati casualmente ai due differenti trattamenti. Era stato detto che lo scopo dello studio era esplorare gli effetti a lungo termine della psicoterapia dinamica. I clinici che valutavano l'esito erano "ciechi" rispetto ai gruppi di trattamento. La procedura di randomizzazione fu portata a termine con successo. Non furono rilevate differenze significative tra i due gruppi relativamente alle caratteristiche della valutazione iniziale.

Le Psychodynamic Functioning Scales (PFS) era la prima misura di esito in questo studio.

Le sei scale del PFS, con lo stesso formato della Global Assessment of Functioning (GAF), sono state usate per misurare il funzionamento psicologico dei tre mesi precedenti. Tre di queste scale misurano gli aspetti interpersonali: Qualità delle relazioni familiari, Qualità delle relazioni di amicizia, e Qualità delle relazioni amorose/sessuali. Le altre tre misurano il funzionamento interpersonale: Tolleranza per gli affetti, Insight (vedi Appendice al capitolo), e Capacità di problem solving. Sono stati valutati in differenti campioni di pazienti e da diversi valutatori gli aspetti di validità di contenuto, validità di costrutto del dominio interno, validità discriminante in base alla valutazione dei sintomi, e sensibilità per il cambiamento in terapia dinamica (Bøgwald, Dahlbender, 2004; Hagtvet, Høglend, 2008; Hersoug, 2004; Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2000; Høglend, 2004). L'attendibilità dei singoli valutatori esperti assegnati casualmente aveva un punteggio che variava da .65 a .79. In questo studio, ciascun caso era valutato da tre clinici, in cieco rispetto al gruppo di trattamento, che avevano effettuato le valutazioni al pre-trattamento e a 1 anno, 2 anni, e 4 anni dopo l'inizio della terapia. Le stime di attendibilità fra valutatori (ICC) per i punteggi medi di tre valutatori variava da .87 a .93 per la PFS. Tutte le valutazioni di follow-up furono completate entro dicembre 2005. Per valutare i problemi interpersonali riportati dai pazienti al pre-trattamento, a metà trattamento, a post-trattamento, e nei follow-up a 1 e 3 anni, è stato utilizzato il punteg-

gio totale medio dell'Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex Version (Alden, Wiggins, Pincus, 1990). A tutte le valutazioni, i pazienti assegnavano un punteggio a 24 *life events* su una scala da -3 (estremamente negativo) a +3 (estremamente positivo) (Havik, Monsen, Høglend et al., 1995). Furono registrati eventuali trattamenti aggiuntivi, come un contatto con professionisti della salute mentale, psicoterapia, trattamento psicofarmacologico, e congedo per malattia.

I ricercatori in psicoterapia sono costantemente a confronto con le questioni che riguardano le modalità secondo le quali gli individui differiscano nella loro risposta al trattamento. Per quali tipi di pazienti o per quali caratteristiche/attitudini del paziente i trattamenti sono efficaci in maniera massima o minima (Snow, 1991)? Due caratteristiche del paziente sono state scelte a priori come possibili moderatori degli effetti del trattamento (Kraemer, Wilson, Fariburn et al., 2002): la Scala QOR (Azim, Pipe, Segal et al., 1991; Høglend, 1994, 1993) e la presenza *vs* assenza di disturbi di personalità (PD). Il QOR misura la tendenza nella vita del paziente a stabilire alcuni tipi di relazioni con gli altri, da mature a primitive, usando tre scale a 8 punti. Il punteggio di cut-off predeterminato per distinguere punteggi alti alla scala QOR *vs* punteggi bassi era 5. Punteggi al QOR sopra il cut-off significano che le relazioni recenti possono essere difficoltose ma c'è una prova che indica la presenza di almeno una relazione matura nella storia del paziente. I punteggi al QOR pari al cut-off o inferiori indicano una storia di relazioni meno gratificanti, caratterizzata da un ridotto investimento emotivo, ridotta stabilità, e la necessità di dipendere o di controllare. L'attendibilità tra valutatori (ICC) per la media dei punteggi al QOR di tre valutatori era di .84.

## IL PROCESSO DEL TRATTAMENTO

Entrambi i trattamenti impiegati usano i principi generali psicodinamici. Un trattamento evitava una focalizzazione interpretativa sull'interazione in corso tra paziente-terapeuta (gruppo di confronto). L'altro trattamento utilizzava il materiale proveniente dall'interazione paziente-terapeuta come un importante veicolo per chiarificazioni, confronti, e interpretazioni (gruppo transfert). Il disegno dello studio è il cosiddetto disegno *dismantling*, in cui un singolo componente (analisi del transfert) è aggiunto (o sottratto) a un *package* esistente di trattamento. Così, può essere identificata l'efficienza causale di una specifica tecnica. Le tecniche specifiche usate per il lavoro sul transfert sono mostrate nella tabella 15.1. Gli item 1-3 sono interventi preparatori, e gli item 4 e 5 sono interpretazioni di transfert in un senso più specifico. Nel gruppo di confronto, il terapeuta utilizzava in maniera consistente il materiale sulle relazioni interpersonali fuori dalla

terapia come base per interventi simili (interpretazioni extra-transferali), senza alcun collegamento con la relazione paziente-terapeuta.

I terapeuti erano specificamente formati a fornire un trattamento con un livello moderato di lavoro sul transfert (una media di due interpretazioni sul transfert per seduta) e un trattamento senza questo tipo di interpretazioni, con uguale facilità e maestria. La fedeltà del trattamento o l'integrità del trattamento è stata estensivamente documentata con valutazioni di quattro-cinque intere sedute per ogni trattamento da parte dei due valutatori, in cieco rispetto al gruppo di trattamento (sedute: N = 452) (Høglend, Amlo, Marble et al., 2006; Høglend, 1994; Ogrodniczuk, Piper, 1999; Bøgwald, Høglend, Sorbye et al., 1999). L'integrità del trattamento era eccellente. Solo l'uso delle interpretazioni di transfert era significativamente differente tra i due trattamenti. Il punteggio medio del lavoro sul transfert era 1.7, e indicava un uso moderato, come indicato nel protocollo dello studio. L'uso di interpretazioni extra-transferali era effettuato più spesso nel gruppo di confronto, ma anche nel gruppo in cui erano previste interpretazioni transferali, gli interventi extra-transferali erano effettuati più spesso degli interventi sul transfert, come mostrato in tabella 15.2.

**Tabella 15.1** Tecniche specifiche per il lavoro sul transfert.

1. Il terapeuta indirizza le interazioni nella relazione paziente-terapeuta.
2. Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di pensieri e sentimenti sulla terapia e sul terapeuta e le ripercussioni sul transfert con un'(elevata) attività del terapeuta.
3. Il terapeuta incoraggia il paziente a discutere in quale modo egli stesso potrebbe sentirsi o pensare a quali pensieri potrebbe avere sul paziente.
4. Il terapeuta include esplicitamente se stesso nei collegamenti interpretativi fra elementi dinamici (conflitti), manifestazioni dirette del transfert e allusioni al transfert.
5. Il terapeuta interpreta i pattern interpersonali ripetitivi, comprese le interpretazioni genetiche e i riferimenti al transfert.

**Tabella 15.2** Integrità del trattamento (sedute valutate = 452).

	<b>Transfert</b>	<b>Confronto</b>		
	N = 52	N = 48		
Interpretazione del transfert (cinque item)*	1.7 (.7)	.1 (.2)		
Interpretazioni extra-transfert (cinque item)*	2.4 (.5)	2.7 (.6)		
Interventi supportivi (sette item)	.7 (.3)	.7 (.3)		
Abilità generali (otto item)	3.6 (.2)	3.6 (.3)		
<i>Formato della scala:</i>				
Nessuna enfasi	Poca	Moderata	Considerevole	Molta enfasi
0	1	2	3	4

\*  $p < .005$

Sono consigliabili controlli esaustivi relativi all'integrità del trattamento, specialmente negli studi di tipo *dismantling*. In uno o entrambi i gruppi di trattamento, quando i terapeuti sono "forzati" a aggiungere o sottrarre una componente del trattamento, possono fare altri aggiustamenti intuitivi.

#### ESEMPIO DI UN CASO

Il paziente era un sociologo di 50 anni che voleva iniziare un percorso terapeutico per la presenza di ansia e di sintomi di somatizzazione che aveva sviluppato dopo aver lasciato la moglie qualche mese prima l'inizio della terapia. Rimuginava costantemente sulla possibilità di tornare indietro per farle piacere. È stata fatta la diagnosi di disturbo dell'adattamento e di disturbo evitante di personalità.

#### Formulazione psicodinamica

Il paziente si era identificato con la propria madre lievemente depressa e sottomessa, ed era ambivalente rispetto a un padre dominante ma distante. Aveva imparato a evitare i conflitti e si era dedicato interamente al proprio lavoro. Voleva "riparare" ai disaccordi con sua moglie facendo il sottomesso. Al lavoro, cercava di risolvere i conflitti fornendo sostegno alla parte "debole". Essere assertivo significava per lui "una sanguinosa aggressione", che portava a sentimenti di colpa e a immaginare l'infelicità degli altri. Anche quando gli altri facevano richieste inaccettabili, voleva compiacerci. Di seguito, sono riportati alcuni estratti di una seduta:

#### Seduta 16

*Paziente:* Dovrei tornare a casa? Sono così spaventato di ferire Nancy (*moglie*).

Inoltre lei dovrebbe essere molto arrabbiata... e cosa direbbero i bambini?

*Terapeuta:* Cosa immagina che io pensi che lei dovrebbe fare?

*Paziente:* Non lo so.

*Terapeuta:* Cosa preferirebbe che pensassi?

*Paziente:* Accidenti... Non lo so. Lei potrebbe dire: "Vada a casa da Nancy!".

*Terapeuta:* Si è accorto che ha appena parlato in dialetto? Di solito lei parla norvegese.

*Paziente:* Sì... sì.

*Terapeuta:* Lei ha questa idea da prima. Forse lei mi vede come un'autorità del passato: "Che semplicemente non è il modo in cui le cose dovrebbero andare ragazzo mio". Mi sembra che lei mi collochi in questa posizione di autorità.

(Lunga pausa)

*Terapeuta:* Io credo che lei colga abbastanza bene tutto questo e che sia capace di farci caso, anche tra una seduta e l'altra, e anche quando non sono presente.

*Paziente:* Be', sì, io...



*Terapeuta:* Lei è più cattolico del Papa.

*Paziente:* Cosa?

*Terapeuta:* Sto pensando che lei si sente quasi completamente impegnato con tutti, e anche con qualsiasi cosa che i suoi genitori possano pensare. Ma lei è il più esigente nei confronti di se stesso, ed è il solo a essere assolutamente categorico. "Torna a casa."

*Paziente:* Be', sì... (*piange*)... talvolta voglio essere felice, ma non lo so, è ciò che sta oltre ai conflitti e i problemi? Quando sono capace di evitare un possibile conflitto mi sento sollevato... per un po'. È questo il mio obiettivo nella vita... sono così ottuso?

*Terapeuta:* Forse (qualcosa di questo tipo) lei sente che non merita di più?... Le sarebbe d'aiuto se le avessi detto cosa fare?

*Paziente:* Sì, sono d'accordo...

(*Più tardi durante la stessa seduta*)

*Paziente:* Un collega ha scritto una lettera di raccomandazione per una delle nostre segretarie. Me l'ha mostrata... probabilmente per chiedermi un parere. Era una lettera scarna e ingiusta nei confronti della segretaria! Io non ho osato dirglielo, anche se penso che lui sia un ragazzo OK.

*Terapeuta:* Le sarebbe possibile correggermi?

*Paziente:* Non mi è mai venuto in mente. Lei mi dà soltanto il via, quindi criticare lei sarebbe come criticare me stesso.

*Terapeuta:* Non è qualcosa che lei fa tutto il tempo?... Tre sedute fa ha detto che voleva prolungare la terapia. Io le ho ricordato il nostro accordo di concludere e lei immediatamente ha fatto marcia indietro.

*Paziente:* Non lo so, non ho mai pensato a questo prima d'ora, probabilmente è così.

*Terapeuta:* Lei non mi fa essere autoritario, ma mi investe di un ruolo autoritario, che sa quale sia il meglio per lei – forse fa questo per evitare di contrapporsi?

*Paziente:* Pensa che sia così?

*Terapeuta:* Non lo so. Lei che cosa pensa?

*Paziente:* No... be'...

*Terapeuta:* Forse è un po' in disaccordo (riguardo alla conclusione della terapia)?

*Paziente:* Sì, ho bisogno di più... Ci sono cose che provo che dovrei approfondire. All'inizio della terapia lei diceva che io avrei potuto diventare frustrato e arrabbiato e così via. Ma lei soprattutto mi ha restituito le mie opinioni personali, forse con parole differenti.

## ESITO

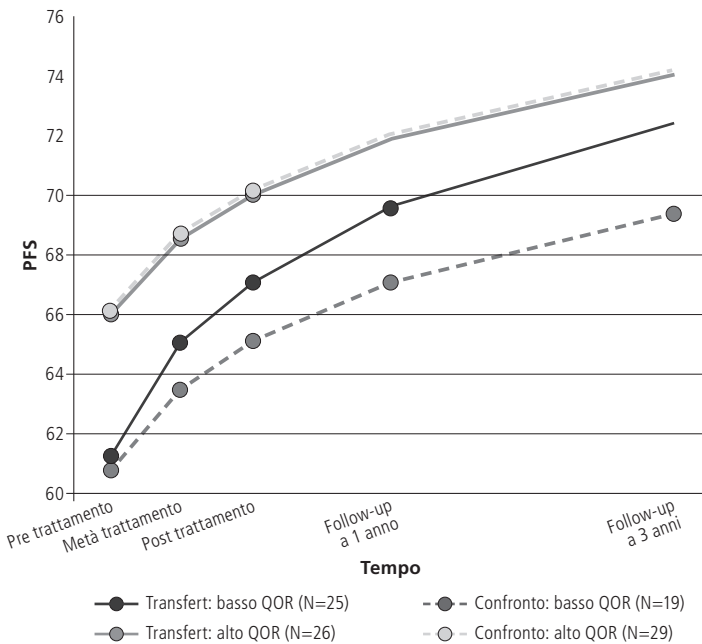
La prima ipotesi a priori in questo studio era che l'interpretazione di transfert avesse degli specifici effetti a lungo termine, almeno per pazienti con relazioni più mature, maggiori risorse psicologiche, e minore psicopatologia. Tuttavia, in contrasto con la convenzionale saggezza clinica, abbiamo trovato che il sottocampione di pazienti con bassi punteggi al QOR traevano benefici significativamente maggiori dalla terapia con l'interpretazione di transfert piuttosto che senza (Høglend, Amlo, Marble et al., 2006). Nonostante il fatto che i pazienti nel gruppo di confronto avevano ricevuto più del doppio del trattamento addizionale, confrontato con il gruppo tran-

sfert, l'effetto dell'interpretazione di transfert era mantenuto in un periodo di follow-up di più di tre anni (Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2008), come mostrato nella figura 15.1.

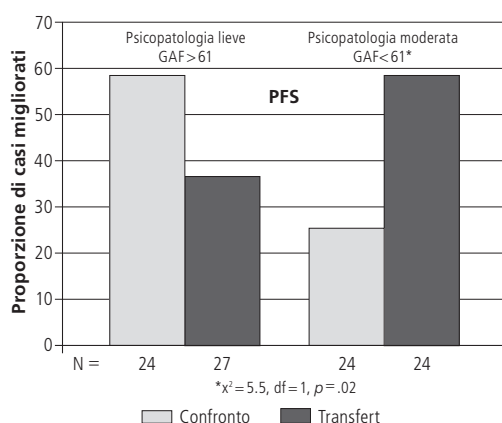
Come è possibile vedere anche nella figura 15.1, i pazienti con relazioni interpersonali mature traevano beneficio in maniera equivalente da entrambi i trattamenti.

Abbiamo diviso il campione anche in due altri sottocampioni, pazienti con GAF superiore a 61 (lieve psicopatologia) e pazienti con GAF inferiore a 61 (psicopatologia da moderata a grave).

All'interno del campione di pazienti con lieve psicopatologia, si è osservato un ridotto effetto negativo (non significativo) dell'interpretazione di transfert e un sostanziale effetto positivo per i pazienti con una più severa psicopatologia. All'interno di questo sottocampione, quasi il triplo di pazienti risultò migliorato secondo il punteggio alla PFS dopo la terapia con l'interpretazione di transfert, confrontata con la terapia senza interpretazioni di transfert (Høglend, Johansson, Marble et al., 2007), come mostrato in figura 15.2.



**Figura 15.1** Il modello prediceva le traiettorie medie del PFS per il gruppo transfert e per il gruppo di confronto all'interno dei sottocampioni di pazienti con alti (N = 55) e bassi (N = 44) punteggi al QOR (*lifespan pattern*).

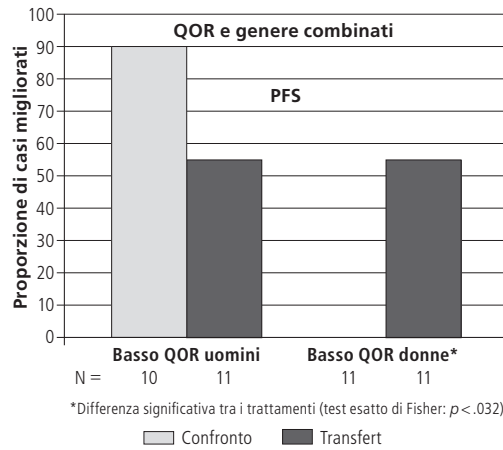


**Figura 15.2** Proporzione di casi migliorati secondo il PFS al post-trattamento nel gruppo transfert e nel gruppo di confronto nei sottocampioni di pazienti con psicopatologia lieve ( $N = 51$ ,  $GAF > 61$ ) e moderata ( $N = 48$ ,  $GAF < 61$ ).

Pazienti più sani possono presentare più sottili spunti transferali, e costringere così il terapeuta a basare l'interpretazione di transfert più sull'inferenza che su prove concrete. Glover (1955) ha sottolineato che le prime manifestazioni transferali "spontanee" di pazienti meno sani, come paura del rifiuto, dipendenza/contro-dipendenza, idealizzazione/svalutazione, possono assumere una forma "dipendente" o "patologica" che è più adatta alle interpretazioni di transfert. I nostri risultati possono corrispondere a quelli di Levy e collaboratori (2006), i quali hanno riportato che un anno di psicoterapia focalizzata sul transfert per pazienti borderline è risultata più vantaggiosa rispetto a una terapia dialettica comportamentale o una terapia supportiva per quanto riguarda i pattern di attaccamento e il funzionamento riflessivo.

#### DIFFERENZE DI GENERE NEL FEST

Gli effetti del genere sono stati oggetto di grande attenzione nella teoria clinica. Per esempio, gli analisti riconoscono che il genere contribuisce al transfert (Notman, Nadelson, 2004), nonostante diverse review indicano che, in media, maschi e femmine rispondono in maniera simile trasversalmente ai diversi tipi di psicoterapia (Clarkin, Levy, 2004). Quasi tutti gli studi hanno esplorato il genere come predittore generale. Solo due studi hanno considerato il genere come moderatore nella psicoterapia individuale, valutando se maschi e femmine rispondevano in maniera diversa a differenti psicoterapie. Zlotnick e collaboratori (1996) hanno riportato l'assenza di effetti moderatori a carico del genere del paziente. Ogrodniczuk e collabo-



**Figura 15.3** Proporzione di casi migliorati secondo il PFS al post trattamento nel gruppo transfert e nel gruppo di confronto all'interno dei sottocampioni di donne con bassi punteggi al QOR (N = 22) e uomini con alti punteggi al QOR (N = 21).

ratori (2001) hanno riportato che i maschi rispondevano in maniera più favorevole alla psicoterapia interpretativa, mentre le femmine rispondevano meglio alla terapia supportiva.

Nel FEST, nell'intero campione (N = 99), maschi e femmine rispondevano ugualmente a entrambi i trattamenti, coerentemente con i risultati di precedenti ricerche. Tuttavia, le femmine rispondevano meglio rispetto ai maschi in maniera significativa all'interpretazione di transfert, e i maschi rispondevano meglio in maniera significativa rispetto alle femmine alla terapia senza interpretazione di transfert (Ulberg, 2009). Quando gli effetti moderatori del QOR e il genere venivano combinati, appariva un forte effetto positivo dell'interpretazione di transfert tra le pazienti femmine con bassi punteggi alla scala QOR, rispetto a un effetto negativo dell'interpretazione di transfert per pazienti maschi con alti punteggi alla scala QOR. Come si può vedere nella figura 15.3, nessuna femmina con bassi punteggi alla scala QOR era migliorata (cambiamento clinicamente significativo) dopo la terapia senza elaborazione transferale.

I risultati nel FEST sembrano incoerenti con i risultati dei precedenti studi naturalistici. Ciò può essere dovuto alle differenze nel disegno della ricerca. Nel FEST, il livello di lavoro sul transfert variava sostanzialmente da caso a caso. Quando abbiamo analizzato i sottogruppi, com'è stato fatto negli studi naturalistici, cioè eseguendo delle correlazioni intra-gruppo tra le interpretazioni di transfert e l'esito, abbiamo trovato una correlazione negativa significativa ( $r = -.40$ ) tra il livello di iniziale lavoro sul transfert e l'esito, precisamente *nel sottogruppo di pazienti con basso punteggio al QOR che ricevevano interpretazioni sul transfert* (N = 25), il sottogruppo che mostrava una risposta positiva a un moderato livello di interpretazione di transfert

confrontato con la terapia senza l'interpretazione di transfert. Le correlazioni intra-gruppo indicano che alti livelli di interpretazioni di transfert, almeno per alcuni pazienti, possono contribuire a un processo terapeutico negativo, o che molte interpretazioni di transfert sono date a pazienti con "prognosi negativa" nel tentativo infruttuoso di superare la resistenza, l'assetto difensivo, o l'ostilità. Gli studi naturalistici possono non fornire il "quadro completo" della situazione e possono portare a conclusioni erronee circa gli effetti dell'interpretazione di transfert (Stiles, Shapiro, 1994). La manipolazione sperimentale delle tecniche di trattamento è l'unico metodo disponibile, a oggi, per studiare gli effetti causali.

I risultati nel FEST sembrano essere parzialmente coerenti con quelli di un precedente studio quasi-sperimentale di Høglend e collaboratori (1993). Tale studio riportava un effetto negativo di un'alta frequenza di interpretazioni di transfert (in media 6 per seduta) per pazienti altamente idonei, *vs* un effetto positivo di una bassa frequenza di interpretazioni di transfert (meno di una per seduta) per pazienti poco idonei. Tuttavia, non vi era un gruppo di confronto trattato senza l'interpretazione di transfert.

#### MECCANISMI DI CAMBIAMENTO

Il secondo scopo di questo studio era determinare se i cambiamenti a lungo termine fossero o meno dei mediatori nel funzionamento interpersonale (Kraemer, Wilson, Fairburn et al., 2002; Baron, Kenny, 1986) attraverso un incremento dell'insight o attraverso l'identificazione del paziente con il terapeuta (rappresentazioni del terapeuta).

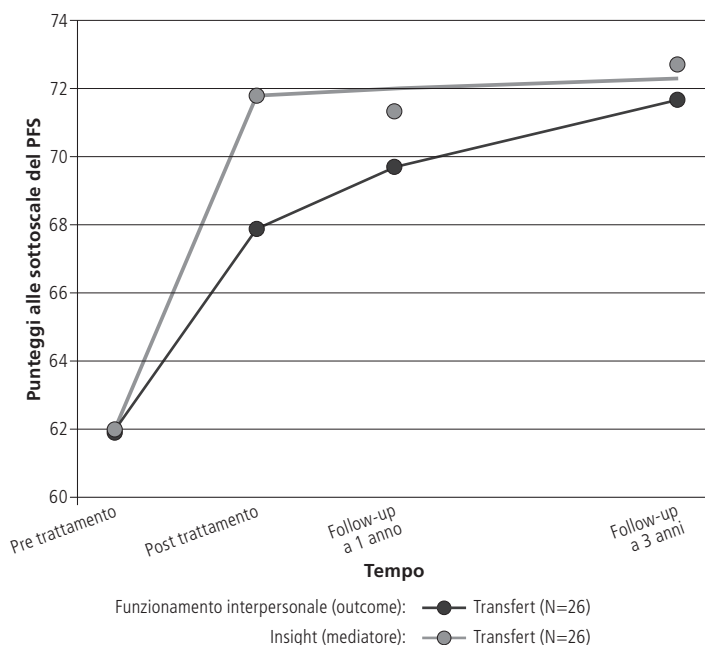
Cambiamenti dinamici stabili dopo la terapia non devono essere dipendenti dalla presenza fisica del terapeuta, ma devono continuare grazie all'aumento dell'insight o nella forma di rappresentazioni del terapeuta (Schaefer, 1968). Le rappresentazioni riflettono l'identificazione del paziente con la conoscenza, le attitudini e il comportamento del terapeuta (Schlesinger, Robbins, 1983). Geller e collaboratori (1981) hanno costruito uno strumento self-report per misurare le rappresentazioni del terapeuta che hanno chiamato Therapist Representation Inventory. L'accesso alle rappresentazioni del terapeuta rende possibile l'autoanalisi (Geller, Faber, 1993; Orlinsky, Geller, Tarragona et al., 1993). I teorici psicoanalitici enfatizzano il dialogo terapeutico mediante l'attivazione delle rappresentazioni del terapeuta nei momenti di crisi come un importante mediatore dei cambiamenti a lungo termine (Baron, Kenny, 1986; Loewald, 1960). Altri autori, come Blum (1992), sostengono che "l'agente critico di cambiamento è l'insight". Rangel (1992) osservava che l'insight è importante ma non sufficiente. L'internalizzazione della "relazione totale" col terapeuta può essere più importante. Nel nostro studio, sia l'insight, misurato da valutatori clinici (Høglend,

Bøgwald, Amlo et al., 2000), sia il “dialogo terapeutico” misurato da cinque item nel Therapist Representation Inventory (self-report per il paziente) sono stati analizzati come possibili mediatori del funzionamento interpersonale a lungo termine.

L’insight è definito come una comprensione cognitiva ed emotiva delle principali dinamiche dei conflitti interni, dei connessi pattern interpersonali e dei comportamenti ripetitivi, e la connessione con le esperienze passate. Anche la capacità di comprendere e descrivere i propri punti di forza e di vulnerabilità fa parte di questa dimensione (vedi l’Appendice a questo capitolo).

Il dialogo terapeutico comprende item come “Quando ho un problema, provo a risolverlo con il mio terapeuta nella mia mente” e “Provo a risolvere i miei problemi nel modo in cui il mio terapeuta e io li abbiamo elaborati in psicoterapia”.

La figura 15.4 illustra che, nel sottogruppo di pazienti con bassi punteggi alla scala QOR che avevano ricevuto interpretazione di transfert (N = 26), l’insight è incrementato in maniera sostanziale durante il trattamento, mentre il funzionamento interpersonale continua a migliorare nei successivi tre anni di follow-up dopo la fine del trattamento.



**Figura 15.4** Traiettorie medie descrittive dell’insight (mediatore) e del funzionamento riflessivo (outcome) nel tempo, per pazienti nel gruppo transfert con bassi punteggi al QOR (N = 26).

Dei 26 pazienti nel gruppo transfert con punteggi inferiori alla media nella scala QOR, 18 (69%) avevano registrato più cambiamenti (e più veloci) nella Scala Insight rispetto alle Scale Interpersonali durante il primo anno di trattamento. Durante il primo anno dopo il trattamento, solo otto (32%) degli stessi pazienti erano cambiati maggiormente nella Scala di valutazione dell'Insight anziché nelle Scale Interpersonali ( $\chi^2 = 8.01$ ,  $df = 1$ ,  $p = .005$ ). Nel gruppo di confronto, il funzionamento interpersonale e l'insight cambiavano seguendo linee pressoché parallele. L'insight può avere una funzione importante per il funzionamento interpersonale anche negli altri sottogruppi di pazienti, ma non siamo stati in grado di determinare cosa viene prima in questi gruppi.

A nostro parere, le associazioni causali tra interpretazione del transfert – insight – esito colmano il divario tra teoria clinica e ricerca empirica (Johansen, Høglend, Ulberg et al., 2010). Il dialogo terapeutico non cambiava maggiormente nel gruppo transfert con bassi punteggi al QOR piuttosto che nel gruppo di confronto con bassi punteggi al QOR, indicando che l'internalizzazione della “relazione totale” col terapeuta non è un meccanismo che connette l'interpretazione di transfert con l'esito a lungo termine. L'internalizzazione della “relazione totale” con il terapeuta può essere importante per il miglioramento dopo la psicoterapia. Tuttavia, non abbiamo potuto documentare che questo presunto meccanismo fosse un risultato dell'elaborazione del transfert.

## CASO CLINICO

Una donna di 40 anni, impiegata come segretaria, voleva iniziare una psicoterapia a causa della presenza di depressione e *binge eating*, che aveva sviluppato dopo il divorzio avvenuto sette anni prima. Aveva due figli adolescenti ed era preoccupata riguardo alla propria mancanza di stabilità nelle relazioni con gli uomini. Viveva con il suo quarto partner. Le era stata fatta diagnosi di depressione e di disturbo alimentare. Fu assegnata casualmente alla psicoterapia psicodinamica con interpretazione di transfert.

Era la più giovane di tre figli con un padre dominante e verbalmente aggressivo e una madre depressa e negativa che era anche alcolista. La famiglia aveva una limitata capacità di verbalizzare le emozioni. Aveva ricevuto una scarsa comprensione da parte dei suoi genitori. Durante l'infanzia, il suo talento per gli sport aveva contribuito alla sua autostima.

Al momento della terapia, aveva difficoltà nell'esprimere i suoi sentimenti. Quando era in disaccordo con il suo partner, invece di essere arrabbiata o triste, mangiava grandi quantità di gelato alternato a una dieta molto restrittiva dal punto di vista calorico. Stava pensando di lasciare il suo partner. La paziente sperava che la psicoterapia potesse aiutarla a sentirsi più indipendente.

Nella fase iniziale della terapia, la paziente sentiva che il terapeuta era comprensivo e non c'erano disaccordi tra loro. Usando l'interpretazione di transfert, il terapeuta si focalizzava sui suoi bisogni di dipendenza.



*Terapeuta:* Nelle sue relazioni tutto è calmo e pacifico. Così posso sperare che accada lo stesso nella nostra relazione. Posso sentirmi sicuro che non ci saranno conflitti tra noi.

*Paziente:* Sì, che... uh... dipende. Con mia sorella... non abbiamo mai discussioni.

*Terapeuta:* Quindi lei non è molto abituata a difendere se stessa. Sua madre era spaventata dei conflitti, e lei ha imparato a sua volta ad averne paura. Nella nostra relazione può anche essere contrariata, ritirarsi e rimpinzarsi, come faceva con lei e con gli altri, ma non può esprimere irritazione. Ha pensato a questo? Io non le fornisco il suggerimento o la rassicurazione che mi ha chiesto.

*Paziente:* Non sono sicura di ciò posso chiedere agli altri, per esempio ai miei figli, e di ciò che gli altri potrebbero fare.

*Terapeuta:* Riesce a pensare a cosa io avrei potuto fare nella sua situazione?

*Paziente:* Se posso pensare a cosa avrebbe fatto lei? Non ne ho idea.

*Terapeuta:* Come si sente rispetto a questo?

*Paziente:* Non lo so.

*Terapeuta:* No, ma forse lei è contrariata, ritirata o può rimpinzarsi invece di sentirsi irritata o arrabbiata.

Man a mano che la terapia progrediva, la paziente esprimeva sempre più spesso il proprio punto di vista.

*Terapeuta:* Cosa prova nei miei confronti che la fa sentire come se camminasse su una lastra di ghiaccio sottile, per dire così, e che le fa sottolineare che non dice cosa pensa?

*Paziente:* Non sono sicura di cosa provo. Io vedo che sono cambiata improvvisamente e sono diventata un po' troppo supponente. Così perché non provare una via di mezzo?

Quando le è stato chiesto al termine del trattamento se avesse imparato qualcosa di nuovo su se stessa oppure no, la paziente disse che, prima della terapia, non era consapevole di quanto in automatico disconoscesse i propri sentimenti, soprattutto quelli negativi. Prima del trattamento, era in una certa misura consapevole di una connessione tra stress e *binge eating*. Dopo il trattamento, la paziente poté fornire un resoconto molto più dettagliato delle associazioni tra specifici stressor, emozioni negative, e *binge eating*, e il modo in cui questo aveva interferito con la sua vita quotidiana.

Al follow-up a tre anni, la paziente sottolineò che la focalizzazione sull'esplorazione delle diverse modalità con le quali ripeteva, nella propria relazione con il partner attuale e anche nei confronti del terapeuta, i propri sentimenti nei confronti dei genitori, era stato utile. Non era più dipendente dal parere degli altri, non era più depressa e aveva interrotto il *binge eating*. La relazione con il partner era molto migliorata sebbene a volte, dopo le discussioni, la paziente tendesse a isolarsi.

## CONCLUSIONI

Che cosa possiamo concludere da questa panoramica sulla ricerca, che può aiutarci a rispondere alle domande poste all'inizio di questo capitolo?

La teoria clinica più diffusa nella tradizione psicodinamica è supportata dalla ricerca empirica.

Un uso moderato dell'interpretazione di transfert ha specifici effetti sul funzionamento a lungo termine, mediati dall'incremento dell'insight durante la terapia.

Tuttavia, un'alta frequenza di interpretazioni di transfert non sembra superare le difese, la resistenza o l'ostilità in "pazienti difficili". Questi ultimi, molti dei quali soffrono di un grave disturbo di personalità, possono vivere questi interventi come attacchi alle difese, ritenute indispensabili alla protezione del Sé. Come risultato, un'eccessiva interpretazione di transfert può esitare in un rafforzamento delle difese per respingere gli attacchi percepiti. La ricerca suggerisce che aprire la strada all'interpretazione di transfert mediante una valutazione positiva dell'esperienza interna del paziente può essere utile almeno per pazienti con una patologia del cluster B.

Quando si trattano pazienti con disturbi di personalità e difficoltà più gravi e croniche nello stabilire relazioni stabili e significative, può essere particolarmente utile attribuire una moderata importanza al lavoro sul transfert. È ormai evidente che questi pazienti sono soggetti non soltanto a un limitato benessere psicologico, ma anche a un più alto tasso di mortalità in generale, come dimostra un'ampia parte delle ricerche epidemiologiche.

## RICERCHE FUTURE

Sono necessarie ancora molte ricerche prima di poter comprendere pienamente l'impatto delle interpretazioni di transfert e il loro funzionamento. La presenza o l'assenza di interpretazioni di transfert, o la loro frequenza, non sono sufficienti di per sé. L'effetto delle interpretazioni può dipendere da molte caratteristiche delle interpretazioni stesse, come l'accuratezza – cioè il grado con cui un intervento è congruo, accurato o coerente come formulazione psicodinamica indipendente sul paziente (Crits-Cristoph, 1998; Piper, Joyce, McCallum et al., 1993; Høglend, Piper, 1995); l'affiliazione – cioè il livello accudimento *vs* ostilità comunicato al paziente attraverso l'intervento (Benjamin, 1974); e il contenuto, ossia quale conflitto dinamico o quali componenti della relazione sono inclusi nell'intervento: desideri, difese, ansie, altre persone, figure genitoriali, terapeuta. La profondità dell'interpretazione può essere vista come un aspetto del contenuto (Cooper, Bond, Audet et al., 2002).

Anche il contesto in cui le interpretazioni di transfert avvengono può essere importante, come la fase della terapia (iniziale, centrale, finale), e la qualità degli altri interventi. Interventi non interpretativi che precedono l'interpretazione di transfert, in aggiunta a quelli che seguono, possono avere uguale peso (Gabbard, Horwitz, Allen et al., 1994). Quando viene for-

nita un'interpretazione, può essere importante anche lo stato dell'alleanza terapeutica. La qualità degli interventi, e il momento in cui devono essere effettuati, sono probabilmente l'aspetto più difficile da valutare, ma sono determinanti relativamente alla possibilità che una interpretazione sia accolta positivamente e presa in considerazione dal paziente.

Inoltre, l'atteggiamento e la soggettività del terapeuta e le reazioni controtransferali possono avere un impatto sulla qualità delle interpretazioni (Henry, Schacht, Strupp, 1986; Muran, 2002).

Per una più approfondita comprensione riguardo alle modalità e ai motivi dell'efficacia di una psicoterapia dinamica, dovrebbero avere la priorità più numerosi studi sulle componenti del trattamento. Se siamo in grado di isolare componenti specifiche che si dimostrano le più efficaci – che si tratti di tecniche specifiche o di fattori comuni – la ricerca dei meccanismi (mediatori) può essere ridotta a fronte di un vasto numero di meccanismi ipotetici. Lo studio dei meccanismi e della loro interazione – per esempio, l'alleanza terapeutica, la tolleranza degli affetti, l'autostima, l'autoefficacia, l'evitamento sociale, le capacità di coping e di problem solving e l'uso delle difese – può migliorare la conoscenza di base.

## BIBLIOGRAFIA

- ALDEN, L.E., WIGGINS, J.S., PINCUS, A.L. (1990), "Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems". In *Journal of Personality Assessment*, 55, pp. 521-536.
- AZIM, H.F.A., PIPE, W., SEGAL, P.M., NIXON, G.W.H., DUNCAN, S.C. (1991), "The quality of object relations scale". In *Bulletin of Menninger Clinic*, 55, pp. 323-343.
- BANON, E., GRENIER, E.M., BOND, M. (2001), "Early transference interventions with male patients in psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10, pp. 79-97.
- BARBER, J.P., FOLTZ, C., DERUBEIS, R.J., LANDIS, J.R. (2002), "Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships". In *Psychotherapy Research*, 12, pp. 139-158.
- BARON, R.M., KENNY, D.A. (1986), "The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations". In *Psychological Bulletin*, 51, pp. 1173-1182.
- BASKIN, T.W., TIERNEY, S.C., MINAMY, T., WAMPOLD, B.E. (2003), "Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls". In *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, pp. 973-979.
- BENJAMIN, L.S. (1974), "Structural analysis of social behavior". In *Psychological Review*, 81, pp. 392-425.
- BERLINER, B. (1941), "Short psychoanalytic psychotherapy: Its possibilities and its limitations". In *Bulletin of Menninger Clinic*, 5, pp. 204-211.
- BLUM, H. (1992), "Psychic change: The analytic relationship(s) and agents of change". In *International Journal of Psychoanalysis*, 73, pp. 255-266.
- BØGWALD, K.P., DAHLBENDER, R.W. (2004), "Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning scales and the Global Assessment of Functioning scale". In *Psychotherapy Research*, 14, pp. 453-468.
- BØGWALD, K.P., HOGLAND, P., SORBYE, O. (1999), "Measurement of transference interpretations". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 8, pp. 264-273.
- CLARKIN, J.F., LEVY, K.N. (2004), "The influence of client variables in psychotherapy". In

- LAMBERT, M.J. (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5<sup>th</sup> ed. Wiley, New York, pp. 194-226.
- CONNOLLY, M.B., CRITS-CHRISTOPH, P., SHAPPEL, S., BARBER, J.P., LUBORSKY, L., SCHAFER, C. (1999), "Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 9, pp. 485-495.
- COOPER, A.M. (1987), "Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35, pp. 77-98.
- COOPER, S., BOND, M., AUDET, C., BOSS, K., CSANK, P. (2002), *The Psychodynamic Intervention Rating Scale*. Documento non pubblicato.
- CRITS-CHRISTOPH, P. (1998), "The interpersonal interior of psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 8, pp. 1-16.
- DAVANLOO, H. (1978), *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson, New York.
- DEUTSCH, F. (1949), *Applied Psychoanalysis*. Grune & Stratton, New York.
- EHRENREICH, J.H. (1989), "Transference: One concept or many?". In *Psychoanalytic Review*, 76, pp. 37-65.
- FERENCZI, S., RANK, O. (1956), *The Development of Psychoanalysis*, english edition. Dover, New York.
- FRANK, J.D. (1971), "Therapeutic factors in psychotherapy". In *American Journal of Psychotherapy*, 25, pp. 350-361.
- FREUD, S. (1892-1895), *Studi sull'isteria*. Tr. it. in *Opere*, vol. 1. Boringhieri, Torino 1967.
- FREUD, S. (1901), *Psicopatologia della vita quotidiana*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1971.
- GABBARD, G.O. (2006), "When is transference work useful in dynamic psychotherapy?". In *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1667-1669.
- GABBARD, G.O., HORWITZ, L., ALLEN, J.G., FRIESWYK, S., NEWSOM, G., COLSON, D.B., COYNE, L. (1994), "Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon". In *Harvard Review Psychiatry*, 2, pp. 59-69.
- GABBARD, G.O., HORWITZ, L., FRIESWYK, S., ALLEN, J.G., COLSON, D.B., NEWSOM, G., COYNE, L. (1988), "The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 36, pp. 697-727.
- GABBARD, G.O., WESTEN, D. (2003), "Ripensare l'azione terapeutica". Tr. it. in JONES, E. (2000), *L'azione terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 233-258.
- GELLER, J.D., COOLEY, R.S., HARTLEY, D. (1981), "Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective". In *Imagination Cognition Personality*, 1, pp. 123-146.
- GELLER, J.D., FABER, B.A. (1993), "Factors influencing the process of internalization in psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 3, pp. 166-180.
- GILL, M.M. (1982), *Analysis of Transference, Theory and Technique*, vol. 1. International Universities Press, New York.
- GILL, M.M., MUSLIN, H. (1976), "Early interpretation of transference". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 24, pp. 779-794.
- GLOVER, E. (1955), *The Technique of Psychoanalysis*. International Universities Press, New York.
- HAGTVET, K.A., HØGLEN, P. (2008), "Assessing precision of change scores in psychodynamic psychotherapy: A generalizability theory approach". In *Measures of Evaluation Consulting Development*, 41, pp. 162-178.
- HAVIK, O.E., MONSEN, J.T., HØGLEN, P., VON DER LIPPE, A., LYGSTAD, G., STILES, T. ET AL. (1995), *Norwegian Multi-Site Study of Process and Outcome in Psychotherapy (NMSPOP). Research protocol*. Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Bergen.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E., STRUPP, H.H. (1986), "Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome". In *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, pp. 27-31.
- HENRY, W.P., STRUPP, H.H., SCHACHT, T.E., GASTON, L. (1994), "Psychodynamic approaches". In BERGIN, A.E., GARFIELD, S. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4<sup>th</sup> ed. Wiley, New York, pp. 467-508.

- HERSOU, A.G. (2004), "Assessment of therapists' and patients' personality: Relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy". In *Journal of Personality Assessment*, 83, pp. 191-200.
- HOFFMAN, I.Z. (1998), *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-constructivist View*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- HØGLEN, P. (1993), "Suitability for brief dynamic psychotherapy: Psychodynamic variables as predictors of outcome". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, pp. 104-110.
- HØGLEN, P. (1993), "Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length". In *American Journal of Psychotherapy*, 47, pp. 494-507.
- HØGLEN, P. (1994a), *Selection for Brief Dynamic Psychotherapy Modified after Sifneos*. Manual. Department of Psychiatry, University of Oslo, Oslo.
- HØGLEN, P. (1994b), *Manual for Process Ratings of General Skill, Supportive Interventions and Specific Techniques*. Manual. Department of Psychiatry, University of Oslo, Oslo.
- HØGLEN, P. (2004), "Analysis of transference in dynamic psychotherapy: A review of empirical research". In *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, pp. 280-300.
- HØGLEN, P., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K.P., SØRBYE, Ø., SJAASTAD, M.C., HEYERDAHL, O. (2006), "Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations". In *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1739-1746.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S., HEYERDAHL, O., SØRBYE, Ø., MARBLE, A., COSGROVE SJAASTAD, M., BENTSEN, H. (2000), "Assessment of change in dynamic psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 9, pp. 190-199.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S., MARBLE, A., ULBERG, R., SJAASTAD, M.C., SØRBYE, Ø., HEYERDAHL, O., JOHANSSON, P. (2008), "Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects?". In *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 763-771.
- HØGLEN, P., HEYERDAHL, O., AMLO, S., ENGELSTAD, V., FOSSUM, A., SØRBY, O. (1993), "Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy: Effects on long-term mode specific changes". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 2, pp. 296-306.
- HØGLEN, P., JOHANSSON, P., MARBLE, A., BØGWALD, K.P., AMLO, S. (2007), "Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 17, pp. 162-174.
- HØGLEN, P., PIPER, W.E. (1995), "Focal adherence in brief dynamic psychotherapy: A comparison of findings from two independent studies". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 32, pp. 618-628.
- HORWITZ, L., GABBARD, G.O., ALLEN, J.G., FRIESWYCK, S., COLSON, D.B., NEWSOM, G. (1996), *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- JOHANSEN, P., HØGLEN, P., ULBERG, R., BØGWALD, K.P., AMLO, S., HEYERDAHL, O., MARBLE, A., SØRBYE, Ø., SJAASTAD, M.C. (2010), "The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 438-448.
- JOYCE, A.S., PIPER, W.E. (1996), "Interpretive work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modelling". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 505-512.
- KRAEMER, H.C., WILSON, G.T., FAIRBURN, C.G., AGRAS, W.S. (2002), "Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials". In *Archive of General Psychiatry*, 59, pp. 877-883.
- LEVY, K.N., MEEHAN, K.B., KELLY, K.M., REYNOSO, J.S., WEBER, M., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2006), "Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 1027-1040.
- LOEWALD, H. (1960), "On the therapeutic action of psychoanalysis". In *International Journal of Psychoanalysis*, 51, pp. 1-18.



- LUBORSKY, L., SPENCE, D. (1978), "Quantitative research on psychoanalytic therapy". In GARFIELD, S.L., BERGIN, A.E. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 2<sup>nd</sup> ed. Wiley, New York.
- MALAN, D.H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice*. Plenum, New York.
- MALAN, D.H. (1976), *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. Plenum, New York.
- MARMAR, C.R., WEISS, D.S., GASTON, L. (1989), "Towards the validation of the California therapeutic alliance rating system". In *Psychological Assessment*, 1, pp. 46-52.
- MARZIALI, E.A. (1984), "Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions". In *Archive of General Psychiatry*, 41, pp. 301-304.
- MARZIALI, E.A., SULLIVAN, J.M. (1980), "Methodological issues in the content analysis of brief psychotherapy". In *British Journal of Medical Psychology*, 53, pp. 19-27.
- MCCULLOUGH, L., WINSTON, H., FARBER, B.A., PORTER, F., POLLACK, J., LAIKIN, M., TRUJILLO, M. (1991), "The relationship of patient-therapist interaction to the outcome in brief dynamic psychotherapy". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 28, pp. 525-533.
- MURAN, J.C. (2002), "Early career award paper: A relational approach to understanding change: pluralism and contextualism in a psychotherapy research program". In *Psychotherapy Research*, 12, pp. 113-138.
- NOTMAN, M.T., NADELSON, C.C. (2004), "Sex in the consulting room". In *Journal of American Academy Psychoanalytic Dynamic Psychiatry*, 32, pp. 193-200.
- OGRODNICZUK, J.S., PIPER, W.E. (1999), "Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies: Development and use of a new scale". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 8, pp. 142-154.
- OGRODNICZUK, J.S., PIPER, W.E., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. (1999), "Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy". In *Journal of Nervous Mental Disorder*, 187, pp. 572-579.
- OGRODNICZUK, J.S., PIPER, W.E., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. (2001), "Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10 (2), pp. 69-78.
- ORLINSKY, D.E., GELLER, J.D., TARRAGONA, M., FARBER, B. (1993), "Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 396-610.
- PIPER, W.E., AZIM, H.F., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. (1991), "Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy". In *Archive of General Psychiatry*, 48, pp. 946-953.
- PIPER, W.E., DELBANE, E.G., BIENVENU, J.P., DE CARUFEL, F., GARRANT, J. (1986), "Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome of short-term individual psychotherapy". In *British Journal of Medical Psychology*, 59, pp. 1-11.
- PIPER, W.E., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M., AZIM, H.F.A. (1993), "Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 586-595.
- PIPER, W.E., OGRODNICZUK, J.S., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M., ROSIE, J.S., KELLY, J.G. (1999), "Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy". In *Psychotherapy Theory Practice Research Training*, 36, pp. 114-122.
- PORTER, F.A. (1987), *The Immediate Effects of Interpretation on Patient Response in Short-term Dynamic Psychotherapy*. Tesi di dottorato, Columbia University, New York.
- PUMPIAN-MINDLIN, E. (1953), "Considerations in the selection of patients for short-term therapy". In *American Journal of Psychotherapy*, 7, p. 641.
- RANGELL, L. (1984), "The analyst at work: Synthesis and critique". In *International Journal of Psychoanalysis*, 65, pp. 125-140.
- RANGELL, L. (1992), "The psychoanalytic theory of change". In *International Journal of Psychoanalysis*, 73, pp. 415-427.
- REICH, W. (1945), *Character Analysis*. Orgone Institute Press, New York.
- ROSENZWEIG, S. (1936), "Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy". In *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, pp. 422-425.

- ROSSER, R., DENFORD, J., HESLOP, A., KINSTON, W., MACKLIN, D., MINTY, K., MOYNIHAN, C., MUIR, B., REIN, L., GUZ, A. (1983), "Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: A study of psychotherapeutic management". In *Psychological Medicine*, 13, pp. 93-110.
- SCHAEFER, R. (1968), *Aspects of Internalization*. International Universities Press, New York.
- SCHLESINGER, N., ROBBINS, F.A. (1983), *Development View of the Psychoanalytic Process*. International Universities Press, Madison, WI.
- SIFNEOS, P. (1971), *Short-term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique*. Plenum, New York.
- SILBERSCHATZ, G., FRETTER, P.B., CURTIS, J.T. (1986), "How do interpretations influence the process of psychotherapy? ". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 646-652.
- SNOW, R.E. (1991), "Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, pp. 205-216.
- STILES, W.B., SHAPIRO, D.A. (1994), "Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 942-948.
- STOLOROW, R.D., BRANDCHAFT, B., ATWOOD, G.E. (1987), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- STONE, L. (1967), "The psychoanalytic situation and transference: Post-script to an earlier communication". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, pp. 3-58.
- STRACHEY, J. (1934), "La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi". Tr. it. in *Rivista di psicoanalisi*, XX, 1974, pp. 92-126.
- STRISIK, P. (1980), *In-session Discussion about the Therapist-client Relationship as a Facilitator of Client Experiencing (Transference)*. Tesi di dottorato, Georgia State University, Atlanta, GE.
- SULLIVAN, H.S. (1953), *Teoria interpersonale della psichiatria*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1977.
- ULBERG, R., JOHANSSON, P., MARBLE, A., HØGLEN, P. (2009), "Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, pp. 78-86.
- WAMPOLD, B.E. (1997), "Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies". In *Psychotherapy Research*, 7, pp. 21-43.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O. (2002), "Developments in cognitive neuroscience. II: Implications for theories of transference". In *Journal of American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 99-134.
- ZLOTNICK, C., SHEA, M.T., PILKONIS, P.A., ELKIN, I., RYAN, C. (1996), "Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up". In *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 1021-1027.



## Appendice

### Scala di valutazione dell'insight

Questa dimensione copre la comprensione cognitiva *ed* emotiva delle principali dinamiche relative ai conflitti interiori, i corrispettivi pattern interpersonali e i comportamenti ripetitivi, nonché il collegamento con esperienze passate; inoltre, la capacità di comprendere e descrivere la propria vulnerabilità, le reazioni allo stress e le abilità di coping.

- 100 Inconsueta abilità nel descrivere chiaramente desideri personali, paure, difese, i comportamenti relativi e i collegamenti con le esperienze passate (infanzia). Elevata consapevolezza della propria vulnerabilità, atteggiamenti, e schemi interpersonali, utili secondari. Aperto, curioso e riflessivo sui molteplici livelli e significati dell'esperienza. Giudizio realistico su di sé e sugli altri.
- 90 Può tener conto dei conflitti interni, dei problemi relativi e dei comportamenti ripetitivi, e dei collegamenti con le esperienze passate. Consapevole della propria vulnerabilità e reazione allo stress. Tollerante e realistico senso di sé e degli altri nei conflitti interpersonali. Può provare delusione ma non amarezza o *hopelessness*.
- 80 Può valutare/considerare i principali conflitti interni, i problemi relativi e i comportamenti ripetitivi, e i propri atteggiamenti. I collegamenti con le esperienze passate possono essere in parte dimenticati. Consapevole della propria vulnerabilità, reazione allo stress e abilità di coping. Nei conflitti interpersonali può criticare troppo se stesso o gli altri ma riflette liberamente e osserva le proprie reazioni e impara da queste (integrazione). Generalmente curioso e tollerante. Aspettative realistiche riguardo al futuro.
- 70 Riconosce ma non sa descrivere chiaramente le complesse associazioni tra esperienze passate, conflitti interni e problemi presenti, e schemi ripetitivi. Abbastanza consapevole della propria vulnerabilità e forza, e della propria reazione allo stress. Nei conflitti interpersonali tende a criticare troppo se stesso o gli altri. A volte non

- riconosce i propri comportamenti e atteggiamenti, ma riflette e osserva se stesso in altre aree.
- 60 La comprensione dei conflitti interni e le associazioni con le esperienze e i comportamenti del passato e del presente sono talvolta poco chiare, o meno integrate emotivamente, o “apprese”. Inadeguato giudizio di sé e degli altri, ma abilità nell’osservare e riflettere. La vulnerabilità e le reazioni allo stress sono talvolta una sorpresa. Qualche atteggiamento e comportamento difensivo e non riconosciuto. Visione rigida di ciò che è giusto e sbagliato. Può ricercare soluzioni superficiali. Riconosce i sintomi come segnale di un disturbo.
- 50 “Apprendimento” superficiale o idee fuorvianti dei conflitti interni e delle esperienze del passato e del presente. Distorsione del giudizio di sé *vs* gli altri anche in assenza di conflitti. Sentimenti dolorosi accompagnati da severa autocritica o erroneamente imputati a fattori esterni. Scarsa o nessuna riflessione sulle motivazioni personali, non consapevolezza di aspetti importanti dei propri atteggiamenti e comportamenti (fondamentalismo). Diniego dei sintomi come segnale di un disturbo. Eccessivo pessimismo o ottimismo.
- 40 Non riconosce le associazioni tra comportamenti e componenti dinamiche interne. Percezione/giudizio di sé e degli altri gravemente distorto. Disconosce le reazioni personali dolorose. Può descrivere le esperienze interne ma in modo stereotipato, confuso o fuorviante. Diniego dei segnali di disturbo mentale.
- 30 Grande difficoltà nel descrivere le esperienze interne. Non riconosce le associazioni tra esperienze interne e il proprio comportamento. Possono essere presenti idee gravemente distorte o deliranti.
- 20 Funzionamento mentale disorganizzato o frammentato. Fallimento dell’esame di realtà. Necessita di aiuto esterno.
- 10 Costantemente disorganizzato e bisognoso di assistenza quotidiana.



PARTE QUARTA

## Studi sul caso singolo



## Combinare gli approcci idiografico e nomotetico nella ricerca sul caso singolo

*Tai Katzenstein, Nnamdi Pole,  
J. Stuart Ablon, Carrie Olsen*

### COMBINARE GLI APPROCCI IDIOGRAFICO E NOMOTETICO NELLA RICERCA SUL CASO SINGOLO

Si può dire che la psicoterapia professionale si distingue dalle forme di sostegno sociale e da altri interventi psicosociali non professionali poiché si basa su di una scienza oggettiva. Tuttavia, anche se gli utenti non lo sanno, molti terapeuti prestano poca attenzione alla ricerca in psicoterapia (Goldfried, Wolfe, 1996). Questo paradosso dipende da molti motivi, ma sicuramente uno di questi è la discrepanza tra lo stato dell'arte della ricerca in psicoterapia e la realtà della pratica clinica (Bohart, 2000; Persons, 1991). Le ricerche in psicoterapia che godono di maggior considerazione sono quelle che assegnano in modo casuale pazienti presumibilmente simili (per esempio, quelli che condividono la stessa diagnosi psichiatrica) al trattamento che è oggetto d'indagine (di solito breve e manualizzato) oppure a qualche altro trattamento probabilmente meno efficace (per esempio, un "non trattamento"). Questi studi randomizzati e controllati (Randomized Controlled Trials, RCT) sono progettati per riprodurre le sperimentazioni farmacologiche in cui i pazienti con malattie fisiche ricevono in modo casuale il farmaco che si sta studiando o una sostanza alternativa verosimilmente meno efficace (per esempio, un placebo). L'assegnazione casuale aumenta la probabilità che i migliori outcome raggiunti nel gruppo sottoposto al trattamento oggetto d'indagine possano essere attribuiti al trattamento stesso. Per questo motivo, i più eminenti ricercatori in campo psicoterapeutico consigliano ai terapeuti di limitare la loro pratica ai trattamenti validati con metodologia RCT (Chambless, Ollendick, 2001).

Sebbene ad alcuni questa raccomandazione possa sembrare ragionevole, i terapeuti esperti spesso la mettono in discussione (Persons, Silberschatz, 1998). Possono domandarsi, per esempio, quanto sia sensato paragonare le psicoterapie ai farmaci. Le terapie farmacologiche sono in genere standardizzate in modo tale che il trattamento studiato possa essere facilmente ripetuto nella pratica clinica. Anche se gli RCT in psicoterapia tentano di raggiungere questo tipo di standardizzazione per mezzo della manualizzazione delle terapie, i terapeuti esperti sostengono che le psicoterapie sono

così “uniche” da rendere difficile controllare gli esatti “ingredienti” somministrati a un particolare paziente. Per esempio, i pazienti visti in contesti di pratica privata probabilmente differiscono per aspetti importanti da quelli inclusi nelle ricerche: per esempio, possono avere diagnosi multiple (o non incontrare tutti i criteri per una determinata diagnosi psichiatrica) (Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). Inoltre, poiché le psicoterapie hanno successo (oppure no) in base a un gioco dinamico tra: (a) la personalità del terapeuta e/o la sua/sue tecniche, (b) le particolari necessità e capacità del paziente e (c) la natura del rapporto tra terapeuta e paziente (Lambert, 1989; Steering Committee, 2001), tentare di controllare tutte le variabili potenzialmente rilevanti non è realistico. Molti clinici sono, dunque, riluttanti a seguire le terapie manualizzate. Preferiscono, invece, applicare i loro modelli clinici in modo flessibile (Addis, Krasnow, 2000; Bohart, O'Hara, Leitner, 1998). Inoltre, molte psicoterapie praticate “nella realtà” impiegano tecniche che sono poco rappresentate nella letteratura RCT (per esempio, la terapia psicodinamica, *psycho-dynamic therapy*, PDT), e sono di durata maggiore rispetto al tipico processo randomizzato (per esempio, anni e non mesi). Per tutti questi motivi, gli psicoterapeuti, storicamente, hanno cercato altri modi per ottimizzare i loro risultati clinici. I *case studies* hanno rappresentato una modalità cruciale per cogliere l'enorme varietà e i contesti sfumati del lavoro clinico.

Sebbene gli studi sul caso abbiano il vantaggio di conservare sfumature e contesto, possono anche presentare seri inconvenienti nel guidare la pratica clinica in una direzione scientifica. Per esempio, molti studi clinici riportano le informazioni in modo selettivo (Pole, 2001). I resoconti dei casi possono concentrarsi sui momenti del trattamento che sostengono il punto di vista del terapeuta e ignorare o minimizzare gli esempi che sono in contrasto con esso. Pertanto, gli studi sul caso possono incorrere nel rischio di conferme distorte, limitandosi a fornire un'occasione sufficiente a falsare la teoria preesistente con il risultato di rafforzare, infine, convinzioni erranee. Fortunatamente, gli studi sul caso possono essere progettati per affrontare questo problema; le informazioni possono essere raccolte in modo sistematico in modo tale che vi sia la stessa probabilità di rilevare le prove favorevoli e quelle contrarie. Un secondo problema con questi studi è che le storie cliniche di cui parlano non sono solitamente verificabili. A causa della loro natura “sensibile”, raramente i casi di psicoterapia vengono registrati testualmente. Invece, gli studi clinici derivano spesso dalle annotazioni del terapeuta, cosa che li rende vulnerabili ai consolidati travisamenti propri della memoria umana (Geraerts, Raymaekers, Merckelbach, 2008). Questo non è un problema insormontabile; è diventato sempre più ammissibile registrare le psicoterapie per scopi di ricerca (con l'autorizzazione del cliente e del terapeuta e successive misure per celare le informazioni che rendono possibile l'identificazione). Un terzo problema con gli studi sul caso è che



di solito non possono essere utilizzati per trarre conclusioni convincenti applicabili ad altri casi (Gottman, 1973). Questo è un grave limite, dato che uno degli obiettivi fondamentali della scienza è quello di scoprire dei principi generali. Sebbene gli studi sul caso presentino questi limiti intrinseci, possono essere usati per raggiungere un simile scopo. Vale a dire, possono essere utilizzati per testare l'applicabilità a un caso specifico di determinate norme generali (per esempio, quelle tratte da studi randomizzati). In tal modo essi possono svolgere la funzione di ponte tra la scienza e la pratica clinica in un modo che può incrementare il rilievo della ricerca in psicoterapia agli occhi degli psicoterapeuti.

Tenuto presente quanto detto in precedenza, sembra che l'obiettivo di arricchire la pratica psicoterapeutica con prove oggettive sarebbe facilitato da un paradigma di ricerca in psicoterapia che (a) conservasse il contesto e le sfumature degli studi sul caso, (b) consentisse la verifica di principi generali, (c) riducesse al minimo gli abituali limiti degli studi sul caso e (d) arrivasse a un'inferenza causale simile a quella offerta dagli studi randomizzati. Questo capitolo illustra questo paradigma. Nelle pagine seguenti, presenteremo i dettagli di un caso singolo completamente videoregistrato e, quindi, soggetto a verifica. I dati ottenuti sono stati campionati sistematicamente per evitare alterazioni. Metodi qualitativi e quantitativi sono stati utilizzati per integrare il contesto clinico con punti di riferimento standardizzati. Elementi e principi generali specifici del caso sono stati esaminati e testati con metodi statistici avanzati che consentono una maggiore inferenza causale. Questo è stato ottenuto, in parte, utilizzando uno strumento di tipo psicometrico, lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, 2000; Jones, Hall, Parke, 1991), per quantificare i comportamenti del terapeuta, del paziente e le interazioni terapeuta-paziente. Il PQS è stato utilizzato per (a) descrivere il processo terapeutico, (b) individuare le "strutture di interazione" tra terapeuta e paziente, specifiche del caso (e determinare se l'interpretazione di queste strutture predice il progresso della terapia) e (c) quantificare la corrispondenza tra l'effettivo processo della terapia reale e comuni prototipi di psicoterapia ideale, determinando se una maggiore adesione al prototipo ideale è predittiva riguardo al processo terapeutico. Queste modalità sono descritte dettagliatamente in questo capitolo.

## DESCRIZIONE DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Una delle prime sfide da affrontare per un paradigma di ricerca in psicoterapia che ambisca a essere clinicamente rilevante, è sviluppare un sistema per descrivere il processo terapeutico che sia (a) il più possibile esauriente dei pattern comportamentali più significativi di terapeuta e paziente, (b) standardizzato ma flessibile, (c) facilmente compreso da clinici appartenenti

alla più vasta gamma di indirizzi clinici e teorici. Il PQS soddisfa bene questi requisiti. Si tratta di uno strumento composto da 100 item che descrivono i processi che potrebbero verificarsi all'interno di una seduta di terapia. Gli item, ottenuti e selezionati empiricamente, rispecchiano elementi caratteristici dei trattamenti psicodinamico, cognitivo-comportamentale, umanistico e "anche" di altre terapie. Sono scritti in un linguaggio che riflette solo minimamente una teoria specifica, in modo da poter essere utilizzati per valutare sia i trattamenti "puri" sia quelli eclettici. Valutatori esperti stimano l'attendibilità di ogni item PQS sia riguardo alla sua capacità di caratterizzare una particolare seduta terapeutica, sia in confronto agli altri item. Questa duplice prospettiva fa sì che ogni valutazione porti con sé gran parte delle situazioni che i clinici si trovano ad affrontare.

Studi precedenti hanno rilevato come il PQS sappia distinguere in modo attendibile diverse forme di terapia. È in grado di farlo anche a livello della singola seduta. Uno studio ha dimostrato che singole sedute di terapia condotte da Fritz Perls (terapia della Gestalt), Albert Ellis (terapia razionale emotiva) e Carl Rogers (terapia centrata sul cliente) con uno stesso paziente (Gloria) hanno dato origine a profili PQS significativamente diversi (Pulos, Jones, 1987). Il PQS fornisce informazioni simili al livello del caso singolo. Un altro studio ha rilevato che il caso apparentemente psicodinamico di Ms. M era, da un lato, fortemente caratterizzato da alcune tecniche psicodinamiche (per esempio, il collegamento degli attuali stati d'animo del paziente con situazioni passate) ma, dall'altro, divergeva dalla tecnica ortodossa (per esempio, il terapeuta era generalmente non neutrale) (Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993). Il PQS distingue anche caratteristiche specifiche delle diverse terapie all'interno di classi psicoterapeutiche più ampie. Ablon e Jones lo hanno utilizzato per differenziare la terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive-behavioral therapy*, CBT) dalla terapia interpersonale (*inter-personal therapy*, IPT) nello studio clinico randomizzato del National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH TDCRP) (Ablon, Jones, 1999). Nel loro insieme, queste ricerche dimostrano che il PQS fornisce un linguaggio affidabile per descrivere il processo terapeutico secondo i diversi orientamenti teorici in termini facilmente comprensibili per i clinici.

#### STRUTTURE DI INTERAZIONE: UNA VISIONE IDIOGRAFICA DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Il PQS può essere utilizzato anche per misurare quegli elementi caso-specifici di un processo terapeutico chiamati *strutture di interazione* (Jones, 2000; Jones, Price, 1998). Queste sono quelle modalità di interazione, ripetitive e che si modificano solo lentamente, che si instaurano tra due persone e che riflettono l'architettura psicologica (per esempio, la struttura del carat-

tere; la personalità e le difese; i meccanismi di adattamento) di terapeuti e pazienti. Secondo Jones, “l’azione terapeutica risiede nell’esperienza, nel riconoscimento e nella comprensione da parte del paziente e del terapeuta di queste interazioni ripetitive” (Jones, 2000). La teoria delle strutture di interazione di Jones afferma che, nella PDT, né la sola comprensione né la sola relazione terapeutica portino al cambiamento. Essa sostiene, invece, che le intuizioni più importanti derivino dalla reciproca esplorazione e dalla comprensione condivisa delle strutture di interazione. L’impegno collaborativo necessario per identificare e valutare le strutture di interazione richiede ai pazienti di sviluppare la consapevolezza di quello che i clinici pensano di loro. È necessario anche che i pazienti comprendano che le loro azioni influenzano i vissuti dei loro terapeuti. Jones osserva, inoltre, che le strutture di interazione non affrontate possono diventare fonti di stallo (in particolare nei trattamenti a lungo termine), perché è probabile che esse semplicemente si ripetano, lasciando i pazienti vulnerabili rispetto alla loro ricorrente sintomatologia e alle battute d’arresto dei clinici.

La teoria delle strutture di interazione implica che l’esame del processo psicoterapeutico attraverso una visione idiografica, con l’obiettivo di individuare i pattern di interazione ripetitivi, sia la componente fondamentale per comprendere l’azione terapeutica. Le strutture di interazione possono essere identificate empiricamente sottoponendo le valutazioni PQS, rilevate all’interno del caso, ad analisi statistiche che indichino il naturale raggruppamento dei comportamenti terapeuta-paziente nel corso del tempo. Nella misura in cui, durante la terapia, questi modelli di interazione vengono discussi e compresi, dovrebbe verificarsi un cambiamento positivo. In un primo studio su questa metodologia, Jones e collaboratori hanno identificato i pattern di interazione mutativi nel caso di Ms. M (citato in precedenza) (Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993). Uno di questi pattern emergeva quando il terapeuta si allontanava dalla sua posizione neutrale. In uno studio di follow-up, Pole e Jones (1998) hanno dimostrato che tali scostamenti dalla neutralità si erano verificati in concomitanza con la formulazione del caso (Fretter, 1995) in quanto il terapeuta metteva a dura prova le convinzioni disfunzionali del paziente. Una tecnica statistica denominata *analisi delle serie temporali* (descritta dettagliatamente più avanti) ha fornito prove convincenti di come la struttura di interazione abbia svolto un ruolo causale nell’alleviare i sintomi di Ms. M (Persons, Silberschatz, 1998; Jones, Pulos, 1993). È importante sottolineare come questa tecnica statistica sia stata in grado di suggerire la causalità senza ricorrere all’assegnazione casuale.

Altri due studi sul caso illustrano ulteriormente la teoria delle strutture di interazione. Nel primo è stata individuata una struttura di interazione denominata “incitamento al salvataggio” composta da item del PQS che descrivono i lunghi silenzi in seduta, la passività del paziente, il suo senso di inferio-

rità e di inadeguatezza e l'eccessiva dipendenza dal terapeuta. In risposta a questo comportamento, il terapeuta ha messo in evidenza lo schema ripetitivo e ha incoraggiato il paziente a salvare entrambi dai suoi lunghi silenzi. Le analisi delle serie temporali hanno dimostrato che, non appena paziente e terapeuta hanno cominciato a comprendere la struttura di interazione, la depressione del paziente e il suo livello di funzionamento quotidiano sono migliorati (Jones, Price, 1998). Nel secondo studio, quando il paziente presentava una sintomatologia molto evidente, era probabile emergessero delle strutture di interazione chiamate "resistenza e isolamento" e "interazione rabbiosa". Tuttavia, le strutture di interazione non sono state completamente esaminate durante la terapia e quindi (in accordo con la teoria delle strutture di interazione) il caso ha avuto un *bad-outcome* (Jones, 2000).

In sintesi, gli studi PQS della teoria delle strutture di interazione offrono un metodo empirico per comprendere le interazioni caso-specifiche ripetute. I risultati suggeriscono come l'esame approfondito di tali interazioni ripetute durante il trattamento può contribuire al progresso psicoterapeutico. Tuttavia, questo approccio presenta dei limiti rispetto alla possibilità di verificare le teorie generali sul cambiamento in terapia.

#### PROTOTIPI: UNA VISIONE NOMOTETICA DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Il PQS può essere anche usato per determinare se in specifici casi o in gruppi di casi sono stati rispettati i principi generali delle teorie. Ablon e Jones (1998, 2002) hanno sviluppato una metodologia PQS basata su prototipi per valutare il grado in cui i trattamenti aderiscono a quanto previsto dall'approccio teorico. Per esempio, fino a che punto la CBT praticata "nella realtà" si attiene alle tecniche CBT ottimali? La metodologia basata su prototipi consiste nell'ottenere una valutazione PQS di un'ipotetica seduta "ideale" da parte di un gruppo di esperti con orientamenti teorici differenti. Gli item PQS che vengono raggruppati in modo analogo dagli esperti di un certo orientamento, ma in modo diverso dagli esperti di altri orientamenti, costituiscono i prototipi PQS. Questi vengono poi confrontati con le valutazioni PQS delle sedute "reali". L'obiettivo primario dei prototipi è quello di determinare la misura in cui un processo terapeutico è conforme ai suoi "ideali" teorici. Un secondo obiettivo di questo metodo è quello di determinare se le terapie di uno specifico tipo contengono elementi di processo appartenenti ad altri orientamenti teorici. Per esempio, la metodologia basata sui prototipi può indagare se un ipotetico trattamento psicodinamico contiene un quantità elevata di processi appartenenti alla terapia cognitivo-comportamentale. Infine, tale metodologia collega un processo al risultato, determinando il rapporto esistente tra l'adesione a un particolare prototipo e l'entità del cambiamento terapeutico.

I prototipi dei diversi orientamenti, tra cui PDT, CBT, IPT, e Control Mastery Therapy (CMT) sono stati sviluppati empiricamente (Ablon, Jones, 1998; Pole, Ablon, O'Connor, 2008). Gli studi che seguono questa metodologia hanno talvolta ottenuto i risultati sperati. Per esempio, quelli basati sulla CBT hanno confermato una maggiore vicinanza sia al prototipo cognitivo-comportamentale sia a quello psicodinamico (Ablon, Jones, 1998) e, in tali terapie, una migliore adesione al prototipo cognitivo-comportamentale fa prevedere un'ampia gamma di *good-outcome* (Ablon, Jones, 2002). Tuttavia questi studi, a volte, hanno avuto risultati inattesi. Per esempio, quelli effettuati secondo il manuale IPT dal TDCRP NIMH erano più simili al prototipo CBT che non a quello della psicoterapia interpersonale (Ablon, Jones, 2002). Inoltre, una maggiore adesione al prototipo psicodinamico era predittiva di *good-outcome* in una serie di terapie improntate sulla CBT (Ablon, Jones, 1998). Inoltre, in uno studio naturalistico sulla psicoterapia per il disturbo di panico, si è visto come i clinici psicodinamici aderivano più strettamente a un protocollo CBT che non a quello PDT nonostante la procedura CBT non risultasse predittiva dell'outcome (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006). Gli studi sul prototipo effettuati su un caso singolo hanno dato risultati simili (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Serralta, Pole, Nunes et al., 2010).

Come approccio empirico allo studio della psicoterapia, la metodologia basata sui prototipi offre evidenti vantaggi. Permette ai ricercatori di confrontare ciò che terapeuti e pazienti fanno realmente in terapia con ciò che è teoricamente previsto. Valuta la fedeltà del trattamento senza ricorrere a manuali di terapia. Pertanto, tale metodologia è utile per studiare i trattamenti "nella realtà". Infine, quando combinata con l'analisi delle serie temporali, può anche essere usata per trarre conclusioni causali sulle componenti attive nel cambiamento, determinando se i principi generali vengono applicati ai casi particolari. La metodologia del prototipo trova, tuttavia, dei limiti nella sua capacità di cogliere quei particolari elementi del processo che rendono unico ogni trattamento psicoterapeutico.

#### LA NOSTRA RICERCA

Altri studi sul caso singolo hanno utilizzato l'approccio basato sulla struttura di interazione o quello fondato sui prototipi; nessuno, invece, ha esaminato i processi di cambiamento contemporaneamente attraverso entrambi i punti di vista. La complessità insita nel processo psicoterapeutico, nonché nello sforzo di studiarlo sistematicamente e quantitativamente, richiede livelli di analisi sia nomotetici sia idiografici. Pertanto, abbiamo intrapreso la presente ricerca, in cui abbiamo esaminato entrambi i livelli di analisi su un singolo trattamento psicodinamico a lungo termine. La componente del-

lo studio legata alle strutture di interazione è esplorativa. La ricerca è stata guidata da due domande specifiche. Innanzi tutto, quali sono le strutture di interazione chiave del caso? In secondo luogo, l'analisi delle strutture di interazione durante la terapia promuove il cambiamento terapeutico? La parte del prototipo dello studio serviva a trovare delle conferme alle ipotesi. Sono state fatte due ipotesi. In primo luogo, ci si aspettava che il processo psicoterapeutico fosse caratterizzato da una maggiore adesione al metodo psicodinamico "ideale" rispetto ad altri tipi di procedure terapeutiche. In secondo luogo, si riteneva che una maggiore adesione al protocollo psicodinamico "ideale" sarebbe stata predittiva di un progresso nel trattamento (per esempio, la riduzione dei sintomi).

## METODO

### PARTECIPANTI

*Paziente.* La paziente, il cui pseudonimo è "Beth", è una donna bianca di circa venticinque anni che, nel corso della sua vita, ha lottato con episodi di depressione. Prima di intraprendere la PDT a lungo termine descritta in questo capitolo, aveva completato, con qualche beneficio, una breve CBT. Tuttavia, allo screening preliminare ha soddisfatto appieno i criteri della SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon et al., 1997) per il disturbo depressivo maggiore e il disturbo d'ansia generalizzato.

*Terapeuta.* Il terapeuta, il dottor A, è uno psicologo con più di trent'anni di esperienza clinica che si è descritto nel suo orientamento teorico e clinico come psicodinamico e psicoanalitico. Al dottor A è stato chiesto di curare Beth nel suo studio privato, esattamente come se stesse lavorando al di fuori del setting della ricerca.

### STRUMENTI DI MISURAZIONE

*Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, Hall, Parke, 1991). Valutatori indipendenti hanno utilizzato il PQS per valutare, in ogni seduta, il processo terapeutico. Il PQS è composto da 100 item stampati su singole schede che descrivono tre componenti del processo terapeutico: (a) le azioni e gli atteggiamenti del terapeuta (per esempio, PQS 67: "Il terapeuta focalizza l'attenzione su desideri, sentimenti o idee di cui il paziente potrebbe non essere consapevole"); (b) le azioni e gli atteggiamenti del paziente (per esempio, PQS 71: "Il paziente accusa se stesso, esprime vergogna o colpa"); (c) le interazioni terapeuta-paziente (per esempio, PQS 74: "Si utilizza lo humor"). Dopo aver osservato una seduta di terapia, i valutatori suddividono le sche-



de PQS in nove pile, ognuna delle quali descrive la seduta su un continuum che va dagli item meno caratteristici (pila 1) a quelli più caratteristici (pila 9). Il numero di schede in ogni pila è predeterminato in modo da ottenere una distribuzione fissa. Cinque schede sono poste nella prima e nell'ultima pila (pila 1 e 9). Diciotto schede vengono collocate in quella centrale (pila 5). Il numero di schede in ogni pila aumenta tra la 1 e la 5 e poi decresce tra la 5 e la 9. Gli item sono valutati in relazione tra di loro (idiograficamente) anziché in relazione a un standard di riferimento (normativamente). Questo approccio costringe i valutatori a utilizzare tutti i valori della scala (compresi gli estremi) piuttosto che dare valutazioni vaghe o neutrali. Il numero dell'ultima pila a cui è assegnata ogni scheda viene registrato e riflette quanto tale item caratterizza bene il processo terapeutico rispetto agli altri item. In una ricerca precedente, il PQS ha dimostrato buona *interrater reliability* (Jones, Hall, Parke, 1991) e buona validità di costrutto (Jones, Cumming, Horowitz, 1988) e discriminante (Jones, Pulos, 1993). Per esempio, gli item PQS sono stati in grado di descrivere accuratamente l'alleanza terapeutica (Soo-Hoo, Jones, Pulos, 1988).

*Overall Change Rating* (OCR). La paziente ha completato questa scala a nove punti per valutare il suo miglioramento terapeutico, attraverso un punteggio che andava da “molto peggio” (-4) a “molto meglio” (+4).

*Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Steer, Brown, 1996). Questo strumento di misurazione self-report, composto da ventuno item, valuta l'intensità dei sintomi di depressione nel momento attuale. Per esempio, un item afferma: “Sono così triste o infelice che non posso sopportarlo”. Il punteggio totale va da 0 a 63. Un punteggio pari o superiore a 10 indica che la depressione è di tale gravità da giustificare un'attenzione clinica. Il BDI è stato usato per molti decenni come strumento di screening standard per la depressione. In una ricerca precedente ha dimostrato buona attendibilità e validità (per esempio,  $.65 < rs < .79$ ).

*Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) (Hollon, Kendall, 1980). Questo strumento di misurazione self-report, composto da trenta item, valuta la frequenza e l'intensità dei pensieri negativi su di sé. Per esempio, un item chiede: “Cosa c'è di sbagliato in me?”. Vista l'attenzione agli aspetti cognitivi, l'ATQ è stato utilizzato come strumento chiave per la misurazione dell'outcome negli studi sul trattamento CBT. I punteggi vanno da 30 a 150. Una ricerca precedente ha riportato, nel campione esaminato, un punteggio medio di 79.6 per i soggetti depressi e di 48.6 per i non depressi. Studi psicometrici suggeriscono che l'ATQ mostra attendibilità ( $rs > .90$ ) e validità ( $.45 < rs < .70$ ) adeguate.

*Social Adjustment Scale* (SAS) (Weissman, Prusoff, Thompson et al., 1978). Questo strumento self-report, composto da quarantadue item, valuta il fun-



zionamento in sei grandi aree: lavoro, attività sociali e ricreative, rapporto con la famiglia allargata, relazioni amorose, ruolo genitoriale e senso di appartenenza al nucleo familiare. Per esempio, un item chiede: “Sei stato in grado di svolgere il tuo lavoro nelle ultime due settimane?”. La media dei punteggi va da 1 a 5, dove i più elevati indicano un funzionamento peggiore. Una ricerca precedente ha rilevato un punteggio medio di 2.53 per le donne gravemente depresse e un punteggio medio di 1.61 per le donne della popolazione in generale. La coerenza interna complessiva è stata calcolata come  $\alpha = .74$  e l’attendibilità test-retest come  $\alpha = .80$ . Lo score totale ha mostrato una validità concorrente variabile da .56 a .85 con le scale di valutazione psichiatrica.

*Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* (Derogatis, Lipman, Rickels et al., 1974). Questo strumento self-report, composto da novanta item, affronta una vasta gamma di sindromi psichiatriche (come depressione, ansia, sensibilità interpersonale, somatizzazione ecc.). Oltre a tali indicazioni, la SCL-90-R fornisce il Global Severity Index (GSI), che offre una sintesi integrativa della gravità del disagio psichiatrico generale. Questo punteggio può variare da 0 a 4 e i punteggi più elevati si riferiscono a un disagio maggiore. Dati normativi indicano che i pazienti ambulatoriali di sesso femminile mostrano un punteggio GSI di 1.35, mentre il punteggio medio per le donne non cliniche è di .36. In una ricerca precedente il GSI della SCL-90-R ha dimostrato buona validità (per esempio, una correlazione di .92 con altri strumenti self-report del disagio psichiatrico generale). Esso è stato utilizzato in numerosi studi per valutare il cambiamento in psicoterapia.

## PROCEDURA

*Protocollo di ammissione.* Il procedimento di ammissione era costituito da: (a) la compilazione di un consenso informato per partecipare a questa ricerca approvata dall’Institutional Review Board della University of California, Berkeley; (b) la videoregistrazione di un’intervista semi-strutturata preliminare; (c) un’intervista volta a conoscere la vita del paziente, i suoi problemi presenti, come funziona attualmente la sua vita, la storia delle sue relazioni e i suoi attuali sintomi psichiatrici; e (d) una batteria di strumenti self-report (descritti in precedenza).

*Aspetti anamnestici rilevanti.* I genitori di Beth hanno divorziato quando aveva tre anni. Sua madre è morta di una malattia terminale quando lei era nei primi anni dell’adolescenza. Il primo episodio depressivo di Beth si è verificato durante il liceo, dopo aver comunicato ai suoi familiari di essere lesbica e dopo che la loro reazione negativa l’ha costretta a rimangiarsi la sua dichiarazione. Mentre era all’università, il sogno che Beth aveva di diventa-

re una scienziata si è infranto a causa della tremenda pressione dello studio, della forte concorrenza con i suoi coetanei e della difficoltà a iniziare progetti indipendenti. Ha abbandonato gli studi, ma i suoi problemi di produttività sono continuati. Per esempio, quando ha iniziato la terapia descritta in questo capitolo, erano mesi che non aveva un lavoro. Beth ha descritto il suo stato d'animo nel seguente modo: "Mi sento molto depressa per l'estrema mancanza di slancio nella mia vita professionale. Mi sento completamente bloccata... non trovo pace per la preoccupazione di ciò che farò nella mia vita. Mi sento come se avessi perso ogni scopo, non sapessi più chi sono e le cose non avessero più significato. Non so che cosa ho intenzione di fare".

Poco dopo aver lasciato l'università, ma prima di iniziare la terapia, Beth ha interrotto una relazione sentimentale che durava da molto tempo. Questo rapporto fallito con la sua partner sembrava riecheggiare le perdite dei primi anni di vita di Beth, tra cui il divorzio dei suoi genitori e la morte della madre. Nella mente di Beth, queste esperienze hanno riaffermato la sua vecchia paura che tutti i suoi legami affettivi fossero destinati a cadere in pezzi. Per difendersi da questa angoscia sembrava evitare ogni contatto emotivo, non solo con gli altri, ma anche con se stessa. Beth ha riferito di non essere riuscita a elaborare emotivamente l'agonia e la morte della madre nel momento stesso in cui accadevano e, nelle prime fasi della terapia, quando si è parlato di questi ricordi verosimilmente traumatici e dolorosi, ha continuato a non mostrare segni esteriori di emozione.

*La terapia.* Le registrazioni di questa psicoterapia sono tratte dall'archivio dello Psychotherapy Research Program della University of California di Berkeley, istituito dallo scomparso dottor Enrico Jones. Questo archivio è stato creato per facilitare lo studio intensivo di un vasto campione di casi singoli sottoposti a trattamenti psicodinamici a lungo termine. Il caso di Beth tiene conto di centoventisei sedute bisettimanali. Ogni sessione è stata videoregistrata utilizzando uno schermo diviso in due al fine di facilitare la visione simultanea del terapeuta e della paziente per la successiva valutazione del processo terapeutico. Tuttavia, poiché la strumentazione era guasta, le videoregistrazioni di due sedute (la n. 3 e la n. 115) non erano utilizzabili per l'analisi.

## VALUTAZIONE DEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

*Procedimento di valutazione PQS.* Due valutatori indipendenti, estratti a caso da un gruppo di otto fra studenti universitari e clinici in corso di dottorato, hanno valutato le videoregistrazioni di sedute alterne utilizzando il PQS. Anche se il costo proibitivo ha impedito di considerare tutte le sedute, queste valutazioni alternate sono servite a seguire sistematicamente lo svolgimento

del processo terapeutico nel corso del tempo. Per stabilire l'attendibilità, almeno due valutatori hanno esaminato le stesse sedute. Quando l'attendibilità tra i due è scesa sotto  $r = .50$ , è stato aggiunto un terzo valutatore. Si sono tenute delle periodiche riunioni di taratura con tutti gli otto valutatori per evitare una difformità nella valutazione. L'attendibilità media delle valutazioni PQS del trattamento di Beth è stata  $\alpha = .83$ . Questo supera il criterio minimo accettabile per l'*inter-rater reliability* ( $\alpha = .70$ ) nella ricerca sul processo psicoterapeutico (Orlinsky, Howard, 1986).

*Valutazione del miglioramento e dell'outcome della psicoterapia.* Beth ha completato le scale di valutazione self-report (descritte in precedenza) all'inizio e alla fine della terapia. Ha completato la GSI della SCL-90-R ogni sedici sedute per valutare i propri progressi nel ridurre i sintomi psichiatrici nel corso della terapia. Alla fine del trattamento, si è sottoposta a un'intervista conclusiva con un clinico indipendente. L'obiettivo di questa intervista era quello di offrire a Beth la possibilità di fornire un feedback qualitativo su quali aspetti del trattamento aveva trovato più e meno utili. Valutazioni di follow-up (tra cui la stessa batteria di questionari self-report che Beth aveva completato prima della terapia) sono state eseguite sei mesi, un anno e due anni dopo la fine del trattamento.

#### RIDUZIONE E PREPARAZIONE DEI DATI

*Strutture di interazione.* Al fine di esaminare i singoli modelli di interazione nella terapia di Beth, l'intero pool di cento item PQS di ciascuna delle sedute considerate (in tutto, sessantuno) è stato sottoposto a una analisi fattoriale esplorativa delle componenti principali. Questa tecnica riduce un gran numero di variabili (per esempio, gli item PQS) in cluster più piccoli e più coerenti di variabili correlate. L'analisi fattoriale per il trattamento di Beth ha prodotto cinque fattori che rappresentano il 37% della varianza nelle valutazioni PQS di tutto il trattamento. Per ogni fattore è stato calcolato l'alpha di Cronbach al fine di comparare la coerenza interna degli elementi che compongono il fattore. Per ogni seduta sono stati calcolati i punteggi fattoriali di ogni singolo elemento facendo la media dei voti degli item PQS maggiormente significativi.

*Adesione/corrispondenza dei punteggi.* Abbiamo utilizzato i prototipi PDT, CBT e IPT originariamente sviluppati da Ablon e Jones (1998). Esperti, riconosciuti a livello internazionale, in terapia psicodinamica (undici), cognitivo-comportamentale (dieci) e interpersonale (undici) hanno valutato ognuno dei cento item PQS in riferimento alla loro buona capacità di descrivere accuratamente un'ipotetica seduta "ideale" delle rispettive scuole di terapia. Tutti gli esperti sono stati selezionati sulla base della padronanza dimostra-

ta nel loro orientamento (per esempio, numerose pubblicazioni e decenni di esperienza nella formazione di nuovi terapeuti). Gli esperti hanno giudicato che gli item PQS rispecchiassero adeguatamente le caratteristiche delle loro rispettive terapie senza tralasciare nulla di importante. Il livello di concordanza tra i gruppi è risultato molto elevato sia per gli esperti di orientamento psicodinamico ( $\alpha = .94$ ), sia cognitivo-comportamentale ( $\alpha = .95$ ) e interpersonale ( $\alpha = .96$ ). È stata eseguita un'analisi fattoriale Q-type delle componenti principali sul database trasposto dei punteggi degli esperti (in cui i ventuno valutatori sono stati trattati come variabili e i 100 item PQS sono stati trattati come casi), seguita dalla rotazione varimax. Innanzi tutto sono stati considerati nello stesso fattore gli esperti che condividevano lo stesso orientamento indicando, così, che i tre prototipi di processo psicoterapeutico "ideale" erano distinti. Punteggi fattoriali sono stati assegnati a ciascun item PQS per indicare la sua importanza relativa per ogni prototipo. La tabella 16.1 elenca i dieci item PQS più caratteristici per ogni prototipo. È importante tenere a mente, tuttavia, che ogni prototipo contiene tutti i cento item PQS disposti, però, in ordine diverso a seconda della relativa importanza attribuita loro dagli esperti. I valori di conformità, che rappresentano l'entità in cui ciascuna sessione era conforme ai prototipi "ideali" di PDT, CBT e IPT, sono stati calcolati correlando i punteggi fattoriali dei cento item PQS, per ogni prototipo, con le cento valutazioni PQS medie di ogni seduta considerata. Tutti i valori di adesione sono stati trasformati da punteggi  $r$  di Pearson in punteggi  $z$  per aumentare la conformità dei dati prima dell'analisi statistica.

*Preparazione per l'analisi delle serie temporali.* Alcune trasformazioni di dati si sono rese necessarie al fine di soddisfare i presupposti delle analisi bivariate delle serie temporali [*bivariate time series analyses*]. In primo luogo, l'analisi presuppone che a ogni osservazione del processo ne corrisponderà una, effettuata contemporaneamente, del miglioramento avvenuto. Misurazioni del progresso e del miglioramento effettuate a intervalli uguali costituiscono una *serie temporale*. Nel presente studio, le osservazioni del processo (per esempio, i punteggi fattoriali della struttura di interazione o quelli di adesione del PQS) sono state calcolate per ognuna delle sessantuno sedute considerate. Le osservazioni del miglioramento (punteggi GSI della SCL-90-R) sono state calcolate ogni sedicesima sessione (cioè otto volte). Abbiamo seguito una procedura di interpolazione lineare per stimare le osservazioni di miglioramento mancanti e corrispondenti a ogni osservazione del processo (Jones, Pulos, 1993; Pole, Jones, 1998; Pole, Ablon, O'Connor, 2008; Serralta, Pole, Nunes et al., 2010). La media dei due punteggi consecutivi dei sintomi osservati è stata utilizzata per stimare il punteggio intermedio che mancava tra di loro. Si è poi fatta la media fra questo punteggio intermedio calcolato e quelli rilevati che venivano prima e dopo di esso, per stimare ulteriori dati mancanti. Poiché non si sa quanto questi dati

**Tabella 16.1** I dieci item del Psychotherapy Process Q-Set (POS) che meglio caratterizzano i prototipi di terapia cognitivo-comportamentale, psicodinamica e interpersonale.

Terapia cognitivo-comportamentale	Punteggio fattoriale	Terapia psicodinamica	Punteggio fattoriale	Terapia interpersonale	Punteggio fattoriale
Si discute di attività specifiche o compiti specifici che il paziente deve provare a mettere in atto al di fuori della seduta. (Item 38) <sup>a</sup>	1.93	I sogni o le fantasie del paziente sono accennati o discussi. (Item 90) <sup>a</sup>	1.71	Le relazioni interpersonali del paziente rappresentano uno dei temi più importanti della seduta. (Item 63) <sup>a</sup>	2.22
Il contenuto della seduta è incentrato su temi cognitivi (per esempio, sistemi di idee o credenze. (Item 30) <sup>a</sup>	1.68	Il terapeuta si astiene dall'esprimere opinioni o punti di vista su ciò di cui parla il paziente. (Item 93) <sup>b</sup>	1.57	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente per aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo. (Item 81) <sup>b</sup>	1.65
Vengono discussi gli obiettivi terapeutici del paziente (Item 4) <sup>a</sup>	1.51	Il terapeuta mette in evidenza i tentativi del paziente di allontanare dalla consapevolezza sentimenti o contenuti minacciosi. (Item 36) <sup>b</sup>	1.53	Il paziente parla di sentimenti di intimità o del desiderio di essere vicino a qualcuno (escluso il terapeuta). (Item 33) <sup>c</sup>	1.62
Il terapeuta incoraggia il paziente a provare nuovi modi di comportarsi con gli altri. (Item 85) <sup>b</sup>	1.49	Il terapeuta crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni. (Item 100) <sup>b</sup>	1.47	Sentimenti relativi a relazioni romantiche sono argomento della seduta. (Item 64) <sup>a</sup>	1.58
Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti). (Item 17) <sup>b</sup>	1.45	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico. (Item 6) <sup>b</sup>	1.46	Il terapeuta spiega il razionale della propria tecnica o del proprio approccio al trattamento. (Item 57) <sup>b</sup>	1.55
Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo. (Item 45) <sup>b</sup>	1.43	Il terapeuta focalizza l'attenzione su desideri, sentimenti o idee di cui il paziente potrebbe non essere consapevole. (Item 67) <sup>b</sup>	1.43	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico. (Item 23) <sup>a</sup>	1.39

Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico. (Item 23) <sup>a</sup>	1.38	Il terapeuta trasmette un'accezzazione non giudicante. (Item 18) <sup>b</sup>	1.38	Si fa riferimento o si discute della fine della terapia. (Item 75) <sup>a</sup>	1.32
Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione. (Item 31) <sup>b</sup>	1.37	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight. (Item 32) <sup>c</sup>	1.32	Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito. (Item 66) <sup>b</sup>	1.29
La situazione di vita attuale o recente del paziente è tema centrale della seduta. (Item 69) <sup>a</sup>	1.35	La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione. (Item 98) <sup>a</sup>	1.28	Il terapeuta attira l'attenzione sul comportamento non verbale del paziente. (Item 2) <sup>b</sup>	1.27
Il terapeuta dà consigli espliciti e assume il ruolo di guida del paziente. (Item 27) <sup>b</sup>	1.32	Il terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente. (Item 46) <sup>b</sup>	1.24	Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente. (Item 40) <sup>b</sup>	1.25

*Note.* Il numero dell'item PQS è riportato fra le parentesi che seguono il contenuto. Ogni prototipo di terapia è, in realtà, composto da tutti i 100 item PQS ai quali, però, gli esperti hanno assegnato un differente punteggio fattoriale a seconda della loro rilevanza per quel determinato prototipo. In questa tabella, l'assenza di un particolare processo in un dato prototipo non deve essere intesa nel senso che gli esperti non giudicano importante tale processo.

a. L'item riguarda l'interazione terapeuta-paziente.

b. L'item riguarda il comportamento del terapeuta.

c. L'item riguarda il comportamento del paziente.

stimati rappresentino fedelmente quelli che sarebbero stati i punteggi dei sintomi del paziente valutati direttamente (vedi l'articolo di Pole e collaboratori, 2008, per la prova della potenziale validità di questa procedura), ci riferiamo ai punteggi risultanti come a punteggi "stimati". Le analisi delle serie temporali presuppongono anche che le due serie siano *stazionarie* (mostrino, cioè, la stessa media e la stessa variabilità nel tempo) o possano essere rese tali attraverso una trasformazione. Poiché i dati originali non erano stazionari (per esempio, i sintomi psichiatrici erano diminuiti nel corso del tempo), abbiamo trasformato ogni serie sottraendo ogni dato da quello che veniva subito dopo per produrre delle nuove (in tutto, sessanta) serie temporali stazionarie, anche se leggermente più brevi.

#### ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati consiste nel: (a) descrivere quantitativamente il processo terapeutico, (b) individuare le strutture di interazione, (c) determinare la misura in cui la terapia è conforme ai prototipi ideali di terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale e interpersonale, (d) descrivere la misura del cambiamento e del miglioramento nella terapia e (e) determinare se le strutture di interazione e l'adesione ai prototipi è stata predittiva dei miglioramenti previsti dalla psicoterapia. Per ottenere una descrizione quantitativa del processo psicoterapeutico, abbiamo calcolato il punteggio medio di ogni item PQS delle sedute sottoposte a valutazione. Abbiamo poi raggruppati in ordine decrescente queste valutazioni medie al fine di individuare i dieci item più e meno caratteristici. Le strutture di interazione sono state identificate esaminando il contenuto dell'item di ciascun fattore per quegli item che descrivono sia il comportamento del paziente sia quello del terapeuta ed esaminando le trascrizioni con punteggi di fattore elevati per determinare se le strutture di interazione sono state attivamente discusse nel trattamento. I punteggi di adesione al prototipo sono stati confrontati con il *t*-test per campioni appaiati. Abbiamo esaminato i dati di valutazione qualitativi e quantitativi di Beth per determinare se aveva iniziato il trattamento con un disagio clinicamente significativo e se, quando l'aveva concluso, dava prova di un funzionamento sano. Abbiamo poi attentamente riportato su di un grafico il suo miglioramento nella terapia come evidenziato nel corso del tempo dal suo punteggio GSI della SCL-90-R. Questo strumento di misura è stato scelto per mantenere la coerenza con precedenti studi di casi condotti utilizzando lo stesso paradigma (Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993; Pole, Ablon, O'Connor, 2008). Abbiamo applicato l'analisi bivariata delle serie temporali di Gottman e Ringland (1981) per determinare se le strutture di interazione e l'adesione ai prototipi avevano influenzato il progresso terapeutico di Beth. Poiché riteniamo che questo approccio sta-



tistico sia sconosciuto alla maggior parte dei lettori, lo descriviamo dettagliatamente qui di seguito.

Le analisi bivariate delle serie temporali di Gottman e Ringald è un metodo che verifica la probabilità che una variabile (per esempio, l'adesione al prototipo psicodinamico della terapia) misurata nel corso del tempo influenzi un'altra variabile (per esempio, il livello di disagio psichiatrico di Beth) misurata negli stessi punti temporali. La logica del procedimento si basa sul principio generale che il comportamento passato è un buon predittore di quello futuro. Così, se una variabile è in grado di predire il futuro di una seconda variabile al di là di ciò che può essere previsto attraverso la sola conoscenza del suo passato, si può dire che la prima variabile influenza la seconda. Sebbene le basi matematiche della procedura siano complesse (Pole, Ablon, O'Connor, 2008; Gottman, Ringland, 1981), l'analisi confronta essenzialmente la quantità di varianza spiegata da due modelli di regressione. Un modello tenta di spiegare i valori futuri della serie temporale considerata utilizzando i valori passati delle altre serie temporali, mentre verifica i valori passati della serie temporale oggetto d'indagine. L'altro modello tenta di spiegare i valori futuri della serie temporale in esame considerando unicamente i suoi valori passati. Il confronto tra le varianze che non vengono spiegate dai due modelli è realizzato utilizzando il test del rapporto di probabilità, dando ognuna luogo a un Q statistico con una distribuzione  $\chi^2$  valutata a un livello di significatività di  $p = .05$  (a due code). Una differenza significativa tra questi modelli indica che l'inclusione delle altre serie spiega una quantità di varianza maggiore rispetto a quanto la serie in esame può spiegare da sola e suggerisce che essa sia influenzata dalle altre serie. Per esempio, il processo (cioè la struttura d'interazione o l'adesione al prototipo) influenza il miglioramento (per esempio, il cambiamento previsto per i sintomi psichiatrici). L'analisi bivariata delle serie temporali verifica anche la possibilità che i cambiamenti in corso possano influenzare quelli nel processo. Pertanto, l'analisi produce quattro possibili risultati: (a) il processo influenza il miglioramento, (b) il miglioramento influenza il processo, (c) il processo e il miglioramento si influenzano a vicenda, o (d) il processo e il miglioramento non si influenzano fra di loro. Queste procedure sono state eseguite utilizzando il software BIVAR (Williams, Gottman, 1982).

## RISULTATI

### DESCRIZIONE GENERALE DEL PROCESSO TERAPEUTICO

La tabella 16.2 mostra gli item PQS più e meno caratteristici che descrivono il trattamento di Beth in ordine, rispettivamente, decrescente e crescente. Il testo che segue descrive queste caratteristiche riferendosi agli specifici item

**Tabella 16.2** Item del PQS che sono risultati più caratteristici e meno caratteristici nel corso del trattamento.

N° dell'item PQS	Contenuto dell'item	Punteggio medio	Punteggio minimo	Punteggio massimo
<i>Più caratteristici</i>				
63	Le relazioni interpersonali del P rappresentano uno dei temi più importanti della seduta.	7.34	3.50	9.00
67	Il T focalizza l'attenzione su desideri, sentimenti o idee di cui il P potrebbe non essere consapevole.	7.32	4.50	9.00
69	La situazione di vita attuale o recente del P è un tema centrale della seduta.	7.23	3.50	9.00
86	Il T è fiducioso o sicuro di sé ( <i>vs</i> incerto o difensivo).	7.22	4.50	8.50
6	Il T è attento ai sentimenti del P, è sintonizzato ed empatico.	7.19	3.50	9.00
50	Il T porta l'attenzione su sentimenti che per il P sono inaccettabili.	7.11	4.00	9.00
62	Il T identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del P.	7.08	3.50	9.00
88	Il P porta problemi e materiale significativo.	6.99	2.00	8.50
31	Il T chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.	6.99	3.50	9.00
65	Il T ribadisce o riformula le comunicazioni del P per chiarirle.	6.90	4.00	9.00
<i>Meno caratteristici</i>				
15	Il P non affronta di sua iniziativa gli argomenti o non li elabora.	1.67	1.00	5.00
9	Il T è freddo, distaccato ( <i>vs</i> sollecito ed emotivamente coinvolto).	1.86	1.00	3.50
89	Il T interviene per aiutare il P a evitare o reprimere idee disturbanti.	2.03	1.00	5.00
25	Il P ha difficoltà a iniziare la seduta.	2.07	1.00	6.50
42	Il P rifiuta ( <i>vs</i> accetta) i commenti e le osservazioni del T.	2.20	1.00	7.00
14	Il P non si sente compreso dal T.	2.53	1.00	6.50
83	Il P è richiedente.	2.53	1.00	5.00
20	Il P è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica.	2.61	1.00	6.00
77	Il T è privo di tatto.	2.69	1.00	6.50
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	2.78	1.00	7.00

*Nota.* Il punteggio della valutazione va da 1 (estremamente poco caratteristico o poco significativo) a 9 (estremamente caratteristico o significativo). I punteggi – medio, minimo, massimo – si riferiscono alle 61 sedute sottoposte a valutazione.

PQS che appaiono nella tabella 16.2. Tuttavia, gli item non sono descritti necessariamente nello stesso ordine in cui appaiono nella tabella. La lettera “r” posta dopo il numero dell’item PQS indica che questo è stato descritto nel senso inverso rispetto alla sua formulazione originaria.

I dati suggeriscono che i rapporti interpersonali sono stati discussi frequentemente durante il trattamento di Beth (PQS 63). Il dottor A ha messo spesso in evidenza avvenimenti recenti o attuali della vita della paziente (PQS 69) e ha anche identificato modelli ricorrenti nell’esperienza o nel comportamento di Beth (PQS 62). Il terapeuta di Beth si sentiva sicuro e non stava sulla difensiva (PQS86), era attivamente responsivo e affettivamente coinvolto (PQS 9, r), gentile e premuroso (PQS 77, r). Il dottor A non ha agito per rafforzare le difese di Beth o per sopprimerne i pensieri o i sentimenti fastidiosi (PQS 89, r). Ha, invece, attirato l’attenzione di Beth su quei sentimenti, pensieri e impulsi che la mettevano a disagio (PQS 50) o di cui, altrimenti, sarebbe stata inconsapevole (PQS 67). Quando il dottor A ha chiarito e riformulato ciò che Beth aveva detto (PQS 65) o ha fatto dichiarazioni che indicavano che egli comprendeva come ella si sentisse in determinate situazioni (PQS 6), Beth sembrava sentirsi compresa (PQS 14, r).

Beth appariva molto motivata a partecipare alla terapia. Ha iniziato le sedute senza incoraggiamenti o esitazione (PQS 25, r), ha sollevato questioni rilevanti per i suoi conflitti psicologici (PQS88) e si è impegnata attivamente nel processo terapeutico (PQS 15, r). Dal canto suo, il dottor A ha spesso posto domande volte a ottenere informazioni (PQS 31) e, durante le sedute, vi sono stati pochi momenti di silenzio (PQS 12, r). Beth concordava con le osservazioni del suo terapeuta (PQS 42, r) in modo ubbidiente e rispettoso (PQS 20, r). In realtà, Beth sembrava riluttante a fare domande al suo terapeuta, anche quando sarebbe stato opportuno farlo (PQS 83, r).

#### QUALI SONO STATE LE STRUTTURE DI INTERAZIONE CHIAVE?

Tra i cinque fattori che emergono dall’iniziale analisi fattoriale delle valutazioni PQS delle sedute, due soddisfacevano autenticamente i criteri delle strutture di interazione (per esempio, l’esatta descrizione dei comportamenti sia del terapeuta sia del paziente e la dimostrazione che gli stessi sono stati poi attivamente discussi durante il trattamento). La tabella 16.3 mostra il peso degli item su questi due fattori. Li abbiamo chiamati “Fattore 1: *Distacco emotivo e cognitivo del paziente*” ( $\alpha = .87$ ) e “Fattore 2: *Capacità del terapeuta di andare dritto agli affetti*” ( $\alpha = .68$ ). Il Fattore 1 descrive la tendenza di Beth a comportarsi in maniera controllante, resistente, ansiosa, distante e diffidente. Quando Beth ha interagito in questo modo, la relazione terapeutica è diventata competitiva e il dottor A ha spostato le sue interpretazioni piuttosto che su persone specifiche presenti nella vita di

**Tabella 16.3** Principali strutture di interazione nel caso di Beth.

N° dell'item PQS	Contenuto dell'item	Peso
<i>Fattore 1: Distacco emotivo e cognitivo della paziente</i>		
87	Il paziente è controllante	.75
7	Il paziente è ansioso o teso ( <i>vs</i> calmo e rilassato)	.65
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti	.65
58	Il paziente non esamina pensieri, reazioni e motivazioni connessi al proprio ruolo nel creare o perpetuare i problemi	.64
44	Il paziente è diffidente o sospettoso nei confronti del terapeuta	.61
39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva	.51
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta	.48
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight	-.59
40	Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente	-.59
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo	-.59
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti	-.78
<i>Fattore 2: Capacità del terapeuta di andare dritto agli affetti</i>		
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo	.61
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente	.54
31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione	.53
13	Il paziente è animato o eccitato	.51
65	Il terapeuta ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente allo scopo di chiarificarne il significato	.48

Beth sul suo modo generale di rapportarsi con gli altri. Il Fattore 2 descrive l'abituale modalità d'intervento del dottor A, cioè chiarire e riformulare ciò che Beth dice, evidenziando i sentimenti della stessa e facendo domande per ottenere maggiori informazioni. A questo stile di intervento corrisponde un aumento di animazione ed eccitazione della paziente.

Le due seguenti trascrizioni integrali, tratte da sedute diverse (che riproducono entrambe punteggi elevati per questi fattori), illustrano con estrema chiarezza queste strutture di interazione. Nella prima trascrizione, estratta dalla seduta 51, Beth ha iniziato l'ora ricordando che, recentemente, aveva trovato lavoro. Questa novità era importante perché gran parte della terapia era stata dedicata a discutere il conflitto di Beth in riferimento alla ricerca e alla conservazione di un impiego. In fin dei conti, impegnarsi in un lavoro avrebbe dovuto produrre un risultato degno di una maggiore eccitazione. Eppure, Beth ha presentato questa notizia in modo emotivamente distaccato.

*Beth*: Non sono molto sicura di cosa dobbiamo dire oggi. Ho cercato di pensarci su, oggi. Be', più o meno... hmm... bene... vediamo. Mi sento un po' meglio questa settimana perché Julie ha offerto la mia collaborazione nel posto in cui lavora per cui questa settimana sono stata pagata.

*Dottor A*: Abbastanza astratto (*ridono*).

*Beth*: Lo so che era astratto.

*Dottor A*: Desidera che io non ne sappia nulla?

*Beth*: No, non è così.

*Dottor A*: Cosa ne pensa?

*Beth*: *<Beth parla in modo distaccato delle caratteristiche del lavoro, invece di dire quali sentimenti prova nei confronti del lavorare>*

*Dottor A*: Sono ancora interessato al primo argomento che ha menzionato. Ha detto, "Julie ha offerto la mia collaborazione nel posto in cui lavora". Capisce perché pensa in questo modo? Perché mi sta parlando così? Perché mi parla in un modo che non mi permette affatto di conoscerla?

*Beth*: Be', penso che sia questa sinusite o qualcos'altro che mi rende un po' lenta. Ho parlato in modo molto astratto.

*Dottor A*: Hmm - hmm. È come se lei scegliesse di parlare con me e io fossi poco interessato. E questo non mi permette di conoscerla.

*Beth*: Be', è vero. Questa è una quantità minima di informazioni. È estremamente imprecisa. Non so perché mi viene da parlarne in modo tanto astratto.

*Dottor A*: In questo momento non è sulla strada giusta. Questo fa parte del motivo per cui lei è qui. Qualcosa la sta tenendo lontano da quello che la interessa. Non so se minimizzare ed essere così astratta quando parla con me faccia parte di ciò. Penso che abbia contribuito a far sì che lei continui ad aver paura di concentrarsi su ciò che desidera.

*Beth*: Mantenendo le cose astratte... be', toccare le cose in modo concreto sembra che mi procuri troppa emozione.

Invece di concentrarsi sui suoi sentimenti positivi, Beth ha dimostrato un comportamento coerente con il Fattore 1. Cioè, ha usato l'intellettualizzazione per mantenere la distanza dai suoi sentimenti e dal suo terapeuta. Il dottor A ha risposto in uno stile coerente con il Fattore 2. In particolare ha attirato l'attenzione sul modo astratto in cui Beth ha condiviso la notizia di aver trovato un lavoro piacevole. Il dottor A ha aiutato Beth a osservare e riflettere su questa modalità così come si era presentata nel loro rapporto in quel momento. Inoltre, il dottor A ha proposto che l'intellettualizzazione di Beth avesse una funzione difensiva, proteggendola dal concentrarsi su ciò che vuole. Beth ha accettato questa interpretazione e ha compreso meglio come la sua intellettualizzazione le impedisca di vivere i suoi sentimenti.

Nella trascrizione successiva, tratta dalla seduta 75, Beth ha descritto un episodio in cui lei e la sua amica (il cui pseudonimo è Julie) sono state invitate dalla madre di Julie a non mostrare il loro reciproco affetto in pubblico. La richiesta sembrava una manifestazione di omofobia e ha chiaramente sconvolto Julie. Beth non è riuscita a mostrare un qualsiasi segno di protesta e anche questo ha sconvolto Julie.

*Beth*: Abbiamo parlato di questo ieri sera, di che cosa abbiamo fatto Julie e io. Lei pensava che non l'avevo per nulla sostenuta perché ero molto preoccupata di essere diplomatica.

*Dottor A*: Ma diplomazia significa acquiescenza? Perché George Mitchell<sup>1</sup> è diplomatico. C'è un'intera storia della diplomazia che ha a che fare con il portare le parti in conflitto a incontrarsi. Questo non dà una buona reputazione alla diplomazia.

*Beth*: (*Ride*) Questo è vero. So quello che la diplomazia si sforza di fare e volevo farlo, ma mi sentivo parlare con un filo di voce. Avevo paura persino di guardare in faccia sua madre.

*Dottor A*: Penso che tu fossi terrorizzata.

*Beth*: Già. Penso che questo superi tutto il resto.

*Dottor A*: Be', penso che il nostro compito sia quello di vedere di cosa hai terrore. Penso che tu stia razionalizzando. Non penso che tu debba affrontarli, dargli addosso e creare problemi. Ma tu hai la convinzione che le persone riconosceranno e accetteranno i loro pregiudizi e da nessuna parte è provato che sia così.

*Beth*: Giusto, bene...

*Dottor A*: E hai ferito Julie e lei è furiosa con te, il che di per sé è terribile.

*Beth*: Questo mi ha spaventato (*ride*). Vengo da un background inglese. Non so se proprio sembriamo tipi freddi sulle cose che ci toccano.

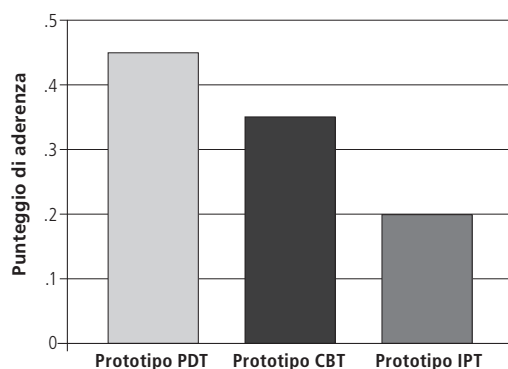
*Dottor A*: Tuttavia, ti tieni dentro tutti questi sentimenti che non si dissolvono nel nulla proprio perché non vengono espressi... non è facendo questo che si arriva a essere educati.

L'incapacità di Beth di mostrare un'emozione appropriata è in accordo con il Fattore 1. Coerentemente con il Fattore 2, il dottor A ha diretto l'attenzione di Beth sulle sue emozioni. Illustrando in tal modo l'importanza di discutere le strutture di interazione, Beth ha convenuto che l'emozione era, infatti, di importanza fondamentale per la sua esperienza. Il dottor A è arrivato, inoltre, a suggerire che la difficoltà di Beth a sperimentare l'emozione non è solo difensiva, ma anche infruttuosa.

#### QUANTO IL TRATTAMENTO CORRISPONDE AI PROTOTIPI?

Considerando che le strutture di interazione offrono una visione caso-specifica del processo terapeutico, i prototipi creano l'occasione per definire tale processo in termini normativi. La figura 16.1 rappresenta la misura in cui il trattamento di Beth è conforme a ciascuno dei tre prototipi formulati dai tre esperti. Il trattamento di Beth ha mostrato una conformità moderata ai prototipi psicodinamico ( $r = .43$ ) e cognitivo-comportamentale ( $r = .38$ ) e bassa a quello interpersonale ( $r = .20$ ). Il  $t$ -test per campioni appaiati ha rivelato che il trattamento di Beth è significativamente conforme in misura maggiore al prototipo psicodinamico ( $t(60) = 9.69, p < .001$ ) e cognitivo-

1. Politico americano. [NdC]



**Figura 16.1** Aderenza media al prototipo. Il punteggio di aderenza può teoricamente variare da  $-1.00$  (completamente opposto al processo terapeutico) a  $+1.00$  (perfetta sovrapposizione al prototipo psicoterapeutico). PDT: terapia psicodinamica; CBT: terapia cognitivo-comportamentale; IPT: terapia interpersonale. I prototipi psicodinamico e cognitivo-comportamentale differiscono significativamente da quello interpersonale, mentre la differenza fra il prototipo psicodinamico e quello cognitivo-comportamentale non è statisticamente significativa.

comportamentale ( $t(60) = 14.00, p < .001$ ) piuttosto che al prototipo interpersonale. Sebbene il livello medio di adesione al prototipo psicodinamico sembra essere superiore di quello al prototipo cognitivo-comportamentale, questa differenza non raggiungeva la soglia di significatività statistica ( $t(60) = 1.80, p = .08$ ).

#### IL TRATTAMENTO DI BETH È STATO EFFICACE?

Al termine della terapia, Beth ha descritto i risultati del suo trattamento nel seguente modo: “Adesso mi sento come se fossi in un periodo molto buono nella mia vita. Ora ho un ottimo lavoro e sto vivendo una relazione meravigliosa. Sento di essere tornata quella di prima. Ho ripreso il timone della mia vita e ho ritrovato delle ambizioni, non ho paura dei rischi e sto lavorando per un obiettivo che ritengo essere importante”. Dopo la terapia la paziente si è attribuita un OCR di  $+4$  = “molto migliorata”. La tabella 16.4 riporta i suoi punteggi – prima della terapia, al termine della stessa e al follow-up – negli strumenti self-report standardizzati. I suoi punteggi sul BDI suggeriscono che quando ha iniziato la terapia si trovava in un ambito di depressione “da lieve a moderata”. Ha terminato la terapia come “asintomatica” e ha mantenuto questo miglioramento nelle sue valutazioni di follow-up. I suoi punteggi pre-terapia sull’ATQ corrispondevano, in realtà, a quelli dei pazienti non depressi, ciò nonostante, alla fine del trattamento e al follow-up hanno mostrato un miglioramento. All’inizio della terapia il suo punteggio SAS era leggermente inferiore alla media attesa per le donne gravemente depresse; alla fine del trattamento, era solo leggermente superiore



a quello medio delle non pazienti. Infine, all'inizio della terapia, il punteggio GSI della SCL-90-R era al di sotto della media per i pazienti ambulatoriali di sesso femminile, ma ha continuato a diminuire, sempre nei limiti della normalità, alla fine e dopo la terapia. Vedi la tabella 16.4 per i punteggi di Beth sugli strumenti di valutazione.

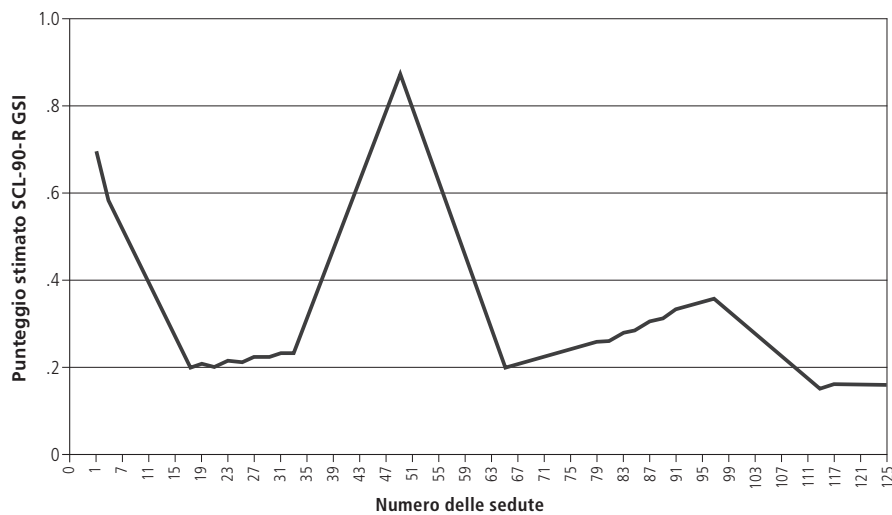
I progressi di Beth nel trattamento sono sintetizzati tramite i valori della sua valutazione GSI della SCL-90-R. La figura 16.2 illustra il suo miglioramento nel tempo. La paziente ha riferito una rapida diminuzione dei problemi di tipo psichiatrico riscontrata durante le prime sedici sedute del suo trattamento. C'è stato un modesto aumento del suo livello di disagio alla seduta n. 32 e quindi un forte aumento dei sintomi alla seduta n. 48. I suoi sintomi sono completamente scomparsi con la seduta n. 64, per poi aumentare leggermente fino alla n. 96 e scendere a livelli subclinici per il resto del trattamento.

IL CAMBIAMENTO DELLE STRUTTURE DI INTERAZIONE  
È PREDITTIVO DI UN PROGRESSO NELLA TERAPIA?

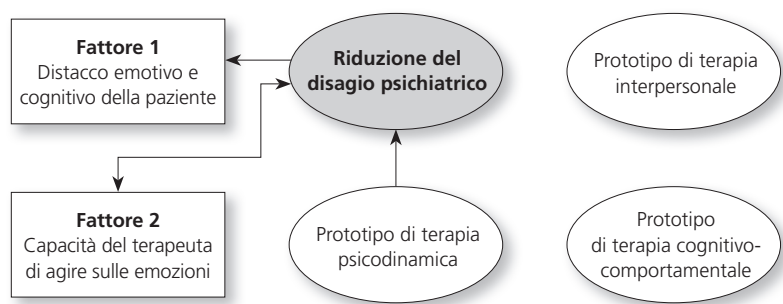
In questo momento siamo in grado di domandarci se gli elementi del processo descritti in precedenza (strutture di interazione e punteggi di adesione) hanno mostrato una relazione statistica col miglioramento finale di Beth nella valutazione dei propri problemi psichiatrici. La figura 16.3 illustra i risultati delle analisi delle serie temporali esaminando la relazione tra la struttura di interazione dei Fattori 1 e 2 e la valutazione dei cambiamenti nel disagio psichico di Beth nel corso del tempo. I risultati hanno rivelato che i cambiamenti nel disagio psichico generale di Beth hanno influenzato il livello del suo distacco da pensieri e sentimenti (cioè il Fattore 1),  $Q(2) = 6.25, p = .04$ . Essi hanno inoltre evidenziato una relazione bidirezionale tra la struttura di interazione del Fattore 2 e i punteggi assegnati da Beth al suo disagio psichico. In particolare, le variazioni del disagio psichico generale di Beth hanno avuto influenza nel far sì che il dottor A si concentrasse

**Tabella 16.4** Punteggi ottenuti dalla paziente agli strumenti di misurazione.

Strumenti	Prima della terapia	Al termine della terapia	Follow-up a un anno	Follow-up a due anni
Beck Depression Inventory (0 – 63)	13	1	1	3
Automatic Thoughts Questionnaire (30 – 150)	48	30	30	30
Social Adjustment Scale Overall (1 – 5)	2.0	1.7	1.7	1.6
Symptom Checklist 90-R Global Severity Index (0 – 49)	.72	.12	.07	.12



**Figura 16.2** Il cambiamento, nel corso del tempo, del disagio psichiatrico stimato effettuata tramite il Global Severity Index della Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R GSI), strumento di misurazione autoriferita.



**Figura 16.3** Sintesi dei risultati dell'analisi delle serie temporali. Il disagio psichiatrico di Beth ha significativamente influenzato il suo distacco emotivo e cognitivo (Fattore 1) e stimolato il terapeuta a concentrarsi sulle emozioni della paziente (Fattore 2). Questo intervento tecnico (Fattore 2), così come l'aderenza al prototipo psicodinamico, hanno ridotto significativamente il disagio psichiatrico di Beth. La relazione tra l'aderenza ai prototipi sia cognitivo-comportamentale sia psicodinamico e il generale disagio psichiatrico di Beth non è significativa.

sui sentimenti di Beth (Fattore 2),  $Q(10) = 37.71$ ,  $p < .001$ , e l'attenzione del dottor A per i suoi sentimenti ha influenzato il miglioramento che Beth ha riscontrato nel proprio disagio psichico generale,  $Q(10) = 24.1$ ,  $p < .01$ .

#### L'ADESIONE AI PROTOTIPI È PREDITTIVA DEL PROGRESSO NELLA TERAPIA?

Analisi simili, che consideravano la relazione tra le fluttuazioni dell'adesione ai prototipi e i cambiamenti nelle valutazioni del disagio psichico, hanno rivelato che l'adesione al processo ideale di trattamento psicodinamico aveva influenzato in maniera significativa le riduzioni nella valutazione del disagio psichico di Beth,  $Q(5) = 12.1$ ,  $p = .03$ . Le variazioni dell'adesione al prototipo cognitivo-comportamentale,  $Q(5) = 9.04$ ,  $p = ns$ , e al prototipo di psicoterapia interpersonale,  $Q(0) = .0$ ,  $p = ns$ , non hanno influenzato in modo significativo il disagio psichico generale di Beth. Anche questi risultati sono rappresentati nella figura 16.3.

#### DISCUSSIONE

Beth era una giovane donna arrivata in terapia con una lieve depressione e un'ansia secondaria alla perdita sia della sua vita professionale sia della sua più importante relazione affettiva. Da questo studio abbiamo appreso che le sedute di terapia di Beth si sono prevalentemente focalizzate su temi interpersonali e sulle sue condizioni di vita attuali. Il dottor A era cordiale, empatico e coinvolto, ma anche partecipe nell'approccio con cui Beth sfidava le proprie difese e incrementava la propria consapevolezza riguardo alle ricorrenti modalità relazionali e al materiale inconscio rimosso. Da parte sua, Beth era attiva nel processo terapeutico e cooperativa con il suo terapeuta. In termini normativi, il nostro studio ha dimostrato che il trattamento di Beth fonde, in proporzioni quasi uguali, moderate caratteristiche di trattamenti psicodinamico e cognitivo-comportamentale "ideali". Nell'ambito del quadro complessivo del processo terapeutico, abbiamo rilevato modelli ricorrenti di interazione tra Beth e il suo terapeuta. C'era, cioè, per Beth la tendenza a ritirarsi dalla sua esperienza affettiva e per il dottor A quella a indirizzare l'attenzione di Beth verso i suoi sentimenti. Quando abbiamo esaminato i dati sul progresso e sull'outcome, abbiamo riscontrato che il miglioramento di Beth era stato irregolare, ma che alla fine aveva ottenuto un *good-outcome* (come evidenziato dai dati standardizzati e qualitativi). Infine, l'analisi delle serie temporali ha mostrato, tra l'altro, che i progressi di Beth nella terapia sono stati influenzati dalla maggiore adesione al processo psicodinamico "ideale" e dagli sforzi del dottor A nel portare Beth a

prendersi cura dei suoi sentimenti. Molti di questi risultati giustificano ulteriori considerazioni.

Coerentemente con la teoria della struttura d'interazione (Jones, 2000), il Fattore 1 (distacco affettivo e cognitivo della paziente) rappresenta il principale stile difensivo di Beth e viene ben evidenziato attraverso item PQS altamente significativi: "La paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccata dai propri sentimenti". Altri item significativi per questo fattore – come "La paziente è ansiosa o tesa", "La paziente non esamina pensieri, reazioni, e motivazioni" e "La paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti o non li elabora" – indicano che, quando era presente questo tipo di processo, la capacità che Beth aveva di impegnarsi liberamente nella terapia era ridotta. Vale la pena notare che sebbene questa struttura di interazione sia stata importante per il processo terapeutico, non era necessariamente quella principale. Per esempio, la tabella 16.2 mostra che Beth era raramente "passiva" durante il trattamento. Tuttavia, quando lo diventava, il suo terapeuta reagiva ogni volta con un caratteristico stile di interazione.

Il Fattore 2 riassume le tecniche che il dottor A ha usato per sbloccare le limitazioni e le difese emotive di Beth. Il suo approccio è ben rappresentato dall'item PQS maggiormente significativo riguardo questo fattore: "Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti della paziente per aiutarla a farne esperienza in modo più profondo". Il dottor A lo ha fatto in parte, richiamando l'attenzione di Beth sulla sua tendenza a descrivere le sue esperienze in modo astratto e marginale. Inoltre ha anche impiegato tecniche più sottili, rilevate dagli item PQS, quali "Il terapeuta ribadisce o riformula le comunicazioni della paziente", "Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso della paziente" e "Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione". In tutti questi modi, il dottor A è stato in grado di collocare l'esperienza emotiva di Beth al centro della loro attenzione reciproca.

Per quanto riguarda i risultati di adesione al prototipo, quelli degni di nota sono (a) questo trattamento apparentemente psicodinamico ha mostrato, in media, solo moderate correlazioni con il prototipo di PDT "ideale" definito dall'esperto e (b) si è riscontrato che il trattamento conteneva una quantità quasi uguale dei processi CBT e PDT "ideali". Questi risultati sono coerenti con altri studi del nostro gruppo (Ablon, Jones, 1999, 1998, 2002), indicando che i clinici che lavorano da tempo con i pazienti non si attengono esclusivamente ai modelli "puri" di terapia e hanno, invece, la tendenza a utilizzare una miscela eterogenea di modelli di trattamento (spesso in risposta a particolari esigenze riguardanti la personalità dei loro pazienti e ai problemi che presentano). Questi risultati confutano anche la logica di fondo di molte ricerche sulla psicoterapia e cioè che il "marchio di fabbrica" di una terapia (per esempio, la psicoterapia psicodinamica) ne caratterizza sufficientemente il contenuto (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006). Infine, notiamo che, anche se il "focus sulle relazioni interpersonali" è stato la prin-

cipale caratteristica del trattamento di Beth ed è l'elemento che contraddistingue maggiormente la psicoterapia interpersonale "ideale" (tabella 16.1), il trattamento di Beth non è risultato strettamente conforme al prototipo di psicoterapia interpersonale. Questa constatazione illustra la natura estremamente variegata dei prototipi. Bisogna considerare l'importanza relativa di tutti i cento item PQS per comprendere adeguatamente ogni prototipo e la sua probabile corrispondenza al processo terapeutico vero e proprio.

Degni di nota erano i punteggi di Beth rilevati prima della terapia dagli strumenti di misurazione standardizzati, dal momento che indicavano, per lo più, che la paziente non si trovava in uno stato di grave disagio psicologico. Anche se è possibile che i punteggi relativamente "normali" ottenuti su questi strumenti di misurazione self-report dipendessero dalla tendenza, da lei stessa ammessa, a sottostimare la propria sofferenza, è altrettanto probabile che questi punteggi riflettano la realtà clinica. Molti pazienti richiedono il trattamento per problemi "reali" che non raggiungono la soglia per gravi disturbi clinici. Non vi è sufficiente ricerca empirica per documentare i benefici della terapia per questo tipo di pazienti. Prove di questo tipo potrebbero essere utili per ottenere la copertura assicurativa per gli interventi di psicoterapia per le condizioni meno gravi. I punteggi di Beth sollevano altre interessanti possibilità riguardanti il suo caso. Per esempio, i punteggi ATQ si sono conservati intorno alla normalità durante tutto il trattamento. Dal momento che l'ATQ valuta specificamente i pensieri depressogeni, ci si potrebbe aspettare che questi punteggi fossero elevati come gli altri punteggi di Beth riguardanti la depressione. Tuttavia, è possibile che i punteggi ATQ "normali" di Beth dimostrino il beneficio della precedente terapia cognitivo-comportamentale. Questa può aver ridotto con successo tali aspetti senza affrontare i conflitti di tipo psicodinamico. Il che potrebbe spiegare perché il limitato protocollo cognitivo-comportamentale presente nel suo trattamento "psicodinamico" non è riuscito a contribuire all'ulteriore progresso della paziente.

Ci sono diverse considerazioni da fare riguardo alla modalità con cui è avvenuto il progresso che si riflette nei punteggi assegnati al disagio psichico di Beth. Innanzitutto, è sorprendente che Beth abbia mostrato un sostanziale miglioramento entro le prime sedici delle centoventisei sedute di terapia. Questa diminuzione è in linea con la maggior parte delle ricerche sulla psicoterapia che dimostrano come, tipicamente, i pazienti depressi riferiscono un immediato e significativo miglioramento sintomatico entro un periodo simile (Howard, Kopta, Krause et al., 1986), ma richiedono più tempo per apportare modifiche più profonde e più durature (Howard, Lueger, Maling et al., 1993). In secondo luogo, ci si potrebbe chiedere perché i sintomi di Beth siano drasticamente peggiorati nel periodo centrale della terapia. Il nostro attento esame delle trascrizioni che accompagnano queste sedute suggerisce due possibilità. Innanzitutto, durante questo perio-

do di peggioramento dei sintomi Beth, per la prima volta, ha cominciato a parlare a lungo e con emozione della morte della madre. È ovvio che Beth dovesse provare un maggiore disagio psicologico, dal momento che ha discusso l'argomento senza il suo caratteristico e difensivo distacco emotivo. Il secondo fattore che può aver contribuito ad aumentare i sintomi di Beth è una vacanza presa dal dottor A tra le sedute 45 e 48. Da un punto di vista psicodinamico, è possibile che Beth abbia inconsciamente vissuto la pausa del dottor A (nel suo momento di maggiore vulnerabilità emotiva) come una ripetizione della perdita della madre. Indipendentemente dalla vera spiegazione di questo aumento del disagio psicologico, è importante considerare che tali acute impennate sono state riportate anche in precedenti ricerche sulle terapie più lunghe (Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993) e possono effettivamente riflettere il processo di profondo cambiamento che è improbabile si verifichi nelle terapie brevi.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi delle serie temporali, abbiamo appreso che il distacco difensivo di Beth derivava, in parte, dal suo elevato disagio psichico. Sembra che il dottor A abbia risposto all'aumento delle difese e del disagio di Beth portando l'attenzione sui suoi sentimenti, cosa che, pare, abbia ridotto il disagio di Beth. È stato ampiamente documentato da parte della letteratura teorica ed empirica che suscitare e regolare delle emozioni durante la terapia risulta essere un attivo artefice di cambiamento (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda et al., 2004; Coombs, Coleman, Jones, 2002). Beth sembrava d'accordo. Quando le è stato chiesto quali fossero le componenti efficaci nel suo trattamento, ha risposto: "Il mio terapeuta mi ha fatto parlare in termini molto concreti e mi ha fatto entrare in contatto con molti dei miei sentimenti. Invece di parlare di cose che sono successe nella mia vita come se fossero eventi appartenenti ad altre persone, ero in grado di descrivere ciò che mi stava accadendo. Sono stata in grado di parlare di queste cose, invece di impiegare tutte le mie energie per starne lontano. Il dottor A mi ha reso consapevole del fatto che parlavo dei miei sentimenti in modo astratto e che se non ne avessi parlato più concretamente non sarei mai riuscita ad analizzarli e accettarli. Penso che questo sia ciò che mi è stato maggiormente utile nella nostra terapia e che sia quello che mi ha aiutata a stare meglio".

Le analisi delle serie temporali hanno anche rivelato altre componenti attive nel promuovere il cambiamento. Anche se i processi cognitivo-comportamentali e psicodinamici sono stati impiegati in misura quasi uguale nell'ambito di questa psicoterapia, sono stati i soli elementi psicodinamici nel processo di trattamento a influenzare il miglioramento sintomatico. Questa scoperta che l'adesione al processo psicodinamico è predittiva del miglioramento è importante per almeno tre ragioni. La prima è che offre un supporto empirico per il modello clinico del terapeuta. Ci si aspetterebbe quindi che il processo PDT mostrasse, in un trattamento prevalentemente

psicodinamico, una relazione sistematica con il progresso della terapia. In secondo luogo essa replica una scoperta avvenuta in uno dei nostri precedenti studi sul caso, nel quale l'adesione al modello del terapeuta aveva anche predetto il progresso in un trattamento a lungo termine (Pole, Ablon, O'Connor, 2008). In terzo luogo, fornisce un supporto empirico più ampio per i PDT a lungo termine. I trattamenti psicodinamici a lungo termine sono stati generalmente esclusi dalle liste di psicoterapie raccomandate. Ciò non avviene perché gli studi dimostrano che essi non funzionano, ma piuttosto perché generalmente non sono stati studiati tramite progetti randomizzati e controllati (Chambless, Ollendick, 2001; Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). Le linee guida più recenti per realizzare una pratica clinica evidence-based (APA, 2006) riconoscono che molti progetti di ricerca differenti (compresi sistematici studi sul caso) possono contribuire ad accumulare prove riguardanti terapie di scuole diverse. Pertanto, questo studio contribuisce a colmare un vuoto.

#### LIMITI E PUNTI DI FORZA

Prima di concludere, vogliamo evidenziare alcuni dei punti di forza e di debolezza che accompagnano questa ricerca. In primo luogo, il nostro approccio al caso singolo consente una maggiore cura per i dettagli e il contesto clinico di quanto sarebbe normalmente possibile in uno studio condotto su di un gruppo di pazienti. Tuttavia ciò ne rende dubbia la generalizzabilità. Non abbiamo, cioè, nessuna base reale per valutare quanto di questa ricerca verrà applicato (eventualmente) ad altri casi futuri. Anche se questo limite esiste per ogni ricerca, un disegno per gruppi fornisce almeno un test statistico che indica quanto è possibile estendere le relazioni osservate in quel determinato campione alla popolazione da cui esso è stato estratto. Nel nostro studio, siamo stati in grado di verificare statisticamente solo se era possibile estendere le relazioni osservate nel nostro campione di sedute a tutto il trattamento da cui le stesse erano state tratte. Per stabilire la generalizzabilità a un più ampio gruppo di trattamenti, la ricerca sul caso singolo deve contare su di una replicabilità maggiore rispetto alle ricerche sulla psicoterapia effettuate sui gruppi (Gottman, 1973). Quindi, un punto di forza del presente studio è che esso si fonda su di un crescente database di sistematici studi sul caso riguardanti le misurazioni PQS del processo psicoterapeutico effettuati con misurazioni standardizzate del progresso della psicoterapia che utilizzano l'analisi delle serie temporali (Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993; Pole, Jones, 1998; Pole, Ablon, O'Connor, 2008; Serralta, Pole, Nunes et al., 2010).

L'analisi delle serie temporali è un altro punto di forza di questo studio e di altri che lo hanno preceduto. Le analisi delle serie temporali basate sul caso singolo sono state recentemente identificate come un potente mezzo



per superare il divario tra scienza e pratica (Borckardt, Nash, Murphy et al., 2008). La procedura delle serie temporali bivariate di Gottman e Ringland consente di ottenere inferenze sulla causalità che non si possono trarre dalle statistiche correlazionali. Studi come il nostro, che si limitano a misurare il processo psicoterapeutico senza manipolarlo, in genere si basano su statistiche di correlazione per mostrare le relazioni che producono un risultato. Tuttavia, le statistiche correlazionali non possono determinare se “*x*” causa “*y*”, “*y*” causa “*x*”, o una terza variabile spiega la relazione tra “*x*” e “*y*”. La procedura dell’analisi bivariata delle serie temporali è in grado di determinare se l’outcome “*y*” è dipendente dal processo terapeutico “*x*”. Tuttavia, non riesce ancora a escludere il tipo di variabili esterne intervenienti che potrebbero essere controllate attraverso un’assegnazione casuale. Pertanto, le inferenze causali ottenute tramite l’analisi delle serie temporali non sono forti come quelle che si possono trarre dagli studi randomizzati. Tuttavia, è importante ricordare che anche gli studi randomizzati presentano dei problemi nel cogliere con precisione il processo psicoterapeutico così come avviene “nella realtà”. Le conclusioni che si possono trarre dalla nostra specifica applicazione della procedura di Gottman e Ringland sono ulteriormente limitate dal fatto che gran parte dei punteggi relativi al miglioramento sono stati stimati invece che osservati. I punteggi relativi al miglioramento sono stati valutati meno frequentemente rispetto ai punteggi del processo, senza tenere conto della stanchezza della paziente e delle sue esigenze potenziali. Non sappiamo se e quanto seriamente questi fattori hanno influenzato i nostri risultati. Si consiglia di tentare, nelle prossime ricerche, di ottenere valutazioni del miglioramento che coincidano con quelle di processo, a meno che l’evidenza empirica non suggerisca il contrario.

Forse, il maggior punto di forza di questo studio è il suo impegno nell’esaminare sia gli aspetti idiografici (strutture di interazione) sia quelli nomotetici (prototipi di psicoterapia) del processo di cambiamento psicoterapeutico. Questo impegno rappresenta un tentativo di colmare il divario che si è creato tra coloro che, nello studio della psicoterapia, danno la priorità alla generalizzazione e quelli che invece si basano su casi specifici (Luyten, Blatt, Corveleyn, 2006). Colmare il divario tra queste due prospettive è fondamentale. Se non riusciamo a farlo, si corre il “rischio di ritrovarsi con studi rigorosi su quesiti marginali (ma facilmente applicabili alla pratica clinica) o con ricerche non replicabili, estremamente specifiche e particolareggiate che nessuno, e tanto meno terapeuti e clinici, apprezzerà o accetterà” (Hauser, 2006). Entrambi gli scenari minacciano il successo finale della ricerca sulla psicoterapia. Nel primo caso, non riusciamo a raggiungere la significativa e ampia complessità che caratterizza i trattamenti psicoterapeutici. Nel secondo, si dimentica l’importanza di documentare l’efficacia di determinate terapie, ampiamente praticate ma raramente studiate (come la PDT a lungo termine). Una delle modalità più importanti per colmare questo

divario è riconoscere che gli approcci idiografici e nomotetici non si escludono a vicenda (Luyten, Blatt, Corveleyn, 2006). L'approccio sinergico di questo studio comporta un pluralismo metodologico il cui scopo è rimuovere le psicoterapie psicodinamiche a lungo termine dall'elenco delle "specie in pericolo" in modo che continuino a occupare il posto di rilievo che esse meritano tra le opzioni terapeutiche disponibili per i pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1998), "How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy". In *Psychotherapy Research*, 8, pp. 71-83.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the NIMH Collaborative Research Program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 64-75.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2002), "Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression Collaborative Research Program". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 775-783.
- ABLON, J.S., LEVY, R., KATZENSTEIN, T. (2006), "Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 43, pp. 216-231.
- ADDIS, M.E., KRASNOW, A.D. (2000), "A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 331-339.
- APA PRESIDENTIAL TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE (2006), *Evidence-Based Practice in Psychology*. In *American Psychologist*, Washington, DC, 61, pp. 271-285.
- BECK, A.T., STEER, R.A., BROWN, G.K. (1996), *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- BOHART, A.C. (2000), "Paradigm clash: Empirically supported treatments versus empirically supported psychotherapy practice". In *Psychotherapy Research*, 10, pp. 488-493.
- BOHART, A.C., O'HARA, M., LEITNER, L.M. (1998), "Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies". In *Psychotherapy Research*, 8, pp. 141-157.
- BORCKARDT, J.J., NASH, M.R., MURPHY, M.D., MOORE, M., SHAW, D., O'NEIL, P. (2008), "Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis". In *American Psychologist*, 63, pp. 77-95.
- CHAMBLESS, D.L., OLLENDICK, T.H. (2001), "Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence". In *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 411-416.
- CLOITRE, M., STOVALL-MCCLOUD, K.C., MIRANDA, R., CHEMTOB, C. (2004), "Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, pp. 411-416.
- COOMBS, M.M., COLEMAN, D., JONES, E.E. (2002), "Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 39, pp. 233-244.
- DEROGATIS, L.R., LIPMAN, R.S., RICKELS, K., UHLENHUTH, E.H., COVI, L. (1974), "The Hopkins Symptom Check-List (HSCL): A self-report symptom inventory". In *Behavioral Science*, 19, pp. 1-15.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B. (1997), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- FRETTER, P.B. (1995), "A control-mastery case formulation of a successful treatment for major depression". In *In Session: Psychologist Psychoanalyst*, 1, pp. 3-17.

- GERAERTS, E., RAYMAEKERS, L., MERCKELBACH, H. (2008), "Recovered memories of childhood sexual abuse: Current findings and their legal implications". In *Legal and Criminal Psychology*, 13, pp. 165-176.
- GOLDFRIED, M.R., WOLFE, B.E. (1996), "Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance". In *American Psychologist*, 51, pp. 1007-1016.
- GOTTMAN, J.M. (1973), "N-of-one and N-of-two research in psychotherapy". In *Psychological Bulletin*, 80, pp. 93- 105.
- GOTTMAN, J.M., RINGLAND, J. (1981), "The analysis of dominance and bidirectionality in social development". In *Child Development*, 52, pp. 393-412.
- HAUSER, S. (2006), "Studying psychoanalysis: Asking and answering the hard questions". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, pp. 561-569.
- HOLLON, S.D., KENDALL, P.C. (1980), "Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire". In *Cognitive Therapy and Research*, 4, pp. 383-395.
- HOWARD, K.I., KOPTA, S.M., KRAUSE, M.S., ORLINSKY, D.E. (1986), "The dose-effect relationship in psychotherapy". In *American Psychologist*, 41, pp. 159-164.
- HOWARD, K.I., LUEGER, R.J., MALING, M.S., MARTINOVICH, Z. (1993), "A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 678-685.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- JONES, E.E., CUMMING, J.D., HOROWITZ, M.J. (1988), "Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 48-55.
- JONES, E.E., GHANNAM, J., NIGG, J.T., DYER, J.A. (1993), "Paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 381-394.
- JONES, E.E., HALL, S., PARKE, L.A. (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*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 98-106.
- JONES, E.E., PRICE, P.B. (1998), "Interaction structure and change in psychoanalytic psychotherapy". In BORNSTEIN, R., MASLING, J. (a cura di), *Empirical Studies of the Therapeutic Hour*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 27-62.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993), "Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 306-316.
- LAMBERT, M.J. (1989), "The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome". In *Clinical Psychology Review*, 9, pp. 469-485.
- LUYTEN, P., BLATT, S.J., CORVELEYN, J. (2006), "Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, pp. 572-610.
- ORLINSKY, D.E., HOWARD, K.I. (1986), "Process and outcome in psychotherapy". In GARFIELD, S., BERGIN, A.E. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp. 311-381.
- PERSONS, J.B. (1991), "Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy". In *American Psychologist*, 46, pp. 99-106.
- PERSONS, J.B., SILBERSCHATZ, G. (1998), "Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists?". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 126-135.
- POLE, N. (2001), "Making the case for single case research". In *Psychotherapy in Practice*, 10, pp. 19-21.
- POLE, N., ABLON, J.S., O'CONNOR, L.E. (2008), "Using psychodynamic, cognitive-behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single case research". In *Journal of Counseling Psychology*, 55, pp. 221-232.
- POLE, N., ABLON, J.S., O'CONNOR, L.E., WEISS, J. (2002), "Ideal control mastery technique correlates with change in a single case". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 39, pp. 88-96.

- POLE, N., JONES, E.E. (1998), "The talking cure revisited: Content analysis of a two-year psychodynamic psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 8, pp. 171-189.
- PULOS, S.M., JONES, E.E. (1987), "A study of differential validity of the Psychotherapy Process Q-Sort". Paper presentato all'Annual meeting of the Western Psychological Association, San Diego.
- SERRALTA, F.B., POLE, N., NUNES, M.L.T., EIZIRIK, C.L., OLSEN, C. (2010), "The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive behavioral prototypes". In *Psychotherapy Research*, 20, pp. 564-575.
- SOO-HOO, T., JONES, E.E., PULOS, S.M. (1988), "An empirical investigation of the therapeutic alliance construct". Paper presentato alla Society for Psychotherapy Research Conference, Berkeley, CA.
- STEERING COMMITTEE (2001), "Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 task force". In *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 38, pp. 495-497.
- WEISSMAN, M., PRUSOFF, B., THOMPSON, W., HARDING, P., MEYERS, J. (1978), "Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients". In *Journal of Nervous Mental Disease*, 166, pp. 317-326.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche". Tr. it. in PDM TASK FORCE (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 565-658.
- WILLIAMS, E.A., GOTTMAN, J.M. (1982), "A user's guide to the Gottman-Williams time-series analysis computer programs for social scientists". Cambridge University Press, New York.

## Una seduta di psicoanalisi analizzata con lo Psychotherapy Process Q-set

Amalia X, Seduta 152

*Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Helmut Thomä, Horst Kächele,  
Julie Ackerman, Ingrid Erhardt, Carolina Seybert*

Freud intraprese lo studio di resoconti esemplificativi del lavoro psicoanalitico con il cosiddetto *sogno di Irma* (1900). Questo materiale è stato ri-analizzato molte volte (per esempio, Erikson, 1954). Allo stesso modo, il *caso di Dora* (Freud, 1905) è stato al centro di continue rielaborazioni e nuove interpretazioni (Sachs, 2005). Tuttavia, poche esemplificazioni dettagliate sono disponibili per ampi studi, in cui “i dati primari” (Luborsky, Spence, 1971) siano a portata di mano. Noi metteremo a disposizione i materiali primari *verbatim* impiegati in un nostro studio sul processo di una seduta di psicoanalisi nel suo divenire.

Una difficoltà fondamentale della ricerca in psicoanalisi risiede nell’elaborare metodi di analisi quantitativa che preservino la profondità e la complessità del materiale clinico e si adattino, al tempo stesso, ai requisiti della scienza empirica. Per poter utilizzare dati empirici atti a testare costrutti psicoanalitici, i fenomeni clinici devono essere osservabili intersoggettivamente: ciò significa che giudici diversi, in modo indipendente, devono concordare sulla loro presenza/assenza e sulle loro caratteristiche. Divergenze sull’interpretazione o sul significato dello stesso materiale sono comuni nel lavoro clinico e rappresentano un’importante fonte di critiche rispetto allo statuto scientifico dei metodi psicoanalitici utilizzati per acquisire conoscenza. Un problema particolare è rappresentato dal fatto che gli osservatori clinici possono differenziarsi notevolmente rispetto ai concetti che utilizzano e al linguaggio che impiegano per descriverli. Osservatori dello stesso materiale possono non giungere alle stesse conclusioni; anzi, non sempre possono tener conto delle stesse dimensioni del processo psicoterapeutico. La questione della gestione delle differenze nelle inferenze o nel giudizio di clinici esperti è particolarmente importante dal momento che ci sono modelli teorici differenti all’interno della psicoanalisi stessa.

Un gruppo di studio dell’Università di Ulm, impegnato nella ricerca sul processo in psicoanalisi, ha analizzato molto dettagliatamente un trattamento psicoanalitico audioregistrato, il caso di Amalia X (Kächele, Albani, Buchheim et al., 2006). Il terapeuta che ha condotto il trattamento ha definito la Seduta 152 un modello esemplificativo della tecnica psicoanalitica moderna in occasione della sua presentazione ai partecipanti del Congresso Psicoa-

nalitico Internazionale del 2004 (Thomä, Kächele, 2007). Questa seduta è stata oggetto di discussione da parte di alcuni esperti psicoanalisti (Wilson, Wallerstein, 2004). Tra i diversi interventi, la valutazione clinica di Akhtar (2007, p. 691) è stata particolarmente acuta nel puntualizzare le caratteristiche chiave della tecnica analitica in questa seduta: “La tecnica del dottor Thomä mostra flessibilità, resilienza e un grande intuito psicologico. Essa si focalizza sull’obiettivo di aiutare la paziente a ‘liberare’ il suo Io attraverso l’interpretazione e la risoluzione del transfert. Purtroppo, integra una molteplicità di livelli di ascolto e un’ampia gamma di interventi che possono essere concepiti come preparatori, oltre che alternativi, all’attività interpretativa”.

Questa seduta – disponibile a tutti i ricercatori in questo campo per ulteriori studi<sup>1</sup> – fornisce una buona opportunità per verificare l’accuratezza dello Psychotherapy Process Q-set di Jones (2000).

La valutazione di una seduta di psicoterapia con lo Psychotherapy Process Q-set (PQS) permette di ottenere una descrizione empirica del processo di quella seduta, adatta a un’analisi quantitativa, e fornisce valutazioni sul processo in base alla definizione che di esso fornisce questo strumento. In questo capitolo, presenteremo dapprima un’introduzione sul PQS e illustriamo brevemente l’approccio da seguire per la valutazione di una seduta. Poi, esamineremo la nostra valutazione della Seduta 152 relativa al caso sopramenzionato, e forniremo un resoconto narrativo più dettagliato dell’impressione della seduta nel contesto della nostra valutazione con il PQS.

## LO PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET

Una delle possibili soluzioni al problema dell’accordo tra valutatori (*consensus*) risiede nel tentativo di disciplinare il giudizio clinico comune. Un approccio che consente di ottenere questo obiettivo in modo particolarmente accurato è la metodologia Q-sort (Stephenson, 1953; Block, 1978). La tecnica del Q-sort è una procedura di valutazione che prevede un’ampia gamma di potenziali applicazioni, ma è anche particolarmente adatta per una descrizione qualitativa dei dati. Un Q-sort è costituito da un gruppo di item, ognuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione. Il contenuto specifico degli item dipende dagli specifici obiettivi della ricerca e dalla natura degli individui o delle situazioni oggetto di studio. Non vi sono Q-sort standard; piuttosto, l’obiettivo è fornire un insieme di item che sia in grado di catturare, in modo quanto più possibile comprensivo, le dimensioni principali che determinano la variabilità dei casi presi in esame.

Il PQS (Jones, 2000) è uno strumento di valutazione composto da 100

1. [www.horstkaechele.de](http://www.horstkaechele.de), sezione inglese: tutto su Amalia X



item, che si propone di fornire un linguaggio di base per la descrizione e la classificazione dei processi di un trattamento in una forma adatta all'analisi quantitativa. Esso permette ai clinici che effettuano la valutazione di sistematizzare e rendere esplicito ciò che comunemente rimane sottinteso, implicito e intuitivo, e li aiuta a ottenere descrizioni attendibili dei complessi processi del trattamento. Fornisce inoltre un modello standard che tutti i clinici possono utilizzare per descrivere il materiale sottoposto ad analisi. Lo strumento è progettato per essere applicato alle registrazioni di ogni singola seduta di terapia, che costituisce l'unità di osservazione. L'applicazione della tecnica del Q-sort a una seduta di trattamento nella sua interezza ha il vantaggio di consentire ai giudici di studiare attentamente il materiale, per avere prove che corroborino concettualizzazioni differenti, e valutare il graduale dispiegarsi degli eventi nel loro significato intrinseco alla seduta di terapia.

I 100 item che compongono il PQS rappresentano il risultato di una selezione condotta empiricamente su un pool di alcune centinaia di affermazioni derivate da misure sul processo precedentemente esistenti, oltre a nuovi item costruiti da un gruppo di esperti. Alcune versioni del Q-set sono state testate in una serie di studi pilota, condotti sulle valutazioni di trascritti, video- e audioregistrazioni di sedute di trattamenti psicoterapeutici e psicoanalitici. Ogni item è stato valutato singolarmente rispetto alla sua chiarezza, alla sua rilevanza in psicoterapia e in psicoanalisi, e alle sue implicazioni per l'adeguatezza globale del Q-set. Gli item sono stati ampliati o riscritti in modo sintetico e non gergale, e le espressioni linguistiche ambigue sono state eliminate. Alcuni item sono stati rimossi se mostravano bassa variabilità su un ampio range di soggetti e di sedute di terapia, erano ridondanti, o presentavano bassi livelli di *interrater reliability*. Ogni volta che si rilevava che qualche aspetto del processo terapeutico ritenuto importante non era stato colto o esplicitato dagli item esistenti, venivano eseguite nuove revisioni degli item incompleti, o erano aggiunti item appropriati. Il Q-set è in grado di rilevare un'ampia gamma di fenomeni nell'ambito del processo analitico e terapeutico, tra cui manifestazioni di transfert, resistenze, ricostruzioni, interventi del terapeuta (per esempio, chiarificazioni, interpretazioni), nonché stati affettivi del paziente, come ansia, depressione o altri comportamenti sintomatici. Il linguaggio di base fornito dal Q-set, la scrupolosa definizione degli item, e il suo format strutturato sono tutti elementi utili a guidare i giudizi dei clinici nella direzione di affermazioni misurabili, affidabili.

L'applicazione della metodologia del Q-sort include molte delle operazioni mentali che il clinico compie nel tentativo di analizzare i significati verbali delle comunicazioni tra analista e paziente. Holt (1978) distingue molti tipi di "analisi interne" dei testi verbali che possono essere effettuate durante il ragionamento clinico. Queste analisi implicano: integrare i significati di un contenuto attraverso modalità di selezione e astrazione; raccogliere e riordinare i messaggi verbali esaminando la loro coerenza o



la loro incoerenza interne; interpretare e tradurre il contenuto dei messaggi verbali; osservare le proprie reazioni emotive al messaggio verbale, e differenziare le relazioni causali. La maggior parte di queste operazioni sono implementate nella metodologia-Q. Il clinico, per esempio, tenta di tipizzare e categorizzare il comportamento del paziente; allo stesso modo il Q-sort chiede ai giudici di individuare la forma o il contenuto di una comunicazione e identificarla attraverso un sistema concettuale o una codifica (il Q-sort). Il clinico valuta la frequenza con cui un tipo di evento o un comportamento sono presenti, o la loro intensità; allo stesso modo, il Q-sort richiede ai giudici di sistematizzare in base a un ordine o a una scala la salienza di un particolare aspetto del processo terapeutico. In altri termini, vi è una linea diretta di continuità logica tra le classificazioni qualitative del ragionamento clinico e le valutazioni Q-sort. Il Q-sort, semplicemente, tenta di codificare e sistematizzare i processi inferenziali e i giudizi del clinico. Peraltro, l'analisi causale – la più difficile e controversa da verificare nello studio dei significati verbali – non è un aspetto importante della metodologia del Q-sort, dal momento che non è essenziale nella descrizione e nella costruzione del significato di una data seduta. Quando si fa ricorso a un'affermazione causale, essa è comunemente di tipo interpersonale, piuttosto che costituire il tentativo di spiegare un comportamento del paziente in termini di strutture dinamiche sottostanti o motivazioni inferite. In questo caso, essa è prontamente dedotta dal comportamento diretto, come nell'item: "Nei momenti in cui l'interazione con il paziente è difficile, il terapeuta si impegna nel tentativo di migliorare la relazione". Il PQS è in grado di catturare la peculiarità di ogni seduta di trattamento, permettendo al tempo stesso la valutazione delle somiglianze o delle differenze tra sedute e pazienti. È stato usato in disegni di ricerca che prevedevano il confronto tra gruppi, in cui sono state comparate le valutazioni del Q-sort di gruppi di casi (o sedute) selezionati in base ad alcune specifiche dimensioni di interesse (Jones, Pulos, 1993; Ablon, Jones, 1999, 2002; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006), così come in disegni *single-case* (Jones, Windholz, 1990; Ablon, Jones, 2005). Lo strumento ha mostrato alti livelli di *interrater reliability*, attendibilità degli item e validità concorrente e predittiva in un ampio numero di studi e di campioni di trattamento. L'*interrater reliability*, calcolata correlando i Q-sort di numerosi valutatori su tutti i 100 item dello strumento, varia da 0.83 a 0.89.

#### VALUTARE LE SEDUTE DI UN TRATTAMENTO CON IL PQS

In questo paragrafo daremo un'idea delle indicazioni pratiche di base per effettuare una valutazione con il PQS. Non crediamo che una semplice lettura di questo paragrafo sia sufficiente per la formazione indispensabile all'uso dello strumento; queste nostre considerazioni sono volte semplicemente a

**Tabella 17.1** Distribuzione degli item dello Psychotherapy Process Q-Set.

Classificazione	Numero di item	Categoria
9	5	Estremamente caratteristico
8	8	Decisamente caratteristico
7	12	Abbastanza caratteristico
6	16	Piuttosto caratteristico
5	18	Relativamente neutro
4	16	Piuttosto non caratteristico
3	12	Abbastanza non caratteristico
2	8	Decisamente non caratteristico
1	5	Estremamente non caratteristico

informare il lettore sul modo in cui abbiamo proceduto nel nostro approccio alla valutazione della Seduta 152 del trattamento di Amalia X.<sup>2</sup> Ci muoveremo dunque dall'illustrazione generale del modo in cui si ragiona quando si valuta con il PQS, alla descrizione delle specificità del nostro approccio, e concluderemo fornendo la nostra impressione di questa particolare seduta.

Dopo aver studiato il trascritto di una seduta di trattamento (oppure la video- o audioregistrazione), un osservatore clinico deve ordinare i 100 item del PQS, ognuno stampato separatamente su singole carte in modo da agevolare una prima distribuzione e la successiva ri-distribuzione. Gli item devono essere collocati in nove pile lungo un continuum che va dal meno caratteristico o negativamente saliente (categoria 1) al più caratteristico o saliente (categoria 9). La pila di mezzo (categoria 5) è usata per gli item giudicati neutri o irrilevanti per la specifica seduta da valutare. Questa distribuzione degli item si approssima a una curva normale (vedi tabella 17.1).

Le ragioni che motivano l'utilizzo di una distribuzione fissa, che assomiglia a una curva normale, sono fornite nel dettaglio da Block (1978), ma possono essere sintetizzate brevemente. Primo, la distribuzione fissa elimina taluni bias nella procedura di valutazione; alcuni giudici, per esempio, evitano sistematicamente di dare giudizi estremi, mentre altri li dicotomizzano passando da un estremo all'altro. Secondo, la distribuzione fissa garantisce che i giudici differenzino ripetutamente gli item fra loro. In questo modo, il cosiddetto effetto "alone" – un altro bias comune di risposta – risulta ridotto; vale a dire, i giudici non possono semplicemente mettere insieme tutti gli item positivi o negativi senza fare alcuna distinzione tra loro. Terzo, una distribuzione con item relativamente meno numerosi nelle categorie estreme conferisce maggiore rilievo alle caratteristiche più importanti della descrizione della seduta; gli item posti alle estremità infatti riceveranno il

2. In questo capitolo viene descritta e utilizzata la versione del PQS pubblicata in Jones (2000). Nel 2009, nell'ambito del Massachusetts General Hospital Psychotherapy Research Program, è stata promossa una revisione del PQS, riportata in Appendice a questo volume. [NdC]

maggiore risalto. Infine, se tutti i Q-sort presentano la stessa distribuzione, le analisi statistiche dei dati saranno maggiormente facilitate.

Quando si considera il proprio approccio nella valutazione, è essenziale anche tener conto del fatto che il Q-sort è un metodo ipsativo. I suoi item vengono ordinati all'interno del medesimo caso, da quelli più caratteristici a quelli meno caratteristici della specifica seduta terapeutica presa in esame. La peculiarità di questa procedura è forse meglio compresa se messa a confronto con i metodi di misura normativi più convenzionali, tipici della maggior parte dei test psicologici. Nei metodi di misura normativi, i confronti sono fatti tra gli individui su alcune dimensioni soggette a variabilità. Se, per esempio, abbiamo una scala che misura qualche caratteristica psicologica, come il livello di ansia, gli individui vengono ordinati l'uno rispetto all'altro, oppure rispetto a una variabile criterio. Quindi si potrebbe dire che il paziente A è più ansioso del paziente B, o che il paziente A è tra i più ansiosi che un determinato terapeuta ha trattato. Il metodo ipsativo, invece, non dà indicazioni della misura in cui un individuo si rapporta agli altri o a un criterio (comunque derivato); ciò di cui si tiene conto è il modo in cui le varie dimensioni che devono essere descritte si associano le une alle altre all'interno del caso sottoposto all'indagine. Per esempio, il paziente A ha maggiori capacità di insight piuttosto che essere ansioso? Oppure, ha maggiori capacità di insight piuttosto che di espressione emotiva? È possibile giudicare se, per esempio, all'interno di una specifica seduta, il terapeuta è ricorso maggiormente a interpretazioni delle strategie difensive piuttosto che a interventi di chiarificazione, o ha fatto interpretazioni di transfert più frequenti (o significative) piuttosto che interpretazioni delle difese. Di conseguenza, ogni seduta è descritta da un particolare pattern di dimensioni come, per esempio, gli item del Q-sort.

Ogni item del PQS contiene una descrizione di due termini opposti di un continuum lungo il quale gli item devono essere valutati. È importante osservare che la collocazione nella direzione non caratteristica non è indicativa del fatto che un particolare comportamento o un'esperienza siano irrilevanti. Al contrario, dare una collocazione in senso non caratteristico indica che l'assenza di un item è significativa e importante da cogliere nella descrizione Q-sort della seduta. Molti item hanno specifiche istruzioni che forniscono esemplificazioni utili nella distinzione tra punteggi non caratteristici e neutrali. Per esempio, il Q-item numero 17 descrive un terapeuta che "esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti)", se valutato nel range caratteristico. Tuttavia, quando è valutato nel range non caratteristico, l'item indica che il terapeuta "tende a seguire il discorso del paziente, lo aiuta a seguire il corso dei suoi pensieri". Solo se l'item fosse irrilevante per la descrizione della seduta dovrebbe essere collocato nel range neutrale.

I giudici valutano la frequenza, l'intensità e l'importanza stimata – o salienza – di ciascuna delle 100 affermazioni. Un manuale di codifica (Jones, 2000)

illustra le istruzioni dettagliate per la valutazione-Q e fornisce gli item e le loro definizioni, corredate da esemplificazioni cliniche, al fine di minimizzare la potenziale variabilità delle loro interpretazioni. I Q-item stessi sono ancorati, per quanto possibile, a elementi comportamentali o linguistici che possono essere identificati nelle registrazioni/trascrizioni delle sedute, e i termini più astratti sono stati accuratamente evitati. Per esempio, ai giudici non viene chiesto di identificare la presenza o l'assenza di un meccanismo di difesa nel paziente. Il termine "meccanismo di difesa" connota un tipo di funzionamento mentale; esso è un concetto relativamente astratto ed è spesso difficile per i clinici essere d'accordo sulla presenza o l'assenza di un particolare "meccanismo". Ai giudici, invece, viene chiesto di rilevare se il terapeuta *fa* oppure no un'interpretazione delle difese. Gli item sono connessi al comportamento effettivo di paziente e terapeuta, che può essere identificato in un trascritto o nella registrazione di una seduta. I giudici sono formati per rintracciare queste evidenze specifiche.

Nella valutazione, ai giudici viene chiesto di assumere la posizione di un "altro generalizzato", per esempio un osservatore posto a distanza intermedia tra paziente e terapeuta e che guarda la loro interazione dall'esterno. Nel collocare ogni item, il giudice è istruito a chiedersi: questo atteggiamento, comportamento o esperienza sono chiaramente presenti (o assenti)? Se l'evidenza non è certa, al giudice viene chiesto di cercare una prova specifica della misura in cui una tale caratteristica è presente o assente. Dato che gli item non sono strettamente connessi a particolari costrutti teorici, bensì a concettualizzazioni del *processo* psicoanalitico o terapeutico, l'influenza della teoria di riferimento degli osservatori sulle loro descrizioni del processo è sottoposta a controllo all'interno della cornice fornita dal Q-set. Malgrado le inferenze siano qualche volta necessarie per alcuni item, esse derivano dal comportamento osservabile, piuttosto che dalla prospettiva teorica degli osservatori. Pertanto, il vantaggio del PQS è che esso descrive ciò che realmente accade o non accade in una seduta di trattamento, e non ciò che si allinea più coerentemente a una serie di approcci teorici o tecniche di intervento. Dalle valutazioni apprendiamo ciò che accade realmente nelle sedute di un trattamento, piuttosto che ciò che un terapeuta o un analista credono che dovrebbe accadere, tenendo conto dell'aderenza alla loro teoria di preferenza. Non importa quale sia l'orientamento teorico, se psicoanalitico, cognitivo-comportamentale o interpersonale; quando si valuta, è importante tenere sotto controllo le preferenze teoriche personali. I valutatori possono "imbattersi" in sedute di psicoterapia di tutti gli orientamenti, pertanto chiediamo loro di prendere in considerazione solo gli elementi comportamentali o verbali/linguistici di una seduta come materiale di analisi; ciò nell'interesse di valutazioni imparziali ed empiricamente fondate.

Durante o dopo avere letto, ascoltato o visionato una seduta, ne rileviamo il contenuto principale ma sottolineiamo in massima parte il processo della seduta, ricordando che il PQS è stato creato per aiutare i clinici e i ricercatori

a descrivere le variabili fondamentali del processo. Mentre leggiamo, ascoltiamo o vediamo le sedute, è utile prendere qualche appunto che faciliti la successiva valutazione. Riteniamo che questo metodo sia utile per riassumere la seduta dopo averla letta (o ascoltata o vista). Ancora una volta, mettiamo in evidenza le variabili di processo oltre a rilevare i contenuti della seduta, in modo tale da ricostruirla attraverso la rappresentazione/descrizione di essa. Per esempio, sottolineiamo gli aspetti riconducibili ai contributi del paziente (P) e del terapeuta (A), così come all'interazione (P-A) che abbiamo osservato. Tra i diversi elementi che il PQS valuta, osserviamo chi inizia o esercita un controllo nel corso della seduta; qual è l'affetto prevalente del paziente e se il terapeuta fa dei commenti su questi aspetti nella seduta; quali interventi specifici del terapeuta sono presenti o assenti; se percepiamo che il terapeuta comprende in modo profondo il processo terapeutico; se il dialogo tra paziente e analista ha un focus specifico; se il paziente oppone resistenza alle sollecitazioni del terapeuta di lavorare nella seduta; in quale modo il paziente e il terapeuta reagiscono o interagiscono reciprocamente. Consideriamo anche altri aspetti quali: dopo un'interpretazione, P risponde approfondendo il materiale emerso, resta in silenzio, o manifesta, come conseguenza dell'intervento di A, un aumento delle strategie di autodifesa o di ritiro? In che modo procede A di fronte al fatto che P appare sempre più riluttante a elaborare taluni contenuti o appare confuso? A modifica il suo stile per adattarsi a P, oppure continua a formulare interventi nella sua modalità preferenziale? La seduta sembra diventare più profonda, o evolversi in maniera produttiva? Ciò si verifica per una particolare connessione di P con A, oppure perché P manifesta qualche risorsa, o è un momento in cui sembra indipendente dal legame con A nella seduta? Vi sono elementi che suggeriscono che P si sia sentito aiutato da A in questa particolare seduta?

Tenendo conto di questi aspetti associati agli item del PQS, ci focalizzeremo solo sulla seduta presa in considerazione. Se, in qualità di valutatori, abbiamo familiarità con altre sedute dello stesso trattamento, cerchiamo di mettere da parte queste conoscenze e i dati a disposizione dai criteri della nostra valutazione immediata. Naturalmente, come valutatori, siamo all'oscuro dell'ordine temporale delle sedute o della loro collocazione nel corso di un trattamento esteso. Cerchiamo di essere consapevoli delle nostre risposte soggettive ad A e a P e, mentre valutiamo, di separare queste reazioni dalle considerazioni che facciamo dei dati oggettivi. Abbiamo riscontrato, infatti, che le reazioni affettive dei valutatori verso gli analisti devono essere attentamente automonitorate, poiché esse hanno l'effetto potenziale di distorcere le valutazioni.

Quando si applica la procedura di valutazione del PQS, il rater può scegliere tra la versione cartacea o quella elettronica dello strumento, che sono state tradotte in tedesco, giapponese (Ablon, Goodrich, Forword et al., 2004), norvegese, italiano, portoghese e spagnolo, dalla forma originaria inglese. La versione elettronica è generalmente considerata la più agevole e vantag-

giosa (e riduce anche il lavoro di inserimento dei dati nel database, così come eventuali errori), ma alcuni valutatori preferiscono vedere e “sentire” gli item scritti sulle carte, che vengono progressivamente distribuiti nelle pile che vanno da 1 a 9. Per coloro che procedono con il cartaceo, la distribuzione iniziale degli item, che segue la lettura della seduta presa in considerazione, consiste nel collocare gli item in una delle tre pile – estremamente caratteristico e saliente, neutro, estremamente non caratteristico e non saliente. Dopo questa distribuzione iniziale, gli item vengono successivamente collocati nelle pile specifiche, che vanno da 1 a 9, sulla base all’idea che il rater si è fatto di quanto ciascun item sia caratteristico e saliente nella seduta. Se viene utilizzata la versione elettronica, il valutatore può procedere in un modo simile, collocando in uno dei tre gruppi gli item che successivamente vengono ridistribuiti nelle nove categorie. Una volta che i valutatori sono diventati più esperti nell’uso dello strumento, alcuni preferiscono collocare gli item direttamente nelle pile esatte e poi, in un secondo tempo, fare gli spostamenti necessari secondo le regole della distribuzione fissa del Q-sort. Il numero di item contenuto in ogni pila è visibile nel foglio elettronico Excel. Quando un rater ha rivisto e completato la sua valutazione, fa una stima delle proprie valutazioni prendendo in considerazione gli item delle pile più estreme (1, 9), rinarrando la storia della seduta con i dieci item selezionati e decidendo se la “storia” della seduta, così come è raccontata da questi item, è aderente all’impressione definitiva della seduta che il rater si è fatto.

Tutte le nostre sedute sono valutate da due rater indipendenti, formati dal primo degli autori di questo capitolo. La *reliability* delle valutazioni è calcolata successivamente, e queste valutazioni possono essere accettate a scopo di ricerca solo se correlano a un livello superiore a 0.5. Generalmente, consideriamo e preferiamo un’attendibilità ben superiore a 0.5, eccetto per sedute molto difficili. Quando l’attendibilità tra due rater su una determinata seduta non è raggiunta, viene “ingaggiato” un terzo rater esperto perché invii la sua valutazione, in modo tale da ottenere l’attendibilità con uno dei rater che hanno valutato inizialmente la seduta. Poi, viene calcolata la media per item delle due valutazioni affidabili, al fine di creare un’unica valutazione da utilizzare nella ricerca. È questo gruppo di punteggi medi per ciascun item che viene usato in tutte le analisi dei dati successive.

## LA SEDUTA 152 DEL TRATTAMENTO DI AMALIA X

### IMPRESSIONE TEMATICA DI UNA SEDUTA

La nostra prima impressione della Seduta 152 del trattamento analitico di Amalia X è che il dialogo è complesso, le associazioni molto personali, e molto intimo lo scambio tra paziente e analista, che hanno sviluppato un’ec-



cellente alleanza terapeutica. In effetti, questa è una seduta che richiede più di una lettura per avere una maggiore sicurezza della propria valutazione. Ci è sembrato, in questa esperienza di valutazione, di “entrare” in un mondo privato di significati diadici condivisi, il che richiede una particolare attenzione al processo. Vi sono, per esempio, momenti in cui la paziente oppone inizialmente resistenza a un’interpretazione, seguita semplicemente da uno spostamento di attenzione da parte di A, o da P che approfondisce il dialogo. Abbiamo dovuto essere sicuri di seguire attentamente il processo di questa particolare seduta a causa di veloci recuperi e approfondimenti del lavoro analitico, che la rendono particolarmente intensa e positiva; in altre parole, la seduta raggiunge il suo obiettivo di esplorare profondamente i sentimenti inconsci di P su A.

Le valutazioni (vedi le tabelle 17.2 e 17.3) riflettono le nostre impressioni, ottenute in modo indipendente, per cui sia P sia A sono entrambi collaborativi nella seduta e portano entrambi contributi significativi al processo. Rileviamo che la psresentazione di un sogno di P (Q90) stimoli il processo della seduta. Vi è una maggiore enfasi da parte di A nel condurre P a esplorare il proprio inconscio (Q67, Q89) e, soprattutto, non ci sono tentativi di differenziare realtà e fantasie insieme a P (Q68). Sebbene P mostri alcune resistenze in taluni momenti, appare coinvolta nell’attività complementare del lavoro analitico, volto ad accedere alle sue associazioni inconscie (Q97) nel contesto della relazione terapeutica (Q98), nel transfert. P è abbastanza attiva e dà inizio alla seduta (Q15), e gli interventi di A sono tentativi di facilitare il discorso di P (Q3) con un senso di accettazione non giudicante (Q18).

Rileviamo che il processo della seduta procede bene poiché l’empatia di A (Q6) rispecchia una comprensione di P a un livello più profondo, inconscio, che le permette di essere perfettamente in contatto per la maggior parte del tempo con i suoi sentimenti minacciosi e inaccettabili (Q50). Poiché P si sente compresa da A (Q14), questo item (P non si sente compreso da A) è valutato come estremamente non caratteristico. Per l’empatia di A e la sua abilità di comprendere P, P affronta di sua iniziativa gli argomenti della seduta (Q15), per cui anche questo item si colloca tra quelli estremamente non caratteristici. Un’altra variabile di processo fondamentale ed estremamente caratteristica è che A percepisce in modo accurato il processo terapeutico (Q28). Egli lascia a P un po’ di spazio per opporre resistenza, ma al contempo le chiede di esplorare il suo inconscio. Questa flessibilità porta a un approfondimento delle associazioni e a un’esplorazione sempre più intima del transfert. I sentimenti o le percezioni di P sono associati anche a esperienze della sua infanzia (Q92), il che aiuta P ad andare avanti nello scandagliare il suo inconscio. A nostro giudizio, P è capace di procedere in questo modo per la capacità di A di comprendere il significato delle sue associazioni, cosa che lei sperimenta come una disposizione empatica di A.



**Tabella 17.2** Item del PQS più caratteristici della Seduta 152 di Amalia X.

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta
Item 90: I sogni o le fantasie del paziente sono argomento della seduta	9	<p>P: Um-hmm. (pausa di 2 minuti) (sospirando) la notte scorsa ho fatto un sogno, verso mattina, mentre la sveglia suonava venivo uccisa con un pugnale</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Ma è stato una specie di, come nei film – dovevo restare sdraiata con la faccia rivolta verso il basso per molto tempo, e avevo il pugnale conficcato nella schiena e, poi accorrevano così tante persone, – e, non sono più esattamente sicura, ma dovevo mantenere le mani perfettamente ferme, in qualche modo//</p> <p>A: Um-hum</p>
Item 3: Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente	9	<p>P: Era molto imbarazzante per me che la gonna si fosse sollevata così tanto dietro</p> <p>A: Um-hum</p> <p>P: E a quel punto è arrivato un mio collega, che potevo facilmente vedere che proveniva da *5,382, che era la mia prima posizione, e lui ha estratto il pugnale dalla mia schiena. e ricordo (p. 1) che era come un souvenir. e poi si è avvicinata una giovane coppia, – ricordo soltanto che lui era un Negro. e mi hanno tagliato i capelli e credo volessero davvero farne una parrucca. E questa mi sembrava davvero una cosa terribile. li avevano appena tirati giù tutti e poi hanno cominciato proprio a tagliarli. e, poi mi sono alzata – e sono andata dal parrucchiere. E avevo ancora//ero</p> <p>A: Quindi lei è riuscita ad alzarsi dopo tutto, + quando voleva andare dal parrucchiere, ah</p>
Item 67: Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconsci da cui il paziente si difende	9	<p>A: E poi si sarebbe assicurata, sul fatto che poi avrebbe, almeno saputo, che, uh, io, uh, come devo dirlo, che io l'ho tenuto – o l'ho tenuto stretto, che, uh, io sono stato capace di prenderlo, che lei, uh, che lei, uh, um, che sono riuscito a uscirne fuori integro. perché lei, da qualche parte, ha questa preoccupazione, che io non sarei in grado di prenderlo. Lui è, lui è forte abbastanza? Che lui, uh -</p> <p>P: No, non è questo ciò che io speravo</p> <p>A: Che lui, bene, che non accadrà niente, che lei non sarà –</p> <p>P: No, non lo trovo corretto</p> <p>A: Um, che lei non mi trascinerà anche in questo</p> <p>P: In questo delirio, intende dire, della mia mente</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm</p> <p>In questo esempio, la paziente non accetta l'interpretazione del terapeuta. Tuttavia, l'item è valutato sulla base del fatto che il terapeuta fa un'interpretazione sia che la paziente la accetti sia che no</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
Item 98: La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione	9	<p>A: Um-hmm, anche, potrebbe –</p> <p>P: Potrebbe</p> <p>A: Forse anche l'essere seduto dietro di lei, – e dire sbagliato, sbagliato</p> <p>P: Oh, sa, qualche volta – io ho la sensazione – io vorrei correre verso di lei, afferrarla per il collo, e stringerlo così stretto, e poi –</p> <p>A: Hm</p> <p>P: Poi penso, lui non sarebbe in grado di sopportarlo, tutto a un tratto cadrebbe a terra morto</p> <p>A: Hm.</p> <p>P: E poi io la vedo, in qualche modo – anche bruciare, o, o, non riesco a trovare le parole per dirlo, non lo so. quello che vedo o sento poi</p>
Item 18: Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante	8,5	<p>A: Non riesco a sopportarlo che io, uh</p> <p>P: Giusto</p> <p>A: Non posso sopportare, non si può sopportare, e</p> <p>P: Esatto, il fatto che la afferri per il collo, esatto</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: ... e così lei potrebbe mantenere i suoi dogmi/ convinzioni</p> <p>A: Sì</p> <p>P: Ma io non vorrei, lottare veramente contro di lei</p> <p>A: Um-hmm.</p> <p>P: è vero. // o tirarle il collo</p> <p>A: Sì, ma allora lei non alimenterebbe i miei, i miei dogmi/convinzioni con i suoi, vero?</p> <p>P: No + Sarei contro il nemico di nuovo, non è vero</p> <p>A: O non si avvicinerebbe ai miei + non si avvicinerebbe ai miei</p> <p>P: Mi piacerebbe averne due! Di lati. proprio come prima</p> <p>A: Si avvicinerebbe ai miei (dogmi), con queste incursioni nella mente le sue incursioni nella mia mente, nella mia testa...</p>
Item 6: Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico	8	<p>A: Naturalmente. ma come per prendere le distanze. Ma la prima cosa è sapere, se qualcosa si sta per rompere, o potrebbe rompersi, o se questa cosa, uh, questa cosa sarà in grado di sopportarlo. o qualora un ramo si rompesse, si staccasse, esatto, in qualche modo c'è una sensazione – forse misto anche a questo, che le piacerebbe prendere qualcosa con lei, che le piacerebbe staccare un ramo</p> <p>P: Sì</p> <p>A: Staccarne un pezzo</p> <p>P: Sì, il suo collo</p> <p>A: Il mio collo? Mm-mm. la mia testa</p> <p>P: Mm, um-hmm</p>
Item 28: Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico	7,5	<p>A: Um-hmm.</p> <p>P: È una cosa che mi preoccupa spesso, la sua testa</p> <p>A: Vuole continuare a pensarci? È preoccupata spesso della mia testa, davvero spesso?</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
		<p>P: Sì, sì, incredibilmente spesso</p> <p>Qui, il terapeuta fa una interpretazione che è accettata dalla paziente come accurata e significativa per lei. Analista e paziente esplorano insieme il significato della sua fantasia, e il terapeuta si adatta coerentemente alle mutevoli esigenze della paziente e al processo, così come si sviluppa tra loro. Questo è solo un esempio della salienza della percezione che il terapeuta ha del processo terapeutico nel corso della seduta</p>
Item 50: Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione)	8	<p>A: Che cosa è stato un momento fa che le è venuto in mente sul suo sogno</p> <p>P: Oh, merda</p> <p>A: Una cosa che non voleva dire? per favore?</p> <p>hmm?</p> <p>P: oh solo qualcosa o altro, che potrebbe essere in un libro +. ///</p> <p>A: Qualcosa su, su. +</p> <p>P: Qualcosa o altro, che potrebbe essere in qualche libro di testo</p> <p>A: Bene, che cos'è allora?</p> <p>P: (ride) Lo sa alla perfezione</p> <p>A: No, no, no</p> <p>P: No, di certo non vorrebbe sapere che tipo di libri di testo leggo</p> <p>A: Hmm hmm</p> <p>In questo esempio, il terapeuta richiama l'attenzione della paziente su sentimenti inaccettabili. La paziente oppone resistenza, ma l'item viene valutato solo in base al tentativo del terapeuta di incoraggiare la paziente a prestare attenzione ai suoi sentimenti inaccettabili</p>
Item 92: Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato	8	<p>A: Sì, sì, mm-hmm. bene vede io penso che sia una cosa molto buona, che lei possa ridere, e uh, persino che lei possa prendere l'idea da me – non uh, ridere anche, cosa che non sarebbe bene – cosa che non è bene, ridere. questo è il motivo per cui ho uh – davvero detto, ho detto, io non rido abbastanza</p> <p>P: Quindi è proprio così</p> <p>A: E io penso veramente, che io non rida abbastanza. uh, – e uh – suo padre non rideva abbastanza</p> <p>P: Lui non ride proprio</p> <p>A: E così, lei ha un modello negativo, uh –</p> <p>P: Il massimo che mio padre fa è sorridere</p> <p>A: Giusto</p> <p>P: Lui ride quando io non posso ridere</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Ma almeno – come una regola questo è il modo in cui è</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Cioè, quando lui ride, io non mi sento più così. Io sento come qualcosa, ma che...</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
		<p>P: Questa è una paura molto antica, che lei non sarebbe in grado di sopportare, dopo tutto mio padre non poteva mai sopportare niente</p> <p>A: Sì</p> <p>P: Lei non crederebbe quanto debole fosse mio padre</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Non riusciva a sopportare niente</p> <p>A: Ma allora questo rende ancora più importante scoprire se la mia testa è ancora davvero dura perché ciò accresce – uh, quanto forte possa essere la sua presa. Perché se la testa è dura, allora dovrebbe essere ancora – infatti dovrebbe essere più facile, più facile, da raggiungere – per scoprire, esattamente quanto dura essa realmente sia, vede...</p>

**Tabella 17.3** Item del PQS meno caratteristici della Seduta 152 di Amalia X.

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta
Item 89: Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente	1	<p>A: Sì, sì, e l'afferrare era il anche il problema con – con lei, l'afferrarmi per il collo, giusto</p> <p>P: Sì</p> <p>A: E come io non sarei stato in grado di sopportarlo giusto?</p> <p>P: Sì, avevo paura di questo</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm</p> <p>P: Questa è una paura molto antica, che lei non sarebbe stato capace di sopportarlo, dopo tutto mio padre non poteva sopportare proprio niente</p> <p>A: Sì</p>
Item 14: Il paziente non si sente compreso dal terapeuta	1,5	<p>P: Lei non può immaginare quanto debole fosse mio padre</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Non poteva sopportare niente</p> <p>A: Ma allora questo rende ancora più importante scoprire se la mia testa è ancora davvero molto resistente perché ciò accresce – uh, quanto forte può essere la sua presa. Perché se la testa è resistente, allora dovrebbe essere ancora – infatti dovrebbe essere più facile, più facile, ottenere – scoprire, esattamente quanto resistente essa realmente sia, capisce</p> <p>P: Sì, e lei può afferrare più forte, e</p> <p>A: Esattamente</p> <p>P: Giusto</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm, um-hmm</p> <p>P: E combattere meglio, fino al coltello</p> <p>A: Giusto, e allora ci sarebbe qualcosa di positivo, si potrebbe dire, in quel dogmatismo –</p> <p>P: Esatto</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
		<p>A: Qualcosa che si può acquisire da esso. vale a dire, che non è così facile – da rovesciare. che si tiene saldo a qualcosa di giusto</p> <p>P: Esatto. che si tiene saldo</p> <p>Qui, l'interpretazione del terapeuta è finalizzata a spingere la paziente al di là dell'intellettualizzazione. È evidente che la paziente si sente compresa attraverso questa interpretazione perché la accetta come accurata e significativa per lei. Il fatto che il terapeuta proponga ripetutamente le interpretazioni che sono accettate dalla paziente come significative mostra la salienza della comprensione che il terapeuta ha del processo terapeutico (item 28, valutato 9)</p>
Item 15: Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti: è passivo	1	<p>A: E in capo a tutto nel sogno lei è stata pugnalata, così uh, – lei è morta o non è morta.</p> <p>P: Ma questo è anche troppo, proprio adesso</p> <p>A: Um-hmm. Um-hmm</p> <p>P: Nulla è divertente per me. Tutto quello che faccio ora è solo meccanico. Persino la scuola non è realmente coinvolgente, è solo un'attività meccanica. O quando sono da qualche parte, mi comporto come se fossi tutta eccitata. Bè eccitata è un po' un'esagerazione ma, almeno ././// c'è sempre qualcuno che osserva e censura questo e dice/// che ciò che è sbagliato è solo tutto sbagliato (50 secondi di pausa) al momento io vorrei credere che nulla ha senso. Prima avrei creduto che due più due fa quattro</p> <p>In questo esempio, la paziente prende coscienza e, di propria iniziativa, sviluppa questa acquisizione più in profondità. Questo impegno attivo e l'esplorazione autodiretta sono caratteristici della paziente per tutta la seduta</p>
Item 68: Vengono attivamente differenziati i significati reali <i>vs</i> fantastici	1,5	<p>A: Allora, uh potrebbe avere effettivamente quello che vuole, avere il coltello, e uh, essere anche capace di entrare veramente dentro di lei. in modo da tirare fuori qualcosa che vorrebbe, o tirare fuori di più.</p> <p>P: Esatto e non – fino a ora ho sempre pensato che questo sarebbe stato possibile, in una certa misura.</p> <p>A: Um-hmm.</p>
Item 90: I sogni o le fantasie del paziente sono argomento della seduta		<p>P: Ma da domenica assolutamente niente è stato più possibile</p> <p>A: Bene, perché da domenica lei sta facendo uno sforzo particolare, uh non, – uh uh entrare, qui dentro. non afferrarmi per il collo e uh, – e provare uh – a –</p> <p>P: Misurare quanto sia resistente la mia testa</p> <p>A: Misurarla, prenderla nella sua mano, e uh – prendere quello che c'è dentro, lì e –</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
		<p>A: Per, per verificare la resistenza della mia testa, per vedere soltanto quale sia la dimensione giusta per un buco, grande o piccolo</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Ma le piacerebbe farne uno grande</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: E avere un facile accesso</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Le piacerebbe accedere senza difficoltà, con la mano, uh per poter toccare realmente che cosa c'è lì, non soltanto vederlo con i suoi occhi. con i suoi occhi lei in ogni caso non vede bene se un buco è troppo piccolo o no. con i suoi occhi lei vede poco niente se è solo un piccolo buco giusto. quindi uh, credo che le piacerebbe farne uno piuttosto grande uh – .</p> <p>P: Mi piacerebbe anche poter fare, una passeggiata nella sua testa</p> <p>A: Esatto, Um-hmm</p> <p>P: Mi piacerebbe! che</p> <p>A: Sì, um-hmm</p> <p>P: E mi piacerebbe anche sedermi su una panchina</p> <p>A: Giusto giusto</p> <p>In entrambi questi esempi, il terapeuta sceglie di seguire la fantasia della paziente. Il terapeuta aiuta la paziente a dare un senso alle sue fantasie piuttosto che introdurre la realtà nella seduta, cosa che un terapeuta potrebbe fare con un paziente con un esame di realtà meno intatto. Questi sono solo due esempi dell'approccio che il terapeuta adotta nel corso di tutta la seduta</p>
Item 9: Il terapeuta è freddo, distaccato ( <i>vs</i> sollecito ed emotivamente coinvolto)	1	<p>P: Io avevo già parlato di questa cosa che sa, mercoledì</p> <p>A: Um-hmm. E in questo modo anche, in questo modo l'intensificarsi della sua idea di entrare in convento sarebbe un modo di sfidarmi a una lotta.</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Per una lotta, uh nella quale si sarebbe impadronita di troppe cose, e non solo avrebbe tenuto per sé tentando di capire quanto, quanto</p> <p>P: Sì.</p> <p>A: Quanto potessi prendere ma in che cosa finalmente! io potessi anche avere una possibilità! - per mostrare in una lotta proprio ora! che per me la cosa più importante è che lei non vada in convento</p> <p>P: A mia madre</p> <p>A: Ma sono conservati per la vita in questo mondo</p> <p>P: Beh, sì, forse. Non lo so</p> <p>A: Resti qui con noi in modo che possa anche comunicarmi le sue idee, che possa riempire la mia testa con i miei con i suoi pensieri e</p> <p>P: Oh vedo</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
		<p>A: E, e può comunicarmi davvero uh - proficue, idee proficue</p> <p>Questo è l'esempio più chiaro del materiale della seduta che prova la partecipazione affettiva del terapeuta per il tono enfatico nel trascritto. Comunque, è nostra opinione che la responsività e il coinvolgimento affettivo del terapeuta siano altamente salienti in tutta la seduta</p>
Item 52: Il paziente fa affidamento sul terapeuta per risolvere i propri problemi	1	<p>P: Questo già mi affascina. E cosa c'è dentro anche</p> <p>A: Sì, sì, se lei lo conserva per sé, se – rimane lì e lei, uh, il...</p> <p>P: Sì</p> <p>A: Sì, se lei lo conserva per sé, se – rimane lì e lei, uh, allora è questo, lei non ce l'ha. Lui lo porta con sé, allora è, uh ...</p> <p>P: Allora è sbagliato</p> <p>A: È sbagliato, esatto. E allora, uh – allora il convento è una via d'uscita, giusto. Ma solo una via d'uscita, ecco tutto</p> <p>P: Un'altra testa</p> <p>A: In quel caso sì, e allora – lei potrebbe non aver preso quello</p> <p>P: No</p> <p>A: Cosa – le piacerebbe portare con lei, non lasciare</p> <p>P: Ciò che mi piacerebbe ancora più di tutto è entrarci dentro</p> <p>A: Hmm. Entrarci dentro?</p> <p>P: Voglio ancora</p> <p>A: O mettere dentro?</p> <p>P: Entrarci dentro, entrarci dentro</p> <p>A: Entrarci dentro, ok, um-hmm</p> <p>P: Vede? questo è così difficile da dire di fronte a un centinaio di occhi</p> <p>A: Sì</p> <p>P: Credo – cosa potrei far uscire entrando dentro</p> <p>Per tutta la seduta, la paziente lavora strenuamente in collaborazione con il terapeuta per scoprire il significato personale del suo sogno. Si tratta di una seduta in cui lo sforzo costante della paziente è molto caratteristico, saliente e assoluto nella seduta. Non esistono elementi linguistici o comportamentali che suggeriscano che la paziente voglia che il terapeuta risolva i suoi problemi per lei</p>



## STRUTTURE DI INTERAZIONE

L'analisi fattoriale di molte sedute di trattamento valutate con il PQS può premetterci di identificare le strutture di interazione – processi specifici di ogni diade paziente-analista, a basso tasso di cambiamento, che si ripetono e si influenzano reciprocamente, ma che spesso sono associati all'esito positivo o negativo del trattamento. Tuttavia, nel caso della Seduta 152 di Amalia X, noi disponiamo solo di una valutazione in un dato momento. Di seguito, discuteremo un esempio di ciò che si può immaginare sia in questo caso una struttura di interazione ripetitiva che, a nostro giudizio, sembra contribuire a che P si senta aiutata in questa seduta e, soprattutto, che suggerisce l'indicazione di un outcome positivo, supponendo che questa interazione si ripeta per tutto il corso del trattamento e sia riconosciuta e compresa da A e P congiuntamente. All'inizio della seduta, P esamina un sogno che ha portato ad A e poi fa delle associazioni sugli elementi del sogno, parlando inizialmente a se stessa:

P: È stata opera del demonio, in una classe di tedesco tu non hai fornito nessuna considerazione davvero autentica. tu insegni inglese e scienze naturali. Tu hai così poco a che fare con questo per quanto sia possibile. // come dieci anni fa. perché è //? - Non lo so o //? In qualche modo non mi interessa. - e che, intendo dire realmente, non è normale per me. non avere più paura di niente.

A: Come nel sogno?

P: Sì. Sì, esatto, ha capito! in qualche modo. mi sembra come - beh, si è arrivati al punto in cui, nella mia mente io sto considerando - hm - che a volte, in questi ultimi giorni, io in realtà considero in quale convento dovrei andare. Sembra così idiota, e non va affatto bene quando lo dico a me stessa.

A: Um-hmm.

P: Sono davvero contenta di essere a scuola la mattina. lì semplicemente non ho tempo per cose del genere. - in qualche modo mi proteggo da questo con la mia routine, ma - ovviamente anche con il rimuginare, ma appena comincio a pensare, sembra che tutto diventi confuso. Non lo so, davvero non lo so. quindi penso, sono pazza e poi penso, ho sensi di colpa e poi penso, io uh. questi ultimi, - sei anni, non ho assolutamente //. Non lo so, è tutto così lontano. tutto a un tratto.

A: Che cosa è stato un momento fa che le è venuto in mente sul suo sogno.

P: Oh, merda.

A : Che cosa non voleva dire? Per favore? Hmm?

P : Oh solo una cosa o un'altra, che potrebbe essere in un + libro. ///

A : Su, su. +

P: Una cosa o l'altra, che potrebbe essere in qualche libro di testo.

A: Bene, che cos'è allora?

P: (*ridendo*) Lo sa perfettamente.

A: No, no, no.

P: No, di certo non sa che tipo di libri ho letto.

A: Hmm, hmm.

P: Oddio. No, mi sento talmente schifata.

A: Hm. (*18 secondi di pausa*)

- P: Così, ora lei pensa che – che il sogno mi porti da qualche parte?
- A: Beh, c'è sicuramente + un, un' uh, hm – immobilità, a. – si stava solo, lamentando del fatto che non stesse andando da nessuna parte, che, uh – beh, questa è già l'immagine nel sogno.
- P: Uh +, ma alla fine mi sono alzata.
- A: Sì. +
- P: Come le dicevo, una bambola paffuta.
- A: Ma è andata dal parrucchiere.
- P: Come una sorta di bambola paffuta.
- A: Hm.
- P: Che appena si scrolla tutto via, e va dal parrucchiere non può pensare a qualcosa di meglio da fare, né ad andare dalla polizia, sebbene non sia sicura. Penso che lì ci siano i poliziotti. da un lato era come un set cinematografico + e dall'altro lato c'erano quelli.
- A: Giusto. +
- P: Strade assolutamente reali!, nella realtà. allora, sento la gente che si avvicina e fissa con lo sguardo inebetito. È solo che ora non posso fare nessun'altra cosa. Sono bloccata sempre più in profondità. e che // essere. e prima è stata la sveglia, e ora è la macchina, e si continua ad andare in quel modo.

Quello che accade qui è che P sta parlando della sua vita a scuola come insegnante quando A suggerisce che la sua esperienza nel sogno è come la sua esperienza reale di insegnante. P è d'accordo e continua a parlare; il commento non giudicante di A (Q18) facilita l'esplorazione successiva di P (Q3). Inaspettatamente, a un certo punto A chiede a P di ricordare un pensiero precedente che aveva evitato (Q50) e P è riluttante a parlare ed esplorare (Q58). Poi, adatta il suo approccio (Q47) e permette a P di opporre resistenza ma, dopo un silenzio di 18 secondi, P comincia di sua iniziativa (Q15) a esplorare un altro argomento, portando materiale significativo (Q88). Il fatto che P si impegni con A nel prendere in considerazione un altro argomento, che mostra la ripresa di un'esplorazione condivisa dell'inconscio di P, suggerisce che A ha compreso il processo terapeutico per la paziente in questa seduta (Q28). Si presume che A affronterà opportunamente le resistenze di P in un'altra fase del trattamento, ma di questo non bisogna tenere conto nella valutazione del processo di questa seduta.

Questo insieme di variabili di processo di A e P si ripete in altri momenti e mostra di essere costruttivo per la diade analitica in questa seduta. Essa infatti diventa più profonda nel tempo, in quanto P rileva maggiori aspetti di sé e accetta gli interventi interpretativi di A nel contesto della relazione transferale. Possiamo solo ipotizzare che ciò potrebbe essere accaduto se A avesse portato più puntualmente l'attenzione di P sul fatto che lei stava evitando alcuni sentimenti o pensieri inaccettabili, ma sappiamo empiricamente che la flessibilità di A ha aiutato P a sentirsi abbastanza sicura da poter seguire le sue precedenti fantasie inconscie su A. L'aggressività, l'invidia e l'avidità di P, associate a paure e pensieri di fuga, emergono successivamente

nel corso della seduta. Ipotizziamo che l'analisi fattoriale di un ampio numero di sedute del trattamento di Amalia X potrebbe rivelare che gli item sopradescritti si raggruppano insieme per tutto il trattamento, e che l'analisi delle serie temporali potrebbe dimostrare empiricamente che l'esperienza, il riconoscimento e la comprensione di questo pattern di interazione sono correlati a un buon outcome. In questa specifica seduta, non abbiamo rilevato una struttura di interazione negativa che riflettesse un processo poco produttivo e fosse associata a un esito sfavorevole.

#### VALUTARE UN PROCESSO ANALITICO

Ablon e Jones (2005) hanno messo a punto un prototipo di processo psicoanalitico ideale usando le valutazioni PQS fatte da esperti. Impiegando campioni multipli di trattamento è stato dimostrato che questo prototipo può essere applicato alle valutazioni di sedute effettuate da osservatori esterni al fine di valutare in che misura sia stato promosso il processo analitico. Come ci aspettavamo, la seduta di trattamento che abbiamo analizzato fin qui – la Seduta 152 del caso di Amalia X – mostra una forte correlazione con il Prototipo Analitico, pari a 0.65, sebbene abbiamo riscontrato che spesso i processi di trattamento non aderiscono perfettamente all'“etichetta” con la quale vengono definiti (*Brand name*). In questo caso, la correlazione con il prototipo ideale del processo psicoanalitico conferma che A e P insieme hanno sviluppato un processo analitico molto forte nel corso di tutto il trattamento. Poter misurare il grado in cui un processo analitico è promosso in un trattamento ha notevoli implicazioni per la formazione, l'accreditamento di specifiche qualifiche, o la ricerca. La tabella 17.4 contiene i venti item più caratteristici del prototipo psicoanalitico ideale e, accanto, mostra i punteggi medi della nostra valutazione, relativi a ciascuno di questi specifici item per la Seduta 152.

Le nostre valutazioni rilevano che molti degli item più caratteristici del processo analitico sono i più salienti in questa seduta. Per esempio, i sogni e le fantasie del paziente sono argomento di discussione (Q90) e hanno ottenuto la valutazione di “estremamente caratteristico” da entrambi i rater poiché il sogno della paziente fornisce il contenuto di una parte considerevole del processo della seduta, rendendo l'item estremamente caratteristico. A trasmette un'accettazione non giudicante (Q18) ed è anch'egli estremamente caratteristico per la sua rilevanza nel facilitare la disposizione di P a esplorare più profondamente le sue associazioni inconsce. A crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni, in particolare quella con il padre di P (Q100), ma questo fatto non è fondamentale per il processo e non occupa una parte rilevante della seduta.

Comunque, non tutti gli item più caratteristici del processo analitico ideale sono stati valutati come caratteristici e salienti. Abbiamo collocato “Il

**Tabella 17.4** Venti item più caratteristici del processo psicoanalitico ideale e loro valutazione, relativa alla Seduta 152 del trattamento di Amalia X.

PQS#	Descrizione dell'item	Valutazione della seduta
90	I sogni o le fantasie del paziente sono argomento di discussione	9
93	Il terapeuta è neutrale	4
36	Il terapeuta mette in evidenza l'uso di manovre difensive da parte del paziente (per esempio, annullamento retroattivo, diniego)	5,5
100	Il terapeuta crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni	7,5
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico	8
67	Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconscie da cui il paziente si difende	9
18	Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante	8,5
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight	6,5
98	La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione	9
46	Il terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente	5,5
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione)	8
11	I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento di discussione	3
82	Il comportamento del paziente durante la seduta è riformulato dall'analista in un modo non esplicitamente riconosciuto prima	4,5
35	L'immagine di sé del paziente è un tema centrale di discussione	5
91	Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia sono argomento di discussione	6,5
92	Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente	6
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente	9
79	Il terapeuta commenta i cambiamenti d'umore o degli affetti del paziente	4
22	Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente	5

terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente" (Q46) nel range neutro poiché, sebbene caratteristico, non è saliente se confrontato con altri item del processo che abbiamo cercato di rilevare con valutazioni maggiormente collocate verso l'estremo. Inoltre, abbiamo valutato l'item 11 "I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta" come non caratteristico, poiché P oppone attivamente resistenza nel discutere gli ovvi contenuti sessuali delle sue associazioni e con questa nostra valutazione abbiamo cercato di sottolineare questa sua resistenza.

## ITEM DIFFICILI DA VALUTARE

Valutare in modo accurato e attendibile le sedute di psicoterapia è un requisito di base per la ricerca con il PQS. Valutazioni attendibili, da cui possono derivare conclusioni sui correlati del processo associati all'outcome e sugli ingredienti attivi di un trattamento, fungono da fondamento per studi empirici. Inoltre, i disegni di ricerca correlazionali si fondano su valutazioni attendibili per scoprire associazioni tra le variabili di interesse. Qualche incertezza sul modo in cui possono essere valutati i singoli item può verificarsi con quasi tutte le sedute di psicoterapia, e in questo paragrafo presenteremo le nostre riflessioni su alcuni degli item che sono stati particolarmente complessi da valutare nella Seduta 152 del trattamento di Amalia X. Il lettore può trovare utile seguire queste argomentazioni insieme alle istruzioni delle specifiche codifiche contenute nel manuale del PQS rispetto agli item in questione. Gli item sono presentati nell'ordine numerico del PQS, invece che nell'ordine che riflette la nostra valutazione del loro livello di difficoltà.

*Item 11:* I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta. *Valutazione:* 3

Il punteggio medio ottenuto dall'item è 3, e indica la nostra scelta di segnalare che, nonostante la discussione del materiale sessuale non sia caratteristica nella seduta, P fa molti riferimenti a contenuti sessuali senza alcuna esplicitazione diretta. Infatti, P oppone attivamente resistenza di fronte alla richiesta di esplicitazione dei contenuti sessuali, il che rende l'assenza della discussione più saliente. Se P avesse esplicitato e poi discusso il contenuto sessuale, la valutazione sarebbe ricaduta nel range caratteristico. Se non ci fosse stato alcun contenuto sessuale indiretto oppure oggetto di resistenza, la valutazione sarebbe ricaduta nel range neutrale.

È necessario distinguere questo item dal numero 19: "La relazione terapeutica ha una qualità erotica". Nella Seduta 152 del caso di Amalia X, il nostro punteggio medio relativo all'item 19 è stato 6, che indica la lieve presenza di una qualità erotica nella relazione terapeutica, contemporanea alla mancanza di una discussione esplicita dei contenuti sessuali. La componente sessuale resta inespressa, forse inconscia, ma a nostro giudizio chiaramente presente. Vi è una qualità lievemente sessualizzata dell'interazione che, se fosse stata più cospicua, avrebbe ricevuto una valutazione più elevata, indicando una maggiore salienza.

*Item 12:* Durante la seduta ci sono dei silenzi. *Valutazione:* 5

Il punteggio medio ottenuto dall'item è 5, sebbene a un certo punto nella seduta vi sia un silenzio di 18 secondi, che indica la riluttanza di P a esplicitare contenuti sessuali, appena un momento prima di cambiare argomento. Successivamente, A accetta la sua resistenza, e pertanto non crediamo che questo silenzio meriti una valutazione più elevata poiché la seduta recu-

pera la propria energia e la propria vitalità produttiva. Se il silenzio avesse cambiato l'andamento della seduta, se avesse cambiato il processo in modo più rilevante, la valutazione sarebbe stata più elevata. C'è anche un silenzio di 50 secondi che è seguito dal recupero del dialogo da parte di P, e poi un'interpretazione di A che è accettata da P. Ancora una volta, il silenzio non implica un cambiamento significativo nell'andamento della seduta. Il terzo silenzio, che dura 10 secondi a metà seduta, rappresenta anche il modo di P di spostare il focus della discussione. Se, per esempio, questi silenzi avessero indicato una rottura nella sintonizzazione empatica con A o la repressione di un attacco aggressivo, avremmo attribuito a questo item un punteggio più elevato. Anche se si potrebbe asserire che è importante registrare la presenza di questi silenzi, non abbiamo la percezione che essi siano particolarmente salienti, specialmente se confrontati con altri item che abbiamo cercato di mettere maggiormente in evidenza nella nostra valutazione. È opportuno ricordare che stiamo sempre valutando un item in relazione ad altri item, dato che il PQS è una misura ipsativa.

*Item 42: Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta. Valutazione: 2,5*

Questo è un punteggio estremo, che indica la nostra convinzione che l'accettazione da parte di P dei commenti di A sia una variabile di processo saliente in questa seduta. Sebbene talvolta P rifiuti i commenti di A, i rifiuti sono poco importanti e vi è abbondanza di dati che suggeriscono che P è molto disponibile ad accettare le idee e le interpretazioni più rilevanti di A, gli interventi più salienti. Se non vi fossero stati rifiuti ai commenti di A da parte di P, l'accettazione delle interpretazioni più importanti avrebbe dovuto essere colta con una valutazione ancora più estrema. Se le interpretazioni fossero state rifiutate molto più frequentemente, la valutazione avrebbe dovuto essere in misura minore non caratteristica, collocata in un range neutro oppure caratteristico.

*Item 58: Il paziente fa resistenza a esaminare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai problemi. Valutazione: 3*

L'accettazione di P della necessità di esaminare le sue reazioni e motivazioni, specialmente all'interno del transfert, domina la seduta. P affronta attivamente di propria iniziativa i temi della seduta allo scopo di comprendere le proprie reazioni verso A, il che porta a un approfondimento della comprensione dei propri desideri inconsci e, soprattutto, del proprio contributo nel determinare le proprie condizioni di vita, le problematiche e i punti di forza. La propria riluttanza a esprimere i propri sentimenti e i propri pensieri sessuali indica che la valutazione più corretta in questo caso è moderatamente non caratteristica piuttosto che più estrema e soprattutto più saliente.

*Item 70:* Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi. *Valutazione:* 2,5

In questo caso P si esprime liberamente e mostra rabbia, apatia, invidia, colpa e imbarazzo, senza tentare di controllare i suoi sentimenti. La valutazione sarebbe stata più estrema nella direzione non caratteristica se i suoi affetti fossero stati espressi in modo più intenso e l'espressione degli affetti avesse dominato il processo. P reprime i propri evidenti pensieri sessuali, presumibilmente accompagnati da affetti specifici, ma ciò sembra avere una minore importanza rispetto al livello di sicurezza che manifesta con la sua affettività in questa seduta. Possiamo inferire che stia cercando di controllare un senso di vergogna, ma il materiale della seduta non è abbastanza chiaro per attribuire un punteggio più estremo sulla base di questa inferenza. Non vi è alcun disagio, né il conseguente tentativo di controllare i suoi affetti, mostrati attraverso elementi comportamentali e linguistici chiari.

*Item 91:* Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia sono argomento della seduta. *Valutazione:* 6,5

L'effettivo riferimento a persone di famiglia avviene tre volte nel corso della seduta, ma è davvero poco il tempo speso nella discussione di ricordi dell'infanzia o esperienze precoci di vita. Il riferimento a figure dell'infanzia è fatto per spiegare i sentimenti attuali di P associati a esperienze infantili (vedi Q92), piuttosto che per parlare dei periodi vissuti quando P era più piccola. Il punteggio medio di 6,5 intende segnalare le comunicazioni, appena accennate, relative alla mancanza di risate da parte del padre, al suo essere "una persona debole", e alla madre (in un modo però non chiaro ai rater), seguite da una discussione davvero poco esaustiva. La valutazione tiene conto della presenza del contenuto dell'item, ma indica la mancanza di una forte salienza dei ricordi infantili nella seduta. È necessario distinguere questo item dal 92 che richiede che i ricordi precoci siano attivamente associati da A o P a sentimenti attuali, e non siano semplicemente raccontati o discussi (vedi discussione seguente).

*Item 92:* Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato. *Valutazione:* 8

Vi sono due occasioni in cui i sentimenti di P sono connessi al passato da A. Quando A crea una connessione tra la propria preoccupazione relativa al modo in cui P percepisce il fatto che egli ride e l'esperienza che P ha del padre come una persona che non rideva mai, è nostra opinione che P sia significativamente influenzata dall'interpretazione di A. Si oppone all'esplorazione immediatamente successiva, vuole aprire la finestra, ma poi prosegue con le questioni relative al dogmatismo di A e alla sua aderenza a uno specifico orientamento teorico. Successivamente P riprende l'esplorazione del transfert ma non torna sulla sua relazione con il padre. Il commen-



to interpretativo di A chiaramente influisce sul processo. La nostra valutazione di questo item fornisce un esempio del fatto che l'importanza di un item non è connessa alla sua frequenza. Come in questo caso, le valutazioni altamente caratteristiche possono essere usate per sottolineare uno o due esempi fondamentali.

*Item 97:* Il paziente è introspettivo, esplora prontamente i pensieri e sentimenti. *Valutazione:* 7,5

Il punteggio di 7,5 indica la convinzione che, nella seduta, P si spinga chiaramente oltre i limiti abituali nell'esplorazione dei suoi pensieri consci e inconsci. Nonostante gli episodi in cui è riluttante nel rivelare pensieri a contenuto sessuale, la seduta è dominata dalla cooperazione profonda di P e dai tentativi di A di facilitare l'elaborazione dei suoi sentimenti verso il terapeuta e il transfert. La nostra valutazione sarebbe stata più elevata se P non avesse opposto resistenza a indagare i suoi pensieri sessuali nel transfert, e naturalmente più bassa se vi fosse stata una minore esplorazione dei pensieri più profondi.

Data la sua complessità, la seduta ha richiesto una seconda lettura da parte nostra per essere più sicuri delle nostre valutazioni. Possiamo solo ipotizzare che l'intero trattamento sia stato caratterizzato anche da un livello più elevato di processo psicoanalitico. Forse, analisi dei dati future, ottenute da valutazioni più ampie del trattamento, riveleranno la presenza di molte strutture d'interazione ripetitive che correlano con l'outcome. In questa particolare seduta, a ogni modo, uno specifico gruppo di interazioni, funzionali al processo, implica che A abbia consentito a P un certo spazio per opporre resistenza, con confronti minime in quei momenti del processo, prima di riprendere l'esplorazione e l'indagine produttiva. (Ci fa piacere indirizzare il lettore interessato a una disamina del libro *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*, in cui è effettuata una dettagliata analisi del trattamento di Amalia X; Werbart, 2009).

Rimaniamo con la curiosità di sapere se differenti variabili di processo sarebbero state più o meno caratteristiche e salienti in diversi momenti di questo lungo e approfondito trattamento. In altre ricerche abbiamo riscontrato che spesso i trattamenti non aderiscono esclusivamente ai processi associati a un singolo orientamento teorico (Ablon, Jones, 2002; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Ablon, Jones, 1998). Anzi, è probabile che il PQS possa rilevare che processi di trattamento integrati sono presenti in vario grado in differenti momenti del trattamento, mentre il processo si sviluppa nel tempo. Naturalmente, è anche possibile che la caratterizzazione del processo resti coerente per tutto il tempo.

Enrico Jones ha progettato il PQS al fine di valutare il processo terapeutico-

co prima dell'attuale interesse per la comprensione degli ingredienti attivi nei trattamenti terapeutici che trascendono le specifiche "etichette" con le quali essi vengono definiti (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Blatt, 2008). Sembra che abbia predetto il futuro delle priorità della ricerca empirica in psicoterapia. Esiste un considerevole corpus di studi (Levy, Ablon, 2008; Leichsenring, 2008; capitolo 1) che dimostrano chiaramente l'efficacia della psicoterapia psicodinamica, oltre ad altre modalità di intervento. L'attenzione ora è rivolta a un tipo di ricerca che si propone di rispondere a domande molto interessanti e stimolanti quali: "Come funziona la psicoterapia?". Il PQS è uno strumento d'elezione atto a investigare questa questione fondamentale sia rispetto agli approcci psicodinamici, sia rispetto ad altre forme di trattamento.

Sebbene il PQS sia uno strumento idealmente adatto agli studi *single-case* di trattamenti a lungo termine (Ablon, Jones, 2005; capitoli 6 e 14), esso ha anche dato origine a una linea programmatica di ricerche sulle variabili di processo correlate all'outcome attraverso una varietà di trattamenti a breve termine, incluse le terapie interpersonali e cognitivo-comportamentali (Ablon, Jones, 1999, 2002, 1998), e campioni naturalistici di psicoterapie psicodinamiche brevi (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006). Vi sono nuove e molto stimolanti applicazioni del PQS. Sono già in corso nuove ricerche che usano questo strumento a fianco di protocolli sperimentali di neuroimaging per valutare i possibili correlati neurali dei processi di trattamento. Esso è stato anche usato per valutare in quale misura l'uso del lettino influenzi lo sviluppo del processo analitico. Inoltre, il PQS è stato impiegato come strumento di formazione in programmi di training, al fine di permettere agli allievi di osservare i processi clinici effettivi e valutarli empiricamente. I prototipi di differenti processi di trattamento, incluso il prototipo ideale del processo psicoanalitico riportato in questo capitolo, sono stati usati come misura della competenza e dell'aderenza a uno specifico modello di psicoterapia.

Con un numero così grande di ricerche in corso in tutto il mondo che utilizzano il PQS, abbiamo intrapreso il processo di revisione del manuale di codifica e l'organizzazione di ulteriori materiali didattici per incrementare la competenza dei nuovi valutatori e la loro capacità, nel rispetto dell'integrità dei dati, di conseguire importanti risultati, fondati su valutazioni valide e attendibili. Come si può chiaramente vedere in questo capitolo, il PQS è estremamente attento a preservare la complessità della seduta clinica che, in ogni caso, dà origine a un complesso processo di valutazione, che deve essere effettuato da giudici con esperienza clinica e sufficientemente formati all'uso dello strumento. Il futuro della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica probabilmente dipenderà dalla nostra abilità di studiare i processi di trattamento e metterli empiricamente in connessione con l'outcome. Il PQS fornisce la tecnologia per essere in grado di raggiungere questo obiettivo.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., GOODRICH, C., FORWORD, C., JONES, E.E. (2004), *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy: 1-3*. Paterson Marsh, London.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1998), "How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlated with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy". In *Psychotherapy Research*, 8, 1, pp. 71-83.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the NIMH treatment of depression collaborative research program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1, pp. 64-75.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2002), "Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 775-783.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2005), "On analytic process". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 2, pp. 541-568.
- ABLON, J.S., LEVY, R.A., KATZENSTEIN, T. (2006), "Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes". In *Psychotherapy: Theory Research Practice Training*, 43, 2, pp. 216-231.
- AKHTAR, S. (2007), "Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique". In *Psychoanalytic Inquiry*, 27, pp. 690-704.
- BLATT, S.J. (2008), *Polarities of Experience: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. American Psychological Association, Washington, DC.
- BLOCK, J. (1978), *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto. [Il lavoro originale è stato pubblicato nel 1961]
- ERIKSON, E.H. (1954), "The dream specimen of psychoanalysis". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, pp. 5-56.
- FREUD, S. (1899), "L'interpretazione dei sogni". Tr. it. in *Opere*, vol. 3. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- FREUD, S. (1905), "Frammento di un'analisi di isteria". Tr. it. *Opere*, vol. 4. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- HOLT, R.R. (1978), *Methods in Clinical Psychology. Predictions and Research*, vol. 2. Plenum Press, New York.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993), "Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, pp. 306-316.
- JONES, E.E., WINDHOLZ, M. (1990), "The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, pp. 985-1015.
- KÄCHELE, H., ALBANI, C., BUCHHEIM, A., HÖLZER, M., HOHAGE, R., JIMÉNEZ, J.P., LEUZINGER-BOHLEBER, M., NEUDERT-DREYER, L., POKORNY, D., THOMÄ, H. (2006), "The German specimen case Amalia X: Empirical studies". In *International Journal of Psychoanalysis*, 87, pp. 809-826.
- LEICHSENRING, F.A. (2008), "Review of efficacy and effectiveness studies in psychodynamic psychotherapy". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *The Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press, Totowa, pp. 3-27.
- LEVY, R.A., ABLON, J.S. (2008) (a cura di), *The Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press, Totowa.
- LUBORSKY, L., SPENCE, D.P. (1971), "Quantitative research on psychoanalytic therapy". In BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp. 408-438.

- SACHS, D. (2005), "Reflection on Freud's Dora case after 48 years". In *Psychoanalytic Inquiry*, 25, pp. 45-53.
- STEPHENSON, W. (1953), *The Study of Behavior: Q-Technique and Its Methodology*. University of Chicago Press, Chicago.
- THOMÄ, H., KÄCHELE, H. (2007), "Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment reports". In *Psychoanalytic Inquiry*, 27, pp. 650-689.
- WERBART A. (2009), "Minding the gap between clinical practice and empirical research in psychoanalysis". In *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1, pp. 1459-1466.
- WILSON, A., WALLERSTEIN, R. (2004), "Multiple approaches to a single case: Conclusions psychic change: What and how?". In *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 5, pp. 1269-1271.

PARTE QUINTA

Valutare il cambiamento



## Dieci diverse misure di outcome per la ricerca in psicoterapia psicodinamica

*Caleb J. Siefert, Jared A. DeFife*

### INTRODUZIONE

Comprendere in quale modo si verificano i cambiamenti prodotti dalla psicoterapia è considerato un importante ambito di indagine dai ricercatori, indipendentemente dal loro approccio al trattamento. Questo tipo di ricerca focalizzato sugli effetti di un trattamento viene definito ricerca sugli esiti (*outcomes research*). Quando si misurano gli esiti di un trattamento, è fondamentale selezionare strumenti che valutino il tipo di cambiamenti che ci si aspetta che una specifica terapia sia in grado di promuovere. Pertanto, è importante che i ricercatori in psicoterapia psicodinamica dispongano di strumenti atti a misurare i costrutti che si prevede cambino in funzione di una terapia psicodinamica. Numerosi strumenti di valutazione dell'outcome sono stati messi a punto proprio per rispondere a questo scopo. Ciò ha favorito lo sviluppo di molti progetti di ricerca destinati a studiare la teoria, le tecniche, il processo e gli esiti di questo approccio terapeutico (Wallerstein, 2003; Wallerstein, Fonagy, 1999). Tali studi hanno contribuito a stabilire la generale efficacia e i benefici associati ai modelli psicodinamici di trattamento (Shedler, 2010). La ricerca sugli esiti riconosce anche il valore di altri paradigmi di ricerca in psicoterapia correlati allo studio del processo terapeutico, che cercano di identificare che cosa funziona meglio per chi, oltre a determinare quali peculiari interventi costituiscano gli ingredienti attivi nel favorire cambiamenti psicologici specifici (Høgland, Bøgwald, Amlo et al., 2008).

Storicamente, gli strumenti tradizionali per la valutazione dell'outcome si sono focalizzati sui sintomi. Ci si aspetta che i trattamenti riducano la sintomatologia e la sofferenza in individui che richiedono una terapia per qualche sindrome psicopatologica. Vi sono numerosi strumenti tipicamente impiegati per valutare i cambiamenti sintomatologici. La maggior parte sono strumenti multi-item e multi-scala, che rilevano un'ampia gamma di sintomi e problematiche psicopatologiche, come per esempio il Personality Assessment Inventory (Morey, 2007). Sebbene la psicoterapia psicodinamica sia stata associata a una remissione sintomatica, essa cerca di promuovere anche altri cambiamenti relativi alla personalità e al funzio-



namento interpersonale, nonché miglioramenti nelle strategie di coping, e un'accresciuta autoconsapevolezza e senso di coerenza personale (Wallerstein, 2003; Wallerstein, Fonagy, 1999; Shedler, 2010; Høglend, Bøgwald, Amlø et al., 2008; Weinryb, Rössel, 1991; Høglend, Bøgwald, Amlø et al., 2000; Westen, Shedler, 1999a). Questi cambiamenti non sono sempre facilmente misurabili. Esistono tuttavia numerosi strumenti in grado di “cogliere” queste variazioni, e molti di essi sono stati messi a punto da ricercatori psicodinamici allo scopo di raggiungere gli obiettivi della ricerca sugli esiti.

In questo capitolo forniremo dunque una breve rassegna di dieci misure di esito che possono essere utili ai ricercatori in psicoterapia psicodinamica. Abbiamo incluso una gamma di strumenti che differiscono notevolmente tra loro rispetto al metodo di misurazione (per esempio, autosomministrati, siglati da esperti), alla comprensività della valutazione (per esempio, il carattere a livello globale, un costrutto specifico), ai concetti valutati, alla storia del loro utilizzo nella ricerca in psicoterapia, e ai requisiti per il training. Per ogni strumento considerato, abbiamo tentato di includere una disamina delle finalità della misura, una discussione sulle scale e sui punteggi che lo strumento produce, informazioni sulle modalità di somministrazione (per esempio, autosomministrati, basati su report narrativi, basati su interviste), dettagli sulle proprietà psicometriche di ciascuna misura e, quando appropriato, le modalità attraverso le quali lo strumento è stato inizialmente utilizzato per studiare le psicoterapie psicodinamiche. Questo capitolo non è in alcun modo esaustivo, in quanto molte misure appropriate non sono state prese in considerazione. Esso, inoltre, fa da compendio a Siefert, DeFife e Baity (2009) che descrive gli strumenti di valutazione del processo rilevanti per la ricerca in psicoterapia psicodinamica.

#### **LA SOCIAL COGNITIONS AND OBJECT RELATIONS SCALE – GLOBAL RATING METHOD (SCORS-G)**

La Social Cognitions and Object Relations Scale – Global Rating Method (SCORS-G; Westen, 1995; Hilsenroth, Stein, Pinsker, 2004) è un sistema di codifica osservazionale valutato da esperti, che si applica a materiale narrativo. Esso misura quantitativamente le rappresentazioni interne di sé e degli altri dell'individuo, oltre a identificare gli elementi cognitivi, affettivi e motivazionali associati alle relazioni oggettuali. Il cambiamento delle rappresentazioni interne e delle abilità degli individui di concettualizzare sé, gli altri e le relazioni è spesso un obiettivo della psicoterapia psicodinamica. La SCORS-G fornisce un metodo per quantificare queste rappresentazioni e capacità.

Il sistema SCORS-Q originale utilizzava un metodo Q-sort (SCORS-Q) per siglare quattro principali dimensioni delle relazioni oggettuali (Westen, 1995). Hilsenroth e collaboratori hanno recentemente elaborato un programma di

training per l'apprendimento di un metodo di scoring, costruito sul sistema di codifica originale di Westen. Il manuale messo a punto da Hilsenroth e collaboratori (2004) prende in esame le variazioni rispetto alla precedente versione di Westen, fornisce istruzioni per la siglatura, include indicazioni specifiche su come impostare un programma di training per i codificatori, presenta esemplificazioni di contenuto narrativo da siglare, e specifici criteri "target" da soddisfare prima dell'uso effettivo della SCORS-G. Esso include inoltre istruzioni dettagliate per analizzare statisticamente l'attendibilità tra valutatori. Questa versione comprende anche un totale di otto domini (Hilsenroth, Stein, Pinsker, 2004). I domini sono i seguenti:

- Complessità delle rappresentazioni (COM),
- Qualità affettiva delle rappresentazioni (AFF),
- Investimento emotivo nelle relazioni (EIR),
- Investimento emotivo nei valori e negli standard morali (EIM),
- Comprensione della causalità sociale (SC),
- Esperienza e gestione degli impulsi aggressivi (AGG),
- Autostima (SE),
- Identità e coerenza del Sé (ICS).

Anche se tutti i domini sono valutati su una scala likert a 7 punti, ciascuno di essi ha specifiche indicazioni di riferimento per ogni scala. Punteggi più bassi sono sempre indicativi di un funzionamento meno adattivo. Per esempio, per il dominio dell'autostima (SE), un punteggio pari a 1 indica che il soggetto vede se stesso come ripugnante, malvagio, nocivo o globalmente cattivo. Un punteggio pari a 3 indica che il soggetto ha bassa autostima o è irrealisticamente grandioso. Un punteggio pari a 5 indica che è stata impiegata dal soggetto una gamma di sentimenti positivi e negativi per descrivere il sé. Infine, un punteggio pari a 7 indica che il soggetto tende ad avere sentimenti relativamente positivi riguardo a se stesso. Le descrizioni complete di questi domini, il metodo di valutazione globale, i dettagli sulla somministrazione, le procedure di scoring e le esemplificazioni per il training possono essere reperite nei manuali elaborati da Westen (1995) e da Hilsenroth e collaboratori (2004). Una copia del format di codifica della SCORS è disponibile nell'Appendice a questo capitolo.

I punteggi relativi ai domini della SCORS-G possono essere usati a livello del dominio o a un livello più globale (Hilsenroth, Stein, Pinsker, 2004). Quindi, se sono prese in considerazione dieci storie (del TAT, per esempio), gli otto domini sono codificati per *ciascuna storia*. I punteggi globali del dominio sono poi calcolati attraverso la media dei punteggi ottenuti per le diverse storie. Infine, questi punteggi possono essere aggregati per formare un punteggio totale nella Global Rating Scale (GRS, Scala di valutazione globale), dato dalla somma dei punteggi ottenuti in tutti i domini. Nonostante fosse stato originariamente sviluppato per codificare i racconti prodotti in risposta a figure

evocative, ricercatori successivi hanno esteso con successo il metodo SCORS-G alla valutazione di narrazioni prodotte a proposito di sogni (Eudell-Simmons, Stein, DeFife et al., 2005), interviste di psicoterapia (Stein, Hilsenroth, Pinsker-Aspen et al., 2009) e ricordi precoci (Slavien, Stein, Pinsker-Aspen et al., 2007). Il limite di tempo richiesto per raccogliere e siglare i resoconti varia in funzione del metodo di raccolta dei dati impiegato.

Molti ricercatori indipendenti hanno dimostrato che una volta che i siglatori sono stati formati con successo all'uso dello strumento, le narrazioni possono essere valutate con la SCORS-G in modo affidabile. Westen ha riportato i valori dei coefficienti alpha di Cronbach, che variano da .80 a .90, e alti livelli di attendibilità tra valutatori (*interrater reliability*) per i domini della SCORS-Q (Westen, 1995). Indagini ulteriori hanno prodotto risultati simili. Per esempio, Stein e collaboratori (2009) hanno ottenuto valutazioni SCORS-G relative alle narrazioni di ricordi precoci in un campione clinico e riportato coefficienti di correlazione intra-classe (ICCs) per gli otto domini della SCORS-G che variano da buono (per esempio, .60) a eccellente (per esempio, .84). Ackerman e collaboratori (1999, 2001) hanno riportato coefficienti di attendibilità tra siglatori molto simili per le valutazioni SCORS-G di resoconti narrativi in campioni clinici. Le stime dell'attendibilità tra valutatori nei differenti studi si collocano generalmente nel range buono-eccellente, nonostante le notevoli differenze rispetto ai campioni, ai livelli di patologia e alle tipologie dei materiali narrativi utilizzati (Huprich, Greenberg, 2003).

La validità di costrutto della SCORS-Q è stata dimostrata in diversi modi (Huprich, Greenberg, 2003). Le valutazioni con la SCORS-G hanno mostrato connessioni con altre scale designate a valutare il funzionamento interpersonale disadattivo. Le valutazioni con la SCORS-Q mostrano una convergenza con scale di valutazione simili, che misurano le rappresentazioni oggettuali, i meccanismi di difesa e il comportamento in soggetti psichiatrici non istituzionalizzati (Porcerelli, Shahar, Blatt et al., 2004). Le valutazioni con la SCORS-Q mostrano anche una convergenza con le valutazioni self-report rispetto alla psicopatologia descritta nell'Asse II del DSM-IV (Porcerelli, Cogan, Hibbard, 1998). Stein e collaboratori (2009) hanno rilevato che i profili alla SCORS-G dei resoconti di ricordi precoci erano associati a problematiche interpersonali autoriferite e al funzionamento relazionale complessivo valutato dal clinico al momento dell'assessment iniziale in un campione clinico di pazienti che chiedevano una terapia. Quindi, le valutazioni con la SCORS-Q e -G sono associate alle valutazioni dei clinici relative al funzionamento relazionale e sociale complessivo (Stein, Hilsenroth, Pinsker-Aspen et al., 2009; Porcerelli, Shahar, Blatt et al., 2004) e alle valutazioni self-report rispetto a problematiche di personalità (Stein, Hilsenroth, Pinsker-Aspen et al., 2009; Porcerelli, Cogan, Hibbard, 1998).

I profili SCORS-G si differenziano anche in base al tipo di psicopatologia. Degno di nota è il fatto che essi si distinguono a proposito di patologie che,

si pensa, differiscano in base a specifiche relazioni oggettuali. Per esempio, i pazienti con disturbo borderline di personalità (*borderline personality disorder*, BPD) ottenevano punteggi SCORS-Q più bassi ai domini della complessità delle rappresentazioni, degli investimenti emotivi nelle relazioni, della qualità affettiva delle relazioni, e presentavano un maggior bisogno di gratificazione rispetto a pazienti senza BPD e a campioni di controllo non-clinici (Westen, Lohr, Silk et al., 1990). Allo stesso tempo, Ackerman e collaboratori (1999) hanno riscontrato che pattern di relazioni oggettuali, valutati con la SCORS-G, distinguevano differenti tipi di patologie del cluster B (dell'Asse II del DSM-IV) in un campione di pazienti ambulatoriali visti in psicoterapia.

La SCORS-G e -Q è stata prontamente utilizzata nella ricerca in psicoterapia. Ford e collaboratori (1997) hanno rilevato che bassi punteggi ottenuti alla SCORS-Q nella fase di pre-trattamento rispetto alla qualità globale delle relazioni oggettuali erano associati a scarse risposte al trattamento (per esempio, una remissione della sintomatologia e un miglioramento della qualità della vita inferiori) in pazienti istituzionalizzati. Ackerman e collaboratori (2001) hanno inoltre riscontrato che pazienti che presentavano punteggi più bassi alla SCORS-Q per la qualità affettiva delle relazioni oggettuali, ma più alti per capacità a investire emotivamente nelle relazioni, tendevano a rimanere in psicoterapia psicodinamica più a lungo. Rispetto alla sensibilità dello strumento al cambiamento in funzione del trattamento, Fowler e collaboratori (2004) hanno rilevato che pazienti psichiatrici istituzionalizzati che avevano ricevuto una psicoterapia psicodinamica intensiva per oltre sedici mesi evidenziavano cambiamenti significativi nei punteggi globali alla SCORS-Q, oltre a quelli di specifici domini (COM, SC, SE e ICS). Porcerelli e collaboratori (2004) hanno riportato risultati simili in pazienti che avevano ricevuto quindici mesi di terapia psicodinamica intensiva in una struttura privata. Questi studi suggeriscono che la SCORS-G sia una misura sensibile nel rilevare il cambiamento in psicoterapia.

La SCORS-G ha molteplici vantaggi che la rendono particolarmente interessante per i ricercatori in psicoterapia psicodinamica. Essa misura chiaramente costrutti associati alle relazioni oggettuali e, a oggi, i dati sulle sue qualità psicometriche sostengono la validità convergente e di costrutto dello strumento. Essa fornisce un punteggio globale oltre a punteggi per le specifiche dimensioni delle relazioni oggettuali. Le sue caratteristiche psicometriche sono solide e molti ricercatori, da prospettive differenti, hanno riportato un accordo tra valutatori che va da buono a eccellente a livello dei singoli item. Le valutazioni con la SCORS-G possono essere ottenute attraverso molteplici tecniche intese a ottenere materiale narrativo dall'individuo, sebbene sia possibile che il metodo utilizzato possa avere un differente impatto sulle valutazioni (Fowler, Hilsenroth, Handler, 1996). Le valutazioni con la SCORS-G non sono basate esclusivamente sui resoconti del paziente. Pertanto, potrebbe essere particolarmente interessante da applicare a campioni di

soggetti che possono presentare difficoltà nel descrivere accuratamente se stessi o nel parlare della loro personalità. D'altro canto, la SCORS-G richiede un investimento in termini di tempo nella formazione e nell'addestramento dei valutatori per garantirne l'affidabilità. Non sono disponibili regole generali, e neanche regole basate su metodi di raccolta delle narrazioni. Non siamo inoltre a conoscenza di studi che abbiano esaminato la stabilità test-retest delle valutazioni della SCORS-G.

### LA SHEDLER-WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE (SWAP)

La Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP; Westen, Shedler, 1999a, 1999b) è uno strumento di valutazione della personalità sana e patologica, designato a fornire ai clinici di qualsivoglia orientamento teorico un "vocabolario" standard utile alla formulazione del caso (Shedler, Westen, 2007). Essa può essere utilizzata per identificare pattern cognitivi, affettivi, relazionali e comportamentali relativamente stabili e disadattivi, che il trattamento può tentare di modificare. È anche una misura delle capacità intrapsichiche e delle risorse che favoriscono un funzionamento sano. È poi uno strumento che valuta caratteristiche della personalità sia globali sia specifiche. Pertanto, può essere utilizzata dai ricercatori in psicoterapia psicodinamica interessati a studiare le modalità secondo le quali le capacità caratteriali o strutturali di un individuo cambiano con il trattamento.

La SWAP è costituita da 200 item, ciascuno dei quali può descrivere un determinato paziente molto bene, abbastanza bene o per nulla. Il clinico o un valutatore esperto ordinano le affermazioni in 8 categorie: da quelle che sono maggiormente descrittive (a cui si assegna il valore 7) a quelle che non sono descrittive affatto (a cui si assegna il valore 0). Quindi, la SWAP attribuisce un punteggio da 0 a 7 a ciascuna delle 200 variabili descrittive della personalità. Il "vocabolario standard" della SWAP consente ai clinici di fornire formulazioni psicologiche profonde dei pazienti in una forma sistematica e quantificabile, e garantisce che tutti i clinici prestino attenzione allo stesso spettro di fenomeni clinici. Gli item della SWAP sono scritti in una forma che si approssima all'osservazione clinica (per esempio, "Tende a partecipare a scontri di potere", o "Sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un'intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell'altra persona"), e quelle che richiedono un certo livello di inferenza sui processi interni sono formulate in un linguaggio chiaro, privo di ambiguità (per esempio, "Tende a vedere negli altri sentimenti e impulsi che non accetta in se stesso/a"). Scrivere gli item in una forma non gergale minimizza la possibile inattendibilità delle interpretazioni e produce un set di affermazioni utili ai clinici di ogni prospettiva teorica. Una Intervista Clinico-Diagnostica (CDI) sistematica (Shedler, Westen, 2007; Westen, Muderrisoglu, 2003)

(vedi capitolo 16), che può essere somministrata in circa due ore e mezza, fornisce informazioni sul paziente sufficienti a valutare quest'ultimo con la SWAP in modo valido e attendibile. L'intervista può essere usata in contesti sia clinici sia di ricerca. Quando l'intervista non viene utilizzata, i clinici possono generalmente effettuare la valutazione con la SWAP dopo cinque o più colloqui clinici con un paziente.

I profili della SWAP possono essere diagnosticamente ottenuti attraverso una procedura del tipo *matching prototype*, in cui il profilo del paziente è confrontato con 11 Scale di disturbi di personalità. Queste scale sono state derivate attraverso un'ampia indagine condotta su un campione di clinici esperti che hanno creato i profili della SWAP per dieci diagnosi di disturbo di personalità (Westen, Shedler, 1999a, 1999b). Questi stessi clinici hanno anche creato un profilo di un funzionamento sano e adattivo. Quest'ultimo è diventato il profilo dell'"alto funzionamento". La tabella 18.1 include gli esempi di item della SWAP per ciascuna delle Scale dei disturbi di personalità. Va anche osservato che vi sono strategie alternative per sistematizzare e ottenere i punteggi con la SWAP, al fine di valutare varie dimensioni della personalità invece che specifici disturbi (Westen, Muderrisoglu, 2003).

Poiché la SWAP è priva di gergalità e clinicamente esaustiva, ha le potenzialità per fornire un linguaggio utile alla descrizione della patologia di personalità, che può essere usato da qualsiasi osservatore clinico esperto. Gli studi hanno dimostrato che clinici esperti di tutti gli orientamenti teorici comprendono il contenuto degli item e attribuiscono loro un punteggio in modo affidabile. Per esempio, un ampio campione nazionale di 797 psicologi e psichiatri esperti, di differenti approcci teorici, che avevano in media 18 anni di esperienza clinica post-formazione, hanno usato la SWAP per descrivere pazienti con patologia di personalità (Westen, Shedler, 1999a). Questi clinici hanno fornito descrizioni SWAP simili di pazienti con specifici disturbi di personalità, nonostante il loro differente background teorico, e il 72.7% era d'accordo con l'affermazione "Sono stato capace di esprimere molte cose che considero importanti su questo paziente" (la categoria con il punteggio più alto). In uno studio successivo di 1201 psicologi e psichiatri, l'84% "era d'accordo" o "estremamente d'accordo" con l'affermazione: "La SWAP mi ha permesso di esprimere le cose che considero importanti sulla personalità del mio paziente". Anche in questo caso, le valutazioni non erano correlate all'orientamento teorico dei clinici.

Numerosi studi hanno dimostrato la validità e l'attendibilità delle valutazioni effettuate con la SWAP. In questi studi, i livelli di attendibilità delle descrizioni SWAP della personalità variano generalmente in un range compreso tra .75 e .98 (Westen, Shedler, 1999a; Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Marin-Avellan, McGauley, Campbell et al., 2005; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007; Russ, Heim, Westen, 2003). La SWAP predice una gamma di variabili-criterio esterne rilevanti, da quelle relativamente



**Tabella 18.1** Scale dei disturbi di personalità della SWAP con gli item esemplificativi.

<b>Scale dei disturbi di personalità</b>	<b>Item esemplificativi</b>
Paranoide	È sospettoso/a; tende a pensare che gli altri vogliano danneggiarlo/a, ingannarlo/a, cospirare contro di lui/lei, o tradirlo/a. Tende a tenere il broncio; può legarsi al dito insulti e offese per molto tempo.
Schizoide	Sembra non aver bisogno della compagnia e del contatto umano; è proprio indifferente alla presenza degli altri. Sembra avere una gamma di emozioni limitata o ristretta.
Schizotipico	La sua percezione della realtà può deteriorarsi gravemente sotto stress (per esempio, può diventare delirante). Ha scarse capacità sociali; nelle situazioni sociali tende a comportarsi in modo goffo e inappropriato.
Antisociale	Tende a comportarsi in modo illegale o criminale. Tende a dimostrare una sconsiderata indifferenza verso i diritti, la proprietà o la sicurezza degli altri.
Borderline	Le sue emozioni tendono a cambiare rapidamente e in modo imprevedibile. Le sue emozioni tendono a crescere vertiginosamente sino a sfuggire al suo controllo, sfociando così in sentimenti estremi di angoscia, tristezza, rabbia, eccitazione ecc.
Istrionico	Esprime le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali. Vuole essere al centro dell'attenzione.
Narcisistico	Si sente esageratamente importante (per esempio, si sente speciale, superiore, straordinario o invidiato). Sembra che si senta privilegiato/a e di avere tutti i diritti; si aspetta un trattamento preferenziale.
Evitante	Tende a sentirsi inadeguato/a, inferiore o fallito/a. Tende a considerarsi un emarginato/a o un/una outsider.
Dipendente	Ha paura della solitudine; fa di tutto per non restare solo/a. Tende a ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere (per esempio, può acconsentire a cose che non condivide o fare cose che non vuole perché spera, in questo modo, di guadagnare il sostegno o l'approvazione altrui).
Ossessivo-compulsivo	Tende a interessarsi eccessivamente ai dettagli sino a perdere di vista ciò che è davvero significativo in una data situazione. Si dedica al lavoro e alla produttività in maniera eccessiva a scapito del tempo libero e delle relazioni.
Alto funzionamento	Apprezza e sa rispondere all'umorismo. Riesce a stringere amicizie intime e di lunga durata caratterizzate da sostegno reciproco e condivisione delle esperienze.



oggettive ad altre che richiedono un maggior grado di inferenza. Esse includono, per esempio, la storia di tentativi di suicidio e di ospedalizzazioni psichiatriche; il funzionamento adattivo valutato attraverso misure come l'indice del Global Assessment Functioning (Valutazione globale del funzionamento); comportamenti aggressivi; la mancanza di coinvolgimento in psicoterapia; variabili relative alla storia familiare, come la presenza di psicosi in parenti di primo o secondo grado; e variabili evolutive, incluso l'essere stati allevati da genitori o tutori con abuso di sostanze, nonché una storia di abusi fisici nell'infanzia; di abusi sessuali nell'infanzia, e problemi relativi al legame con le figure genitoriali e all'attaccamento (Shedler, 2010; Westen, Shedler, 1999a; Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Marin-Avellan, McGauley, Campbell et al., 2005; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007; Russ, Heim, Westen, 2003; Shedler, Westen, 2004). Inoltre, la SWAP non misura semplicemente la psicopatologia della personalità, ma include anche un Indice di funzionamento sano empiricamente derivato, che definisce e operazionalizza la salute mentale in una maniera consensualmente condivisa da professionisti clinici, indipendentemente dagli orientamenti teorici (Shedler, 2010; Westen, Shedler, 1999a, 1999b).

Sebbene la SWAP misuri i problemi di personalità associati a varie forme di psicopatologia e comportamenti disadattivi, così come le capacità intrapsichiche e i punti di forza psicologici atti a preservare la salute mentale e il benessere, pochi studi hanno usufruito delle potenzialità della SWAP come misura di cambiamento. Due studi, tuttavia, hanno prodotto risultati che supportano l'adeguatezza della SWAP come misura di esito terapeutico. Il primo è uno studio *single-case* su una donna con diagnosi di disturbo borderline di personalità, valutata con la SWAP da valutatori indipendenti (non dal clinico che ha condotto il trattamento) all'inizio del trattamento e, di nuovo, dopo due anni di terapia psicodinamica (Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006). Oltre a riduzioni significative nelle scale SWAP che misurano la psicopatologia, il punteggio ottenuto dalla paziente all'Indice di funzionamento sano è risultato aumentato di circa due deviazioni standard nel corso del trattamento, indicando che la paziente mostrava una maggiore capacità di empatia e una più adeguata sensibilità nel comprendere i bisogni e i sentimenti degli altri; un'accresciuta capacità di saper riconoscere punti di vista alternativi, anche quando le emozioni diventavano intense; una maggiore capacità di tranquillizzarsi e calmarsi da sola; un'accresciuta capacità di essere consapevole delle conseguenze delle proprie azioni; e un processo di maturazione derivato dall'elaborazione di esperienze dolorose del passato.

La SWAP è stata anche utilizzata per confrontare un piccolo campione di pazienti all'inizio di un trattamento psicoanalitico con un gruppo appaiato di pazienti al termine del percorso analitico (Cogan, Porcerelli, 2005). Il gruppo alla fine del percorso psicoanalitico presentava punteggi significativamente più bassi agli item che descrivevano depressione, ansia, colpa,

vergogna, sentimenti di inadeguatezza e paura del rifiuto, ma significativamente più alti agli item SWAP che descrivevano punti di forza adattivi e benessere psicologico, inclusi una maggiore tendenza a mettersi in gioco e a provare piacere nel raggiungere i propri obiettivi, l'accresciuta capacità di far uso dei propri talenti e risorse, un maggior senso di soddisfazione nelle attività della vita quotidiana, un'accresciuta empatia nei confronti degli altri, e una maggiore assertività e senso di efficacia nelle relazioni interpersonali.

Per una discussione tecnicamente più esaustiva dei punti di forza e di debolezza psicometrici della SWAP, vedi Westen e Shedler (2007). Questi autori approfondiscono la metodologia Q-sort, nonché le implicazioni del sistema di valutazione della SWAP, che si basa su una distribuzione fissa, una tassonomia e la sistematizzazione in scale. Infine, la SWAP non è stata ancora applicata come misura di esito in un ampio campione longitudinale o in studi clinici controllati, sebbene le ricerche discusse in precedenza forniscano evidenze che suggeriscono sia la stabilità temporale delle valutazioni, sia la sensibilità dello strumento nella misura del cambiamento. Nonostante questi limiti, la SWAP non è uno strumento utile esclusivamente per la diagnosi di personalità e la formulazione del caso, ma è anche un'alternativa valida per studiare cambiamenti significativi in pattern stabili di funzionamento, sia adattivo sia disadattivo, nel corso di trattamenti a lungo termine. Essa risulta particolarmente utile ai ricercatori che sono interessati a indagare le modalità attraverso le quali una terapia riesce a promuovere cambiamenti nel carattere. Molte delle caratteristiche valutate con la SWAP non si modificano facilmente e, anzi, sono abbastanza stabili nel tempo. Quindi, essa può essere molto utile ai ricercatori interessati a studiare in che modo il carattere cambi nel corso del trattamento, e/o ai ricercatori interessati a comprendere in quale modo i trattamenti a lungo termine facilitino modificazioni dei tratti di base della personalità. Il modello della SWAP e il suo grado di precisione la rendono anche una misura estremamente adatta a tradurre in termini quantitativi le formulazioni cliniche. Sebbene sia appropriata per essere impiegata in qualsiasi tipo di disegno di ricerca sull'esito, rispetto alle misure di esito tradizionali essa presenta notevoli vantaggi per comprendere e descrivere il cambiamento del paziente nel corso della terapia. Pertanto, risulta anche molto utile per incrementare la validità scientifica dei disegni di ricerca *single-case* e degli studi su casi clinici.

#### LA DEFENSE MECHANISM RATING SCALES (DMRS)

Le difese psichiche sono state alla base della teoria psicomodinamica fin dai suoi esordi, e sono frequentemente oggetto di indagine e di cambiamento nei trattamenti. La Defense Mechanism Rating Scales (DMRS; Perry, 1990)

è uno strumento osservazionale, che può essere utilizzato da un clinico o da un valutatore esterno. Gli autori della DMRS, Perry e i suoi collaboratori, sono stati anche coinvolti nella messa a punto di un Asse Provvisorio per la valutazione qualitativa delle Difese da includere nell'Appendice B del DSM-IV (APA, 1994), e pertanto non sorprende che vi siano cospicue somiglianze tra la DMRS e questo Asse (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009). Come molti degli strumenti discussi in questo capitolo, la DMRS può essere impiegata in una varietà di disegni di ricerca. Essa è al tempo stesso una misura del funzionamento della personalità e una misura di esito. Può essere utilizzata per disegni di ricerca su gruppi o in studi più specifici, che si focalizzano su singoli individui (vedi anche capitolo 12).

La DMRS include 28 difese ordinate gerarchicamente in sette livelli, che vanno dalle difese meno mature alle difese più mature. La tabella 18.2 mostra i sette livelli difensivi e comprende una lista delle difese incluse in ciascun livello.

L'organizzazione della DMRS è stata basata su una rassegna della letteratura esistente sulle difese psicologiche, seguita da indagini sistematiche che correlavano i livelli difensivi a misure di adattamento, patologia, e/o specifiche difese psicologiche (Perry, Beck, Constantinides et al., 2009; Perry, Høglend, 1998; Blais, Conboy, Wilcox et al., 1996; Hilsenroth, Callahan, Eudell, 2003). La DMRS può essere applicata a resoconti narrativi ed è molto spesso utilizzata per valutare i trascritti *verbatim* delle sedute di psicoterapia. Essa fornisce un punteggio globale per il funzionamento difensivo (Overall Defensive Functioning, ODF) che varia da 1 (meno adattivo) a 7 (più adattivo). Inoltre, è prevista l'attribuzione di un punteggio per ogni specifico livello difensivo. Ciò consente ai ricercatori di studiare il cambiamento a livello globale e in specifiche aree di funzionamento.

Descrizioni accurate di ogni tipo di difesa ed esemplificazioni della lo-

**Tabella 18.2** Livelli difensivi e difese corrispondenti nella DMRS.

<b>Livello difensivo</b>	<b>Difese incluse in questo livello</b>
Livello altamente adattivo	Affiliazione, altruismo, anticipazione, umorismo (humor), autoaffermazione, autosservazione, sublimazione, repressione
Livello ossessivo	Isolamento affettivo, intellettualizzazione, annullamento retroattivo
Livello nevrotico	Rimozione, dissociazione, formazione reattiva, spostamento
Livello di distorsione minore dell'immagine	Onnipotenza, idealizzazione, svalutazione
Livello del disconoscimento	Diniego/negazione, proiezione, razionalizzazione, fantasia autistica
Livello di distorsione maggiore dell'immagine	Scissione dell'immagine degli altri, scissione dell'immagine di sé, identificazione proiettiva
Livello dell'acting	Acting out, aggressione passiva, ipocondriasi

ro concettualizzazione possono essere reperite nel manuale della DMRS, che aiuta i valutatori ad attribuire i punteggi a ogni difesa e a differenziare le difese tra loro (Perry, 1990). A oggi, le indagini sull'attendibilità delle valutazioni con la DMRS sono state generalmente positive con coefficienti per l'ODF che variano da buono a eccellente in diversi studi (Perry, 1990; Perry, Beck, Constantinides et al., 2009; Perry, Høglend, 1998; Blais, Conboy, Wilcox et al., 1996; Hilsenroth, Callahan, Eudell, 2003). Come previsto, i coefficienti di attendibilità sono risultati leggermente più bassi rispetto ai punteggi delle singole difese, seppur compresi all'interno di range accettabili (Hilsenroth, Callahan, Eudell, 2003; Perry, Henry, 2004). Le valutazioni per il livello globale del funzionamento difensivo mostrano un buon grado di stabilità nel tempo, con un R interclasse (*IR*) per l'ODF di .48 per un periodo di cinque settimane (Perry, 2001).

La validità della DMRS è stata dimostrata attraverso numerosi studi (per una rassegna, vedi Perry, 1990). Livelli più bassi del funzionamento difensivo sono stati associati ad alti livelli di sofferenza psicologica, patologia di personalità e difficoltà interpersonali (Blais, Conboy, Wilcox et al., 1996; Hilsenroth, Callahan, Eudell, 2003; DeFife, Hilsenroth, 2005). Poche ricerche hanno utilizzato la DMRS per studiare il cambiamento nelle psicoterapie psicodinamiche (Perry, Henry, 2004). Per esempio, Perry e Høglend (1998) hanno rilevato miglioramenti significativi dell'ODF in individui depressi sottoposti a psicoterapia. Allo stesso modo, in uno studio su 61 pazienti sottoposti a consultazioni psicodinamiche molto brevi (per esempio, quattro sedute), Drapeau e collaboratori (2003) hanno rilevato un incremento significativo dell'ODF e l'uso di difese di livello ossessivo. In uno studio recente, cambiamenti significativi nei punteggi ottenuti all'ODF sono stati osservati in un piccolo campione di pazienti che hanno concluso un trattamento psicoanalitico (Roy, Perry, Luborsky et al., 2009).

La DMRS definisce le difese in modo accurato, può essere appresa abbastanza velocemente, e fornisce punteggi a livelli multipli (ovvero, livello globale, livello difensivo, difese specifiche). È stata applicata in ricerche sui trattamenti, e questi studi possono servire come format per futuri ricercatori. Anche se la DMRS definisce accuratamente le difese, è probabile che una certa familiarità con il costrutto e le tipologie di difese sia un vantaggio per i ricercatori che utilizzano questo strumento. Un certo livello di formazione è richiesto per acquisire la capacità di applicare le scale in modo efficace, e alcuni step dovrebbero essere seguiti per garantire l'attendibilità delle valutazioni prima di applicare lo strumento. Future indagini volte a esaminare in che modo le valutazioni del funzionamento difensivo degli individui variano in funzione del metodo di valutazione (per esempio, valutare colloqui *vs* valutare resoconti narrativi) sarebbero di beneficio per accrescere l'utilità dello strumento. In sintesi, la DMRS è stimolante per i ricercatori interessati ad apprendere in quale modo il funzionamento difensivo pre-

trattamento abbia un effetto sul trattamento e sull'esito, oltre a determinare in quale modo la psicoterapia modifica il funzionamento difensivo individuale nel corso del tempo.

### L'INVENTORY OF INTERPERSONAL PROBLEMS – CIRCUMPLEX (IIP-C)

Modificare il funzionamento interpersonale è un importante obiettivo terapeutico per molti trattamenti orientati all'insight. L'Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer et al., 1988; Horowitz, Alden, Wiggins et al., 2000) è un inventario autosomministrato che identifica gli aspetti problematici del funzionamento relazionale. Quindi, sebbene sia associato a misure dei tratti della personalità e a indici dello stile interpersonale, l'IIP si focalizza su aree che sono problematiche. In altre parole, esso è simile agli strumenti che valutano i sintomi e il disagio psicologico.

Originariamente, l'IIP conteneva 127 item suddivisi in otto sottoscale, che formavano gli ottanti nel modello interpersonale circomplesso. Tuttavia, la versione più ampiamente utilizzata dello strumento contiene 64 item ed è noto come Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex (IIP-C; Alden, Wiggins, Pincus, 1990; Horowitz, Alden, Wiggins et al., 2000). Esistono molte altre versioni brevi dello strumento e misure da esso derivate che contengono gruppi di item designati a raggiungere obiettivi specifici (per esempio, una disamina dei disturbi di personalità) o a mappare una particolare concettualizzazione e/o approcci di dati analitici (Hughes, Barkham, 2005). Quando si sceglie una versione dell'IIP per usi di ricerca, raccomandiamo vivamente di leggere le linee guida e i suggerimenti forniti da Hughes e Barkham (2005, pp. 491-492) per individuare quella più adatta. Sugeriamo inoltre di consultare le indicazioni di Gurtman (2006) per scegliere il metodo di scoring dell'IIP. Per il resto, in questa sezione, ci concentreremo sull'IIP-C.

I 64 item dell'IIP-C sono organizzati in due gruppi: le cose che il soggetto fa in modo eccessivo (gli eccessi; per esempio, "Litigo troppo di frequente con le altre persone") e le cose che il soggetto trova difficoltose da fare (le inibizioni; per esempio, "È difficile per me stare in gruppo") (Alden, Wiggins, Pincus, 1990). Ogni item è valutato su una scala che va da 0 (per niente) a 4 (estremamente vero). L'IIP-C fornisce otto scale. La tabella 18.3 presenta le otto sottoscale oltre a un'esemplificazione degli item per ciascuna di esse.

L'adeguatezza psicometrica dell'IIP-C è stata accuratamente stabilita. I coefficienti alpha relativi alla coerenza interna delle diverse sottoscale variano da .76 a .88 e i valori di attendibilità test-retest per le scale vanno da .58 a .84 (Horowitz, Alden, Wiggins et al., 2000). Alden e collaboratori (1990) hanno riferito che i dati derivanti da ampi campioni non clinici supporta-

**Tabella 18.3** Item esemplificativi di ciascuna scala dell'IIP-C.

Scala	Item esemplificativi
Dominante	Sono eccessivamente aggressivo verso le altre persone. Cerco di tenere eccessivamente sotto controllo le altre persone.
Vendicativo	È difficile per me avere fiducia nelle altre persone. Desidero in modo eccessivo di vendicarmi delle persone.
Freddo	È difficile per me sentire vicine le altre persone. È difficile per me andare d'accordo con le altre persone.
Socialmente evitante	È difficile per me chiedere alle altre persone di stare insieme. Mi sento eccessivamente in imbarazzo di fronte alle altre persone.
Non assertivo	È difficile per me dire a una persona di smetterla di darmi fastidio. È difficile per me essere assertivo con un'altra persona.
Manipolabile	Vengo persuaso molto facilmente dalle altre persone. Ho lasciato che altre persone si approfittassero eccessivamente di me.
Eccessivamente protettivo	Cerco di piacere agli altri in modi eccessivi. Metto troppo di frequente i bisogni delle altre persone prima dei miei.
Intrusivo/invadente	Desidero in modo eccessivo essere notato. È difficile per me rimanere fuori dagli affari altrui.

Tratto da Alden, Wiggins, Pincus, 1990. Versione adattata con l'autorizzazione di Taylor and Francis Group.

no il modello circomplesso dell'IIP-C. Le scale dell'IIP-C hanno mostrato di convergere in modo coerente con misure che individuano costrutti simili in campioni clinici (Gurtman, 2006; Haggerty, Hilsenroth, Vala-Stewart, 2009) e non clinici (Alden, Wiggins, Pincus, 1990; Horowitz, Alden, Wiggins et al., 2000).

L'IIP-C è stato usato dapprima per studiare vari aspetti del processo psicoterapeutico e delle risposte degli individui al trattamento (Gurtman, 2006; Ruiz, Pincus, Borkovec et al., 2004). Infatti, di tutte le misure passate in rassegna in questo capitolo, l'IIP-C è quella più frequentemente applicata per raggiungere gli obiettivi della ricerca sugli esiti. Høglend e collaboratori (Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2008) hanno esaminato i cambiamenti relativi ai problemi interpersonali in un campione clinico eterogeneo, al termine di un anno di psicoterapia psicodinamica. Essi hanno rilevato che il livello globale dei problemi interpersonali riportati all'IIP-C decresceva nel corso del trattamento psicodinamico. Allo stesso modo, Paley e collaboratori (2008) hanno usato una forma breve dell'IIP-C, l'IIP-32, in un campione naturalistico di pazienti sottoposti a un trattamento psicodinamico-interpersonale, e hanno rilevato che il trattamento a lungo termine era associato a un miglioramento clinicamente significativo nel funzionamento interpersonale misurato con questo strumento. In un campione di pazienti con di-



sturbo d'ansia generalizzata (*generalized anxiety disorder*, GAD) che avevano concluso sedici sedute di psicoterapia supportiva-espressiva focalizzata psicodinamicamente, Crits-Cristoph e collaboratori (2005) hanno riscontrato che il trattamento migliorava il funzionamento interpersonale globale rilevato mediante l'IIP-C, e hanno rilevato inoltre miglioramenti significativi tra le fasi pre-post trattamento in specifiche sottoscale: Non assertivo, Manipolabile, Eccessivamente protettivo, Socialmente evitante e Intrusivo/invadente. Quindi, in studi indipendenti e in popolazioni di pazienti, l'IIP-C ha mostrato di essere in grado di rilevare il cambiamento in psicoterapia.

Chiaramente, vi sono molte ragioni per cui l'IIP-C è stato frequentemente utilizzato. Innanzitutto, esso possiede solide proprietà psicometriche e ricercatori indipendenti hanno più volte rilevato che l'IIP-C risulta attendibile nel tempo, sensibile al cambiamento, convergente con strumenti simili, e predittivo del percorso e dell'esito terapeutico. L'IIP-C è stato efficacemente applicato in campioni clinici generali, campioni clinici specifici, e campioni non clinici. Ha punteggi normativi di riferimento per popolazioni sia cliniche, sia non cliniche. È facile da somministrare e richiede una formazione minima per lo scoring. Infine, fornisce una valutazione globale del funzionamento interpersonale, oltre alla valutazione specifica di dimensioni relazionali che consentono di indagare i cambiamenti più globali nei rapporti interpersonali, specifiche aree di cambiamento, o entrambi. Lo strumento ha davvero pochi aspetti negativi. Naturalmente, come molte misure self-report, gli item hanno un alto livello di validità di facciata ed è facile determinare lo scopo dell'item, aumentando probabilmente la vulnerabilità della misura alla falsificazione. Inoltre, come tutti gli strumenti presentati in questo capitolo, esso non include alcuna scala di validità capace di rilevare risposte incoerenti, bizzarre, o false risposte. In generale, gli aspetti negativi di questo strumento sono abbastanza limitati e i punti di forza sono molti. Il miglioramento nel funzionamento sociale e relazionale è stato considerato un importante indicatore di esito della psicoterapia psicodinamica, ed è altamente probabile che l'IIP-C continuerà a essere lo strumento self-report di elezione per studiare in quale modo le psicoterapie psicodinamiche promuovono miglioramenti in questo ambito.

### L'ADULT ATTACHMENT INTERVIEW (AAI)

Un presupposto fondamentale della teoria dell'attaccamento è che le esperienze con i caregiver influenzano le relazioni future, le aspettative relative agli altri e le rappresentazioni del sé, attraverso la formazione dei modelli rappresentazionali interni. George e collaboratori (2006) hanno sviluppato una procedura di somministrazione di un'intervista, l'Adult Attachment Interview, per valutare "lo stato della mente rispetto alle relazioni di attac-



camento” negli adulti. L’AAI può essere usata per molteplici scopi, uno dei quali è aiutare a comprendere in quale modo la psicoterapia può cambiare le rappresentazioni dell’attaccamento (Steele, Steele, 2008).

L’AAI è uno strumento basato su un’intervista semi-strutturata di un’ora. L’intervista si focalizza sulle esperienze di attaccamento precoci, così come sulle esperienze relazionali adulte. I soggetti sono incoraggiati a esplorare e discutere pensieri, sentimenti e ipotesi sulle modalità attraverso le quali le esperienze relazionali del passato hanno avuto effetto su di loro. L’intervistatore pone anche alcune domande, per ottenere prove che corroborino le affermazioni fornite dal soggetto. L’AAI comprende 20 domande insieme ad alcune indagini standardizzate. Per esempio, si chiede agli intervistati di fornire cinque aggettivi per descrivere le loro relazioni con ciascun genitore, e successivamente si chiede di fornire esempi ed esperienze relazionali che supportino questi aggettivi. In linea con la teoria dell’attaccamento, viene anche chiesto agli intervistati in quale modo i genitori rispondessero ai loro bisogni e vengono poste domande su esperienze di perdite, separazioni e rifiuti. Per somministrare correttamente l’AAI, l’intervista deve essere condotta da un intervistatore addestrato e deve essere trascritta *verbatim* per la codifica. I trascritti devono essere valutati da un siglatore esperto, che fornisce le valutazioni alle sottoscale, che esitano successivamente in una categoria di attaccamento. L’AAI classifica gli individui come Sicuri/autonomi, Distanzianti, invischiati/preoccupati, Irrisolti/disorganizzati, o Non classificabili (Hesse, 1999). La categoria dell’attaccamento irrisolto/disorganizzato può essere data in aggiunta alla sigla di un altro pattern, oppure può essere attribuita come sigla del pattern primario.

Il percorso di formazione per la codifica dell’AAI è abbastanza rigoroso, il che probabilmente spiega, in parte, l’alta qualità delle ricerche che sono state condotte con questo strumento. Ai codificatori è richiesto di completare un periodo di training minimo di due settimane e bisogna raggiungere un accordo uguale o maggiore dell’80% con 30 trascritti standard dell’AAI codificati da esperti (Hesse, 2008). Il training è essenziale per questo strumento, in quanto la sua unità di analisi è complessa, perché prende in considerazione le caratteristiche strutturali del linguaggio (per esempio, la coerenza dei racconti) piuttosto che il contenuto in sé. L’attuale sistema di codifica dell’AAI implica anche un notevole dispendio di tempo e di risorse, e sono spesso richieste sei-otto ore per completare una codifica. Inoltre, al momento, il manuale dell’AAI è disponibile solo per codificatori autorizzati dall’AAI Institute. Benché l’AAI sia tipicamente impiegata per classificare i soggetti nelle specifiche categorie dell’attaccamento e valutare alcune determinate aree di funzionamento (per esempio, la coerenza dei racconti), è stato provato, sulla base di analisi tassometriche, che l’attaccamento può essere rappresentato dimensionalmente, e sono disponibili numerose modalità di valutazione di questo tipo (Roisman, Fraley, Belsky, 2007).

Le proprietà psicometriche dell'AAI sono state ampiamente studiate (Hesse, 2008; Roisman, Fraley, Belsky, 2007) e sono notevoli, specialmente per un sistema di codifica basato su un'intervista ottenuta verbalmente. Sono state condotte e codificate secondo l'AAI oltre 10.000 interviste, e vi sono informazioni dettagliate sulle distribuzioni delle rappresentazioni dell'attaccamento in popolazioni cliniche e non cliniche, nonché sui fattori che hanno un effetto sull'attaccamento (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2009). L'attendibilità test-retest e l'accordo tra valutatori sono risultati consistenti per differenti popolazioni di pazienti e trasversali ai diversi studi (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 1993; Sagi, van IJzendoorn, Sharf et al., 1994; Waters, Hamilton, Weinfield, 2000). Inoltre, le categorie dell'attaccamento individuate attraverso l'AAI non sembrano essere associate a ricordi indipendenti dall'attaccamento o ad altre variabili non associate a quest'ultimo, quali il QI, le abilità verbali e la desiderabilità sociale (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 1993; Sagi, van IJzendoorn, Sharf et al., 1994). Le classificazioni dell'AAI sono risultate stabili su brevi (alcuni mesi) e lunghi periodi (alcuni anni) (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2009, 1993; Sagi, van IJzendoorn, Sharf et al., 1994; Waters, Hamilton, Weinfield, 2000; Allen, McElhaney, Kuperminc et al., 2004).

Vi sono fin troppe ricerche sulla validità dell'AAI per esaminarle in questa sede; i lettori sono dunque invitati ad approfondirle su rassegne recenti (Steele, Steele, 2008; Hesse, 2008). Una breve analisi di alcuni risultati chiave è esposta di seguito. Le categorie AAI dei genitori, ottenute prima della nascita dei figli, si sono mostrate predittive della qualità delle successive relazioni bambino-genitore (Main, Hesse, Kaplan, 2005). Nella sua meta-analisi di 18 studi, van IJzendoorn (1995) ha rilevato un accordo di circa il 70% tra le classificazioni all'AAI dei genitori e lo stato dell'attaccamento dei loro bambini. Waters e collaboratori (2000) hanno dimostrato che le valutazioni dell'attaccamento del bambino, basate sulla codifica del comportamento, presentano un consistente accordo con le classificazioni dell'attaccamento adulto ottenute 20 anni dopo, mediante l'AAI. Un'osservazione interessante risiede nel fatto che le valutazioni e la classificazione dell'AAI non sono sempre in stretto accordo con le misure self-report dell'attaccamento adulto (Roisman, Fraley, Belsky, 2007). Questo può essere in parte il risultato di differenze nel metodo di misurazione, oltre che dei costrutti specifici individuati attraverso questo strumento.

Pochi studi hanno utilizzato l'AAI per valutare gli effetti della psicoterapia. Tuttavia, due studi sono degni di nota. In uno studio controllato randomizzato con pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità, Levy e collaboratori (2006) hanno rilevato una maggiore probabilità che i pazienti borderline sottoposti a psicoterapia focalizzata sul transfert (*transference focused psychotherapy*, TFP) si spostassero verso un'organizzazione dell'attaccamento più sicura, valutata in una AAI condotta dopo 12 mesi di

trattamento, rispetto a pazienti simili che avevano ricevuto una terapia dialettico-comportamentale (*dialectical behavior therapy*, DBT) o una psicoterapia psicodinamica modificata. L'AAI è stata usata anche in disegni di ricerca *single-case*. Per esempio, Gullestad (2003) presenta i dati dell'AAI pre-post trattamento relativi a un singolo paziente, sottoposto a una psicoanalisi a quattro sedute a settimana, che ha dato luogo a cambiamenti in numerosi aspetti specifici del suo discorso valutato mediante l'AAI, dal tempo 1 (pre) al tempo 2 (post).

L'AAI è uno strumento di ricerca potente, che ha grandi potenzialità per la ricerca in psicoterapia psicodinamica. Le sue proprietà psicometriche sono solide e gli autori hanno saggiamente sviluppato un programma di formazione rigoroso per garantire la fedeltà della valutazione. Tutto questo si è concretizzato in un imponente numero di studi di validità, che associano coerentemente la classificazione e i punteggi dell'AAI a variabili fondamentali (per esempio, lo stato del genitore è altamente correlato allo stile di attaccamento del bambino). Mentre molti autori hanno evidenziato la possibilità che lo strumento abbia una molteplicità di applicazioni cliniche (Jurist, 2005), gli studi sull'esito che fanno uso dell'AAI continuano a essere piuttosto rari. In parte, questo può riflettere il fatto che l'AAI implica un impegno in termini di tempi, risorse e sforzi per la somministrazione e la valutazione. Eppure, dato il suo particolare focus sulle rappresentazioni interne, l'AAI dovrebbe essere considerata tra le misure di esito più appropriate a disposizione per lo studio del cambiamento nelle terapie orientate all'insight.

### LA REFLECTIVE FUNCTIONING SCALE (RFS)

Il concetto di funzione riflessiva è derivato, in parte, dall'integrazione della ricerca sulla teoria e sulle osservazioni cliniche relative all'attaccamento, e la ricerca incentrata su individui con notevoli difficoltà nella regolazione affettiva, nelle strategie di coping, nell'identità e nel funzionamento interpersonale. Esso si riferisce alla capacità dell'individuo di comprendere le reazioni e i comportamenti altrui, in termini di stati mentali impliciti (per esempio, intenzioni, motivazioni, affetti). Questo costrutto, definito anche "mentalizzazione", è considerato da molti uno dei fondamentali benefici che possono derivare da una psicoterapia psicodinamica (Jurist, 2005). La Reflective Functioning Scale (RFS) è stata sviluppata da Fonagy e collaboratori (2006) per valutare la capacità di mentalizzare. Il suo sistema di valutazione è basato sulla codifica delle narrazioni ottenute attraverso la Adult Attachment Interview.

La RFS è una scala supplementare, che può essere impiegata in combinazione con l'AAI. Usando i trascritti *verbatim* dell'AAI, i valutatori formati all'uso di questo strumento attribuiscono all'intervistato un singolo pun-

teggio compreso tra 1 (molto basso) e 9 (molto alto), relativo al livello di funzione riflessiva. Anche se l'AAI è generalmente impiegata per la valutazione della RFS, altri autori hanno utilizzato approcci alternativi (Rudden, Milrod, Target et al., 2006). Le caratteristiche psicometriche della RFS sono collocate in un range da adeguate a solide. Per esempio, nelle ricerche iniziali sul grado di accordo tra siglatori, coppie di rater hanno registrato correlazioni maggiori di .80 (Fonagy, Steele, Steele et al., 2006). Anche successivi ricercatori indipendenti formati alla codifica della RFS hanno prodotto punteggi attendibili. Per esempio, Bouchard e collaboratori (2008) hanno riportato correlazioni per coppie di valutatori maggiori di .80 utilizzando 22 trascritti delle AAI. Rudden e collaboratori (2006) hanno riportato livelli di affidabilità tra codificatori collocati in un range eccellente (per esempio, ICC = .74) per questo strumento.

Prove a sostegno della validità convergente della RFS sono state ottenute da studi che dimostravano un accordo con misure simili di mentalizzazione o di capacità riflessiva. Per esempio, Bouchard e collaboratori (2008) hanno dimostrato che i punteggi della RFS erano correlati ad altri strumenti di valutazione della mentalizzazione basati su narrazioni. Come previsto teoricamente, in questo studio i punteggi della RFS erano negativamente associati a misure indipendenti di difese meno adattive e alla concretezza delle narrazioni. Rispetto alla validità di costrutto, Fonagy e collaboratori (1991) hanno rilevato che i punteggi della RFS mediavano la relazione tra la classificazione dell'attaccamento genitoriale ottenuta con l'AAI e lo stato dell'attaccamento dei figli. In questo studio, genitori insicuri che avevano figli con attaccamento sicuro tendevano ad avere punteggi più alti alla RFS. Slade e collaboratori (2005) hanno fornito dati a dimostrazione del fatto che livelli più alti di funzione riflessiva nelle madri sono associati a pattern di attaccamento madre-bambino più sicuri. La funzione riflessiva è stata anche associata allo sviluppo di patologie attraverso modalità teoricamente prevedibili. Per esempio, Fonagy e collaboratori (1996) hanno rilevato che pazienti con una storia traumatica e scarsa funzione riflessiva erano ad altissimo rischio per l'insorgenza di un BPD, mentre pazienti con una storia traumatica e livelli di funzione riflessiva più alti erano potenzialmente meno a rischio.

In modo simile all'AAI, pochi studi hanno impiegato la RFS per studiare l'esito dei trattamenti. Levy e collaboratori (2006) hanno rilevato che, dopo un anno di terapia, i pazienti con disturbo borderline di personalità sottoposti alla TFP avevano maggiori probabilità di mostrare punteggi migliori alla RFS rispetto a pazienti simili sottoposti a un trattamento supportivo, piuttosto che alla DBT. Rudden e collaboratori (2006) hanno usato la RFS per indagare il cambiamento nella funzione riflessiva in un campione di pazienti assegnati in modo casuale a un trattamento psicodinamico per il disturbo di panico o a un trattamento di rilassamento. I punteggi alla RFS non sono stati ottenuti sulla base delle interviste dell'AAI, ma sono stati at-

tribuiti in risposta alle narrative derivate da un'intervista semi-strutturata molto breve, che includeva alcune "demand questions"<sup>1</sup> dell'AAI. Sebbene non siano state rilevate variazioni nelle valutazioni globali alla RFS, sono stati ottenuti cambiamenti nella funzione riflessiva specifici per i sintomi associati al panico.

Analogamente all'AAI, sebbene la RFS abbia chiare potenzialità e possibilità di applicazione negli studi sugli esiti della psicoterapia, il suo utilizzo è stato abbastanza limitato. Quindi, è difficile valutare la capacità di questo strumento di rilevare un cambiamento. La scala è stata pensata per essere utilizzata con l'AAI, e pertanto, come abbiamo detto, lo scarso utilizzo negli studi sull'esito può riflettere i costi, i tempi e la formazione necessari all'impiego di questo strumento. Meehan e collaboratori (2009) hanno presentato i dati preliminari di un sistema di codifica di 50 item recentemente sviluppato, basato sulla RFS: la Reflective Functioning Rating Scale (RFRS). La RFRS è stata elaborata per fornire una valutazione più microanalitica dei fattori che contribuiscono al funzionamento riflessivo ed è stata anche progettata in modo da poter essere applicata a un'ampia gamma di materiali basati su narrazioni. Un potenziale vantaggio della RFRS è il maggior numero di item che possono consentire di valutare più accuratamente le proprietà psicometriche della scala e, nel tempo, potranno fornire una comprensione più analitica della funzione riflessiva. Le ricerche iniziali su questo strumento sembrano molto promettenti, anche se sono senza dubbio necessari ulteriori studi.

### LE PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING SCALES (PFS)

Le Psychodynamic Functioning Scales (PFS) sono un sistema di eterovalutazione da parte di clinici esperti relativo a importanti aspetti strutturali del carattere. Esso è stato messo a punto da Høglend e collaboratori (2000), che hanno anche aperto la strada a una serie di studi empirici che indagano il processo e l'esito delle psicoterapie psicodinamiche. Le PFS sono state sviluppate, in parte, nel tentativo di creare uno strumento di misura in grado di valutare concetti clinici chiave in un modo abbastanza semplice relativamente allo scoring e sensibile al cambiamento prodotto da trattamenti psicodinamici brevi. Come evidenziano gli stessi autori (p. 191), analogamente ad altre scale dinamicamente orientate, le PFS sono designate a valutare "predisposizioni intrapsichiche, risorse psicologiche, capacità o attitudini che possono essere mobilitate dall'individuo per raggiungere un livello di funzionamento maggiormente adattivo e una vita soddisfacente".

1. Le "demand questions" sono domande che "esigono" una risposta riflessiva da parte dell'intervistato. [NdT]

Le PFS comprendono sei scale di capacità, valutate da un intervistatore o da un valutatore esperto. Le sei scale di capacità sono le seguenti:

- Qualità delle relazioni familiari,
- Qualità delle amicizie,
- Qualità delle relazioni sentimentali,
- Tolleranza degli affetti,
- Insight,
- Capacità di risoluzione dei problemi.

Analogamente alla Scala di valutazione globale del funzionamento del DSM-IV (APA, 1994), queste scale sono valutate mediante un punteggio che va da 1 a 100: i punteggi più alti sono indicativi di un funzionamento più adattivo. Coerentemente con l'obiettivo di mettere a punto una misura sensibile nel rilevare i cambiamenti in funzione di una psicoterapia psicodinamica "breve", le valutazioni di ogni capacità sono basate sul funzionamento dell'individuo negli ultimi tre mesi. Oltre ai punteggi relativi agli specifici domini, può essere calcolato un punteggio globale semplicemente facendo la media ponderata dei punteggi delle scale (Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2008).

Finora, gli studi che hanno utilizzato le PFS hanno suggerito che le scale sono psicometricamente solide. L'accordo tra valutatori è stato esaminato in molteplici studi. Høglend e collaboratori (Høglend, Bøgwald, Amlo et al., 2000; Bøgwald, Dahlbender, 2004) hanno riportato stime dell'attendibilità tra valutatori (per esempio, le correlazioni intra-classe) di .90, relative ai punteggi medi attribuiti da tre valutatori esperti. A oggi, l'uso delle PFS è stato limitato agli studi di Høglend e collaboratori, che si sono focalizzati sul confronto tra gli esiti della psicoterapia psicodinamica in trattamenti con o senza interpretazioni di transfert. Queste ricerche mostrano l'accuratezza delle PFS nel discriminare i cambiamenti tra differenti forme di psicoterapia psicodinamica. Per esempio, Høglend e collaboratori (2000) hanno rilevato che i punteggi alle PFS di pazienti che completavano un anno di psicoterapia psicodinamica con interpretazioni di transfert o di psicoterapia psicodinamica senza interpretazioni di transfert miglioravano in modo significativo durante il corso del trattamento.

Le PFS hanno molti punti di forza: misurano costrutti di evidente importanza per i ricercatori psicodinamici; inoltre, i format delle scale sono semplici e i loro contenuti sono stati chiaramente definiti dagli autori. A oggi, i dati indicano che le scale possono essere valutate in modo attendibile e che le PFS sono sensibili nell'individuare i cambiamenti in funzione della terapia. Lo strumento ha altresì il vantaggio di essere stato messo a punto da ricercatori molto esperti nello studio della psicoterapia psicodinamica. Attualmente, lo strumento è stato principalmente utilizzato in ricerche condotte dagli autori che l'hanno costruito. Sarà importante che ulteriori



studi esaminino l'utilità e l'adeguatezza psicometrica dello strumento, per capire se le proprietà delle sue scale si manterranno solide anche quando esse saranno utilizzate da ricercatori che hanno meno familiarità con la loro costruzione. Tenendo conto della relativa novità delle PFS, è ciò che ci si aspetta, e i dati iniziali sono molto promettenti. Grazie ai punti di forza delle PFS, in particolare la chiarezza delle scale e la facilità delle procedure di scoring, prevediamo che lo strumento otterrà un utilizzo più ampio. Esso possiede, infatti, delle potenzialità come misura utile nell'indagare il cambiamento in una molteplicità di approcci terapeutici, psicoterapia psicodinamica inclusa.

### IL KAROLINSKA PSYCHODYNAMIC PROFILE (KAPP)

La letteratura psicodinamica propone differenti concettualizzazioni relative ai blocchi evolutivi nella formazione del carattere. Il Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP; Weinryb, Rössel, 1991) è una procedura strutturata, basata su un'intervista, che valuta i tratti del carattere e le modalità di funzionamento relativamente stabili (Weinryb, Rössel, Gustavsson et al., 1997). È stata messa a punto da Weinryb e collaboratori (1997), che, nel descriverne gli obiettivi, affermano: "Cercavamo uno strumento che potesse essere utile per la valutazione di modalità di funzionamento mentale e tratti relativamente stabili del carattere, con un focus sulla struttura e non su conflitti, difese, desideri, o paure specifiche...". Lo strumento è stato elaborato dopo un'accurata disamina della letteratura psicodinamica sul carattere, e quindi è costruito per identificare i costrutti che si prevede subiscano modificazioni in funzione delle psicoterapie psicodinamiche.

Il KAPP è costituito da 18 scale indipendenti a item singolo. 17 scale valutano modalità di funzionamento mentale: Intimità e reciprocità; Dipendenza e separatezza; Tratti di personalità controllante; Tolleranza alla frustrazione; Controllo degli impulsi; Regressione al servizio dell'Io; Capacità di fronteggiare affetti aggressivi; Alessitimia; Normopatìa; Aspetto fisico; Funzione corporea; Immagine corporea; Funzionamento sessuale; Soddisfazione sessuale; Senso di appartenenza; Senso di necessità; Accesso a consigli che siano di aiuto. L'ultima scala fornisce un indice più globale relativo all'organizzazione della personalità (vale a dire: nevrotica, borderline e psicotica; per una descrizione dettagliata delle scale vedi Weinryb, Rössel, Gustavsson et al., 1997). Ogni scala è valutata da un intervistatore e viene attribuito un punteggio compreso tra 1 e 3. Sono previsti anche punteggi medi (1.5 e 2.5), cosicché il risultato è una scala a 5 punti. Punteggi più bassi sono indicativi di un funzionamento "normale" o "normale-nevrotico". Al contrario, punteggi pari o maggiori a due indicano patologia. I punteggi sono assegnati dopo la somministrazione di un'intervista al paziente, speci-



ficatamente designata a valutare queste aree di funzionamento. Le interviste previste dal KAPP richiedono approssimativamente 90-120 minuti (Vinnars, Thormählen, Gallop et al., 2009; Heikkilä, Karlsson, Taiminen et al., 2004) e dovrebbero essere effettuate da un intervistatore esperto, che abbia dimestichezza con la procedura. Il sistema di scoring è stato utilizzato anche per codificare dati derivati dall'impiego di tecniche proiettive (Weinryb, Rössel, Åsberg, 1991).

A oggi, pochi studi pubblicati hanno esaminato le caratteristiche psicometriche del KAPP. Il grado di attendibilità tra valutatori per gruppi clinici e non clinici è generalmente compreso in un intervallo accettabile (vale a dire,  $ICC > .70$ ) o ancora migliore (Weinryb, Rössel, Gustavsson et al., 1997; Weinryb, Rössel, Åsberg, 1991; Weinryb, Busch, Gustavsson et al., 1998), con un accordo che veniva incrementato quando i valutatori erano molto esperti e avevano familiarità con la teoria e i trattamenti psicodinamici. I punteggi su coppie di valutazioni specifiche hanno prodotto talvolta livelli di accordo incongruenti rispetto ad alcune scale (Weinryb, Rössel, Gustavsson et al., 1997). Haver e collaboratori (1995) non sono riusciti a raggiungere stime di attendibilità incluse in un range accettabile per sei scale. Riesaminando questi risultati, Weinryb e collaboratori (1997) forniscono alcune spiegazioni rispetto a questi risultati e suggerimenti per massimizzare l'attendibilità tra codificatori. I coefficienti test-retest rispetto a un campione di pazienti non psichiatrici sottoposti a un intervento chirurgico per colite ulcerosa che avevano completato il KAPP in due momenti diversi (l'intervallo medio era di 22 mesi; l'intervallo era compreso tra 16-34 mesi) hanno rilevato una buona stabilità (vale a dire,  $r$  mediana = .57 per campione) (Weinryb, Gustavsson, Åsberg et al., 1992).

Un numero limitato di ricerche hanno tentato di indagare la validità convergente del KAPP con altri strumenti. In una certa misura, questo era prevedibile se si tiene conto della relativa scarsità di misure designate a valutare il carattere in una maniera multi-dimensionale. La validità del KAPP è stata quindi definita in altri modi. Per esempio, le valutazioni del KAPP discriminavano in modo coerente pazienti chirurgici senza una diagnosi psichiatrica da pazienti con una diagnosi psichiatrica (Weinryb, Gustavsson, Åsberg et al., 1992). Un piccolo gruppo di ricercatori ha utilizzato il KAPP anche per studiare l'esito dei trattamenti. Per esempio, Wilczek e collaboratori (2004) hanno indagato il cambiamento nella struttura di personalità nel corso di psicoterapie psicodinamiche a lungo termine (lunghezza media dei trattamenti = 3 anni). Essi hanno rilevato che il trattamento era associato a cambiamenti significativi in otto sottoscale del KAPP. In un campione abbastanza ampio di pazienti in trattamento per disturbi di personalità, Vinnars e collaboratori (2009) hanno trovato che cambiamenti significativi in diverse scale del KAPP si associavano alle relazioni oggettuali e al funzionamento dell'Io. Cambiamenti significativi pre-post nelle scale del KAPP so-

no stati riportati in pazienti sottoposti a trattamento per disturbi alimentari (Fassino, Daga, Delsedime et al., 2005).

È probabile che l'approccio evolutivo e il focus del KAPP lo rendano interessante per i ricercatori psicodinamici. Analogamente a quanto discusso in precedenza rispetto alla SWAP, è possibile che la sua attenzione su aspetti onnicomprensivi del carattere e della personalità abbiano accresciuto la sua utilità nello studio dei modi in cui la psicoterapia psicodinamica promuove un cambiamento nel carattere. È probabile che il KAPP sia particolarmente "stimolante" per i ricercatori che indagano in quale modo una terapia, nel corso del tempo, sia in grado di produrre un cambiamento in aree del carattere che tendono a essere relativamente stabili. Le scale del KAPP valutano tratti del carattere che sono spesso trascurati dalle misure di esito tradizionali. Non ci si aspetta, infatti, che questi tratti si modifichino facilmente o velocemente. In altre parole, essi tendono a essere piuttosto stabili nel tempo. Ciò nonostante, i trattamenti a lungo termine spesso promuovono cambiamenti proprio in queste aree. Pertanto, il KAPP può essere particolarmente utile per i ricercatori interessati a comprendere in quale modo le terapie a lungo termine producono cambiamenti che probabilmente non possono essere raggiunti attraverso forme di trattamento a breve termine. Nonostante questi punti di forza, ricerche intese a dimostrare che le scale possono essere utilizzate in modo attendibile anche quando lo strumento è usato in studi condotti da ricercatori indipendenti costituirebbero senz'altro un vantaggio. In generale, il KAPP resta un interessante strumento di valutazione del carattere, che ha molto da offrire ai ricercatori psicodinamici.

#### **LA SELF-UNDERSTANDING OF INTERPERSONAL PATTERNS: REVISED (SUIP-R)**

La Self-Understanding of Interpersonal Patterns: Revised (SUIP-R) (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Shelton et al., 1999; Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009) è uno strumento autosomministrato composto da 28 item, che valuta la consapevolezza e la comprensione relativa ai propri conflitti e ai pattern relazionali problematici. La SUIP-R è stata messa a punto dai ricercatori del Centro di Medicina dell'Università della Pennsylvania, che si sono occupati approfonditamente di ricerca su processo ed esito delle psicoterapie; lo strumento è stato elaborato per essere coerente con gli attuali modelli psicodinamici di cambiamento (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009). Anche se inizialmente concepito, in parte, per indagare i fattori che possono mediare o spiegare in quale modo i cambiamenti occorrono in conseguenza a differenti tecniche di intervento, la SUIP-R valuta l'evoluzione dell'insight, un costrutto che ci si aspetta migliori nelle psicoterapie orientate in questa direzione.

La SUIP-R è una versione aggiornata della Self-Understanding of Interpersonal Patterns (SUIP) (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Shelton et al., 1999). La versione originale includeva 19 item suddivisi in due scale: quella del riconoscimento e quella dell'autocomprensione. Gli item per la SUIP sono stati derivati dalle descrizioni fornite dai pazienti di problemi comuni, dai contributi di terapeuti esperti, e dall'elenco delle categorie standard del Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). Il processo di revisione che ha dato origine alla SUIP-R è derivato dall'inclusione di 9 item in più, in grado di descrivere più accuratamente la molteplicità dei pattern relazionali. Ciò ha implicato anche alcuni cambiamenti strutturali delle scale (per esempio, l'autocomprensione è stata valutata su una scala a 6 punti anziché a 4). Gli item della SUIP-R sono scritti nella forma di pattern relazionali che possono o non possono essere rilevanti rispetto alle relazioni del soggetto. Di seguito, un esempio di alcuni item della SUIP-R:

- Sento il bisogno di “salvare” gli altri quando vedo che stanno vivendo un momento difficile, e soprattutto di tentare di risolvere i loro problemi al loro posto.
- Sento il bisogno di avere qualcuno vicino, e faccio qualsiasi cosa sia necessaria per tenere le persone con me quando vogliono lasciarmi.
- Ho bisogno di sentirmi libero dalle responsabilità, e prendo le distanze dalle persone che mi interessano perché sono troppo dipendenti da me.
- Voglio che l'altra persona mi accetti per come sono, ma reprimo i miei sentimenti e faccio qualsiasi cosa l'altro voglia se sento che lui/lei mi sta criticando.

Tutti i 28 item sono valutati in due tempi. Dapprima, per ciascun pattern relazionale i soggetti indicano quanto il problema sia pervasivo e quanto essi ne siano consapevoli, cercando quanti più dei sette descrittori illustrano accuratamente in che modo il pattern opera nelle loro vite e la loro comprensione di ciò. I descrittori sono lettere (come a, b, c), associate ad affermazioni come: “Non mi sento e non mi comporto in questo modo nelle mie relazioni attuali” (a), “Mi sento e mi comporto in questo modo con molte persone nella mia vita” (c), “Sono in parte responsabile del fatto che continuo a sentirmi e comportarmi in questo modo con molte persone” (e), “Quando riconosco che mi sto sentendo o mi sto comportando in questo modo, sono in grado di prendere in considerazione modi alternativi di vedere la situazione in quel momento” (g). In un secondo momento, i soggetti indicano quanto questa esperienza sia rilevante nelle loro relazioni attuali, usando una scala che va da 1 (Non importante) a 10 (Molto importante).

La SUIP-R fornisce un unico punteggio rispetto alla scala dell'autocomprensione. Per gli item rispetto ai quali è stata cerchiata la lettera “a”, il pattern non è rilevante per la relazione attuale, e quindi l'item non è preso in considerazione per calcolare il punteggio. Per gli item che sono rilevanti

(per esempio, il soggetto ha cerchiato la “b” o lettere successive), la scala è considerata come una scala likert in cui “b” = 1, “c” = 2, e così via. Poiché ai soggetti è consentito di cerchiare più di una lettera, la lettera con il valore più alto è usata nell’analisi finale. Il punteggio dell’autoconsapevolezza è calcolato facendo la media di tutti gli item non codificati come “a”. Infine, la SUIP-R ha sia un format al tempo 1 sia un format al tempo 2, per semplificare le valutazioni pre-post.

Le indagini iniziali sulle proprietà psicometriche della SUIP-R indicano che la scala ha un’eccellente coerenza interna (coefficiente  $\alpha = .92$ ) e una solida stabilità dopo un periodo di un mese (attendibilità test-retest:  $r = .76$ ). È anche importante osservare che le proprietà psicometriche della versione originale della SUIP sono state sistematicamente analizzate attraverso numerosi studi. Rater esperti si sono trovati d’accordo sulla chiarezza e sull’esaustività della SUIP, ed è stato rilevato che le scale avevano un’adeguata coerenza interna (vale a dire, i valori dei coefficiente  $\alpha$  andavano da .79 a .88), e che le correlazioni corrette scala-item ricadevano generalmente in range accettabili, sia nei campioni clinici sia in quelli non clinici.

Le ricerche iniziali sostengono anche la validità di costrutto della SUIP-R. In un ampio campione clinico, i punteggi iniziali alla SUIP-R avevano correlazioni inferiori a .10 con altre misure di ansia, depressione, problemi interpersonali e qualità generale della vita (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Shelton et al., 1999). Ancora una volta, questi risultati sono abbastanza simili a quelli di studi precedenti, che hanno esaminato la validità convergente e divergente della SUIP, e che hanno rilevato basse correlazioni tra i punteggi della SUIP e strumenti di valutazione della sintomatologia generale. Analogamente, punteggi ulteriori relativi al cambiamento valutati dalla SUIP mostrano correlazioni basse e non significative con l’acquisizione di capacità compensatorie e cambiamenti nell’immagine di sé, suggerendo nuovamente che lo strumento ha buone capacità di discriminazione. Questi dati indicano che la SUIP-R valuta un costrutto unico (vale a dire, l’insight), distinto dal disagio psichiatrico, l’immagine del sé, o l’acquisizione di abilità.

La validità di costrutto della SUIP-R e la sua sensibilità al cambiamento sono state indagate dai suoi autori. In un campione combinato di pazienti sottoposti a una tra cinque forme di psicoterapia, si è verificato un cambiamento significativamente maggiore dei punteggi della SUIP-R nelle psicoterapie focalizzate dinamicamente (rispetto alle terapie a orientamento cognitivo), in cui l’accresciuta consapevolezza dei pattern interpersonali era un obiettivo (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber et al., 2009). Questi risultati hanno replicato ed esteso una ricerca precedente con la SUIP, che ha rilevato, come previsto teoricamente, che gli individui sottoposti a un trattamento a orientamento psicodinamico per il disturbo d’ansia generalizzata hanno evidenziato cambiamenti significativamente maggiori nei punteggi SUIP-R rispetto a quelli del gruppo di controllo che aveva ricevuto farmaci, sebbene

entrambi i gruppi avessero sperimentato una significativa riduzione della sintomatologia (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Shelton et al., 1999).

La SUIP-R è uno strumento estremamente flessibile, che può essere usato per molteplici scopi nella ricerca in psicoterapia: la valutazione del cambiamento pre-post, la possibilità di predire il processo terapeutico, la valutazione di fasi di cambiamento, e la comprensione dei fattori che moderano la risposta al trattamento. Inoltre, le prime ricerche sistematiche di Connolly Gibbons e collaboratori sull'adeguatezza psicometrica della versione originale dello strumento e sulle correlazioni con altre misure servono a definire più chiaramente il costrutto valutato dallo strumento e sottolineano la sua differenziazione da costrutti simili (per esempio, l'Apertura alle emozioni). Lo strumento è anche relativamente facile da somministrare e da codificare, e presuppone oneri minimi per i partecipanti alla ricerca. Infine, è probabile che i ricercatori in psicoterapia psicodinamica ritengano interessante e agevole il modello su cui è costruito questo strumento interessante e agevole. Questo deve affrontare le stesse sfide di molte misure self-report e tra l'altro non include delle scale atte a valutare la validità di risposta. Tuttavia, tenendo conto dei punti di forza globali dello strumento e della relativa facilità di somministrazione, esso ha molto da offrire alla ricerca in psicoterapia.

## IL CENTRAL RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (CRQ)

I conflitti che sono centrali per l'individuo spesso si manifestano a livello interpersonale e coinvolgono frequentemente pattern di desideri, paure, aspettative e risposte comportamentali. La psicoterapia psicodinamica spesso si propone di promuovere la consapevolezza di questi pattern per favorire il cambiamento. Barber e collaboratori (1998) hanno costruito uno strumento self-report, il Central Relationship Questionnaire (CRQ), come strumento che consente di quantificare in modo più sistematico e comprendere questi problemi, richiedendo all'esaminatore un impegno minimo. Analogamente a quanto già detto rispetto alla SUIP-R, il CRQ si basa sul Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) di Luborsky (1984). Una caratteristica peculiare e interessante del CRQ è che esso può essere usato per comprendere i cambiamenti dei pattern all'interno di specifiche relazioni.

La versione originale del CRQ conteneva 139 item. Sulla base di studi psicometrici (discussi più avanti in questo capitolo) e fattori logistici, McCarthy e collaboratori (2008) hanno recentemente messo a punto una versione del CRQ con 101 item, che mantiene la stessa struttura fattoriale, presenta alcune caratteristiche psicometriche rafforzate, e riduce la ridondanza degli item. Quando si compila il CRQ, ai soggetti viene chiesto di valutare ogni item sulla base del loro rapporto all'interno di una specifica relazio-

ne di riferimento (per esempio, con il/la marito/moglie, il genitore, o il/la partner); ai soggetti è spesso chiesto anche di compilare più CRQ, focalizzati sulle loro diverse relazioni. Prima di rispondere agli item centrali del questionario, i soggetti valutano la relazione di riferimento rispondendo a domande su descrittori chiave (che riguardano, per esempio, l'intimità, la vicinanza, l'autorità, la rilevanza). Ai soggetti è richiesto di valutare la qualità della relazione di riferimento nei suoi momenti migliori e peggiori. Il CRQ è costituito da tre grappi di item coerenti con le categorie del CCRT: Desideri, Risposte dell'altro e Reazioni soggettive (ossia reazioni del paziente alle risposte dell'altro). La categoria dei Desideri contiene item relativi a desideri, bisogni, intenzioni, e presenta sette sottoscale (per esempio, Il desiderio di essere in conflitto; Il desiderio di essere indipendente). La categoria della Risposta dagli altri contiene item che valutano le risposte tipiche elicitate da altre persone che ostacolano o aiutano gli individui a soddisfare bisogni, esigenze e necessità, e include anch'essa sette sottoscale (per esempio, Gli altri mi feriscono; Gli altri mi vogliono bene). La componente delle Reazioni soggettive presenta otto sottoscale che mettono in luce differenti risposte del sé e dirette all'altro (per esempio, Mi sento apprezzato; Mi sento disprezzato; Sono prepotente; per una descrizione dettagliata delle sottoscale vedi Weinryb, Barber, Foltz et al., 2000).

Il gruppo di item della categoria dei Desideri è preceduto da istruzioni che indicano ai soggetti la natura degli item (vale a dire, "Di seguito è proposto un elenco di desideri, bisogni, e aspirazioni che le persone spesso hanno rispetto ad altre persone"). Ai soggetti è poi chiesto di valutare ogni item della categoria dei Desideri in base alla relazione di riferimento quando il rapporto è/era nel momento peggiore. È importante ricordare che gli item sono valutati rispetto a una relazione di riferimento. Successivamente, essi possono essere valutati per descrivere la relazione con il/la partner, un genitore, un/una fratello/sorella, o un/una amico/a stretto/a. Per le finalità di questo capitolo, abbiamo formulato alcuni item esemplificativi, come se la relazione di riferimento da valutare fosse con un/una compagno/a. Di seguito, gli item esemplificativi relativi alla categoria dei Desideri:

- Desidero che il/la mio/a partner sappia che sono leale.
- Desidero confidarmi con il/la mio/a partner.
- Mi piacerebbe che il/la mio/a partner provasse orgoglio per le sue realizzazioni.
- Desidero dominare il/la mio/a partner.

Il gruppo di item della categoria Risposta dagli altri è preceduto da istruzioni che richiedono ai soggetti di considerare in quale modo risponde tipicamente la persona all'interno della relazione di riferimento. I soggetti sono introdotti a questa sezione dall'affermazione: "Spesso osserviamo che le persone ci rispondono in un modo che ci impedisce di ottenere quello



che vogliamo, oppure che ci aiuta a raggiungere ciò che vogliamo. Di seguito, è proposto un elenco dei possibili modi in cui un/una partner può risponderle”. Ai soggetti è chiesto di valutare gli item facendo riferimento a quando la relazione è/era nel momento peggiore. Gli item esemplificativi della categoria della Risposta dagli altri sono presentati qui di seguito:

- Il/la mio/a partner si allontana da me.
- Il/la mio/a partner sente che io sono una persona speciale.
- Il/la mio/a partner mi controlla.
- Il/la mio/a partner mi è emotivamente vicino.

Infine, prima di rispondere agli item della categoria della Risposta dal sé, i partecipanti sono introdotti a questa sezione attraverso l’affermazione: “Le altre persone possono negare i suoi desideri oppure soddisfarli. Di seguito, è proposto un elenco dei differenti modi in cui una persona può reagire quando il/la proprio/a partner nega o soddisfa i suoi desideri”. Ai soggetti è poi chiesto di valutare gli item in rapporto alle loro reazioni tipiche, quando la relazione è/era nel momento peggiore. Di seguito, sono presentati gli item esemplificativi della categoria della Risposta dal sé, formulati come se la relazione di riferimento da valutare fosse con un/una compagno/a:

- Io realizzo i miei obiettivi.
- Mi sento disprezzato.
- Evito i problemi con il/la mio/a partner.
- Mi sento confuso nella relazione con il/la mio/a partner.

Tutti gli item sono valutati su una scala a 7 punti compresa tra 1 (mai vero o tipico per me) a 7 (sempre vero o tipico per me). Valutazioni più alte indicano una maggiore presenza di quel Desiderio di quella Risposta dagli altri o di quella Risposta dal sé all’interno della relazione di riferimento. Circa la metà delle sottoscale del CRQ è connotata positivamente (come, per esempio, l’affiliazione; il rispetto di sé; il rispetto degli altri; l’affettività positiva) e l’altra metà connotata negativamente (come per esempio, l’antagonismo; la mancanza di rispetto di sé; la mancanza di rispetto per gli altri; l’affettività negativa). Il CRQ richiede un certo tempo per la compilazione da parte del soggetto, anche se la durata totale dipende dal numero di relazioni da valutare.

A oggi, un numero limitato di studi dettagliati hanno preso in esame le caratteristiche psicometriche del CRQ. Lo studio più accurato dello strumento ha impiegato tre campioni: un ampio campione di studenti; un campione clinico; e un campione per i retest (Barber, Foltz, Weinryb, 1998). Indipendentemente dai campioni, i punteggi relativi alla coerenza interna delle sottoscale sono stati adeguati (i valori dei coefficienti alpha andavano da .78 a .95 per la categoria dei Desideri, da .82 a .95 per la categoria della Risposta dagli altri, e da .71 a .94 per la categoria della Risposta dal sé). Di-



ciannove delle ventidue scale avevano un coefficiente alpha maggiore di .8. Le correlazioni corrette item-scala erano altresì comprese in un intervallo accettabile (tra .44 e .90 per la categoria dei Desideri, tra .58 e .85 per la categoria della Risposta dagli altri, tra .42 e .87 per la categoria della Risposta dal sé). L'attendibilità test-retest è stata verificata attraverso il confronto dei punteggi di 54 soggetti del campione non clinico dopo un periodo di un anno. L'attendibilità media test-retest è stata maggiore di .60 per tutte le sottoscale. Analisi successive sullo strumento (Weinryb, Barber, Foltz et al., 2000), condotte su un campione di studenti svedesi, un campione clinico svedese e un campione di studenti nordamericani, hanno rilevato un quadro di correlazioni tra sottoscale coerente con quello originariamente riportato da Barber e collaboratori (1998). Uno studio più recente ha anche trovato che una versione revisionata del CRQ con un minor numero di item manteneva una struttura fattoriale simile a quella originale e presentava simili – e in alcuni casi più solide – proprietà psicometriche.

La validità del CRQ è stata stabilita dimostrando che le valutazioni delle sottoscale sono associate con altri strumenti di valutazione di problemi interpersonali, nevroticismo, depressione, e sintomatologia psichiatrica. Inoltre, come previsto, le popolazioni cliniche in situazioni più gravi presentavano punteggi più alti agli item connotati negativamente (per esempio, gli item che indicavano pattern relazionali problematici) rispetto ai campioni non clinici (Barber, Foltz, Weinryb, 1998). Questi risultati sono stati replicati in due nazioni (Weinryb, Barber, Foltz et al., 2000). Le inter-correlazioni tra le sottoscale forniscono alcune prove a sostegno della struttura a tre componenti dello strumento. A oggi, il CRQ è già stato utilizzato come misura di esito in psicoterapia. Tuttavia, sono attualmente in corso ricerche tese a stabilire l'utilità del questionario come strumento di ricerca in psicoterapia e valutare la sua sensibilità al cambiamento.

Il CRQ è utile per studiare i cambiamenti nei pattern relazionali. Lo strumento è ancora relativamente nuovo, e una versione aggiornata è stata costruita recentemente. Quindi, future ricerche relative alle proprietà psicometriche, in particolare dello strumento aggiornato, sarebbero vantaggiose. Gli autori del CRQ sono impegnati attualmente nel processo di valutazione dell'utilità dello strumento nella ricerca in psicoterapia. Lo strumento contiene anche molti item che richiedono una discreta quantità di tempo per il soggetto che lo completa. È possibile che questo possa limitarne l'utilizzo. Nonostante ciò, i cambiamenti nei CCRT rappresentano spesso un aspetto centrale di ciò che accade in una psicoterapia psicodinamica efficace, e quindi il CRQ fornisce la possibilità di valutare questa area fondamentale di cambiamento. Esso è anche uno dei pochi strumenti di questo tipo, che sia a disposizione per la valutazione di relazioni interpersonali specifiche.

## CONCLUSIONI

Inizialmente, quando abbiamo deciso di scrivere questo capitolo, avevamo in mente un numero limitato di misure di esito che si focalizzassero su costrutti psicodinamici fondamentali. Abbiamo quindi pensato che sarebbe forse stato necessario prendere in prestito alcuni strumenti che appartengono al campo della psicologia sociale, per completare il quadro. Abbiamo presto scoperto che vi sono attualmente molte più misure di esito atte a individuare il cambiamento derivato dalla psicoterapia psicodinamica di quanto potesse essere previsto. Infatti, al momento, l'argomento potrebbe essere meritevole di un intero libro piuttosto che di un capitolo di libro. Pertanto, tenendo conto del limite di spazio e di pagine a disposizione per questo lavoro, pensiamo che i ricercatori possono voler esaminare rassegne simili che focalizzano l'attenzione su misure dell'attaccamento (per esempio, Bartholomew, Shaver, 1998), strumenti di valutazione delle relazioni oggettuali (per esempio, Huprich, Greenberg, 2003), strumenti che concettualizzano il cambiamento in costrutti psicodinamici (per esempio, Blatt, Auerbach, 2003), e strumenti che valutano capacità strutturali (per esempio, Huber, Henrich, Klug, 2005). Koelen e collaboratori (in corso di stampa) hanno anche recentemente terminato un articolo che prende in esame una serie di strumenti che possono essere usati nella ricerca in psicoterapia psicodinamica come misure di outcome o in grado di predire il processo terapeutico e/o gli esiti del trattamento.

Oltre a stabilire l'efficacia di un trattamento, le misure di outcome, come quelle prese in considerazione in questo capitolo, possono anche essere applicate in altri tipi di ricerca. La valutazione degli esiti spesso si associa allo studio del processo. Valutare l'esito è altresì essenziale per verificare le teorie sottese agli effetti di un trattamento, il ruolo di interventi specifici, e il processo di cambiamento in un trattamento (Høgland, Bøgwald, Amlo et al., 2008). Dopo tutto, se un presupposto implicito di un particolare intervento o di uno specifico approccio terapeutico è che esso faciliti un determinato tipo di cambiamento, va da sé che sarà necessario verificare se questo cambiamento in quell'ambito si è verificato come effetto di quell'intervento o di quel trattamento. In breve, comprendere l'esito di un trattamento può essere utile anche a capire il processo relativo a quest'ultimo e le fasi del cambiamento.

La gamma e il numero di questi strumenti ci dicono qualcosa rispetto allo "stato di salute" di questo campo di indagine nel suo complesso. Tenendo conto delle varie possibilità, i ricercatori psicodinamici sono ora nella posizione di poter selezionare e scegliere gli strumenti da adattare ai loro scopi di ricerca. Inoltre, essi sono ora in grado di valutare i costrutti a molteplici livelli, usando combinazioni tra metodi di valutazione atti a studiare meccanismi espliciti e impliciti del cambiamento. Per esempio, gli strumenti

osservazionali, gli strumenti autosomministrati, quelli basati su narrazioni di natura proiettiva, possono tutti valutare aspetti differenti (per esempio, impliciti, espliciti) di un costrutto (per esempio, le relazioni oggettuali), consentendo indagini di alcune delle più sottili sfumature di cambiamento. È una fase molto stimolante per i ricercatori psicodinamici, e l'aumento delle misure di esito specifiche di questo approccio teorico continua a essere una parte importante per la crescita di questo campo di indagine.

## BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, S.J., CLEMENCE, A.J., WEATHERILL, R., HILSENROTH, M.J. (1999), "Use of the TAT in the assessment of DSM-IV cluster B personality disorders". In *Journal of Personality Assessment*, 73, 3, pp. 422-442.
- ACKERMAN, S.J., HILSENROTH, M., CLEMENCE, A.J., WEATHERILL, R., FOLWER, J.C. (1999), "The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, pp. 386-408.
- ACKERMAN, S.J., HILSENROTH, M., CLEMENCE, A.J., WEATHERILL, R., FOLWER, J.C. (2001), "Convergent validity of Rorschach and TAT scales of object relations". In *Journal of Personality Assessment*, 77, 2, pp. 295-306.
- ALDEN, L.E., WIGGINS, J.S., PINCUS, A.L. (1990), "Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems". In *Journal of Personality Assessment*, 55, 3, pp. 521-536.
- ALLEN, J.P., McELHANEY, K.B., KUPERMINE, G.P., JODL, K.M. (2004), "Stability and change in attachment security across adolescence". In *Child Development*, 75, 6, pp. 1792-1805.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV). Tr. it. Masson, Milano 1996.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H. (1993), "A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity". In *Developmental Psychology*, 29, 5, pp. 870-879.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H. (2009), "The first 10.000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups". In *Attachment and Human Development*, 11, 3, pp. 223-263.
- BARBER, J.P., FOLTZ, C., WEINRYB, R.M. (1998), "The Central Relationship Questionnaire: Initial report". In *Journal of Counseling Psychology*, 45, 2, pp. 131-142.
- BARTHOLOMEW, K., SHAVER, P.R. (1998), "Methods of assessing adult attachment: Do they converge?". In SIMPSON, J.A., RHOLES, W.S. (a cura di), *Attachment Theory and Close Relationship*. Guilford Press, New York, pp. 25-45.
- BLAIS, M.A., CONBOY, C.A., WILCOX, N., NORMAN, D.K. (1996), "An empirical study of the DSM-IV defensive functioning scale in personality disordered patients". In *Comprehensive Psychiatry*, 37, 6, pp. 435-440.
- BLATT, S.J., AUERBACH, J.S. (2003), "Psychodynamic measures of therapeutic change". In *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 2, pp. 268-307.
- BØGWALD, K-P., DAHLBENDER, R.W. (2004), "Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning scales and the Global Assessment of Functioning scale". In *Psychotherapy Research*, 14, 4, pp. 453-468.
- BOUCHARD, M.A., TARGET, M., LECOURS, S., FONAGY, P., TREMBLAY, L.M., SCHACTER, A. (2008), "Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared". In *Psychoanalytic Psychology*, 25, 1, pp. 47-66.
- BRADLEY, R., HILSENROTH, M., GUARNACCIA, C., WESTEN, D. (2007), "Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI". In *Psychological Assessment*, 19, 2, pp. 225-229.

- COGAN, R., PORCERELLI, J. (2005), "Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis". In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 2, pp. 235-248.
- CONNOLLY GIBBONS, M.B., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J.P., WILTSEY STIRMAN, S., GALLOP, R., GOLDSTEIN, L.A., TEMES, C.M., RING-KURTZ, S. (2009), "Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 5, pp. 801-813.
- CONNOLLY GIBBONS, M.B., CRITS-CHRISTOPH, P., SHELTON, R.C., HOLLON, S., KURTZ, J., BARBER, J.P. (1999), "The reliability and validity of a measure of self-understanding of interpersonal patterns". In *Journal of Counseling Psychology*, 4, pp. 472-482.
- CRITS-CHRISTOPH, P., CONNOLLY GIBBONS, M.B., NARDUCCI, J., SCHAMBERGER, M., GALLOP, R. (2005), "Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 2, pp. 211-224.
- DEFIFE, J.A., HILSENROTH, M. (2005), "Clinical utility of the defensive functioning scale in the assessment of depression". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 3, pp. 176-182.
- DRAPEAU, M., DE ROTEN, Y., PERRY, J.C., DESPLAND, J.-N. (2003), "A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 8, pp. 496-502.
- EUDELL-SIMMONS, E.M., STEIN, M., DEFIFE, J.A., HILSENROTH, M. (2005), "Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS-G) in the assessment of dream narratives". In *Journal of Personality Assessment*, 85, 3, pp. 325-333.
- FASSINO, S., DAGA, G.A., DELSEDDIME, N., BUSSO, F., PIERÒ, A., ROVERA, G.G. (2005), "Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: Preliminary data". In *Eating and Weight Disorders*, 10, 1, pp. 40-50.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., MORAN, G.S. (1991), "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment". In *Infant Mental Health Journal*, 12, 3, pp. 201-218.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., TARGET, M., ACKERMAN, S., GRAF, E. (2006), *Reflective Function Manual for Application to Adult Attachment Interviews*. University College of London, London.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G., TARGET, M., GERBER, A. (1996), "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, pp. 22-31.
- FORD, J.D., FISHER, P., LARSON, L. (1997), "Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 4, pp. 547-559.
- FOWLER, J.C., ACKERMAN, S.J., SPEANBURG, S., BAILEY, A., BLAGYS, M., CONKLIN, A.C. (2004), "Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: Evaluation of the phase model of change using Rorschach, TAT, and DSM-IV Axis V". In *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, pp. 306-322.
- FOWLER, J.C., HILSENROTH, M., HANDLER, L. (1996), "Two methods of early memories data collection: An empirical comparison of the projective yield". In *Assessment*, 3, 1, pp. 63-71.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M. (2006), *Adult Attachment Interview Protocol, 3rd edition*. University of California, Berkeley, documento non pubblicato.
- GULLESTAD, S.E. (2003), "The adult attachment interview and psychoanalytic outcome studies". In *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 3, pp. 651-668.
- GURTMAN, M.B. (2006), "Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems". In *Psychological Assessment*, 8, 3, pp. 241-255.
- HAGGERTY, G., HILSENROTH, M., VALA-STEWART, R. (2009), "Attachment and interpersonal distress: Examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population". In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 1, pp. 1-9.

- HAVER, B., SVANBORG, P., LINDBERG, S. (1995), "Improving the usefulness of the Karolinska Psychodynamic Profile in research: Proposals from a reliability study". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 2, pp. 132-137.
- HEIKKILÄ, J., KARLSSON, H., TAIMINEN, T., LAUERMA, H., ILONEN, T., LEINONEN, K.M., WALLENIUS, E., VIRTANEN, H., HEINIMAA, M., KALJONEN, A., SALOKANGAS, R.K.R. (2004), "Psychodynamic personality profile in first-episode severe mental disorders". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 3, pp. 187-193.
- HESSE, E. (2008), "The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives". In CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (a cura di), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, pp. 395-433.
- HESSE, E. (1999), "The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies". In CASSIDY, J., SHAVER, P.R. (a cura di), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, pp. 552-598.
- HILSENROTH, M., STEIN, M., PINSKER, J. (2004), *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G-G)*. Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, documento non pubblicato.
- HILSENROTH, M.J., CALLAHAN, K.L., EUDELL, E.M. (2003), "Further reliability, convergent and discriminant validity of overall defensive functioning". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 11, pp. 730-737.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S., HEYERDAHL, O., MARBLE, A., SJAASTAD, M.C., BENTSEN, H. (2000), "Assessment of change in dynamic psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 4, pp. 190-199.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S., MARBLE, A., ULBERG, R., SJAASTAD, M.C., SØRBYE, Ø., HEYERDAHL, O., JOHANSSON, P. (2008), "Transference interpretation in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects?". In *American Journal of Psychiatry*, 165, 6, pp. 763-771.
- HOROWITZ, L.M., ALDEN, L.E., WIGGINS, J.S., PINCUS, A.L. (2000), *Inventory of Interpersonal Problems*. Psychological Corporations, San Antonio, TX.
- HOROWITZ, L.M., ROSENBERG, S.E., BAER, B.A., URENO, G., VILLASENOR, V.S. (1988), "Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 6, pp. 885-892.
- HUBER, D., HENRICH, G., KLUG, G. (2005), "The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure". In *Psychotherapy Research*, 15, 4, pp. 445-456.
- HUGHES, J., BARKHAM, M. (2005), "Scoping the Inventory of Interpersonal Problems, its derivatives and short forms: 1988-2004". In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 6, pp. 475-496.
- HUPRICH, S.K., GREENBERG, R.P. (2003), "Advances in the assessment of object relations in the 1990s". In *Clinical Psychology Review*, 23, 5, pp. 665-698.
- JURIST, E.L. (2005), "Mentalized affectivity". In *Psychoanalytic Psychology*, 22, 3, pp. 426-444.
- KOELEN, J.A., LUYTEN, P., EURELINGS-BONTEKOE, E.H.M., DIGUER, L., VERMOTE, R., LOWYCK, B., LOWYCK, B., BÜHRING, M.E.F. (in corso di stampa), *The Impact of Personality Organization on Treatment Response and the Therapeutic Process*. Documento non pubblicato.
- LEVY, K.N., MEEHAN, K.B., KELLY, K.M., REYNOSO, J.S., WEBER, M., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2006), "Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 6, pp. 1027-1040.
- LINGIARDI, V., SHEDLER, J., GAZZILLO, F. (2006), "Valutare i cambiamenti della personalità in psicoterapia con la SWAP-200. Il caso di Melania". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 335-354.
- LUBORSKY, L. (1984), *Principi di psicoterapia psicoanalitica: manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- MAIN, M., HESSE, E., KAPLAN, N. (2005), "Predictability of attachment behavior and repre-



- sentational processes at 1, 6, and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study". In GROSSMANN, K.E., GROSSMANN, K., WATERS, E. (a cura di), *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*. Guilford Press, New York, pp. 245-304.
- MARIN-AVELLAN, L., MCGAULEY, G., CAMPBELL, C., FONAGY, P. (2005), "Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: Is it valid, reliable and useful?". In *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 1, pp. 28-45.
- MCCARTHY, K.S., CONNOLLY GIBBONS, M.B., BARBER, J.P. (2008), "The relation of rigidity across relationship with symptoms and functioning: An investigation with the revised Central Relationship Questionnaire". In *Journal of Counseling Psychology*, 55, 3, pp. 346-358.
- MEEHAN, K.B., LEVY, K.N., REYNOSO, J.S., HILL, L.L., CLARKIN, J.F. (2009), "Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: Comparison with scoring reflective function on the AAI". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 1, pp. 208-213.
- MOREY, C. (2007), *Personality Assessment Inventory Professional Manual*, 2<sup>nd</sup> ed. Psychological Assessment Resources, Odessa.
- PALEY, G., CAHILL, J., BARKHAM, M., SHAPIRO, D., JONES, J., PATRICK, S. ET AL. (2008), "The effectiveness of psychodynamic-interpersonal therapy (PIT) in routine clinical practice: A benchmarking comparison". In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 2, pp. 157-175.
- PERRY, J.C. (1990), *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*, 5<sup>th</sup> ed. Cambridge, MA.
- PERRY, J.C. (2001), "A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 10, pp. 651-660.
- PERRY, J.C., BECK, S.M., CONSTANTINIDES P., FOLEY, J.E. (2009), "Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales: Four hypotheses, four cases". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press, Totowa, pp. 121-153.
- PERRY, J.C., HENRY, M. (2004), "Studying defense mechanisms in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales". In HENTSCHEL, U., SMITH, G., DRAGUNS, J. EHLERS, W. (a cura di), *Defense Mechanisms: Theoretical, Research, and Clinical Perspectives*. Elsevier, Amsterdam, pp. 165-192.
- PERRY, J.C., HØGLEN, P. (1998), "Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 9, pp. 529-535.
- PORCERELLI, J.H., COGAN, R., HIBBARD, S. (1998), "Cognitive and affective representations of people and the MCMI-II personality psychopathology". In *Journal of Personality Assessment*, 70, 3, pp. 535-540.
- PORCERELLI, J.H., SHAHAR, G., BLATT, S.J., FORD, R.Q., MEZZA, J.A., GREENLEE, L.M. (2004), "Social Cognition and Object Relations Scale: Convergent validity and changes following intensive inpatient treatment". In *Personality and Individual Differences*, 41, 3, pp. 407-417.
- ROISMAN, G.I., FRALEY, R.C., BELSKY, J. (2007), "A taxometric study of the Adult Attachment Interview". In *Developmental Psychology*, 43, 3, pp. 675-686.
- ROY, C.A., PERRY, J.C., LUBORSKY, L., BANON, E. (2009), "Changes in defensive functioning in completed psychoanalyses: The Penn psychoanalytic treatment collection". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 2, pp. 399-415.
- RUDDEN, M., MILROD, B., TARGET, M., ACKERMAN, S., GRAF, E. (2006), "Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 4, pp. 1339-1343.
- RUIZ, M.A., PINCUS, A.L., BORKOVEC, T.D., ECHEMENDIA, R.J., CASTONGUAY, L.G., RAGUSEA, S.A. (2004), "Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network". In *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, pp. 213-222.
- RUSS, E., HEIM, A., WESTEN, D. (2003), "Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report". In *Journal of Personality Disorders*, 17, 6, pp. 522-536.
- SAGI, A., VAN IJZENDOORN, M.H., SHARF, M., KOREN-KARIE, N., JOELS, T., MAYSELESS, O.

- (1994), "Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview: A psychometric study in young Israeli adults". In *Developmental Psychology*, 30, 5, pp. 771-777.
- SHEDLER, J. (2010), "The efficacy of psychodynamic psychotherapy". In *American Psychologist*, 65, 2, pp. 98-109.
- SHEDLER, J., WESTEN, D. (2004), "Refining personality disorder diagnoses: Integrating science and practice". In *American Journal of Psychiatry*, 161, 8, pp. 1350-1365.
- SHEDLER, J., WESTEN, D. (2007), "The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200): Making personality diagnosis clinically meaningful". In *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, pp. 41-55.
- SIEFERT, C.J., DEFIFE, J.A., BAITY, M.R. (2009), "Process measures for psychodynamic psychotherapy". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between Science and Practice*. Humana Press, Totowa, pp. 157-178.
- SLADE, A., GRIENENBERGER, J., BERNBACH, E., LEVY, D., LOCKER, A. (2005), "Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study". In *Attachment and Human Development*, 7, 3, pp. 283-298.
- SLAVIEN, J.M., STEIN, M., PINSKER-ASPEN, J., HILSENROTH, M. (2007), "Early memories from outpatients with and without a history of childhood sexual abuse". In *Journal of Loss and Trauma*, 12, pp. 435-451.
- STEELE, H., STEELE, M. (2008) (a cura di), *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- STEIN, M., HILSENROTH, M., PINSKER-ASPEN, J., PRIMAVERA, L. (2009), "Validity of DSM-IV Axis I global assessment of relational functioning scale". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 1, pp. 50-55.
- VAN IJZENDOORN, M.H. (1995), "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview". In *Psychological Bulletin*, 117, 3, pp. 387-403.
- VINNARS, B., THORMÄHLEM, B., GALLOP, R., NORÉN, K., BARBER, J. (2009), "Do personality problems improve during psychodynamic supportive-expressive psychotherapy? Secondary outcome results from a randomized controlled trial for psychiatric outpatients with personality disorders". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 3, pp. 362-375.
- WALLERSTEIN, R.S. (2003), "Psychoanalytic therapy research: It's coming of age". In *Psychoanalytic Inquiry*, 23, pp. 375-404.
- WALLERSTEIN, R.S., FONAGY, P. (1999), "Psychoanalytic research and the IPA: History, present status, and future potential". In *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 1, pp. 91-109.
- WATERS, E., HAMILTON, C.E., WEINFELD, N.S. (2000), "The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction". In *Child Development*, 71, 3, pp. 678-683.
- WEINRYB, R.M., BARBER, J.P., FOLTZ, C., GÖRANSSON, S.G.M., GUSTAVSSON, J.P. (2000), "The Central Relationship Questionnaire (CRQ): Psychometric properties in a Swedish sample and cross-cultural studies". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 4, pp. 201-212.
- WEINRYB, R.M., BUSCH, M., GUSTAVSSON, J.P., SAXON, L., SKARBRANDT, E. (1998), "Reliability of the Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) among patients with and without psychoactive substance abuse disorders". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 1, pp. 10-16.
- WEINRYB, R.M., GUSTAVSSON, J.P., ÅSBERG, M., RÖSSEL, R.J. (1992), "Stability over time of character assessment using a psychodynamic instrument and personality inventories". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 2, pp. 179-184.
- WEINRYB, R.M., RÖSSEL, R.J. (1991), "Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, pp. 1-23.
- WEINRYB, R.M., RÖSSEL, R.J., ÅSBERG, M. (1991), "The Karolinska Psychodynamic Profile: II. Interdisciplinary and cross-cultural reliability". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1, pp. 73-76.



- WEINRYB, R.M., RÖSSEL, R.J., GUSTAVSSON, J.P., ÅSBERG, M., BARBER, J.P. (1997), "The Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP): Studies of character and well-being". In *Psychoanalytic Psychology*, 14, 4, pp. 495-515.
- WESTEN, D. (1995), *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for Projective Stories (SCORS-G-Q)*. Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA, documento non pubblicato.
- WESTEN, D., LOHR, N., SILK, K.R., GOLD, L., KERBER, K. (1990), "Object relations and social cognition in borderline, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test analysis". In *Psychological Assessment*, 2, pp. 355-364.
- WESTEN, D., MUDERRISOGLU, S. (2003), "Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: Evaluating an alternative to structured interviews". In *Journal of Personality Disorders*, 17, pp. 350-368.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999a), "Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 67-100.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999b), "Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, 101-130.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (2007), "Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction". In *Journal of Abnormal Psychology*, 116, pp. 810-822.
- WILCZEK, A., BARBER, J.P., GUSTAVSSON, J.P., ÅSBERG, M., WEINRYB, R.M. (2004), "Change after long-term psychoanalytic psychotherapy". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 4, pp. 1163-1184.

## Appendice

### La Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method\*

*Complessità delle rappresentazioni degli altri:* 1 = è egocentrico, o a volte confonde pensieri, sentimenti o caratteristiche di sé e degli altri; 3 = tende a descrivere le personalità e gli stati interni degli altri in modi poco elaborati, relativamente semplicistici, o scinde le rappresentazioni in buone e cattive; 5 = le rappresentazioni di sé e degli altri sono stereotipate o convenzionali, è capace di integrare caratteristiche di sé e degli altri sia buone, sia cattive, ha la consapevolezza dell'impatto che le sue azioni o atteggiamenti possono avere sugli altri; 7 = ha intuito psicologico, riesce a comprendere se stesso e gli altri in modo sofisticato (insight), è differenziato e mostra una notevole complessità delle rappresentazioni degli altri.

1   2   3   4   5   6   7

*Qualità affettiva delle rappresentazioni* (per esempio, che cosa si aspetta la persona dalle relazioni, e come lui/lei tende a esperire gli altri significativi e descrivere le relazioni importanti): 1 = malevoli, abusanti, caustici; 3 = prevalentemente negativi o spiacevoli, ma non abusanti; 5 = misti, vale a dire principalmente non positivi né negativi (è necessario che vi sia qualche aspetto positivo perché possa essere attribuito un punteggio pari a 5); 7 = le aspettative relative alle relazioni sono generalmente positive (ma non pollyanniche), vi è una visione favorevole e positiva delle relazioni.

*Nota:* se la qualità affettiva è assente, moderata o limitata, attribuire 4

1   2   3   4   5   6   7

*Capacità di investimento emotivo nei valori e negli standard morali:* 1 = si comporta in modo egoistico, sconsiderato, indulgente con se stesso, o aggressivo senza provare alcun rimorso o senso di colpa; 3 = mostra segni di una minima internalizzazione di standard morali ed etici (per esempio, evita di fare cose "cattive" perché sa che sarà punito per questo motivo, riflette

\* Ripreso con l'autorizzazione da Hilsenroth, Stein, Pinsker, 2004. Originariamente adattato da Westen, 1995.

in modo relativamente infantile su ciò che è giusto o sbagliato ecc.), oppure è moralmente severo o rigido con sé e gli altri; 5 = è in grado di investire nei valori morali e cerca di vivere secondo questi standard; 7 = riflette sulle questioni morali in modo tale da tradurre in azioni il pensiero astratto, la tendenza a contestare e mettere in discussione le convenzioni, e una genuina empatia e riflessività.

*Nota:* se le questioni morali non sono sollevate in nessuna storia particolare, attribuire 4

1 2 3 4 5 6 7

*Comprensione della causalità sociale:* 1 = i resoconti narrativi delle esperienze interpersonali sono confusi, distorti, estremamente sconnessi, o difficili da seguire, con scarsa consapevolezza e coerenza; 3 = comprende le persone in modi relativamente semplici, ma sensati, o descrive eventi relazionali attraverso modalità che grossolanamente hanno un significato, ma possono presentare lacune o incongruenze di lieve entità; 5 = tende a fornire resoconti narrativi lineari degli eventi interpersonali, in cui le azioni degli altri derivano dal modo in cui essi esperiscono o interpretano le situazioni; 7 = tende a fornire resoconti narrativi particolarmente coerenti degli eventi interpersonali, e a comprendere molto bene le persone; comprende l'impatto dei loro comportamenti sugli altri e dei comportamenti degli altri su di esse. *Nota:* se il soggetto descrive gli eventi interpersonali solo come cose che capitano, con un senso limitato dei motivi per cui gli altri si comportano in un determinato modo (vale a dire, storie alogiche piuttosto che illogiche, che sembra manchino di ogni comprensione di causalità), attribuire 2

1 2 3 4 5 6 7

*Esperienza e gestione degli impulsi aggressivi:* 1 = fisicamente violento, distruttivo, sadico, o con un scarso controllo dell'aggressività, impulsivo; 3 = arrabbiato, passivo-aggressivo, svalutante, o fisicamente violento verso se stesso (o incapace di proteggersi da abusi); 5 = evita di affrontare la rabbia negandola, difendendosi, o rifuggendo le confrontazioni; 7 = può esprimere rabbia e aggressività e affermare se stesso in modo appropriato. *Nota:* se non vi è nessun contenuto aggressivo nella storia, attribuire 4

1 2 3 4 5 6 7

*Autostima*: 1 = vede se stesso come ripugnante, malvagio, nocivo o globalmente cattivo; 3 = ha una scarsa autostima (per esempio, si sente inadeguato, inferiore, autocritico ecc.), o è irrealisticamente grandioso; 5 = mostra una gamma di sentimenti positivi e negativi verso se stesso; 7 = tende ad avere sentimenti realisticamente positivi verso se stesso.

*Nota*: bisogna avere qualche aspetto positivo perché sia attribuito 5 o un punteggio superiore

1   2   3   4   5   6   7

*Identità e coerenza del sé*: 1 = senso frammentato del sé, ha personalità multiple; 3 = la visione di, o i sentimenti relativi a, se stesso oscillano ampiamente e in modo imprevedibile; senso instabile di sé; 5 = l'identità e la definizione di sé non sono motivo di preoccupazione o apprensione; 7 = si sente una persona integrata con ambizioni e obiettivi a lungo termine.

*Nota*: l'ambiguità rispetto a un obiettivo è pur sempre considerato un obiettivo e può essere attribuito un punteggio in un range più alto

1   2   3   4   5   6   7

## Per un'intervista clinica sui disturbi di personalità basata sulla ricerca

*Jared A. DeFife, Drew Westen*

### INTRODUZIONE

Gli individui con diagnosi di disturbi di personalità costituiscono una percentuale considerevole dei pazienti che ricevono una terapia psicodinamica in servizi ambulatoriali (Friedman, Bucci, Christian et al., 1988; Westen, Arkowitz-Westen, 1998). Al di là delle patologie diagnosticabili del DSM-IV, la personalità è ancora una diatesi significativa per l'insorgenza e la manifestazione della psicopatologia (Tackett, Balsis, Oltmanns et al., 2009) e gioca un ruolo predominante rispetto a come i pazienti utilizzano e rispondono al trattamento terapeutico (Cromer, Hilsenroth, 2010; Wilczek, Weinryb, Gustavsson et al., 1998). In che modo i clinici possono raccogliere informazioni sul funzionamento della personalità e sulla psicopatologia attraverso procedure che siano empiricamente affidabili e clinicamente sensibili?

È qui che ci imbattiamo nelle eterne tensioni tra ricerca e pratica clinica.

Per migliorare la validità interna, i ricercatori cercano procedure atte a standardizzare le informazioni in condizioni controllate, impiegando protocolli replicabili. Per migliorare l'utilità pratica, i professionisti della salute mentale devono concentrarsi sulle loro peculiari interazioni con pazienti specificatamente unici. Se i ricercatori devono accettare il fatto che, come i fiocchi di neve, due pazienti non sono esattamente uguali, allo stesso modo i clinici devono essere consapevoli del fatto che, così come è possibile discriminare il nevischio da una bufera di neve, allo stesso modo le costellazioni di personalità possono essere quantificate e categorizzate in modo utile.

In questo capitolo prenderemo in esame il dibattito sull'uso delle interviste clinico-diagnostiche strutturate e dell'osservazione clinica utili alla formulazione di diagnosi di disturbi di personalità. Sugeriremo che un modello di intervista clinica sistematica sia in grado di integrare un approccio strutturato per una diagnosi funzionale della personalità con metodi di osservazione che i clinici utilizzano molto comunemente nella loro pratica quotidiana e attraverso i quali riescono a produrre informazioni valide e attendibili sul funzionamento psichico del paziente. Partiremo dalla valutazione dei costi e dei benefici del fare diagnosi di personalità. Poi, prenderemo in esame gli argomenti a sostegno dell'utilizzo di un'intervista dia-

gnostica strutturata e alcuni limiti di questa procedura. Infine, prenderemo in considerazione un approccio alternativo su cui si basa l'intervista clinica sistematica e dimostreremo come questo approccio possa essere applicato per ottenere la formulazione di un caso clinico, facilitare la comunicazione tra clinici e supportare le fasi iniziali del processo terapeutico.

## PERCHÉ FARE DIAGNOSI?

Recentemente, un gruppo di ricercatori clinici ha ottenuto i dati preliminari derivati dall'esame delle cartelle mediche dei pazienti della loro clinica psicoterapeutica. Contrariamente rispetto ai risultati di indagini di ricerca, secondo cui i disturbi di Asse II del DSM-IV sono "tra i più frequenti disturbi trattati dagli psichiatri" (Zimmerman, Rothschild, Chelminski, 2005, p. 1911), e nonostante la discreta numerosità del campione, i ricercatori non hanno trovato nelle registrazioni nessuna diagnosi di disturbo di personalità. Essi si sono imbattuti in un vero e proprio Triangolo delle Bermuda della patologia di personalità.

Dove sono andati a finire dunque tutti i pazienti con diagnosi di Asse II?

Forse i terapeuti della clinica erano valorosi "trionfatori" di tutti i conflitti relazionali o, al contrario, erano così incapaci di trattare problematiche interpersonali che tutti i loro pazienti con disturbi di personalità hanno immediatamente abbandonato il trattamento. Si potrebbe ipotizzare che il "colpevole" sia stato un bias nella selezione dei pazienti, riconducibile o a qualche scrupoloso e draconiano programma di screening clinico, oppure esclusivamente alla "sanità psichica" dei pazienti che avevano deciso di partecipare al protocollo di ricerca. Una qualsiasi di queste spiegazioni risultava possibile, seppur improbabile. I clinici erano, senz'altro, professionisti capaci, ma difficilmente dei "guaritori divini". Inoltre, la clinica si occupava di numerosi pazienti con problemi sociali/lavorativi gravi e di lunga durata, e nella struttura non c'era alcun processo di screening diagnostico diverso dal peso di fattori tipici come, per esempio, la disponibilità dei terapeuti e la gestione dei rischi clinici trattati in quasi tutte le strutture private.

Sebbene la patologia di Asse II fosse stata di fatto esclusa in molti casi, sembrava che la maggior parte dei pazienti nella clinica fosse stata colpita da una forma particolarmente pericolosa di disturbo di Asse II, conosciuta come "diagnosi differita". Una discussione con i clinici della struttura ha rivelato rapidamente quattro principali preoccupazioni: 1) problemi rispetto all'etichettamento diagnostico dei pazienti e a come essi sarebbero stati trattati dai loro terapeuti o da altri operatori sanitari che potevano accedere alle cartelle cliniche, come se attribuire una diagnosi di Asse II equivalesse a marchiare un proprio paziente con una lettera diagnostica scarlatta; 2) timori per la manifestazione di una reazione terapeutica negativa, nel caso

in cui un paziente avesse scoperto che gli era stata assegnata una diagnosi di disturbo di personalità; 3) preoccupazioni rispetto al fatto che non solo i trattamenti per i disturbi di Asse II non sono fatturabili ai contribuenti delle assicurazioni gestite da varie compagnie del sistema sanitario americano, ma sono anche diffuse storie spaventose su come ad alcuni pazienti sia stata effettivamente negata la copertura per le cure terapeutiche perché le loro compagnie assicurative consideravano i disturbi di personalità “incurabili”; 4) problemi con l’attuale nosografia diagnostica del DSM-IV che non sembrava “adattarsi” abbastanza adeguatamente ai loro pazienti.

Ciascuna delle apprensioni elencate precedentemente sono legittime e anche condivise (McWilliams, 1994; Westen, 1998). Abbondano storie di pazienti dimessi con troppa superficialità, o severamente condannati con alcune etichette diagnostiche. Qualsiasi terapeuta si irritava nel ricevere un invio da parte di un medico generico che descriveva in modo piuttosto irrispettoso la paziente come un’“istrionica che parla a vanvera”. Sebbene l’espressione in questione dava probabilmente una rappresentazione anche peggiore del medico di riferimento che l’aveva usata, quelle parole lasciavano un segno indelebile nella mente del terapeuta, che trovava difficile sbarazzarsi di quel pensiero prima di incontrare la paziente la prima volta. “L’abuso del linguaggio psicodiagnostico è quindi facilmente dimostrato” scrive McWilliams (1994, p. 7) “tuttavia, il fatto che si possa abusare di qualcosa non è un argomento legittimo per disfarsene”.

Anche facendone un uso migliore, la terminologia psichiatrica può essere patologizzante di per sé. Il livello delle reazioni istintive/viscerali a queste etichette varia tra gli individui e anche rispetto a certe diagnosi. Alcune persone ritengono che sia meglio essere classificati come “bipolari” piuttosto che “borderline”, e molte persone ritengono che sia più facile pensarsi “evitanti” piuttosto che “narcisisti”. Anche il termine “disturbo di personalità” sembra sottintendere qualche arcaica insinuazione di una depravazione morale o una debolezza caratterologica. D’altra parte, una diagnosi può avere anche l’effetto opposto, normalizzando pensieri e sentimenti che sono stati considerati folli o insoliti. Il termine “borderline”, per esempio, può essere demonizzato, ma discussioni collaborative su cosa si intenda effettivamente per disturbo borderline di personalità hanno permesso ad alcune persone di sentire che altri avessero in qualche modo un quadro di riferimento per comprendere il loro tumulto interiore, che non erano sole nell’affrontare i loro conflitti, e che esisteva una speranza di cura nella possibilità di accedere a trattamenti specializzati per quel disturbo.

Una delle controversie in corso che i curatori del DSM-5 si trovano a fronteggiare risiede nella identificazione di quali disturbi includere nella revisione del manuale, il che porta molti ad attribuire erroneamente al DSM capacità speciali nel differenziare un comportamento “normale” da uno “anormale”. La denominazione ufficiale di un disturbo comporta notevoli implica-



zioni nell'orientare gli sforzi di future ricerche, gli sviluppi farmaceutici e la politica della salute pubblica. Il fatto che alcune compagnie assicurative operino delle discriminazioni sulla base della presenza di certe presentazioni diagnostiche non significa che la risposta migliore a questo abuso sia rimanere in silenzio, agendo come se nella pratica clinica comune i disturbi di personalità non esistessero. Senza un sistema diagnostico standardizzato per i disturbi di personalità, i clinici sarebbero stati lasciati senza la luce che guida le loro valutazioni, l'organizzazione e la pianificazione dei trattamenti, mentre i ricercatori non avrebbero alcun linguaggio condiviso per studiare l'eziologia, l'impatto e il trattamento dei disturbi di personalità.

### UN SISTEMA DIAGNOSTICO PER LA DIAGNOSI DI PERSONALITÀ

Naturalmente, brancolavamo ancora per lo più nel buio quando si è giunti all'attuale sistema diagnostico. Quattro principali critiche sono state rivolte a questo modello dell'Asse II del DSM: i gruppi di criteri categoriali-politetici arbitrari, l'eterogeneità interna alle medesime categorie diagnostiche, la comorbilità, e l'incapacità di cogliere importanti informazioni di rilevanza clinica che sono sottosoglia (Krueger, Bezdjian, 2009; Shedler, Westen, 2004).

Un problema con i gruppi di criteri categoriali-politetici – laddove è necessario che si superi una soglia arbitraria di un certo numero di sintomi per attribuire la diagnosi – risiede nel fatto che essi dicotomizzano erroneamente un fenomeno che non è generalmente dicotomico in natura, e danno credito alla quantità piuttosto che alla qualità della sintomatologia presentata dal paziente. Inoltre, aderire effettivamente al sistema diagnostico del DSM-IV significa utilizzare i criteri come singoli indicatori decisionali e fare la conta di ciascuno dei 79 differenti item diagnostici. Molti terapeuti non seguono questo modello alla lettera, bensì confrontano implicitamente la loro valutazione del paziente a un modello prototipico o a una rappresentazione interiorizzata. Un approccio dimensionale alla diagnosi di personalità è fortemente sostenuto sia per scopi di ricerca (Brown, Barlow, 2005; Krueger, Skodol, Livesley et al., 2007), sia clinici (Rottman, Ahn, Sanislow et al., 2009; Skodol, Oldham, Bender et al., 2005; Spitzer, First, Skodol, 2006), contribuendo ad aumentare le probabilità che esso sarà adottato nel DSM-5<sup>1</sup> (Skodol, Bender, 2009).

Un'altra difficoltà con i gruppi di criteri categoriali-politetici è una sorta di "tolleranza" all'eterogeneità all'interno di determinati gruppi diagnostici. Laddove una persona soddisfi 5 criteri necessari per ottenere una specifica diagnosi, un'altra può raggiungere la stessa soglia diagnostica soddisfacendo i criteri per un sottogruppo quasi completamente diverso di sintomi.

1. Nel DSM-5, il modello alternativo dei disturbi di personalità è stato aggiunto in Appendice.

Per esempio, un paziente può soddisfare i criteri per un tipo più maligno/manipolativo di disturbo narcisistico di personalità, sostanzialmente incapace di prendersi cura degli altri in modo autentico, laddove un altro potrebbe manifestare pattern pervasivi di grandiosità, atti a proteggersi difensivamente da sentimenti di vergogna e inadeguatezza. Molti disturbi di personalità possono essere suddivisi in sottotipi distintamente osservabili (Blagov, Westen, 2008; Bradley, Zittel, Westen, 2005; Hicks, Markon, Patrick et al., 2004; Russ, Bradley, Shedler et al., 2005), e anche singoli criteri diagnostici amorfi come “la diffusione dell’identità” possono presentare una multidimensionalità (Westen, Betan, DeFife, 2011; Wilkinson-Ryan, Westen, 2000).

La comorbidità diagnostica tra i disturbi di Asse II è eccessivamente elevata. Krueger e Bezdjian (2009) osservano che l’uso del termine “co-morbidità” non è del tutto appropriato per cogliere il problema, poiché esso indica la sovrapposizione di due item; gli autori suggeriscono che l’uso del termine “multi-morbidità” potrebbe essere effettivamente più accurato. Un paziente che soddisfa i criteri per uno specifico disturbo di personalità spesso riceve da quattro a sei ulteriori diagnosi e il disturbo di personalità NAS è attribuito con un’allarmante frequenza (Westen, Arkowitz-Weste, 1998; Zimmermann, Rothschild, Chelminski, 2005; Amies, 1996; First, 2005). Al contempo, la maggioranza dei pazienti in trattamento per problematiche di personalità, che giustificano l’attenzione clinica, non è identificabile sulla base delle categorie diagnostiche del DSM-IV (Westen, Arkowitz-Weste, 1998). Per esempio, problematiche nell’intimità, paure croniche di abbandono e inibizioni sul lavoro potrebbero non approssimarsi ai livelli clinici per una diagnosi di disturbo di personalità, ma nel complesso potrebbero costituire diatesi significative per la depressione, sebbene nelle attuali pratiche diagnostiche questi elementi siano scarsamente presi in considerazione. La mancanza di specificità e comprensività del sistema nosografico attuale rende più torbide le acque della diagnosi invece di farle più chiare. Non sorprende, poi, che i clinici trovino ben pochi benefici nell’applicare le descrizioni dell’Asse II ai loro pazienti.

La migliore delle ipotesi stimata oggi è che il DSM-5 approderà a un modello di sistema diagnostico dimensionale (Skodol, Bender, 2009). Non appare ancora perfettamente chiaro quali siano i contenuti effettivi che questo sistema comprenderà, ma è probabile che esso includerà un approccio diagnostico prototipico. Un sistema *matching prototype* assomiglierebbe ai lunghi paragrafi del DSM-II, ossia alle descrizioni narrative dei disturbi offerte dal manuale; sarebbe costruito attraverso una selezione empirica dei criteri diagnostici, che è stato l’obiettivo del DSM-III e del DSM-IV; e comporterebbe un sistema di valutazione dimensionale mai implementato in precedenza nel DSM. Utilizzando questa procedura, i clinici possono valutare il grado di somiglianza globale o di “corrispondenza” tra un pazien-

te e il prototipo diagnostico attraverso una scala a 5 punti, considerando il prototipo *come un tutto* piuttosto che contare una lunga lista di singoli sintomi (box 19.1).

La diagnosi prototipica è designata per massimizzare l'accuratezza diagnostica, tenendo conto delle capacità cognitive dei clinici (Westen, Bradley, 2005; Westen, Heim, Morrison et al., 2002; Westen, Shedler, 2000). Piuttosto che memorizzare liste di sintomi con cut-off arbitrari e diversificati tra i disturbi, i diagnostici possono formare rappresentazioni mentali di sindromi coerenti, in cui segni e sintomi possono essere associati attraverso significative relazioni funzionali (Ahn, 1999). Un sistema diagnostico prototipico dimostra livelli significativi di affidabilità, presenta una buona validità convergente e discriminante, ed è preferito dai clinici rispetto ad altri sistemi alternativi (Westen, Shedler, 2000; Ortigo, Bradley, Westen, 2010; Spitzer, First, Shedler et al., 2008; Westen, DeFife, Bradley et al., 2010; Westen, Heim, Morrison et al., 2002).

**Box 19.1**  
**Prototipo diagnostico per il disturbo antisociale/psicopatico di personalità**

I pazienti che corrispondono a questo prototipo tendono a ingannare, mentire e manipolare le persone. Sfruttano gli altri, danno poca importanza ai valori morali, e sembra che non provino alcun rimorso per il danno o le ferite che hanno arrecato alle altre persone. Tendono a manipolare le emozioni altrui per ottenere ciò che vogliono; a non preoccuparsi delle conseguenze delle loro azioni – sembra che si sentano immuni o invulnerabili; e a mostrare una sconsiderata noncuranza per i diritti, le proprietà, o la sicurezza delle persone. Hanno poca empatia, sembrano incapaci di capire o rispondere ai bisogni e ai sentimenti altrui a meno che non coincidano con i propri. Gli individui che rientrano in questo prototipo tendono ad agire in modo impulsivo, senza considerare le conseguenze delle loro azioni; a essere inaffidabili e irresponsabili (per esempio, non soddisfano i propri obblighi professionali o non onorano i propri impegni finanziari); a comportarsi in modo illegale o criminale; e ad abusare di alcolici. Tendono a essere arrabbiati o ostili; a partecipare a scontri di potere; a trarre piacere dall'essere sadici o aggressivi con gli altri. I pazienti che corrispondono a questo prototipo tendono inoltre a incolpare gli altri dei propri fallimenti o difetti; e a credere che i loro problemi siano causati da fattori esterni. Hanno poco insight psicologico rispetto alle proprie motivazioni, ai comportamenti ecc. Cercano di convincere gli altri del proprio impegno a cambiare, portandoli a pensare che "questa volta è davvero diverso", per poi tornare a comportarsi in modo disadattivo.

1	Scarsa o nessuna corrispondenza (non si può applicare la descrizione)	
2	Corrispondenza lieve (il paziente ha caratteristiche <i>minori</i> di questo disturbo)	
3	Corrispondenza moderata (il paziente ha caratteristiche <i>significative</i> di questo disturbo)	<b>Caratteristiche</b>
4	Corrispondenza forte (il paziente <i>ha</i> questo disturbo; si può applicare la diagnosi)	<b>Diagnosi</b>
5	Corrispondenza molto forte (il paziente è <i>un esempio</i> di questo disturbo: caso prototipico)	

## COME FARE DIAGNOSI?

Per essere utili alla pratica clinica, le procedure di assessment diagnostico devono produrre informazioni che siano affidabili rispetto a più valutatori indipendenti, stabili (ma, allo stesso tempo, sensibili al cambiamento), valide, realistiche e clinicamente significative. Le interviste diagnostiche semi-strutturate, come l'Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon et al., 1997) o l'International Personality Disorders Examination (IPDE; Loranger, Janca, Sartorius, 1997), implicano che ai pazienti e ai partecipanti di una ricerca vengano poste domande dirette relativamente agli specifici criteri diagnostici del DSM. Mentre alcune interviste consentono di porre anche brevi domande aperte (*open-ended*) in un momento successivo, le due sopracitate si basano esclusivamente sulla convalida esplicita della domanda da parte dell'esaminato per assegnare un punteggio a ciascun criterio diagnostico.

Sin dalla loro comparsa con il DSM-III (First, Spitzer, Gibbon et al., 1995; Gibbon, Spitzer, Williams et al., 1997; Gunderson, Kolb, Austin, 1981; Loranger, Susman, Oldham et al., 1998; Pfohl, Blum, Zimmerman, 1997; Zanarini, Frankenburg, Chauncey et al., 1987), le interviste diagnostiche semi-strutturate hanno reso possibili progressi notevoli nella sistematizzazione delle ricerche empiriche. La standardizzazione del processo diagnostico ottenuta attraverso queste procedure si è proposta di aumentare l'attendibilità della classificazione diagnostica, migliorare la comprensività dell'assessment clinico, ed eliminare i bias legati ai giudizi dei clinici. Alcuni autori suggeriscono che queste interviste dovrebbero essere impiegate più diffusamente nella pratica e nella formazione cliniche (Suppiger, In-Albon, Hendriksen et al., 2009; Wood, Garb, Lilienfeld et al., 2002). D'altra parte, i metodi delle interviste semi-strutturate presentano una serie di limiti particolari quando vengono applicate alla diagnosi dei disturbi di personalità. Se esse migliorano presumibilmente i problemi di attendibilità (Wood, Garb, Lilienfeld et al., 2002; Farmer, Chapman, 2002; Rogers, 2001, 2003), allo stesso tempo mostrano punteggi inferiori rispetto agli standard relativamente alla validità, alla preferenza dei terapeuti e all'utilità clinica.

Il grado di concordanza delle interviste cliniche semi-strutturate con altri standard diagnostici è modesta. Alcuni ricercatori hanno confrontato le diagnosi derivate da queste interviste con quella derivata dalla standard-LEAD (valutazione longitudinale di esperti che utilizza tutti i dati disponibili; Spitzer, 1983), procedura in base alla quale più membri di un gruppo di clinici che conoscono un paziente in setting differenti si incontrano per raggiungere un consenso sulla diagnosi da attribuirgli. Come altri metodi, la standard-LEAD ha dei limiti, ma i suoi vantaggi risiedono nel fatto che essa valuta i comportamenti e i tratti caratteristici del paziente nel tempo e in vari contesti, e può ridurre gli effetti dipendenti dallo stato dell'intervi-

stato, evidenti nelle risposte al questionario svolto in un'occasione specifica. I confronti tra le interviste semi-strutturate e le diagnosi LEAD mostrano scarsa concordanza (Pilkonis, Heape, Proietti et al., 1995; Skodol, Oldham, Rosnick et al., 1991). Le due interviste semi-strutturate più ampiamente utilizzate (la SCID-II e l'IPDE) mostrano una moderata convergenza tra loro (kappa va da .14 a .66), ma anche inferiore all'associazione con la diagnosi LEAD (kappa va da .03-.60 rispetto alla SCID-II, da -.01 a .41 rispetto alla IPDE, e una kappa mediana di .25 rispetto a entrambi gli strumenti). Trasversalmente a diversi studi, la kappa mediana tende ad avvicinarsi a .30 con una  $r$  mediana che valuta la convergenza delle diagnosi dimensionali di circa .40 (Clark, Livesley, Morey, 1997).

Le interviste semi-strutturate per i disturbi di personalità mostrano anche associazioni tipicamente basse con gli strumenti autosomministrati per la valutazione di questo tipo di patologia (Clark, Livesley, Morey, 1997; Barber, Morse, 1994; Hills, 1995; Hyler, Skodol, Kellman et al., 1990; Renneberg, Chambless, Dowdall et al., 1992), un risultato particolarmente inatteso dato che queste interviste si basano sui resoconti dei pazienti relativi ai loro stessi sintomi e ai pattern relazionali. Le prove di validità sulle interviste semi-strutturate per i disturbi di Asse I e di Asse II si differenziano sostanzialmente a questo proposito. Le diagnosi SCID per l'Asse I tendono a essere strettamente associate con altre interviste e valutazioni self-report (Rogers, 2003).

Il processo con cui i clinici fanno effettivamente diagnosi si distingue in modo sostanziale dai metodi usati in queste interviste (Westen, 1997). Indipendentemente dal loro orientamento teorico, i clinici riportano di non fare esclusivamente né tantomeno principalmente affidamento sulla procedura di porre domande dirette ai loro pazienti in merito agli specifici criteri diagnostici del DSM (sebbene essi certamente non ignorino questo metodo). La tabella 19.1 illustra l'importanza percepita dal clinico e il grado di affidamento relativi a cinque diversi metodi impiegati per fare diagnosi di disturbi di personalità. Piuttosto che affidarsi alle procedure delle interviste semi-strutturate, i clinici si basano e danno particolarmente valore alle loro osservazioni dirette del paziente, sia in termini di ascolto delle narrazioni autoriferite dai pazienti stessi sulle loro relazioni con altri significativi, sia in termini di osservazione dei comportamenti e delle interazioni in seduta.

Qualcuno potrebbe suggerire che le preferenze dei clinici e il grado di affidamento a queste osservazioni non standardizzate rafforzano solo gli argomenti a favore di una maggiore implementazione delle procedure diagnostiche strutturate. Una monografia pubblicata recentemente, che ha attirato una notevole attenzione da parte dei media, ha insinuato che i clinici sono così "difettosi" nel loro modo di pensare, così immersi nei loro pregiudizi e così poco scientifici nelle loro concettualizzazioni, che solo corsi specialistici basati su un'ampia formazione empirica dovrebbero es-

**Tabella 19.1** Valutazioni del clinico dell'importanza e del grado di affidamento relativi a cinque metodi impiegati per fare diagnosi di disturbi di personalità.

Metodo	Rango dell'importanza (N = 30)		Valutazione del grado di affidamento (N = 51)	
	Media	SD	Media	SD
Ascoltare il modo in cui il paziente descrive le interazioni con altri significativi	1.20	.48	1.10	.41
Osservare il comportamento del paziente	1.87	.57	1.22	.50
Parlare con altri significativi	3.63	.89	5.20	1.52
Porre domande dirette derivate dal DSM-IV	3.37	.93	5.31	1.71
Somministrare questionari	4.67	.48	6.51	.86

*Nota.* L'ordine in ranghi dell'importanza è su una scala che va da 1 a 5 punti; punteggi più bassi indicano una collocazione in ranghi più alta. La valutazione del grado di affidamento è su una scala che va da 1 a 7 punti; punteggi più bassi indicano una valutazione più alta. Tratto, con autorizzazione, da Westen, 1997.

sere accreditati per la pratica clinica, e che i terapeuti dovrebbero ottenere l'autorizzazione all'esercizio della professione solo per applicare dettagliati trattamenti manualizzati, che limitano l'uso del giudizio clinico informato (Baker, McFall, Shoham, 2009). I clinici sono ritenuti "colpevoli" quando le correlazioni statistiche tra le loro diagnosi e quelle derivate dalle interviste semi-strutturate sono moderate, sebbene essi siano paradossalmente coinvolti sia nel sottodiagnosticare una miriade di disturbi, sia allo stesso tempo nel sovrapatologizzare i loro pazienti (Wood, Garb, Lilienfeld et al., 2002; Garb, 1998; Hansen, Munk-Jørgensen, Guldbaek et al., 2000; Zimmerman, Mattia, 1999). La maggior parte dei risultati discussi nei paragrafi precedenti, tuttavia, sottolinea i problemi significativi con il nostro attuale sistema nosografico per le patologie della personalità e i limiti nei metodi comunemente impiegati nella formulazione di una diagnosi di disturbo di personalità. Contrariamente alle moderate associazioni riscontrate tra le valutazioni diagnostiche semi-strutturate e le misure self-report, le valutazioni del terapeuta relative al funzionamento adattivo del paziente, alla qualità delle sue relazioni evolutive e alle sue performance sociali/lavorative sono altamente correlate alle valutazioni dei pazienti relative alle stesse variabili (DeFife, Drill, Nakash et al., 2010; Hilsenroth, Ackerman, Blagys et al., 2000; Hilsenroth, Baity, Mooney et al., 2004).

Un altro punto da prendere in considerazione per la valutazione di un approccio diagnostico implica la verifica della sua capacità nel fornire informazioni clinicamente significative. Marshall e collaboratori (2001) e Suppiger e collaboratori (2009) hanno indagato le reazioni soggettive di clinico e paziente rispetto all'utilizzo delle interviste diagnostiche semi-strutturate. Questi studi hanno entrambi rilevato che i clinici ritengono l'uso delle inter-



viste più “dannoso” per il processo terapeutico rispetto ai loro pazienti, tuttavia esse sono considerate effettivamente ben accettate dai pazienti e non intrusive per il processo terapeutico. Ciò che i due studi non sono riusciti a evidenziare attraverso i loro risultati era *quanto* le interviste fossero *utili e supportive* per clinici e pazienti. Nella ricerca di Marshall e collaboratori (2001), pazienti e terapeuti ritenevano che le interviste semi-strutturate fossero “leggermente” utili e supportive per il processo terapeutico. I pazienti della ricerca di Suppiger e collaboratori (2009), invece, le valutavano molto soddisfacenti ed erano d’accordo con le affermazioni per cui i loro intervistatori le avessero prese seriamente e che esse fossero utili. Malgrado ciò, i pazienti erano meno di “leggermente d’accordo” con l’affermazione per cui le interviste li avessero aiutati a raggiungere una maggiore consapevolezza di se stessi, e gli intervistatori erano quasi “completamente d’accordo” con l’affermazione che i pazienti vedessero i loro problemi in modo più complesso/differenziato di quanto le interviste non riuscissero a rendere conto.

Quando si devono valutare i disturbi di personalità, le interviste diagnostiche semi-strutturate più comunemente utilizzate non riescono a dimostrare un’adeguata validità rispetto ad altri strumenti che misurano gli stessi costrutti, sono molto diverse rispetto alle procedure pratiche tipicamente impiegate e preferite dai clinici, e sono esperite da pazienti e terapeuti solo come leggermente migliorative per la comprensione clinica e poco supportive per il processo terapeutico. Paradossalmente, la spinta verso metodologie rigidamente standardizzate di “valutazione evidence-based della personalità” può avere l’effetto indesiderato di spingere i clinici più lontano da una pratica clinica efficace.

## DALLA DIAGNOSI ALLA FORMULAZIONE DEL CASO

Il problema più importante della diagnosi di personalità contemporanea è rappresentato dalla distanza tra il processo diagnostico e la formulazione del caso. Che un sistema nosografico sia categoriale o dimensionale, caratterizzato da multi-morbilità o più distintamente differenziato, esso offre fondamentalmente solo una rappresentazione statica del comportamento osservabile.

La classificazione diagnostica non riesce a fornire una comprensione dinamica di come pattern caratteristici della personalità si sviluppino, in quali condizioni, con quali obiettivi, e in che misura siano stati impiegati efficacemente. Nello sforzo di affrontare le carenze dei sistemi di classificazione diagnostica attuali, ricercatori e clinici psicodinamici hanno sviluppato il *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), “che tenta di caratterizzare l’intera gamma del funzionamento di un individuo – sia gli aspetti superficiali sia quelli profondi dei suoi pattern emotivi, cognitivi



e sociali” (p. 1). Il manuale offre un approccio multidimensionale per la valutazione nosologica di presentazioni sintomatiche manifeste, dei pattern di personalità e del livello di funzionamento mentale (che comprende funzioni come la regolazione affettiva, i processi difensivi e la capacità di stabilire e mantenere relazioni interpersonali).

Westen (Westen, 1996; Westen, Gabbard, Blagov, 2006) propone un prospetto delle variabili essenziali da valutare in una formulazione comprensiva di aspetti cognitivi, affettivi, interpersonali, motivazionali e comportamentali della personalità. Presentato nella tabella 19.2, questo modello è sia idiografico sia nomotetico, vale a dire che esso identifica le variabili distintive dell'individuo e le organizza teoreticamente, fornendo un concetto di struttura di personalità che tiene conto sia di processi individuali sia dell'applicazione a raggruppamenti diagnostici di più individui.

Questo modello risponde a tre domande che devono essere considerate per un assessment comprensivo della personalità di un individuo.

*Primo, quali sono le risorse cognitive, affettive e comportamentali di cui l'individuo dispone per adattarsi alle richieste del mondo interno e esterno?*

Nel dominio cognitivo, le persone si distinguono in base alle loro capacità intellettive, alla misura in cui pensano attraverso modalità globali o analitiche, all'accuratezza e all'integrità dei loro processi di pensiero, e agli schemi che utilizzano per elaborare le informazioni. Affettivamente, le persone si differenziano nell'intensità e nella labilità dei loro stati affettivi, nella loro tendenza a sperimentare stati affettivi diversi, nella consapevolezza delle loro esperienze emotive, e nei processi a cui ricorrono per regolare le proprie emozioni (in particolare, attraverso le strategie conscie di coping e i processi difensivi inconsci). Le persone si distinguono anche nelle loro risorse comportamentali, vale a dire le capacità che possiedono (come le abilità fisiche) e il loro stile comportamentale (come l'estroversione o l'impulsività), che rappresenta uno degli aspetti della personalità più adeguatamente valutati attraverso strumenti self-report dei tratti personologici.

*La seconda domanda riguarda le motivazioni della persona: quali sono i desideri, le paure e le cose a cui una persona dà valore, e in che misura queste motivazioni sono conscie e compatibili tra loro?*

Gli esseri umani si differenziano dalla maggior parte delle altre specie animali le cui azioni sono rigidamente controllate da strutture di regolazione ipotalamiche e meccanismi mesencefalici che automaticamente mettono in atto un comportamento in determinate condizioni attivanti. Negli esseri umani, invece, le forze attivanti sono con maggiore probabilità affetti e rappresentazioni cognitivo-affettive che codificano stati di paura, di desiderio, o cose a cui la persona dà importanza (come quelle associate a standard morali o esteriori) attraverso reti associative. Pertanto, quando una persona si trova in una situazione che rievoca un evento che ha provocato ansia in passato, può cominciare a essere ansiosa, sia nel caso in cui sia consapevole

**Tabella 19.2** Domini del funzionamento della personalità in un assessment comprensivo di personalità.

<b>I. Risorse psicologiche</b>	
a. Funzioni cognitive	1. Funzionamento intellettivo; capacità verbali e non verbali; memoria
	2. Stile cognitivo
	3. Coerenza o disturbo dei processi di pensiero
	4. Sistemi di aspettative e credenze
b. Esperienza affettiva	1. Intensità dell'esperienza affettiva
	2. Variabilità e labilità degli affetti
	3. Tendenza a sperimentare affetti positivi o negativi
	4. Tendenza a sperimentare affetti specifici
	5. Consapevolezza dell'esperienza affettiva
	6. Capacità di sperimentare emozioni ambivalenti
c. Regolazione affettiva	1. Strategie conscie di coping
	2. Difese
	3. Repertorio di strategie comportamentali di regolazione affettiva
d. Risorse comportamentali	1. Capacità comportamentali
	2. Stile comportamentale
<b>II. Motivazioni</b>	
a. Paure	
b. Desideri	
c. Attribuzione di valori	
d. Conflitti tra paure, desideri e attribuzioni di valori	
e. Consapevolezza delle motivazioni dominanti	
f. Importanti formazioni di compromesso	
<b>III. Esperienza di sé, degli altri e capacità relazionali</b>	
a. Struttura cognitiva delle rappresentazioni di sé e degli altri	1. Complessità
	2. Differenziazione tra rappresentazioni diverse dell'uno e dell'altro
	3. Integrazione di elementi differenti
b. Tonalità affettive degli schemi relazionali; aspettative in differenti tipi di relazioni	
c. Capacità di investire emotivamente nelle relazioni	1. Livello evolutivo
	2. Stile (per esempio, stile di attaccamento)
d. Capacità di investire in valori e in standard morali	
e. Comprensione della causalità sociale	1. Logica e accuratezza
	2. Livello di inferenza (motivazioni interne o comportamento esterno)
f. Preoccupazioni interpersonali dominanti: desideri, paure e schemi interpersonali cronicamente attivati	
g. Gestione degli impulsi aggressivi	

## h. Struttura del sé

1. Senso di continuità e di coerenza del sé; senso di un sé che pensa, sente e agisce; esperienza del sé come essere continuo nel tempo
2. Rappresentazioni di sé conscie e inconscie
3. Schemi di sé con gli altri
4. Autostima
5. Rappresentazioni di sé temute, desiderate, attese o ideali
6. Presentazione di sé
7. Identità

## i. Capacità sociali e comportamento interpersonale

Tratta, con autorizzazione di Elsevier, da Westen, 1996.

della causa, sia che non ne sia consapevole (poiché il pensiero associativo è una forma di memoria implicita), e può tentare di allontanare l'ansia scappando, distraendosi ecc.

Allo stesso modo, un individuo mantiene una relazione sentimentale con un'altra persona poiché immagina che così facendo si sentirà gratificato in vari modi, mentre la terminerà quando non si sentirà più in quel modo, a meno che non intervengano altre motivazioni compensatorie (come la colpa o la paura della solitudine). Poiché questi processi motivazionali si attivano tipicamente in un contesto che solo parzialmente è prevedibile (per esempio, da agenti di socializzazione nell'infanzia), e poiché alcune motivazioni confliggono di per sé con altre (come i desideri di coinvolgersi sessualmente con la moglie di un amico se la donna è attraente e disponibile – Mosè avrebbe potuto risparmiarsi la fatica di raccogliere le tavole se il conflitto intrapsichico fosse stato evitabile), le persone possono sperimentare conflitti tra centinaia o migliaia di dinamiche motivazionali quasi-indipendenti.

Tenendo conto che ormai i dati empirici hanno confermato molte ipotesi interpretative fondamentali di Freud, che gran parte della vita mentale è inconscia e che essa si estende ai processi motivazionali (Bargh, Chartrand, 1999; McClelland, Koestner, Weinberger, 1989; Shedler, Mayman, Manis, 1993; Westen, 1999), il processo di valutazione delle motivazioni richiede operazioni doppie, sia di quelle che sono conscie sia di quelle che non lo sono, come per esempio i modi attraverso i quali le persone formano compromessi tra motivazioni competitive e collaborative per massimizzare il loro grado di soddisfazione (le cosiddette “formazioni di compromesso”; Brenner, 1982).

*La terza domanda è più interpersonale: in che modo l'individuo fa esperienza di sé e degli altri, e in che misura è capace di instaurare relazioni soddisfacenti e intime con gli altri?*

Per esempio, in che misura una persona è in grado di vedere se stessa e gli altri in modo complesso, e in che modo il grado di complessità varia in differenti circostanze (Leigh, Westen, Barends et al., 1992; Woike, Aronoff, 1992)? Una persona si aspetta che le relazioni con gli altri siano arricchenti o pericolose, e questo aspetto varia in diverse situazioni o con differenti

tipi di persone? In che misura una persona vede gli altri come “oggetti” da usare per gratificare se stessa o per calmarsi, oppure come persone autonome/separate, con i propri bisogni e le proprie soggettività, con cui poter sviluppare relazioni caratterizzate da un'intimità profonda, coinvolgimento e interdipendenza? (Per certi aspetti questo terzo gruppo di variabili è semplicemente un esame più dettagliato di quelle discusse per le prime due domande che viene applicato al dominio interpersonale, ma sembra utile distinguerle dato che questo dominio è così centrale nella personalità e nelle esperienze umane.)

Una quarta domanda che potrebbe essere aggiunta si riferisce a come ciascuna delle variabili definite dalle domande precedenti si sviluppa in un determinato individuo; vale a dire *in che modo specifiche esperienze evolutive interagiscono con le disposizioni temperamentali dell'individuo in momenti differenti della vita per creare, mantenere, o alterare i processi della personalità?*

## INTERVISTA CLINICA SISTEMATICA

Alla riformulazione del *processo* diagnostico, affinché esso sia massimamente utile, resta da affrontare una questione. Poiché le diagnosi cliniche sono spesso inaffidabili di per sé, ritornare alle osservazioni cliniche non strutturate non è una soluzione raccomandabile. Il processo diagnostico ha bisogno di preservare la massima flessibilità e utilità clinica mantenendo allo stesso tempo livelli di standardizzazione e sensibilità empirica. Contrariamente all'intervista diagnostica semi-strutturata, l'*intervista clinica sistematica* è designata per integrare le metodologie su cui i clinici tipicamente si basano e a cui danno valore, inclusa l'osservazione delle interazioni dei pazienti nella stanza della consultazione e l'ascolto delle loro storie di vita, ma offrire al contempo una guida sistematica per ottenere informazioni da cui trarre inferenze sui loro comportamenti caratteristici, gli stati affettivi, le strategie conscie di coping, i processi di regolazione emotiva, i pattern cognitivi, e le motivazioni implicite/esplicite, come descritto in precedenza.

Probabilmente, il pioniere di questo format è stato Karl Menninger, che affermava che il primo obiettivo di un valutatore è “raccolgere le osservazioni [...] in un certo modo sistematico che gli garantirà metodicità da un lato e accuratezza dall'altro” e che un “report di una valutazione psicologica (di personalità) è costruito attraverso la combinazione di dati grezzi raccolti dall'esaminatore, inferenze e conclusioni derivate da questi dati, e inferenze e conclusioni derivate da altri dati riferiti o dal paziente o da altre persone che lo hanno osservato” (1952, p. 600). Egli credeva che l'organizzazione sistematica di questi dati si fonda su una teoria della personalità implicita o esplicita.

Esemplificazioni di un'intervista clinica sistematica fondata su una teoria (*theory-driven*) includono quelle offerte in *L'intervista psicoanalitica* di Saul (1957) e in *La valutazione metapsicologica della personalità adulta* di Anna Freud, Nagera e Ernest Freud (1965). I loro modelli suggerivano una valutazione sistematica dei problemi che l'individuo presenta, la descrizione del paziente per come è direttamente osservato dal clinico nel corso dell'intervista, il contesto familiare e possibili agenti stressanti ambientali. I loro principali approcci all'intervista, tuttavia, si focalizzavano sulle valutazioni *theory-driven* di pulsioni, capacità dell'Io, regressioni e fissazioni nello sviluppo, conflitti tra pulsioni incompatibili, e l'idoneità a sottoporsi al processo analitico. Harry Stack Sullivan (Sullivan, Perry, Gawel, 1970) ha presentato il processo di un'inchiesta dettagliata e ha anche sottolineato i fattori interpersonali presenti nell'intervista psichiatrica. Nancy McWilliams (1994) propone un esempio contemporaneo di questo schema diagnostico evidenziando le caratteristiche demografiche, la presentazione clinica, lo stato mentale, le tappe evolutive fondamentali, il funzionamento adattivo attuale e inferenze sulle rappresentazioni di sé e degli altri. I temi e la loro strutturazione sembrano simili in queste differenti forme di interviste psicodinamicamente informate, ed essi hanno una grande utilità clinica.

Noi presenteremo un format di valutazione simile attraverso l'Intervista Clinico-Diagnostica (Clinical Diagnostic Interview, CDI; Westen, 2004; disponibile sul sito: [www.psychsystems.net](http://www.psychsystems.net)). Sebbene la CDI includa alcune domande dirette (per esempio, sugli stati affettivi caratteristici del paziente: "Si sente spesso triste?"; sui disturbi del pensiero subclinici: "Le capita mai di avere pensieri o sensazioni strani che sopraggiungono nella sua mente, come la sensazione che un'altra persona sia nella stessa stanza, o di vedere improvvisamente immagini o sentire voci?" ecc.), non chiede principalmente agli individui di descrivere semplicemente le caratteristiche o i tratti della loro personalità. Piuttosto, chiede loro di fornire racconti sulle loro vite e sulle loro relazioni, che consentono di formulare giudizi clinici sistematici sulle loro caratteristiche modalità di pensare, sentire, regolare le emozioni, le rappresentazioni sé/altro ecc. Per esempio, l'intervista chiede di "descrivere un episodio specifico vissuto con sua madre, un episodio che in qualche modo risalta sugli altri. Può essere una situazione tipica della sua relazione con lei, una situazione particolarmente significativa, molto positiva o molto negativa – qualsiasi cosa le venga in mente". Si tratta di un'intervista ampiamente basata sulle narrazioni del paziente, che permette di ottenere resoconti di episodi relazionali che coinvolgono la famiglia, gli amici, partner e colleghi di lavoro, e che richiede inferenze cliniche basate su quello che i soggetti dicono, come lo dicono, e cosa non dicono ma sembra implicito dalle loro comunicazioni. Inoltre, le domande dell'intervista sistematica non sono organizzate sulla base di specifici criteri diagnostici dei disturbi di personalità del DSM-IV (per esempio, domande dirette che chiedono se il paziente si sente privilegiato o

se gli piace essere al centro dell'attenzione). La tabella 19.3 presenta la sinossi delle domande della CDI, che formano lo scheletro dell'intervista e il copione di base attorno al quale l'intervistatore può improvvisare.

**Tabella 19.3** Sinossi delle domande dell'Intervista Clinico-Diagnostica.

1. Potrebbe parlarmi di sé e di cosa l'ha portata qui?
2. Può parlarmi della sua infanzia – come è stato il suo sviluppo?
3. Può parlarmi della relazione con sua madre? Che persona era (è), e che tipo di genitore? Ora vorrei che lei mi descrivesse un episodio specifico che ha vissuto con sua madre, un episodio che in qualche modo risalta sugli altri. Può essere una situazione tipica della sua relazione con lei, una situazione particolarmente significativa, positiva o negativa – qualsiasi cosa le venga in mente.
4. Può parlarmi della relazione con suo padre?
5. Ha fratelli o sorelle? Mi può parlare un po' di loro, delle sue relazioni con loro? C'è qualche altra persona che è stata particolarmente importante per lei durante l'infanzia o nel corso dell'adolescenza?
6. Come andava a scuola?
7. Che tipo di rapporto aveva con i suoi amici quando era piccolo, e adesso? Chi sono i suoi migliori amici adesso? Potrebbe dirmi qualcosa della sua relazione con uno di loro – che tipo di relazione è?
8. Può parlarmi delle sue relazioni d'amore – come sono state? Attualmente è sposato o sentimentalmente impegnato con qualcuno? Potrebbe parlarmi di questa relazione? Come è la sua vita sessuale? Ci sono cose che la fanno sentire a disagio sessualmente, o che le hanno provocato attriti e disaccordi nelle sue relazioni? C'è qualcosa riguardo alle sue attitudini o ai suoi comportamenti sessuali che altre persone potrebbero considerare insolito?
9. Potrebbe parlarmi della storia della sua vita lavorativa? Che lavoro svolge ora e quali altre occupazioni ha svolto in passato?
10. Ha figli? Mi potrebbe parlare un po' di loro e del suo rapporto con loro?
11. Ora vorrei che pensasse a un periodo che, nell'ultimo anno o due, è stato davvero difficile, stressante o sconvolgente, e vorrei che me ne parlasse.
12. Mi potrebbe parlare del rapporto con il suo terapeuta?
13. Ora vorrei terminare il colloquio con alcune domande sulla sua salute fisica e mentale, e sul modo in cui lei sente, pensa e vede se stesso.
(A) Si sente spesso triste? Ansioso? Prova spesso vergogna o imbarazzo? Sensi di colpa? Rabbia?
(B) Percepisce sentimenti positivi, come felicità o orgoglio?
(C) Si sente mai sopraffatto dai propri sentimenti?
(D) Ci sono delle volte in cui cerca di reprimere completamente i suoi sentimenti, o in cui si sente del tutto insensibile?
(E) Ha mai avuto problemi con alcol o droghe?
(F) Come reagisce il suo corpo allo stress? Le capita spesso di ammalarsi o avere mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena ecc.? Come va la sua salute in generale?
(G) Come si sente di solito riguardo a se stesso? Le sue sensazioni/sentimenti riguardo a se stesso cambiano frequentemente? Cosa le piace o non le piace di sé?

- 
- (H) Si è mai fatto del male o ha mai tentato di suicidarsi, o pensato seriamente al suicidio?
- 
- (I) Le è mai capitato di sentirsi come se non sapesse chi è, o come se diverse parti di lei non si accordassero tra loro?
- 
- (J) Si sente mai come se si trovasse al di fuori del suo corpo, o come se fosse in qualche modo distaccato dalle cose attorno a lei, come se le osservasse attraverso una lastra di vetro?
- 
- (K) Lei è una persona superstiziosa? Ha delle credenze che altre persone potrebbero trovare insolite? Crede in fenomeni paranormali (ESP), o che le persone possano leggere i pensieri di altre persone? Le capita mai di avere pensieri o sensazioni strani che sopraggiungono nella sua mente, come la sensazione che un'altra persona sia nella stessa stanza, o di vedere improvvisamente immagini o sentire voci?
- 
14. Le ho fatto molte domande. Come si è sentito nel corso di questa intervista? C'è qualcosa di cui non abbiamo parlato e che secondo lei è invece importante per aiutarmi a capire ancora meglio che tipo di persona è lei? C'è qualche altra cosa che vorrebbe aggiungere o chiedermi?
- 
- Tratta, con autorizzazione, da Westen, 2004.

La CDI è disponibile in versioni adattate per popolazioni di pazienti adulti, non cliniche, adolescenti e forensi. Oltre alla sua utilità trasversale alle diverse popolazioni, l'intervista è utilizzata per finalità cliniche e di ricerca e può essere impiegata per valutare le sindromi di Asse I e di Asse II del DSM-IV, attraverso l'applicazione di specifici strumenti come la SWAP-II (Westen, Shedler, 2007) o i prototipi diagnostici (Westen, Bradley, 2005; Ortigo, Bradley, Westen, 2010; Westen, DeFife, Bradley et al., 2010; Westen, Muderrisoglu, Fowler et al., 1997). L'intervista è *sistematica* senza essere clinicamente *vincolante*, con aree aperte di indagine la cui appropriatezza dipende dalle capacità cliniche dell'intervistatore, dalla sua empatia e dalle ipotesi che emergono nel corso del colloquio. Inoltre, sebbene lo strumento non sia *neutrale* rispetto a una teoria di riferimento, non è neanche così *specifico* per un determinato approccio. Attraverso la valutazione priva di gergalità cliniche di una gamma di aspetti cognitivi, affettivi, interpersonali, motivazionali e comportamentali della personalità, l'intervista può essere impiegata indipendentemente dalle tipologie di orientamento teorico dei clinici. Infine, il nostro istituto di ricerca ha condotto studi empirici sull'affidabilità e sulla validità delle informazioni ottenute dall'intervista e ha dato inizio a un processo per la produzione di formulazioni di casi clinici dettagliati, sui quali forniremo maggiori informazioni più avanti nel capitolo.

Pochi studi hanno esaminato i coefficienti di *interrater reliability* e di validità intervistatore-terapeuta relativi a strumenti valutati usando le informazioni ottenute dalla CDI.<sup>2</sup> Il primo strumento utilizzato è l'Affect Re-

2. I coefficienti di affidabilità e validità dipendono sia dalle proprietà psicometriche dello strumento, sia dalla qualità delle informazioni ottenute da un'intervista. Noi presenteremo queste informazioni a sostegno della CDI, insieme ad altri vantaggi già descritti in merito alla procedura delle interviste clinico-sistematiche.



gulation and Experiences Q-Sort (AREQ; Westen, Muderrisoglu, Fowler et al., 1997). La correlazione media dei profili AREQ ottenuti da due giudici-clinici che hanno osservato la stessa intervista CDI videoregistrata era  $r = .64$  (l'affidabilità corretta di Spearman-Brown per la valutazione media di due valutatori era  $r = .78$ ). La correlazione media dei profili tra l'intervistatore della CDI e il terapeuta del paziente era  $r = .62$ .

Altri due studi hanno impiegato la CDI (Westen, Muderrisoglu, 2003, 2006) per la valutazione Q-sort della personalità attraverso la SWAP-200 (Westen, Shedler, 2007; Shedler, Westen, 1998) e per le valutazioni dimensionali dei criteri del DSM-IV per i disturbi di personalità. La SWAP è un gruppo di affermazioni (item) descrittive della personalità, ciascuna delle quali può descrivere un determinato paziente bene, abbastanza bene, o per niente. Un clinico-valutatore deve ordinare queste affermazioni in 8 categorie in base alla misura in cui esse descrivono il paziente, da 7 (altamente descrittivo) a 0 (non descrittivo). Poiché gli item sono scritti in un linguaggio clinico e descrivono funzioni della personalità (per esempio, le modalità attraverso le quali una persona regola o non riesce a regolare gli impulsi, le emozioni, l'autostima), essi possono essere usati per creare descrizioni narrative dei pazienti in un linguaggio clinico semplice, fornendo non solo dei profili con punteggi quantitativi ma anche resoconti interpretativi scritti con il linguaggio dello strumento stesso (per esempio, senza scivolamenti di significato che possono verificarsi quando gli item di un self-report sono tradotti in costrutti clinico-diagnostici; Westen, Gabbard, Blagov, 2006; Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Shedler, Westen, 2007).

Sia le valutazioni SWAP sia i punteggi DSM-IV ottenuti dalla CDI hanno prodotto coefficienti di *interrater reliability* pari a  $r = .81$ . Inoltre, i coefficienti di validità convergente tra gli intervistatori della CDI e i terapeuti sono straordinariamente alti ( $r = .82$  per la SWAP mediana;  $r = .74$  per le valutazioni dimensionali mediane del DSM-IV). I risultati delle valutazioni dimensionali del DSM-IV erano particolarmente significativi, nel senso che il livello di accordo era sostanzialmente più alto di quello tipicamente riscontrato tra gli intervistatori dell'intervista diagnostica clinica strutturata e i terapeuti. Inoltre, le misure del funzionamento adattivo del paziente, come la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento del DSM-IV, erano fortemente associate tra gli intervistatori della CDI e i terapeuti ( $r_s > .70$ ). Questi dati forniscono un supporto convincente sia per l'affidabilità e la validità della diagnosi di disturbo di personalità, sia per le informazioni del funzionamento adattivo dell'individuo ottenute dall'intervista clinica sistematica, contrariamente a quanto accade per le interviste diagnostiche strutturate di personalità esistenti.

## ILLUSTRAZIONE DI UN CASO CLINICO

Per illustrare il confronto tra le informazioni ottenute attraverso l'intervista diagnostica strutturata e l'intervista clinica sistematica, presenteremo una breve descrizione di un caso. Il caso è stato selezionato da una ricerca su più siti on-line, attualmente in corso, che paragona approcci dimensionali alternativi per la diagnosi di personalità. In questo studio, i partecipanti completano sia l'Intervista clinica strutturata per i disturbi del DSM-IV (SCID-I e II) sia l'Intervista Clinico-Diagnostica (CDI) con intervistatori indipendenti. Gli psicoterapeuti dei partecipanti provvedono anche a fornire altri dati clinici attraverso la compilazione di questionari on-line e della SWAP-II Q-sort (l'ultima versione dello strumento SWAP che include piccole revisioni a livello degli item rispetto alla precedente; Westen, Shedler, 2007).

Il Signor Y è un uomo di etnia caucasica, di 32 anni, single, eterosessuale, visto settimanalmente in psicoterapia individuale per poco più di un anno. Non ha una storia di ospedalizzazioni psichiatriche o di tentati suicidi. Il suo terapeuta riportava le diagnosi di disturbo dell'adattamento e disturbo narcisistico di personalità con un punteggio alla GAF di 55 (punteggio che indica una sintomatologia moderata e difficoltà nel funzionamento sociale/lavorativo).

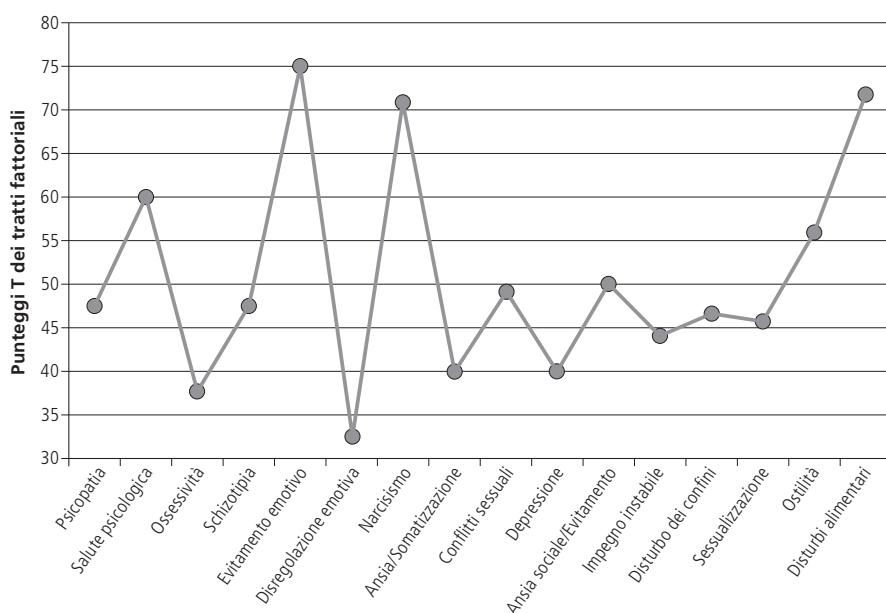
Secondo l'intervistatore SCID, il paziente soddisfaceva i criteri per un disturbo d'ansia NAS e aveva una storia passata di anoressia nervosa (non attuale). Secondo la SCID-II, il Signor Y non soddisfaceva più di un criterio per ogni singolo disturbo di Asse II, anche se l'intervistatore lo valutava positivamente per un disturbo di personalità NAS.

Il punteggio alla GAF derivato dalla valutazione della SCID del Signor Y era 80 (punteggio che indica che, quando i sintomi sono presenti, sono transitori e costituiscono reazioni per lo più attese a fattori stressanti interpersonali, con una compromissione non più che lieve nel funzionamento sociale/lavorativo del soggetto).

L'intervistatore della CDI ha completato la SWAP-II per il Signor Y. I punteggi di tratti e disturbi di personalità ottenuti alla SWAP-II sono presentati nelle figure 19.1 e 19.2.

Il Signor Y presentava livelli clinicamente rilevanti di tratti narcisistici, evitamento delle emozioni e disturbi alimentari, con alcune caratteristiche prevalenti di sanità psicologica. I punteggi della SWAP-II per una diagnosi dimensionale di disturbo di personalità indicano un picco particolarmente rilevante per il disturbo narcisistico di personalità, con caratteristiche schizoidi/schizotipiche. I punteggi di tratti e disturbi di personalità della SWAP-II del terapeuta correlavano con quelli dell'intervistatore della CDI con  $r = .76$ .

Le valutazioni dell'intervistatore della CDI sembrano corroborare la diagnosi di disturbo narcisistico di personalità attribuita dal terapeuta e se-

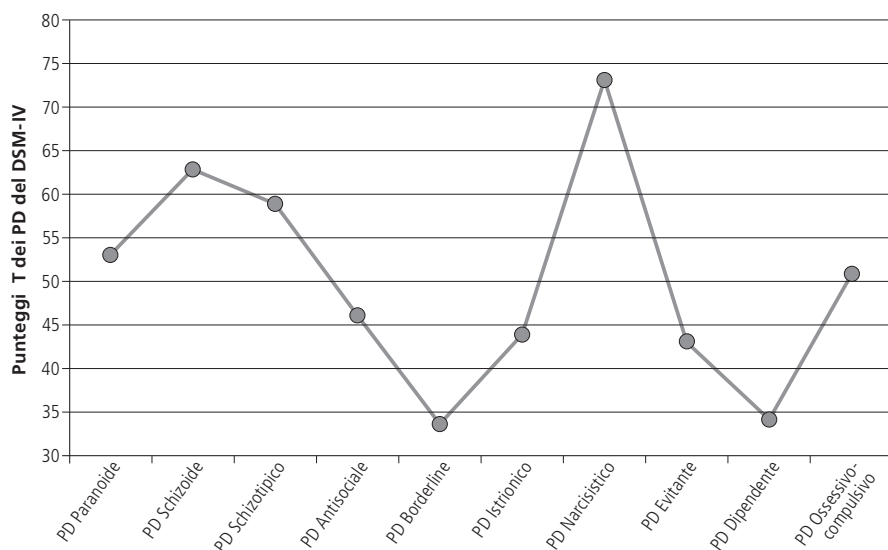


**Figura 19.1** Punteggi dei tratti della SWAP-II ottenuti dall'intervistatore della CDI.

gnalano i problemi relativi al disturbo alimentare così come aveva messo in luce la diagnosi SCID-I con la storia passata di anoressia nervosa. Bisogna notare che sia il terapeuta sia l'intervistatore della CDI rilevano la presenza di una patologia di personalità considerevolmente più marcata rispetto a quella ravvisata dall'intervistatore della SCID-II. In termini di funzionamento adattivo, l'attribuzione del punteggio di 62 (difficoltà medio-moderate) alla GAF da parte dell'intervistatore della CDI era molto più vicina alla valutazione di 55 del terapeuta piuttosto che a quella di 80 fatta dall'intervistatore della SCID-II.

Chiaramente, l'intervistatore della CDI e il terapeuta hanno raccolto informazioni cliniche preziose sulle modalità caratteristiche di relazionarsi agli altri del Signor Y dalle narrazioni di episodi relazionali e dalle interazioni cliniche con lui; informazioni che sono state invece grossolanamente trascurate a favore di domande dirette, che indagano sintomi specifici e autoriferiti, poste nell'intervista SCID (per esempio, "Lei NON prova reale interesse per il problemi e i sentimenti delle altre persone?"). Inoltre, l'approccio diagnostico dimensionale della personalità teneva conto delle gradazioni tra le caratteristiche dei disturbi della personalità (in particolare, il narcisismo e l'evitamento schizoide/emotivo), laddove la SCID-II offriva una categorizzazione abbastanza vaga di disturbo di personalità NAS.

Le due seguenti formulazioni del caso relative al Signor Y, elaborate a partire da metodi di intervista differenti, dovrebbero mostrare la scarsità di



**Figura 19.2** Punteggi dei disturbi di personalità del DSM disposti in base alla SWAP-II completata dall'intervistatore della CDI.

informazioni cliniche ottenute con la SCID-II rispetto alla ricca descrizione narrativa offerta dalle valutazioni di CDI e SWAP.

L'insieme di tutti gli item della SCID-II valutati positivamente mostra solo che il Signor Y è inibito in situazioni interpersonali nuove a causa di sentimenti di inadeguatezza e lamentele sul fatto di sentirsi incompreso e non apprezzato dagli altri; mostra comportamenti e atteggiamenti arroganti e superbi; ha deliberatamente distrutto la proprietà di un'altra persona prima dei 15 anni; percepisce attacchi contro la sua persona che non sono facilmente evidenti per gli altri; ed è sempre pronto a reagire con rabbia o contrattaccare.

Un'altra descrizione narrativa è stata elaborata mettendo insieme gli item della SWAP-II collocati dall'Intervistatore della CDI nelle tre categorie (5, 6 e 7) più alte (e quindi più descrittive) del Q-sort. Gli item sono stati ripresi nella loro formulazione pressoché originale, apportando solo alcuni piccoli cambiamenti grammaticali al fine di favorire la fluidità del discorso.

L'orientamento sessuale del Signor Y è centrale per la sua identità personale e il senso di sé. Sebbene il Signor Y tenda a reprimere o "dimenticare" gli eventi stressanti, o distorcerne i ricordi senza rendersene conto, sembra essere riuscito a scendere a patti con esperienze dolorose del passato, avervi trovato un significato, ed essere cresciuto grazie anche a queste esperienze. È articolato e sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo.

Alle volte suscita simpatia negli altri, ma non ha relazioni né amicizie strette e

assume il ruolo dell'emarginato o dell'outsider. Spesso è arrabbiato o ostile, e si sente incompreso, maltrattato o vittimizzato. I sentimenti di infelicità, depressione o abbattimento sono prevalenti, e il suo aspetto e i suoi modi di fare sembrano "spenti", strani o particolari.

Vuole essere al centro dell'attenzione, ma è critico con gli altri e sembra incapace di descrivere le persone per lui significative in modo ricco e tridimensionale. Sebbene sia capace di riconoscere punti di vista alternativi di altre persone, sembra avere poca empatia, non è capace o disponibile a capire o rispondere ai bisogni e ai sentimenti degli altri.

Il Signor Y sembra avere conflitti con l'autorità (per esempio, può sentire di doversi sottomettere, ribellarsi, avere la meglio, sconfiggerla ecc.) e crede di poter essere apprezzato solo da, o di poter frequentare solo, persone che hanno uno status elevato, sono superiori o in qualche modo "speciali". Sprezzante, superbo e arrogante, si sente esageratamente importante (per esempio, si sente speciale, superiore, straordinario o invidiato). Al contempo, quando è necessario, sa essere assertivo in modo efficace e appropriato, ma frequentemente partecipa a scontri di potere. Mostra una gamma di emozioni limitata e ristretta; tende a vedersi come una persona logica, razionale e non influenzata dalle emozioni. Preferisce comportarsi come se le emozioni fossero irrilevanti o prive di conseguenze. Tende a pensare in termini astratti o intellettualizzati, e cerca in tutti i modi di vedersi e ritrarsi come un persona emotivamente forte, priva di problemi, e capace di controllare la propria emotività nonostante vi siano prove evidenti di una sottostante insicurezza, angoscia o stress. Sembra avere un profondo senso di cattiveria interiore; si vede rovinato, cattivo o marcio fino al midollo. Allo stesso modo, ha un'immagine del proprio corpo disturbata o distorta (per esempio, si trova poco attraente, grottesco, disgustoso ecc.) e tende a limitare l'assunzione di cibo forse anche fino al punto da diventare sottopeso e malnutrito.

L'illustrazione del caso del Signor Y mostra vividamente la ricchezza delle informazioni utili clinicamente ottenute attraverso la CDI sistematica. La CDI permette di ottenere un ritratto del Signor Y che corrisponde molto più fedelmente al quadro clinico osservato dal suo terapeuta dopo oltre un anno di lavoro insieme. Molte modalità di relazione caratteristiche del Signor Y sono state trascurate dalla SCID. Le interviste cliniche strutturate e standardizzate esistenti sono costrette a dipendere dalle risposte dei pazienti a domande dirette, che valutano sintomi circoscritti.

## CONCLUSIONI

Gli individui con disturbi di personalità o problematiche subcliniche di personalità costituiscono un'ampia percentuale di pazienti che ricercano una psicoterapia. Questi pattern maladattivi di motivazione, cognizione, regolazione affettiva, comportamento e relazionalità interpersonali sono saldamente associati alla diatesi o al mantenimento di disturbi dell'umore, d'ansia, del controllo degli impulsi e somatici. Sfortunatamente, il costrutto di personalità è stato declassato a una posizione secondaria della diagno-

si clinica (letteralmente come un'aggiunta rispetto alle patologie di Asse I di "ordine superiore"). I clinici sono restii ad applicare l'attuale sistema diagnostico della patologia di personalità con la sua lunga lista di sintomi, complicati algoritmi e la scarsa utilità clinica. Mentre i ricercatori sono scettici a causa dei limiti relativi all'affidabilità e alla validità delle diagnosi dell'Asse II del DSM-IV.

I pensatori psicodinamici hanno una ricca storia nell'indagine delle radici fondative dello sviluppo della personalità e mostrano un apprezzamento particolare per il ruolo delle caratteristiche della personalità nel processo terapeutico. Tuttavia, i clinici e i ricercatori psicodinamici sono sprovvisti non solo di un sistema diagnostico fondato empiricamente e utile clinicamente, ma anche di un metodo sistematico per ottenere e organizzare le narrazioni del paziente. Le interviste cliniche strutturate come la SCID e l'IPDE possono essere utili per standardizzare un processo diagnostico, ma non sono preferite dai clinici e possono trascurare una grande quantità di informazioni sul funzionamento del paziente che sono preziose per informare il lavoro terapeutico.

Abbiamo presentato tre approcci per migliorare l'attendibilità del processo diagnostico pur preservando l'utilità clinica di una approfondita formulazione del caso singolo. Lo schema per una valutazione funzionale della personalità offre un modello di domini funzionali (quali la cognizione, la motivazione, il controllo del comportamento, le modalità di relazione ecc.) che devono essere necessariamente indagati per completare una comprensiva e significativa formulazione clinica. Contrapponendosi ai vincoli imposti dalle attuali interviste strutturate standard, incentrate sul porre domande dirette ai pazienti su sintomi psichiatrici discreti, la CDI sistematica fornisce una "tabella di marcia" per questo tipo di indagini focalizzandosi sulla sollecitazione di dettagliate narrative relazionali dell'individuo. Infine, le informazioni desunte dall'indagine sistematica delle narrative relazionali possono essere categorizzate in modo affidabile attraverso metodologie psicometricamente fondate come una diagnosi prototipica e attraverso strumenti come la SWAP Q-sort; inoltre, questa traduzione in termini quantitativi dei materiali dell'intervista non deve essere separata dallo sviluppo di una formulazione del caso concettualmente ricca e complessa.

L'uso della CDI incarna gli ideali di una ricerca informata clinicamente contribuendo a una pratica fondata empiricamente. Studiando e incorporando le metodologie a cui i clinici effettivamente si affidano nella loro quotidianità (per esempio, l'attenzione alle narrative relazionali del paziente e alle osservazioni dirette del comportamento nel processo terapeutico), la CDI fornisce informazioni che sono psicometricamente fondate per la ricerca empirica, diagnosticamente utili e clinicamente significative.

## BIBLIOGRAFIA

- AHN, W. (1999), "Effect of casual structure on category construction". In *Memory & Cognition*, 27, 6, pp. 1008-1023.
- AMIES, P. (1996), "Psychotherapy patients: Are they 'the worried well'?" In *Psychiatric Bulletin*, 20, 3, pp. 153-156.
- BAKER, T.B., MCFALL, R.M., SHOHAM, V. (2009), "Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care". In *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 2, pp. 67-103.
- BARBER, J.P., MORSE, J.Q. (1994), "Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory with the SCID-II and PDE". In *Journal of Personality Disorders*, 8, 4, pp. 307-319.
- BARGH, J., CHARTRAND, T. (1999), "The unbearable automaticity of being". In *American Psychologist*, 54, 7, pp. 462-479.
- BLAGOV, P., WESTEN, D. (2008), "Mettere in discussione la coerenza del disturbo istrionico di personalità. I sottotipi isterico e borderline negli adulti e negli adolescenti". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- BRADLEY, R., ZITTEL, C., WESTEN, D. (2005), "The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 9, pp. 1006-1019.
- BRENNER, C. (1982), *La mente in conflitto*. Tr. it. Martinelli, Firenze 1985.
- BROWN, T., BARLOW, D. (2005), "Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* and beyond: Comment on the special section". In *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 4, p. 551-556.
- CLARK, L.A., LIVESLEY, W.J., MOREY, L. (1997), "Personality disorder assessment: The challenge of construct validity". In *Journal of Personality Disorders*, 11, 3, pp. 205-231.
- CROMER, T., HILSENROTH, M. (2010), "Patient personality and outcome in short-term psychotherapy". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 1, pp. 59-66.
- DEFIFE, J.A., DRILL, R., NAKASH, O., WESTEN, D. (2010), "Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history". In *American Journal of Psychiatry*, 167, 12, pp. 1472-1478.
- FARMER, R., CHAPMAN, A. (2002), "Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders". In *Comprehensive Psychiatry*, 43, 4, pp. 285-300.
- FIRST, M. (2005), "Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: The challenge of diagnostic comorbidity". In *Psychopathology*, 38, 4, pp. 206-210.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W. (1997), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M., WILLIAMS, J.B.W., DAVIES, M., BORUS, J. ET AL. (1995), "The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Part II: Multi-site test-retest reliability study". In *Journal of Personality Disorders*, 9, 2, pp. 92-104.
- FREUD, A., NAGER, H., FREUD, W.E. (1965), "Metapsychological assessment of the adult personality – the adult profile". In *Psychoanalytic Study of the Child*, 20, pp. 9-41.
- FRIEDMAN, R.C., BUCCI, W., CHRISTIAN, C., DRUCKER, P., GARRISON, III W.B. (1988), "Private psychotherapy patients of psychiatrist-psychoanalysts". In *American Journal of Psychiatry*, 155, 12, pp. 1772-1774.
- GARB, H.N. (1998), *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- GIBBON, M., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B.W., BENJAMIN, L. (1997), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- GUNDERSON, J.G., KOLB, J.E., AUSTIN, V. (1981), "The diagnostic interview for borderline patients". In *American Journal of Psychiatry*, 138, 7, pp. 896-903.



- HANSEN, S., MUNK-JØRGENSEN, P., GULDBAEK, B., SOLGÅRD, T., LAUSUZ, K., ALBRECHTSEN, N., BORG, L., EGANDER, A., FAURHOLDT, K., GILBERG, A., GOSDEN, N.P., LORENZEN, J., RICHELSEN, B., WEISCHER, K., BERTELSEN, A. (2000), "Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 6, pp. 432-438.
- HICKS, B.M., MARKON, K.E., PATRICK, C.J., KRUEGER, R.F., NEWMAN, J.P. (2004), "Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure". In *Psychological Assessment*, 16, 3, pp. 276-288.
- HILLS, H.A. (1995), "Diagnosing personality disorders: An examination of the MMPI-2 and MCMI-II". In *Journal of Personality Assessment*, 65, pp. 21-37.
- HILSENROTH, M., ACKERMAN, S.J., BLAGYS, M.D., BAUMANN, B.D., BAITY, M.R., SMITH, S.R., HEINDELMAN, T.L., MOUNT, M.K., HOLDWICK, D.J. JR. (2000), "Reliability and validity of DSM-IV axis V". In *American Journal of Psychiatry*, 157, 11, pp. 1858-1863.
- HILSENROTH, M., BAITY, M.R., MOONEY, M.A., MEYER, G.J. (2004), "DSM-IV major depressive episode criteria: An evaluation of reliability and validity across three different rating methods". In *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 1, pp. 3-10.
- HYLER, S.E., SKODOL, A.E., KELLMAN, H.D., OLDHAM, J.M., ROSNICK, L. (1990), "Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: Comparison with two structured interviews". In *American Journal of Psychiatry*, 147, 8, pp. 1043-1048.
- KRUEGER, R., BEZDJIAN, S. (2009), "Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11". In *World Psychiatry*, 8, 1, pp. 3-6.
- KRUEGER, R., SKODOL, A., LIVESLEY, W., SHROUT, P., HUANG, Y. (2007), "Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II". In *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, pp. 65-73.
- KUPFER, D.J., FIRST, M.B., REGIER, D.A. (2002) (a cura di), *A Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- LEIGH, J., WESTEN, D., BARENDT, A., MENDEL, M.J., BYERS, S. (1992), "The assessment of complexity of representations of people using TAT and interview data". In *Journal of Personality*, 60, 4, pp. 809-837.
- LINGIARDI, V., SHEDLER, J., GAZZILLI, F. (2006), "Valutare i cambiamenti della personalità in psicoterapia con la SWAP-200. Il caso di Melania". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- LORANGER, A., SUSMAN, V.L., OLDHAM, J.M., RUSSAKOFF, M. (1998), *Personality Disorders Examination (PDE) Manual*. DV Communications, Yonkers.
- LORANGER, A.W., JANCA, A., SARTORIUS, N. (1997) (a cura di), *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge University, Cambridge, UK.
- MARSHALL, R., SPITZER, R., VAUGHAN, S., VAUGHAN, R., MELLMAN, L., MACKINNON, R., ROOSE, S.P. (2001), "Assessing the subjective experience of being a participant in psychiatric research". In *American Journal of Psychiatry*, 58, 2, pp. 319-321.
- MCCLELLAND, D.C., KOESTNER, R., WEINBERGER, J. (1989), "How do self-attributed and implicit motives differ?". In *Psychological Review*, 96, 4, pp. 690-702.
- MCWILLIAMS, N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1999.
- MENNINGER, K. (1952), "Recording the findings of the psychological examination ('mental status')". In *American Journal of Psychiatry*, 108, 8, pp. 600-609.
- ORTIGO, K.M., BRADLEY, B., WESTEN, D. (2010), "An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11". In MILLON, T., KRUEGER, R., SIMONSEN, E. (a cura di), *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. Guilford Press, New York, pp. 374-390.
- PDM TASK FORCE (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- PFOHL, B., BLUM, N., ZIMMERMAN, M. (1997), *Structured Interview for DSM-IV Personality*. American Psychiatric Association, Washington, DC.

- PILKONIS, P.A., HEAPE, C.L., PROIETTI, J.M., CLARK, S.W., McDAVID, J.D., PITTS, T.E. (1995), "The reliability and validity of two structure diagnostic interviews for personality disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 1025-1033.
- RENNEBERG, B., CHAMBLESS, D.L., DOWDALL, D.J., FAUERBACH, J.A., GRACELY, E.J. (1992), "The structured clinical interview for DSM-III-R, Axis II and the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A concurrent validity study of personality disorders among anxious outpatients". In *Journal of Personality Disorders*, 6, 2, pp. 117-124.
- ROGERS, R. (2001), *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. Guilford Press, New York.
- ROGERS, R. (2003), "Standardizing DSM-IV diagnoses: The clinical applications of structured interviews". In *Journal of Personality Assessment*, 81, 3, pp. 220-225.
- ROTTMAN, B., AHN, W., SANISLOW, C., KIM, N. (2009), "Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases?". In *American Journal of Psychiatry*, 166, 4, pp. 427-433.
- RUSS, E., BRADLEY, R., SHEDLER, J., WESTEN, D. (2005), *Refining the Narcissistic Diagnosis: Defining Criteria, Subtypes, and Endophenotypes*. Emory University, documento non pubblicato.
- SAUL, L. (1957), "The psychoanalytic diagnostic interview". In *Psychoanalytic Quarterly*, 26, pp. 76-90.
- SHEDLER, J., MAYMAN, M., MANIS, M. (1993), "The illusion of mental health". In *American Psychologist*, 48, 11, pp. 1117-1131.
- SHEDLER, J., WESTEN, D. (1998), "Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology". In *Assessment*, 5, 4, pp. 333-353.
- SHEDLER, J., WESTEN, D. (2004), "Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice". In *American Journal of Psychiatry*, 161, 8, pp. 1350-1365.
- SHEDLER, J., WESTEN, D. (2007), "The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful". In *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, pp. 41-55.
- SKODOL, A., BENDER, D. (2009), "The future of personality disorders in DSM-V?". In *American Journal of Psychiatry*, 166, 4, pp. 388-391.
- SKODOL, A.E., OLDHAM, J.M., BENDER, D.S., DYCK, I.R., STOUT, R.L., MOREY, L.C., SHEA, M.T., ZANARINI, M.C., SANISLOW, C.A., GRILO, C.M., MCGLASHAN, T.H., GUNDERSON, J.G. (2005), "Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationships to functional impairment". In *American Journal of Psychiatry*, 162, 10, pp. 1919-1925.
- SKODOL, A.E., OLDHAM, J.M., ROSNICK, L., KELLMAN, D., HYLER, S. (1991), "Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: A comparison of two structured interviews". In *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1, pp. 13-26.
- SPITZER, R.L. (1983), "Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary?". In *Comprehensive Psychiatry*, 24, pp. 399-411.
- SPITZER, R., FIRST, M., SHEDLER, J., WESTEN, D., SKODOL, A. (2008), "Clinical utility of five dimensional system for personality diagnosis: A 'consumer preference' study". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 5, pp. 356-374.
- SPITZER, R.L., FIRST, M.B., SKODOL, A.E. (2006), *Clinical Acceptability of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis: A Pilot Study*. Department of Psychiatry, Columbia University, documento non pubblicato.
- SULLIVAN, H., PERRY, H., GAWEL, M. (1970), *The Psychiatric Interview*. WW Norton, New York.
- SUPPGER, A., IN-ALBON, T., HENDRIKSEN, S., HERMANN, E., MARGRAF, J., SCHNEIDER, S. (2009), "Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings". In *Behavior Therapy*, 40, 3, pp. 272-279.
- TACKETT, J.L., BALSIS, S., OLTMANN, T.F., KRUEGER, R.F. (2009), "A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*". In *Development and Psychopathology*, 21, 3, pp. 687-713.

- WESTEN, D. (1996), "A model and a method for uncovering the nomothetic from the idiographic: An alternative to the five-factor model?". In *Journal of Research in Personality*, 30, 3, pp. 400-413.
- WESTEN, D. (1997), "Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II". In *American Journal of Psychiatry*, 154, 7, pp. 895-903.
- WESTEN, D. (1998), "Diagnosi della personalità e formulazione del caso: due processi o uno?". Tr. it. in SHEDLER, J., WESTEN, D., LINGIARDI, V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 43-65.
- WESTEN, D. (1999), "The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead?". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, pp. 1061-1106.
- WESTEN, D. (2004), *Clinical Diagnostic Interview*. Emory University, documento non pubblicato, [www.psychsystems.net](http://www.psychsystems.net).
- WESTEN, D., ARKOWITZ-WESTE, L. (1998), "Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice". In *American Journal of Psychiatry*, 155, 12, pp. 1767-1771.
- WESTEN, D., BETAN, E., DEFIFE, J.A. (2011), "Identity in adolescence: Associations with borderline personality disorder". In *Development and Psychopathology*, 23, 1, pp. 305-313.
- WESTEN, D., BRADLEY, R. (2005), "Prototype diagnosis of personality". In STRACK, S. (a cura di), *Handbook of Personality and Psychopathology*. Wiley, New York, pp. 238-256.
- WESTEN, D., DEFIFE, J.A., BRADLEY, B., HILSENROTH, M. (2010), "Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM-5 and ICD-11". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 6, pp. 482-487.
- WESTEN, D., GABBARD, G.O., BLAGOV, P. (2006), "Ritorno al futuro. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia". Tr. it. in DAZZI, N., LINGIARDI, V., GAZZILLO, F., *La diagnosi in psicologia clinica*. Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 87-122.
- WESTEN, D., HEIM, A., MORRISON, K., PATTERSON, M., CAMPBELL, L. (2002), "Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: Implications for the next edition of the DSM". In BEUTLER, L., MALIK, M. (a cura di), *Rethinking the DSM: A Psychological Perspective*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 221-250.
- WESTEN, D., MUDERRISOGLU, S. (2003), "Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: Evaluation of an alternate to structured interviews". In *Journal of Personality Disorders*, 17, 4, pp. 350-368.
- WESTEN, D., MUDERRISOGLU, S. (2006), "Clinical assessment of psychological personality traits". In *American Journal of Psychiatry*, 163, 7, pp. 1285-1287.
- WESTEN, D., MUDERRISOGLU, S., FOWLER, C., SHEDLER, J., KOREN, D. (1997), "Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, pp. 429-439.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (2000), "A prototype matching approach to diagnosing personality disorders toward DSM-V". In *Journal of Personality Disorders*, 14, 2, pp. 109-126.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (2007), "Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction". In *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 4, pp. 810-822.
- WESTEN, D., SHEDLER, J., BRADLEY, R. (2006), "A prototype approach to personality diagnosis". In *American Journal of Psychiatry*, 163, 5, pp. 838-848.
- WILCZEK, A., WEINRYB, R., GUSTAVSSON, P., BARBER, J., SCHUBERT, J., ASBERG, M. (1998), "Symptoms and character traits in patients selected for long-term psychodynamic psychotherapy". In *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 1, p. 23.
- WILKINSON-RYAN, T., WESTEN, D. (2000), "Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation". In *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 528-541.
- WOIKE, B., ARONOFF, J. (1992), "Antecedents of complex social cognitions". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1, pp. 97-104.
- WOOD, J.M., GARB, H.N., LILIENFELD, S.O., NEZWORSKI, M. (2002), "Clinical assessment". In *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 519-543.

- ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F., CHAUNCEY, D., GUNDERSON, J.G. (1987), "The Diagnostic Interview of Personality Disorders: Interrater and test-retest reliability". In *Comprehensive Psychiatry*, 28, 6, pp. 467-480.
- ZIMMERMAN, M., MATTIA, J.I. (1999), "Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder". In *Comprehensive Psychiatry*, 40, 4, pp. 245-252.
- ZIMMERMAN, M., ROTHCHILD, L., CHELMINSKI, I. (2005), "The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric out-patients". In *American Journal of Psychiatry*, 162, 10, pp. 1911-1918.

## Manuale di codifica dello Psychotherapy Process Q-Set (PQS)

Revised Version 2009

### SCHEDA INTRODUTTIVA

Se è vero che la ricerca in psicoterapia deve sapersi destreggiare tra le complessità della clinica e il rigore del metodo d'indagine, lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) può essere considerato uno strumento capace di coniugare queste due polarità (Fonagy, 2002). Ideato da Enrico E. Jones (1947-2003) nell'ambito del Berkeley Psychotherapy Research Project, il PQS, il cui primo manuale di codifica risale al 1985, si propone di fornire una procedura di valutazione comprensiva del processo terapeutico capace di descrivere, in termini clinicamente rilevanti, l'interazione paziente-terapeuta in una forma adatta alla comparazione e all'analisi quantitativa (per un'introduzione approfondita al lavoro di Jones si veda Lingiardi, Dazzi, 2008). I 100 item che lo compongono, formulati con un linguaggio privo di gergalità e tecnicismi, descrivono:

- atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente;
- azioni e atteggiamenti del terapeuta;
- la natura dell'interazione tra paziente e terapeuta.

Il PQS si applica a trascritti o audio- e video-registrazioni di sedute di psicoterapia di qualsiasi approccio teorico e considera come unità di misurazione naturale e non arbitraria l'*intera* seduta, partendo dal presupposto che l'approccio macro-processuale sia più appropriato per comprendere e valutare ciò che accade tra paziente e terapeuta.

Fondato su una metodologia Q-sort, il PQS richiede al valutatore di collocare gli item in differenti categorie sulla base del loro livello di descrittività (da quelli *più caratteristici* a quelli *meno caratteristici*) rispetto alla singola seduta di psicoterapia presa in esame. Il Q-sort impone una distribuzione fissa degli item volta a favorire la riduzione dell'errore di misura e quindi l'influenza dello stile di risposta del *rater* sulla valutazione del processo. Attraverso la metodologia Q-sort, il PQS è in grado di cogliere la peculiarità di ogni seduta, permettendo al tempo stesso la valutazione delle somiglianze e delle differenze tra sedute e pazienti.

Uno dei principi teorici che ha ispirato Enrico Jones nella costruzione del PQS è che non esiste un processo terapeutico ideale e universale, ma che

ogni diade paziente-terapeuta si caratterizza per la presenza di specifiche *strutture di interazione*, a basso tasso di cambiamento, che si influenzano reciprocamente e riflettono il funzionamento psicologico di entrambi i partecipanti. Sarebbe il costituirsi e il trasformarsi di queste strutture a portare, secondo Jones, al cambiamento terapeutico.

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. Esso si riferisce, infatti, non soltanto al modo in cui i conflitti del paziente si esprimono nel transfert, ma anche alla modalità caratteristica con cui il terapeuta reagisce a essi. Questi modelli di interazione rappresentano, in altri termini, le componenti comportamentali osservabili e quelle emotive della dimensione transferale/controtransferale. Ogni coppia terapeutica può esprimere più di una struttura interattiva, ma è in genere caratterizzata da una struttura dominante. (Jones, 1998, p. 171)

In circa trent'anni di applicazione, il PQS ha fornito un aiuto notevole in molti settori della ricerca sul processo terapeutico: dai disegni *single-case* ad ampi *studi controllati randomizzati*, tra cui il Treatment for Depression Collaborative Research Program (TDCPR) del National Institute of Mental Health (Ablon, Jones, 1999, 2002). In particolare, il PQS si è mostrato utile in disegni di ricerca volti a:

- 1) Identificare i tipi di interazione tra paziente e terapeuta e i processi “unici, idiografici e idiosincratici” che occorrono nel corso di uno specifico trattamento (si veda, per esempio, Ablon, Jones, 2005; Jones, Ghannam, Nigg et al., 1993; Jones, Windholz, 1990; Pole, Jones, 1998; Porcerelli, Dauphin, Ablon et al., 2007; Spence, Dahl, Jones, 1993).
- 2) Definire *gli ingredienti attivi nel processo terapeutico* di differenti approcci teorico-clinici (come la psicoanalisi e la psicoterapia psicodinamica, la terapia cognitivo-comportamentale o la terapia interpersonale) associati a un outcome positivo o negativo. Degna di nota è la costruzione di *modelli prototipici di differenti psicoterapie* in grado di predire l'outcome e rispetto ai quali confrontare l'aderenza dei clinici nella loro pratica reale (si veda, per esempio, Ablon, Jones, 1998, 2002, 2005; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Jones, Pulos, 1993).
- 3) Indagare alcune dimensioni della relazione terapeutica e, in particolare, l'alleanza (vedi per esempio Coombs, Coleman, Jones, 2002; Lingiardi, Colli, Gentile et al., 2011).

Sono in corso nuove stimolanti applicazioni del PQS. È recente la pubblicazione di uno studio in cui lo strumento è stato incluso in un protocollo sperimentale di neuroimaging finalizzato alla valutazione di possibili correlati neurali dei processi di trattamento (Buchheim, Label, Steffen et al., 2013).



La versione italiana della prima edizione del manuale di codifica del PQS (Jones, 1985) è contenuta nel volume *L'azione terapeutica* (Jones, 2000), pubblicato da Raffaello Cortina nel 2008. Di seguito è riportata la versione del 2009. Revisione e aggiornamento della versione originale sono stati promossi nell'ambito del Massachusetts General Hospital Psychotherapy Research Program e realizzati da J. Stuart Ablon e Raymond A. Levy, con la collaborazione di John Kelley, Rob Abernethy, Helen Riess, Ira Lable, Jeremy Nahum, Carolina Seybert, Ingrid Erhardt e Julie Ackerman.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1998), "How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy". In *Psychotherapy Research*, 8, pp. 71-83.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 64-75.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2002), "Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 775-783.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2005), "On analytic process". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 2, pp. 541-568.
- ABLON, J.S., LEVY, R., KATZENSTEIN, T. (2006), "Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, pp. 216-231.
- BUCHHEIM, A., LABEL, K., STEFFEN, W., VIVIANI, R. (2013), "A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging". In *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 677, pp. 1-13.
- COOMBS, M.M., COLEMAN, D., JONES, E.E. (2002), "Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 3, pp. 233-244.
- FONAGY, P. (2002), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*, 2<sup>nd</sup> ed. International Psychoanalytic Association, New York.
- JONES, E.E. (1985), *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley, documento non pubblicato.
- JONES, E.E. (1998), "Interazione e cambiamento nella psicoterapia analitica a lungo termine". Tr. it. in LEUZINGER-BOHLEBER, M., TARGET, M. (a cura di), *I risultati della psicoanalisi*. Il Mulino, Bologna 2006, pp. 171-186.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- JONES, E.E., GHANNAM, J., NIGG, J.T., DYER, J.F.P. (1993), "A paradigm for single-case research: The time series study of a long term psychotherapy for depression". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, pp. 381-394.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993), "Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, pp. 306-316.
- JONES, E.E., WINDHOLZ, M. (1990), "The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 4, pp. 985-1016.
- LINGIARDI, V., COLLI, A., GENTILE, D., TANZILLI, A. (2011), "Exploration of session process: Relationship to depth and alliance". In *Psychotherapy*, 48, 4, pp. 391-400.



- LINGIARDI, V., DAZZI, N. (2008), "Enrico Jones: l'eredità clinica di un metodo empirico". In JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. VII-XVIII.
- POLE, N., JONES, E.E. (1998), "The talking cure revisited: Content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy". In *Psychotherapy Research*, 8, 2, pp. 171-189.
- PORCERELLI, J.H., DAUPHIN, V.B., ABLON, J.S., LEITMAN, S., BAMBERY, M. (2007), "Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 1, pp. 1-13.
- SPENCE, D.P., DAHL, H., JONES, E.E. (1993), "The impact of interpretation on associative freedom". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, pp. 395-402.

# Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Manuale di codifica

Enrico E. Jones  
Università della California, Berkeley  
Aprile 1985  
Revisione aprile 2009\*

Traduzione italiana a cura di  
Annalisa Tanzilli e Daniela Gentile ©  
Marzo 2014

Con la supervisione di  
Vittorio Lingiardi e Antonello Colli

Cattedra di “Valutazione clinica e diagnosi” del prof. Vittorio Lingiardi  
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica  
Facoltà di Medicina e Psicologia, “Sapienza” Università di Roma

\* La revisione è stata promossa nell’ambito del Massachusetts General Hospital Psychotherapy Research Program e realizzata da: J. Stuart Ablon, PhD, Director; Raymond A. Levy, PsyD, Clinical Director; John Kelley, PhD; Rob Abernethy, MD; Helen Riess, MD; Ira Lable, MD; Jeremy Nahum, MD; Carolina Seybert, PhD; Ingrid Erhardt, PhD; Julie Ackerman, MA.

I 100 item dello Psychotherapy Process Q-Set si propongono di fornire un linguaggio di base per la descrizione e la classificazione del processo terapeutico. Anche se ideato a partire dall'assunto generale che la psicoterapia è un processo interpersonale, il PQS è stato concepito per essere uno strumento neutrale rispetto a qualsiasi specifico approccio di trattamento e capace di descrivere diversi tipi di interazioni terapeutiche. L'uso di un linguaggio e di una procedura di valutazione standard fornisce il mezzo per una descrizione sistematica dell'interazione terapeuta-paziente. Le valutazioni del Q-sort, anziché concentrarsi su piccoli segmenti dello scambio clinico, prendono in considerazione l'intera seduta di psicoterapia, garantendo ai rater una maggiore opportunità di identificare eventi importanti e valutare più appropriatamente le proprie impressioni sul processo terapeutico. Obiettivo generale dello strumento è infatti fornire una misura efficace del processo terapeutico, da utilizzare nelle analisi comparative o analizzare in relazione a valutazioni pre- e post-trattamento.

Anche se il manuale (riportato di seguito) comprende tutte le istruzioni necessarie all'uso del PQS, la capacità di cogliere con precisione le sfumature in una valutazione accurata del processo richiede un training specifico e la supervisione di rater esperti. I valutatori junior possono anche raggiungere un buon accordo tra loro apprendendo l'uso dello strumento da autodidatti ed esercitandosi sui trascritti di sedute di psicoterapia, ma insufficienti competenze rispetto agli aspetti più sofisticati della procedura di codifica possono rendere le loro valutazioni non del tutto attendibili. Pertanto, è fondamentale che i rater meno esperti confrontino le loro siglature con quelle di giudici affidabili per verificarne il livello di attendibilità. Un training specifico sull'uso del PQS è, dunque, consigliato e in genere richiesto affinché i valutatori junior possano ottenere un accordo adeguato con i rater senior.

Dopo aver analizzato i dati del processo ed essere giunti a una rappresentazione coerente del materiale clinico, si passano in rassegna i 100 item. Essi devono essere ordinati in *nove* categorie, collocando a un estremo quelli considerati *più caratteristici* rispetto alla comprensione del materiale e all'estremo opposto quelli *meno caratteristici* rispetto alla lettura dei dati.

Un utile metodo di classificazione consiste nel formare dapprima tre gruppi di item – quelli caratteristici, quelli non caratteristici e, infine, quelli considerati relativamente poco importanti (neutri) della seduta. All'inizio non è necessario prestare attenzione al numero di item inseriti in ciascuno di questi tre gruppi. Quando le tre pile sono state assemblate, possono essere ulteriormente suddivise, questa volta secondo le appropriate proporzioni della distribuzione fissa del Q-sort. La tabella A indica il numero di item da collocare in ogni categoria.

I limiti imposti dalla procedura di distribuzione degli item possono creare qualche difficoltà. Come altre procedure di analisi del contenuto, il PQS

**Tabella A** Item da collocare in ogni categoria.

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

è progettato per ridurre il grado di complessità dell'interazione clinica tra paziente e terapeuta a livelli più "gestibili" e adattarsi ai parametri della ricerca empirica. Nessuno strumento sul processo terapeutico si adatta perfettamente o riesce a cogliere tutte le possibili forme in cui le interazioni terapeutiche si declinano. Va sottolineato, inoltre, che la procedura di assegnazione di un numero fisso di item a ogni categoria si è dimostrata empiricamente più valida rispetto a quella per cui un clinico può assegnare un numero imprecisato di item. Del resto, gli stessi item del PQS richiedono una buona dose di riflessione e di conoscenze. Anche se, naturalmente, non tutte le caratteristiche o gli eventi di una particolare seduta possono essere espressi dai singoli item collocati nelle categorie più estreme, tuttavia essi possono essere colti dalla combinazione di due o più item del Q-sort. Obiettivo del PQS è infatti consentire la descrizione delle caratteristiche del processo terapeutico per mezzo di un'accurata collocazione degli item e della configurazione finale che deriva dal loro "assemblaggio".

Il Q-sort comprende tre tipi di item:

- 1) item che descrivono atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente;
- 2) item che riguardano azioni e atteggiamenti del terapeuta;
- 3) item che cercano di cogliere la natura dell'interazione diadica, il clima o l'atmosfera della seduta.

Le definizioni o descrizioni degli item e gli esempi forniti in questo manuale sono tesi a minimizzare la variabilità delle possibili interpretazioni e devono essere letti con attenzione. Ai fini della valutazione è necessario fare riferimento alla descrizione completa dell'item e non soltanto all'etichetta. Ai giudici viene richiesto di assumere la posizione di un "altro generalizzato", cioè un "osservatore" posto a distanza intermedia tra paziente e terapeuta e che guarda la loro interazione dall'esterno. Nel collocare ogni item bisogna chiedersi: questo atteggiamento, comportamento o experien-

za è chiaramente presente (o assente)? Se le prove a sostegno della sua presenza/assenza non sono convincenti, ci si domanda: in che misura tale caratteristica è presente o assente? Bisogna cercare delle prove *specifiche*. È fondamentale cercare di essere obiettivi e liberi da pregiudizi quanto più possibile. Bisogna evitare, per esempio, di giudicare se una specifica azione del terapeuta è efficace o non efficace, desiderabile o non desiderabile, a partire da una particolare posizione teorica di riferimento, ed essere consapevoli che spesso si hanno idee preconconcette su interazioni terapeutiche “ideali”. In particolare, è necessario non farsi condizionare dalla propria risposta personale nei confronti del terapeuta o del paziente; nell’effettuare le valutazioni, per esempio, bisogna evitare di lasciarsi influenzare dal pensiero che sarebbe piacevole avere quel clinico come terapeuta, o da come si potrebbe rispondere al paziente se ci si trovasse nei panni del terapeuta.

Talvolta i valutatori sono incerti sulla collocazione di un particolare item nella categoria *relativamente neutro* o *non importante*, oppure in una delle categorie che indicano che l’item *non è caratteristico* della seduta. Di fatto, un item dovrebbe essere collocato nella categoria *neutro* quando è irrilevante o ininfluenza rispetto all’interazione tra paziente e terapeuta. Una collocazione più estrema dell’item nella direzione *non caratteristico* indica invece che l’assenza di un particolare comportamento o esperienza è saliente per il processo e dovrebbe perciò rientrare nella descrizione Q-sort finale della seduta. In altre parole, se l’assenza di un evento andrebbe segnalata per ottenere una descrizione più completa della seduta, sarebbe più appropriato collocare l’item in una categoria non caratteristica piuttosto che in quella neutro. Nelle descrizioni offerte dal manuale, molti item hanno specifiche istruzioni in merito a queste differenziazioni. Talvolta i valutatori possono avvertire la mancanza di prove sufficienti per formulare un giudizio (così come per giustificare la collocazione di altri item) con un buon grado di sicurezza. Inoltre, vi sono numerosi item che, nella valutazione di una stessa seduta, potrebbero essere collocati sia sul versante caratteristico sia su quello non caratteristico del continuum. In questi casi, il rater può considerare se un estremo del continuum è significativamente più rilevante rispetto all’altro e classificare l’item di conseguenza. Altrimenti, una collocazione nella categoria neutro può essere appropriata. L’uso intensivo del PQS ha comunque dimostrato che, con pazienza e attenzione, può essere ottenuta un’elevata *interrater reliability* delle descrizioni Q-sort.

**Item 1. Il paziente<sup>1</sup> esprime, verbalmente o non verbalmente, sentimenti negativi (per esempio, critiche, ostilità) verso il terapeuta (vs fa commenti di approvazione o ammirazione).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime, verbalmente o non verbalmente, sentimenti di critica, antipatia, invidia, disprezzo, rabbia o antagonismo verso il terapeuta (per esempio, il paziente rimprovera al terapeuta di non avergli offerto una guida sufficiente durante la terapia).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente esprime verbalmente o non verbalmente sentimenti positivi o amichevoli verso il terapeuta (per esempio, fa dei commenti che sembrano complimenti).

**Item 2. Il terapeuta attira l'attenzione sul comportamento non verbale del paziente (per esempio, postura, gesti, tono di voce).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta mette in evidenza il comportamento non verbale del paziente: espressioni facciali, rossori, movimenti del corpo (per esempio, il terapeuta fa notare che, sebbene il paziente dica di essere arrabbiato, sta sorridendo).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta si concentra poco o per niente sul comportamento non verbale del paziente.

**Item 3. Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se le risposte o il comportamento del terapeuta indicano che sta ascoltando il paziente e lo incoraggia a continuare attraverso commenti come "mm-hmm, sì, certo, giusto" e così via.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non risponde in modo tale da facilitare il discorso del paziente (l'item non si riferisce a domande o commenti esplorativi).

**Item 4. Vengono discussi gli obiettivi terapeutici del paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se nella seduta si parla di ciò che il paziente desidera ottenere come risultato della terapia. Questi obiettivi possono riferirsi a cambiamenti perso-

1. Per uniformità dello stile discorsivo e ai fini di una lettura più scorrevole abbiamo utilizzato il maschile per ogni riferimento a paziente e terapeuta (evitando soluzioni tipo "il/la paziente", "il/la terapeuta" ecc.), sebbene sia evidente che ci si riferisce anche a individui di genere femminile. Si lascia pertanto a chi utilizza il manuale il compito di adattare i testi degli item al genere dei soggetti in questione.

nali o “interni” (per esempio, “Ho iniziato la terapia per superare la mia depressione”), oppure a cambiamenti nelle circostanze di vita (per esempio, “Mi domando se la terapia riuscirà a far sì che io mi sposi”).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se non vi sono riferimenti né allusioni da parte del terapeuta o del paziente alle possibili conseguenze della terapia.

**Item 5. Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra confuso dai commenti del terapeuta. Questo potrebbe essere il risultato di un atteggiamento difensivo da parte del paziente, oppure di una mancanza di chiarezza da parte del terapeuta (per esempio, il paziente chiede ripetutamente: “Come?” o comunque mostra di non capire ciò che il terapeuta vuole dire).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente comprende prontamente i commenti del terapeuta.

**Item 6. Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sembra avere la capacità di sentire il “mondo interno” del paziente come se fosse il proprio; se il terapeuta è empatico, sensibile ai sentimenti del paziente e riesce a comunicare questa comprensione in modo tale da sembrare sintonizzato emotivamente con il paziente (per esempio, il terapeuta fa un'osservazione che indica una comprensione del modo in cui il paziente si è sentito in una determinata situazione).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non sembra avere una comprensione empatica dei sentimenti o delle esperienze del paziente.

**Item 7. Il paziente è ansioso o teso (vs calmo e rilassato).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente manifesta tensione, ansia o preoccupazione. Questo può essere evidenziato da affermazioni dirette (per esempio, “Oggi mi sento nervoso”) o indirettamente con esitazioni, balbettii o altri indicatori comportamentali.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra calmo, rilassato o trasmette un senso di tranquillità.



**Item 8. Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta (vs si sente a proprio agio o ricerca la dipendenza).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra preoccupato per la propria dipendenza (per esempio, il paziente mostra il bisogno di allontanarsi dal terapeuta, oppure in qualche modo rivela preoccupazione per la possibilità di diventare dipendente dalla terapia).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non esprime preoccupazione rispetto alla dipendenza dal terapeuta. Questo può manifestarsi con espressioni di debolezza e bisogno di aiuto da parte del paziente; oppure il paziente può sembrare a proprio agio o anche sentirsi gratificato da una relazione di dipendenza con il terapeuta.

Collocare l'item nella categoria *neutrale* se il paziente sperimenta un senso di relativa indipendenza nella relazione terapeutica.

**Item 9. Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'atteggiamento del terapeuta verso il paziente è freddo, formale e distaccato, o caratterizzato da ritiro emotivo.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta è realmente responsivo e coinvolto emotivamente.

**Item 10. Il paziente cerca una maggiore intimità con il terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra desiderare o cerca di trasformare la relazione terapeutica in una relazione di tipo più sociale o personale e intimo (per esempio, il paziente esprime preoccupazione per il terapeuta, oppure cerca di ottenere notizie sulla sua vita privata).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non sembra cercare maggiore vicinanza con il terapeuta.

**Item 11. I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se la sessualità del paziente è oggetto di discussione. I temi trattati possono riguardare problemi sessuali, sentimenti, fantasie o esperienze sessuali reali (per esempio, il paziente parla del proprio desiderio di avere rapporti sessuali più frequenti con il partner).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non parla di argomenti sessuali o erotici.

**Item 12. Durante la seduta ci sono dei silenzi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, durante la seduta, ci sono molti momenti di silenzio, oppure pochi periodi di silenzio ma piuttosto lunghi.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se ci sono pochi silenzi.

**Item 13. Il paziente si attiva oppure è eccitato.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime, in modo diretto o attraverso il suo comportamento, un sentimento di eccitazione o una certa attivazione (per esempio, il paziente sembra ravvivarsi in seguito all'interpretazione del terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra annoiato, spento o privo di vitalità.

**Item 14. Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime la preoccupazione di non sentirsi capito dal terapeuta, o afferma che il terapeuta non può comprendere la sua esperienza e i suoi sentimenti (per esempio, una vedova dubita che il terapeuta sia in grado di comprendere il suo dolore, perché non ha mai vissuto una situazione simile).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente trasmette la sensazione che il terapeuta comprenda la sua esperienza o i suoi sentimenti (per esempio, il paziente commenta, in risposta alle osservazioni del terapeuta: "Sì, è proprio quello che volevo dire").

**Item 15. Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti o non li elabora.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente non introduce o non elabora i temi in discussione, non porta problemi, ovvero non riesce ad assumere un ruolo attivo durante la seduta (per esempio, il paziente dichiara di non sapere di che cosa parlare).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente tende a rompere i silenzi, fornisce argomenti in modo spontaneo o in risposta a domande del terapeuta, li approfondisce e li elabora in modo attivo.

**Item 16. Si fa riferimento o sono argomento di discussione della seduta funzioni corporee, sintomi somatici o lo stato di salute del paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il discorso si concentra su argomenti che riguardano preoccupazioni somatiche o sintomi fisici (per esempio, il paziente può lamentarsi per la stanchezza o per motivi di salute, come emicranie, dolori mestruali, scarso appetito e così via).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se le lamentele fisiche non sono un tema importante di discussione. Una collocazione più estrema sul versante non caratteristico indica che l'assenza di tali temi è rilevante.

**Item 17. Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta interviene più di quanto generalmente sia previsto nel contesto terapeutico. Non dovrebbe influenzare la valutazione il fatto che gli interventi siano opportuni o appropriati (per esempio, valutare come *molto caratteristico* se il terapeuta è così attivo che interrompe di frequente il paziente, interviene per porre domande o per fare il punto della situazione).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta interviene relativamente poco e fa pochi tentativi per strutturare l'interazione; oppure se il terapeuta tende a seguire il discorso del paziente (per esempio, lascia introdurre al paziente i principali argomenti di discussione e poi lo aiuta a seguire il corso dei suoi pensieri).

**Item 18. Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante (la collocazione di questo item verso l'estremo *non caratteristico* indica disapprovazione, mancanza di accettazione).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta si astiene dall'esprimere al paziente giudizi negativi, sia diretti sia indiretti; un comportamento "inaccettabile" o problematico del paziente può essere esplorato dal terapeuta comunicando al paziente la sensazione che egli è comunque una persona degna di rispetto. Il terapeuta mostra un'accettazione positiva incondizionata.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se i commenti del terapeuta o il tono di voce trasmettono critica, mancanza di accettazione o disapprovazione del comportamento del paziente.

te. Una collocazione più estrema di questo item indica che il terapeuta comunica che il carattere o la personalità del paziente sono in qualche modo sgradevoli, discutibili o disturbati.

**Item 19. La relazione terapeutica ha una qualità erotica.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se la relazione terapeutica sembra in qualche modo erotizzata sotto forme diverse: da una relazione calorosa con sfumature erotiche, a un comportamento civettuolo o seduttivo da parte del paziente, fino a desideri apertamente dichiarati di gratificazione sessuale (per esempio, il paziente parla di esperienze sessuali in un modo che sembra finalizzato a suscitare l'interesse sessuale del terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se la relazione terapeutica non sembra erotizzata; una collocazione più estrema in questa direzione indica che il paziente (o il terapeuta) evitano argomenti o comportamenti che potrebbero rivelare un interesse sessuale; oppure è evidente una tendenza a gestire o reprimere qualsiasi forma di sentimento erotico.

**Item 20. Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (la collocazione di questo item verso l'estremo *non caratteristico* indica un comportamento compiacente del paziente).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il comportamento del paziente sembra, in un certo qual modo, finalizzato a provocare una risposta emotiva nel terapeuta (per esempio, il paziente può suscitare nel terapeuta una reazione di rifiuto, comportandosi in modo tale da farlo arrabbiare, oppure violando uno o più elementi del contratto terapeutico).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente è particolarmente compiacente, deferente, oppure sembra giocare il ruolo del "bravo paziente" per conquistare il favore del terapeuta.

**Item 21. Il terapeuta fa delle *self-disclosure*.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta rivela informazioni o reazioni personali al paziente (per esempio, racconta al paziente dove è cresciuto oppure dice al paziente: "La trovo una persona piacevole").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta evita di fare qualsiasi tipo di *self-disclosure*. Una collocazione più estrema in questa direzione indica che il terapeuta non racconta di sé anche quando è esortato a farlo (per esempio, non risponde in modo diretto quando il paziente gli chiede se è sposato).

**Item 22. Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta si concentra o in qualche modo porta l'attenzione sui sentimenti di colpa del paziente; in particolare, quando c'è l'intenzione, da parte del terapeuta, di aiutare il paziente ad alleviare questo tipo di sentimenti (per esempio, il terapeuta sottolinea che una paziente sembra sentirsi in colpa quando occasionalmente non risponde alle continue richieste di aiuto da parte di una delle figlie).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non sottolinea i sentimenti di colpa del paziente.

**Item 23. Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, riflettendo sulla seduta, il rater riesce a identificare un unico o diversi argomenti specifici (per esempio, il tema centrale della seduta è rappresentato dalla sensazione che il paziente non è riuscito, nel corso della propria vita, in modi diversi, a essere all'altezza delle aspettative di suo padre).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il dialogo o il discorso sembrano piuttosto ampi.

**Item 24. I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sembra rispondere al paziente in modo piuttosto inefficace o inappropriato, non solo per ciò che accade nel qui-e-ora della relazione terapeutica, ma più probabilmente per conflitti emotivi e psicologici del terapeuta, come una reazione di controtransfert (per esempio, il terapeuta sembra evitare o, al contrario, mostra un interesse personale per alcuni affetti o tematiche che il paziente esprime o ha bisogno di esprimere).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se le risposte emotive del terapeuta non interferiscono in modo inappropriato nella relazione terapeutica.

**Item 25. Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente manifesta disagio o si sente in difficoltà nei momenti o minuti iniziali della seduta (per esempio, c'è un lungo silenzio o il paziente dice: "Beh, oggi non so proprio di cosa parlare").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente comincia la seduta direttamente, senza lunghe pause, difficoltà iniziali o domande da parte del terapeuta.

**Item 26. Il paziente prova affetti (dolorosi) che gli causano disagio o difficoltà durante la seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sperimenta affetti dolorosi o che possono causare disagio. La collocazione estrema dell'item indica l'intensità dell'affetto.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non esprime sentimenti problematici.

**Item 27. Il terapeuta dà consigli espliciti e assume il ruolo di guida del paziente (vs non assume un ruolo di guida anche se il paziente lo richiede).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta dà consigli espliciti e specifici suggerimenti che il paziente è poi libero di accettare o ignorare (per esempio, il terapeuta dice: "Credo che potrebbe esserle utile consultare un avvocato per quanto riguarda la gestione della sua eredità"). Oppure il terapeuta può indurre il paziente a prendere in considerazione una serie di opzioni e a esplorare ciascuna alternativa (per esempio, il terapeuta può far notare al paziente una serie di possibilità che egli invece trascura e invitarlo a riflettere sulle possibili conseguenze di ogni linea di condotta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta evita di dare consigli; una collocazione estrema in questa direzione indica che il terapeuta non fornisce alcuna guida nonostante le richieste del paziente o quando potrebbe essere utile farlo.

**Item 28. Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sembra percepire in modo accurato lo stato emotivo del paziente, ciò che intende dire o il modo in cui il paziente vive la relazione terapeutica. Questi aspetti si possono inferire dai commenti, dagli interventi o dall'atteggiamento generale del terapeuta verso il paziente. La valutazione dovrebbe essere indipendente dal tipo di approccio terapeutico seguito dal terapeuta (cognitivo-comportamentale o psicoanalitico e così via). Il rater, piuttosto, dovrebbe provare a valutare unicamente il processo osservato nel corso della specifica seduta.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta sembra in qualche modo non percepire lo stato emotivo del paziente, l'intenzione del suo discorso, la natura della loro interazione, oppure tende a non elaborare la situazione in modo accurato.

**Item 29. Il paziente dice di voler essere separato o distante da qualcuno (escluso il terapeuta).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente dice di volere una maggiore distanza o una maggiore indipendenza da qualcuno, escluso il terapeuta (per esempio, esprime il desiderio di essere finalmente libero dall'influenza dei suoi genitori).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non dice di voler essere separato, indipendente o distante da qualcuno.

**Item 30. Il contenuto della seduta è incentrato su temi cognitivi (per esempio, sistemi di idee o credenze).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il dialogo si concentra in particolare su temi ideativi coscienti, credenze o costrutti usati per valutare gli altri, se stessi e il mondo (per esempio, il terapeuta ipotizza che certe convinzioni si riferiscano più strettamente all'idea o alla credenza del paziente di essere una persona inutile, a meno di non riuscire a portare a termine ogni cosa in modo perfetto).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se si discute poco o per niente di tali idee o costrutti.

**Item 31. Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta fa domande allo scopo di ottenere informazioni o esorta il paziente a fare una descrizione più dettagliata di un avvenimento (per esempio, fa domande sulla storia personale del paziente, oppure indaga su quali pensieri gli passano per la mente quando, per caso, incontra un conoscente per la strada).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non chiede in modo attivo informazioni al paziente.

**Item 32. Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, durante il corso della seduta, emerge una nuova prospettiva, una nuova connessione, un nuovo atteggiamento o un contenuto da cui prima il paziente si difendeva (per esempio, dopo un'osservazione del terapeuta, il paziente sembra pensieroso e poi dice: "Credo che questo sia vero! Non avevo mai pensato alla situazione in questo modo").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, non emerge in modo evidente una nuova consapevolezza o insight.



**Item 33. Il paziente parla di sentimenti di intimità o del desiderio di essere vicino a qualcuno (escluso il terapeuta).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente dice di essere, o di voler essere, vicino o in intimità con qualcuno, terapeuta escluso (per esempio, il paziente dice che si sente solo e gli piacerebbe stare con qualcuno).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non fa affermazioni relative a desideri di vicinanza e intimità.

**Item 34. Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente tende a esternalizzare, accusando gli altri o il caso per le proprie difficoltà (per esempio, il paziente afferma che i suoi problemi lavorativi sono dovuti alla sfortuna con i datori di lavoro).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente tende ad assumersi la responsabilità dei propri problemi (per esempio, osserva che la propria infelicità nelle relazioni sentimentali potrebbe essere il risultato della scelta di partner sbagliati).

**Item 35. L'immagine di sé è un tema centrale della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se un argomento discusso dal paziente e/o dal terapeuta riguarda i sentimenti, gli atteggiamenti, le percezioni e il concetto di sé, positivi o negativi, del paziente (per esempio, una paziente parla di quanto, a volte, sia difficile difendersi, perché poi si sente troppo aggressivo).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se le rappresentazioni di sé del paziente giocano un ruolo minore o non fanno parte del discorso.

**Item 36. Il terapeuta mette in evidenza i tentativi del paziente di allontanare dalla consapevolezza sentimenti o contenuti minacciosi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se uno degli argomenti principali della seduta sono le strategie difensive (per esempio, annullamento retroattivo, negazione) messe in atto dal paziente per allontanare la consapevolezza di contenuti o sentimenti minacciosi (per esempio, il terapeuta fa notare come il paziente sia portato a esplicitare l'amore per suo padre in modo diretto dopo aver fatto osservazioni critiche su di lui).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, questo tipo di interpretazione delle difese gioca un ruolo minore o non ha alcun ruolo.

**Item 37. Il terapeuta si comporta in modo didattico.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'atteggiamento o il comportamento del terapeuta verso il paziente è simile a quello di un insegnante con uno studente. Questo atteggiamento può essere indipendente dal contenuto specifico, cioè il terapeuta può dare informazioni o suggerimenti senza comportarsi da insegnante; interpretazioni alternative possono essere fornite sotto forma di istruzioni.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non assume un atteggiamento "pedagogico" nella relazione con il paziente.

**Item 38. Si discute di attività o compiti specifici che il paziente deve provare a mettere in atto al di fuori della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se si parla di una particolare attività che il paziente dovrebbe provare a mettere in atto al di fuori della situazione terapeutica, come verificare la veridicità di una particolare credenza, comportarsi in modo diverso rispetto ciò che farebbe abitualmente o leggere dei libri (per esempio, si parla della possibilità che il paziente affronti una situazione o un oggetto temuti che di solito tende a evitare).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se non vengono discusse particolari attività che il paziente dovrebbe mettere in atto al di fuori della situazione terapeutica.

**Item 39. La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente o il terapeuta sembrano in competizione. Questo aspetto può assumere la forma di vanterie, espressioni di superiorità o tentativi di mortificare l'altro (per esempio, il paziente insinua che il terapeuta faccia una vita fuori dal mondo, mentre lui invece vive e lavora nel mondo reale).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se ci sono pochi o nessun sentimento di competizione tra paziente e terapeuta.

**Item 40. Il terapeuta fa interpretazioni riferite a persone reali della vita del paziente (la collocazione di questo item verso l'estremo *non caratteristico* indica che il terapeuta fa interpretazioni generali o impersonali).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se le interpretazioni del terapeuta si riferiscono a persone precise che il paziente conosce (per esempio, il terapeuta dice: "Dopo una critica di sua madre lei si è sentito ferito e arrabbiato").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se le interpretazioni non si riferiscono a persone precise o si riferiscono ad altri aspetti della vita del paziente (per esempio, il terapeuta commenta: "Lei sembra avere la tendenza ad allontanarsi proprio quando gli altri si avvicinano").

**Item 41. Le aspirazioni o le ambizioni del paziente sono argomento della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente parla di progetti di vita, obiettivi, desideri di successo o di status (per esempio, il paziente parla delle proprie speranze di diventare avvocato e di avere un cospicuo stipendio).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente mostra limitate aspettative sul futuro, sia nei termini di progetti realistici sia di desideri.

**Item 42. Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente solitamente non è d'accordo o ignora i suggerimenti, le osservazioni e le interpretazioni del terapeuta (per esempio, dopo che il terapeuta fa un'interpretazione più significativa, il paziente osserva *en passant* di non pensarla così).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente tende a essere d'accordo con le osservazioni del terapeuta.

**Item 43. Il terapeuta suggerisce il significato del comportamento di altre persone.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta cerca di interpretare il significato del comportamento di persone importanti per il paziente (per esempio, il terapeuta suggerisce che il partner del paziente abbia problemi con l'intimità).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non fa commenti sul significato del comportamento degli altri.

**Item 44. Il paziente è diffidente o sospettoso nei confronti del terapeuta (vs fiducioso e sicuro).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra cauto, diffidente o sospettoso nei confronti del terapeuta (per esempio, il paziente si domanda se è realmente benvenuto dal terapeuta, oppure se c'è qualche significato nascosto nelle osservazioni del terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra essere fiducioso e non sospettoso.

**Item 45. Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta assume un atteggiamento di sostegno o in favore del paziente. Il terapeuta può, per esempio, approvare qualcosa che il paziente ha fatto o può incoraggiare l'autoaffermazione. Oppure il terapeuta si mostra d'accordo con le affermazioni positive fatte dal paziente su di sé o enfatizza le sue risorse (per esempio, "Lei lo ha già fatto in passato e può farlo di nuovo").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta tende a non assumere un ruolo di sostegno di questo tipo.

**Item 46. Il terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il linguaggio del terapeuta è diretto, comprensibile e poco ambiguo. Valutare come *decisamente caratteristico* se lo stile verbale del terapeuta è evocativo e immediato.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il linguaggio del terapeuta è generico, eccessivamente astratto, stereotipato o pieno di espressioni gergali.

**Item 47. Nei momenti in cui l'interazione con il paziente è difficile, il terapeuta si impegna nel tentativo di migliorare la relazione.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sembra disponibile e aperto al compromesso e alla negoziazione quando emerge un disaccordo o si presentano dei conflitti nella coppia (per esempio, quando il paziente si arrabbia, il terapeuta fa qualche sforzo per placarlo).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, nel momento in cui l'interazione con il paziente diventa difficile, il terapeuta non fa nessuno sforzo per migliorare la situazione.

**Item 48. Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta esorta il paziente a pensare autonomamente e ad agire in base a ciò che egli stesso ritiene più opportuno (per esempio, il terapeuta fa notare al paziente di aver ascoltato finora solo ciò che pensano sua madre e i suoi colleghi, ma non è ancora chiaro che cosa voglia e pensi lui).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non introduce nella discussione il tema dell'indipendenza o dell'iniziativa.

**Item 49. Il paziente prova sentimenti ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime sentimenti ambivalenti nei confronti del terapeuta, se le verbalizzazioni esplicite riferite al terapeuta sono incongruenti con il suo comportamento o con l'atteggiamento generale, oppure se si verificano degli spostamenti di sentimenti (per esempio, il paziente è d'accordo con il suggerimento del terapeuta, ma poi comincia a esprimere ostilità nei confronti delle persone che gli dicono che cosa fare).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente manifesta poca ambivalenza verso il terapeuta.

**Item 50. Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che sono inaccettabili per il paziente (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta fa commenti o sottolinea sentimenti che il paziente vive come sbagliati, inappropriati o pericolosi (per esempio, il terapeuta rileva che il paziente a volte prova odio e gelosia nei confronti del fratello più fortunato).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta tende a non sottolineare le reazioni emotive che, per il paziente, sono difficili da riconoscere e accettare.

**Item 51. Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sembra condiscendente nei confronti del paziente, trattandolo come se fosse meno intelligente, competente o sofisticato di lui. Il che si può inferire dal modo in cui il terapeuta fa commenti o offre consigli.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non trasmette, attraverso l'atteggiamento, il tono di voce o i commenti la sensazione di assumere un atteggiamento di superiorità nei confronti del paziente.

**Item 52. Il paziente fa affidamento sul terapeuta per risolvere i propri problemi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra presentare i propri problemi al terapeuta in modo da far

intuire la speranza o l'aspettativa che quest'ultimo possa offrire suggerimenti specifici o consigli per poterli risolvere (per esempio, il paziente afferma di essere indeciso se rompere o meno con il partner e chiede al terapeuta che cosa fare).

NB: Non è necessario che la richiesta di soluzione sia esplicita; può anche essere implicita nel modo in cui il paziente parla del problema.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non sembra richiedere al terapeuta, in modo esplicito o implicito, una soluzione ai propri problemi.

**Item 53. Il paziente si preoccupa di quello che il terapeuta pensa di lui.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra preoccupato di ciò che il terapeuta può pensare del suo comportamento, oppure teme di essere giudicato (per esempio, il paziente commenta: "Lei probabilmente sta pensando che mi sono comportato in modo stupido"). Questo atteggiamento può essere inferito anche dal comportamento del paziente (per esempio, il paziente si vanta delle proprie qualità per fare una buona impressione al terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non sembra preoccupato del tipo di impressione che dà, né teme di poter essere giudicato dal terapeuta.

**Item 54. Il paziente si esprime in modo chiaro e organizzato.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente si esprime in un modo che è facilmente comprensibile, relativamente chiaro e fluido.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il discorso del paziente è caratterizzato da incoerenza, frequenti digressioni o vaghezza. Talvolta questo item può essere valutato (erroneamente) come *non caratteristico* a causa dell'incapacità del rater di seguire prontamente le connessioni tra gli argomenti trattati dal paziente.

**Item 55. Il paziente comunica aspettative positive rispetto alla terapia.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime la speranza o l'aspettativa che la terapia potrà essergli di aiuto. Una collocazione più estrema in questa direzione indica che il paziente esprime aspettative positive non realistiche, cioè ritiene che la terapia risolverà tutti i suoi problemi e sarà una protezione contro difficoltà future (per esempio, il paziente può comunicare la speranza che la terapia darà presto dei risultati).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente esprime critiche verso la terapia (per esempio, comunica un senso di delusione perché la terapia non è maggiormente efficace o gratificante). Una collocazione più estrema indica che il paziente esprime scetticismo, pessimismo o disillusione verso ciò che si può ottenere attraverso la terapia.

**Item 56. Il paziente parla delle proprie esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti.**

Fare riferimento all'atteggiamento del paziente nei confronti del materiale discusso, a quanto sembra interessato e coinvolto, a quanto è evidente l'espressione degli affetti.

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente mostra poco interesse o partecipazione affettiva, ed è in generale annoiato, impersonale o indifferente e apatico (la tensione può essere o non essere presente).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se è evidente la presenza di affetti e il paziente è emotivamente coinvolto nella discussione. Valutare come *estremamente caratteristico* se il paziente esprime un affetto acuto, un'esplosione di emozioni o una profonda preoccupazione.

**Item 57. Il terapeuta spiega il razionale della propria tecnica o del proprio approccio al trattamento, oppure suggerisce al paziente di utilizzare tecniche specifiche.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta spiega al paziente alcuni aspetti della terapia (per esempio, in seguito a una domanda diretta o a una richiesta del paziente, il terapeuta può replicare che preferisce non rispondere immediatamente per esplorare i pensieri o i sentimenti del paziente associati alla domanda). L'item si riferisce anche ai casi in cui il terapeuta risponde a domande sul trattamento.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta fornisce poche o nessuna informazione per spiegare il razionale di alcuni aspetti del trattamento, anche quando c'è una esplicita richiesta da parte del paziente, oppure quando potrebbe essere utile farlo.

**Item 58. Il paziente non esamina pensieri, reazioni e motivazioni connessi al proprio ruolo nel creare o perpetuare i problemi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente è riluttante a esaminare il proprio ruolo nel reiterarsi dei suoi problemi (per esempio, tirandosi indietro, evitando, bloccando o



cambiando rapidamente argomento ogni volta che viene introdotto un particolare tema).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente riflette in modo attivo, oppure è in grado di seguire una linea di pensiero riguardo al proprio ruolo nel creare o perpetuare i problemi.

**Item 59. Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs capace e superiore).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime sentimenti di inadeguatezza, inferiorità o inefficacia (per esempio, il paziente afferma che, in realtà, niente di quello che cerca di fare andrà mai come spera).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente esprime un senso di efficacia, superiorità o perfino trionfo (per esempio, racconta in modo dettagliato i propri successi, oppure richiama l'attenzione su una personale caratteristica o capacità).

**Item 60. Il paziente fa un'esperienza catartica (NB: Valutare come *non caratteristico* se l'espressione emotiva non è seguita da un senso di sollievo).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente ottiene sollievo per aver dato sfogo a sentimenti repressi o trattenuti (per esempio, piange intensamente per la morte di uno dei suoi genitori e poi dice al terapeuta di sentirsi meglio, oppure sembra stare meglio per aver espresso questi sentimenti).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se l'esperienza di un affetto intenso non è seguita da un senso di rilassamento o sollievo.

Valutare l'item come *neutro* se, durante la seduta, l'esperienza catartica gioca un ruolo minore o nessun ruolo.

**Item 61. Il paziente è timido e imbarazzato (vs disinvolto e sicuro di sé).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra timido, imbarazzato, insicuro o, all'estremo, umiliato e mortificato.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra disinvolto e sicuro di sé.

**Item 62. Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta mette in rilievo un pattern ricorrente nelle esperienze di vita o nei comportamenti del paziente (per esempio, il terapeuta nota che il paziente cerca ripetutamente partner sessuali non disponibili).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non identifica un tema o un pattern ricorrente.

**Item 63. Le relazioni interpersonali del paziente rappresentano uno dei temi più importanti della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se uno dei principali focus del discorso è rappresentato da relazioni sociali o di lavoro del paziente, oppure da coinvolgimenti emotivi personali (per esempio, il paziente parla abbastanza a lungo della propria preoccupazione a causa dei conflitti con il capo).

Escludere i temi della relazione terapeutica [vedi item 98] e delle relazioni sentimentali [vedi item 64].

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se buona parte della seduta è dedicata ad argomenti non direttamente connessi alle relazioni interpersonali (per esempio, la compulsione per il lavoro, la direzione da prendere, o la preoccupazione per il cibo e per il mangiare).

NB: L'item non si riferisce a relazioni del passato [vedi item 91].

**Item 64. Sentimenti relativi a relazioni amorose sono argomento della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, durante la seduta, si parla di relazioni amorose (per esempio, il paziente parla dei sentimenti che prova per il partner).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se non emergono temi che riguardano relazioni amorose.

**Item 65. Il terapeuta ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente allo scopo di chiarificarne il significato.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se un aspetto dell'attività del terapeuta è quello di ribadire o riformulare il tono affettivo, le affermazioni o le idee del paziente in una forma in qualche modo più comprensibile, al fine di rendere più evidente il loro significato (per esempio, il terapeuta osserva: "Quello che lei sembra voler dire è di essere preoccupato per come andrà la terapia").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta utilizza raramente questo tipo di attività di chiarificazione nel corso della seduta.

**Item 66. Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito (NB: Valutare come *non caratteristico* se il terapeuta tende a non fornire rassicurazioni dirette).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta cerca di alleviare in modo diretto le ansie del paziente e gli infonde la speranza che le cose possono migliorare (per esempio, il te-

terapeuta dice al paziente che non deve preoccuparsi e che è sicuro che il problema può essere risolto).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta evita di rassicurare il paziente in modo diretto.

**Item 67. Il terapeuta focalizza l'attenzione su desideri, sentimenti o idee di cui il paziente può non essere consapevole.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta attira l'attenzione del paziente su sentimenti, pensieri o impulsi di cui il paziente può non essere chiaramente consapevole. Il rater deve cercare di inferire la qualità del contenuto mentale (cioè, in quale misura esso è conscio) dal contesto della seduta.

Escludere l'interpretazione di strategie difensive [vedi item 36].

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta si concentra su materiale di cui il paziente è già chiaramente consapevole.

**Item 68. Vengono attivamente differenziati i significati reali vs fantastici.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta (o il paziente) sottolinea la differenza tra la realtà oggettiva e le fantasie del paziente su un evento (per esempio, il terapeuta mette in evidenza che, sebbene il paziente possa aver desiderato in passato la morte di qualcuno, non è stato certo lui ad avergli causato l'infarto). Possono essere incluse anche le distorsioni e le credenze errate (per esempio, il terapeuta chiede da dove proviene una simile idea, quando il paziente continua a descrivere il mondo come pericoloso).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se solo una piccola parte della seduta è dedicata alle distorsioni della realtà.

**Item 69. La situazione di vita attuale o recente del paziente è un tema centrale della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente o il terapeuta si concentrano su eventi di vita attuali o molto recenti (per esempio, il paziente parla della depressione per la recente morte del coniuge).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se una situazione di vita attuale non è un aspetto importante della seduta.

**Item 70. Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente cerca di gestire o controllare forti emozioni o impulsi (per esempio, cerca in tutti i modi di trattenere le lacrime mentre è visibilmente afflitto).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non cerca di gestire o controllare emozioni o impulsi.

**Item 71. Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente si autocritica, esprime vergogna o colpa (per esempio, dichiara che, se avesse fatto più attenzione all'umore depresso del coniuge, probabilmente quest'ultimo non si sarebbe suicidato).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non fa affermazioni che riflettono autocritica, vergogna o rimorsi.

**Item 72. Il paziente comprende la natura della terapia e ciò che ci si può attendere da essa.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* riflette in quale misura il paziente sembri comprendere che cosa ci si aspetta da lui nella situazione terapeutica e che cosa accadrà nel corso della terapia.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* indica che il paziente è incerto, confuso, o non comprende il proprio ruolo nella terapia e che cosa può aspettarsi dalla situazione terapeutica.

**Item 73. Il paziente si impegna nel lavoro terapeutico.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente sembra impegnato nel lavoro terapeutico. Si può includere la disponibilità a fare sacrifici per continuare l'impegno della terapia in termini di tempo, soldi o altri tipi di difficoltà; si può includere anche il desiderio sincero di conoscere meglio se stessi nonostante ciò causi disagio psicologico (per esempio, un paziente è così interessato a iniziare la terapia che è disposto ad annullare una partita di golf settimanale pur di mantenere gli appuntamenti delle sedute).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra ambivalente rispetto alla terapia, o non disposto a tollerare la sofferenza emotiva che essa può comportare. Ciò può essere espresso attraverso lamentele sul costo della terapia o anche attraverso la fissazione sui conflitti e la manifestazione di dubbi sull'efficacia del trattamento, o con incertezza sulla volontà di cambiare.

**Item 74. Si utilizza lo humor.**

La collocazione di questo item verso l'estremo *caratteristico* se, nel corso della seduta, il terapeuta o il paziente utilizzano una certa dose di humor. Nel paziente questo atteggiamento può essere un

meccanismo di difesa/coping, mentre il terapeuta può usare spirito e ironia per fare notare qualcosa al paziente o per facilitare lo sviluppo di una relazione di lavoro (per esempio, il paziente sa ridere di se stesso o delle proprie difficoltà).

La collocazione di questo item verso l'estremo *non caratteristico* se l'interazione sembra seria, austera o triste.

**Item 75. Si fa riferimento o si discute della fine della terapia.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente o il terapeuta parlano della conclusione del trattamento. Includere tutti i riferimenti relativi alla fine della terapia desiderati, temuti o minacciati.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se la discussione sulla conclusione del trattamento sembra essere evitata (per esempio, si accenna di sfuggita a un'imminente conclusione del trattamento, ma né il paziente né il terapeuta approfondiscono l'argomento).

Valutare l'item come *neutro* se non viene fatto alcun riferimento alla fine della terapia.

**Item 76. Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta cerca di trasmettere al paziente l'idea che deve fare qualcosa o cambiare in qualche modo se vuole risolvere le proprie difficoltà (per esempio, il terapeuta commenta: "Provi a riflettere su cosa lei può aver fatto per suscitare questa reazione [da parte di un'altra persona]").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se in generale gli interventi del terapeuta non sono finalizzati a esortare il paziente ad assumersi maggiori responsabilità.

**Item 77. Il terapeuta è privo di tatto.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se i commenti del terapeuta sembrano formulati in modo da essere facilmente percepiti dal paziente come offensivi o sprezzanti. Questa mancanza di tatto o di sensibilità può essere non tanto il risultato del fastidio o dell'irritazione del terapeuta, quanto piuttosto di una mancanza di tecnica, stile o abilità verbale.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se i commenti del terapeuta trasmettono gentilezza, considerazione o sollecitudine verso il paziente.

**Item 78. Il paziente cerca l'approvazione, l'affetto o la solidarietà del terapeuta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente si comporta in un modo che sembra volto a farsi benvolere dal terapeuta, oppure ottenere attenzione o rassicurazione.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non si comporta in questo modo.

**Item 79. Il terapeuta commenta i cambiamenti dell'umore o degli affetti del paziente che si verificano nel corso della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta fa commenti frequenti o rilevanti sui cambiamenti di umore del paziente o sulla qualità della sua esperienza nel corso della seduta (per esempio, il terapeuta nota che, in risposta ai suoi commenti, il paziente è passato da un atteggiamento sprezzante al sentirsi ferito, ma più seriamente concentrato sui propri problemi).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta tende a non fare commenti sui cambiamenti degli stati mentali del paziente durante la seduta.

**Item 80. Il terapeuta presenta un evento specifico o un'esperienza da una prospettiva diversa.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta riformula le affermazioni del paziente in modo da indurlo a guardare la situazione con occhi diversi ("reframing" o "ristrutturazione cognitiva"). Viene dato un significato nuovo (e di solito più positivo) a uno stesso contenuto. Nel valutare questo item, dovrebbe essere identificato un evento specifico o un'esperienza ricostruiti nel corso della seduta (per esempio, dopo che il paziente si rimprovera per aver iniziato una brutta lite con il partner, il terapeuta dice: "Forse questo è il suo modo di esprimere ciò di cui ha bisogno in questa relazione").

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, questo comportamento non rappresenta un aspetto importante dell'attività del terapeuta.

**Item 81. Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente per aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta sottolinea il contenuto emotivo di ciò che il paziente ha descritto allo scopo di incoraggiare il vissuto affettivo (per esempio, suggerisce che l'interazione appena descritta dal paziente a mò di semplice racconto probabilmente lo fa sentire, invece, piuttosto arrabbiato).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non sottolinea esperienze o affetti, oppure sembra interessato alle descrizioni oggettivanti del paziente.

**Item 82. Il comportamento del paziente durante la seduta è riformulato dal terapeuta in un modo non esplicitamente riconosciuto prima.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta fa commenti frequenti o abbastanza rilevanti riguardo al comportamento del paziente durante la seduta, in modo da gettare nuova luce su di esso (per esempio, il terapeuta suggerisce che l'arrivo in ritardo del paziente alla seduta può avere un significato, oppure osserva che ogniqualevolta il paziente inizia a parlare di temi relativi alle emozioni, passa subito a un altro argomento).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta tende a non riformulare il comportamento del paziente durante la seduta.

**Item 83. Il paziente fa numerose richieste.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente fa numerose domande o richieste al terapeuta, oppure fa pressioni per soddisfare una richiesta specifica (per esempio, il paziente chiede un appuntamento serale, un farmaco, oppure maggiore organizzazione o attività da parte del terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente è riluttante ed esitante nel fare al terapeuta richieste comuni o adeguate (per esempio, non riesce a chiedere un altro appuntamento nonostante abbia dei problemi a causa di un precedente impegno molto importante).

**Item 84. Il paziente esprime rabbia o sentimenti aggressivi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente esprime risentimento, rabbia, amarezza, odio o aggressività in modo verbale o non verbale.

NB: Escludere se questi sentimenti sono rivolti al terapeuta [vedi item 1].

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se non c'è alcuna espressione, verbale o non verbale, di questi sentimenti.

**Item 85. Il terapeuta incoraggia il paziente a provare nuovi modi di comportarsi con gli altri.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta suggerisce modi alternativi di relazionarsi agli altri (per esempio, il terapeuta domanda al paziente che cosa pensa potrebbe accadere



se egli provasse a essere più diretto, dicendo a sua madre quanto i suoi rimproveri lo feriscano). Una collocazione più estrema indica che il terapeuta istruisce attivamente il paziente su come interagire con gli altri, oppure gli fa provare nuove modalità di comportamento.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta tende a non dare suggerimenti su come relazionarsi con gli altri.

**Item 86. Il terapeuta ha un atteggiamento fiducioso o sicuro di sé (vs incerto o difensivo).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'atteggiamento del terapeuta trasmette un senso di fiducia e competenza.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta sembra incerto, imbarazzato o perplesso.

**Item 87. Il paziente è controllante.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, durante la seduta, il paziente esercita un'influenza direttiva o di controllo (per esempio, domina l'interazione parlando in modo compulsivo, oppure interrompe di frequente il terapeuta).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non controlla l'interazione, lavorando con il terapeuta in modo più collaborativo.

**Item 88. Il paziente porta problemi e materiale significativo.**

La collocazione di questo item verso l'estremo *caratteristico* indica che, secondo il giudizio del rater, ciò che il paziente porta in seduta e ciò di cui parla sono connessi in modo significativo ai suoi conflitti psicologici, oppure si tratta di argomenti di reale preoccupazione.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se la discussione non sembra connessa o è in qualche modo lontana dagli argomenti di interesse centrale.

**Item 89. Il terapeuta interviene per aiutare il paziente a evitare o reprimere idee o sentimenti disturbanti.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'atteggiamento del terapeuta è caratterizzato da una *compliance* calma e attenta per evitare di sconvolgere l'equilibrio emotivo del paziente o per rafforzarne le difese.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta non agisce per sostenere le difese del paziente o per reprimere pensieri e sentimenti conflittuali.

**Item 90. I sogni o le fantasie del paziente sono riferiti o discussi.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il contenuto di un sogno (sogni a occhi aperti o sogni notturni) o di una fantasia è argomento della seduta (per esempio, il paziente e il terapeuta esplorano i possibili significati di un sogno che il paziente ha fatto la notte prima di iniziare la terapia, oppure il paziente parla del tipo di vita che avrebbe fatto se avesse scelto un partner diverso).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, si parla poco o per niente di sogni o fantasie.

**Item 91. Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia sono argomento della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se qualche segmento della seduta, o buona parte di essa, sono occupati dal racconto dell'infanzia del paziente o da ricordi legati ai primi anni di vita.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, poco o nessuno spazio è dedicato a questi temi.

**Item 92. Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se si evidenziano collegamenti o importanti connessioni tra l'attuale esperienza emotiva o percezione degli eventi del paziente rispetto a quelle del passato (per esempio, il terapeuta fa notare – o il paziente si rende conto – che le attuali paure di abbandono derivano dalla perdita di un genitore nell'infanzia).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se si parla di esperienze attuali e del passato, ma senza che vengano collegate in modo evidente.

Valutare l'item come *neutro* se questi temi vengono affrontati poco o per niente.

**Item 93. Il terapeuta si astiene dall'esprimere opinioni o punti di vista su ciò di cui parla il paziente.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta tende a non esprimere opinioni o punti di vista su ciò di cui parla il paziente. Il terapeuta assume il ruolo di commentatore neutrale, nel dialogo è messo in evidenza il punto di vista del paziente (per esempio, il terapeuta chiede come sarebbe per il paziente se lui, in quanto terapeuta, approvasse il suo modo di esprimere la rabbia, e in seguito chiede come sarebbe se invece lo disapprovasse).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta esprime opinioni o prende posizione in modo sia esplicito

sia implicito (per esempio, il terapeuta dice che è molto importante per il paziente imparare come esprimere la rabbia; oppure commenta che la relazione in cui il paziente è attualmente coinvolto non è molto positiva e che dovrebbe prendere in considerazione la possibilità di uscirne).

NB: Neutralità non è sinonimo di passività o distacco. Il terapeuta può essere attivo e affettivamente coinvolto e mantenere comunque un atteggiamento neutrale.

**Item 94. Il paziente si sente triste o depresso (vs gioioso o allegro).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'umore del paziente sembra malinconico, triste o depresso.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente sembra contento, gioioso o in qualche modo trasmette uno stato di benessere e felicità.

**Item 95. Il paziente si sente aiutato dalla terapia.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente in qualche modo esprime la sensazione di sentirsi aiutato, sollevato o incoraggiato dal modo in cui procede la terapia.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente si sente scoraggiato, frustrato per come sta andando la terapia

NB: L'item non si riferisce a eventi accaduti al di fuori della terapia.

**Item 96. La programmazione delle sedute e l'onorario del terapeuta sono argomenti della seduta.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta e il paziente parlano dell'organizzazione o della riorganizzazione delle sedute (giorno, ora) oppure dell'onorario, delle scadenze di pagamento, e così via.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se questi argomenti non vengono trattati.

**Item 97. Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente non sta particolarmente "in guardia" ed è abbastanza disinvolto. In questo caso il paziente si spinge oltre i normali limiti, lasciandosi alle spalle ogni tipo di prudenza, esitazione o senso del pudore nell'esplorare e analizzare pensieri e sentimenti.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il discorso del paziente sembra esitante e inibito, mostra costrizioni,

riserve o un rafforzamento delle difese, e non appare sciolto, libero e poco controllato.

**Item 98. La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se la relazione terapeutica è oggetto di discussione (per esempio, il terapeuta richiama l'attenzione su caratteristiche dell'interazione o sul processo interpersonale tra il paziente e se stesso).

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta o il paziente non fanno commenti sulla natura della loro interazione, cioè si concentrano solo sui contenuti.

**Item 99. Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta mette in qualche modo in discussione o esprime un dubbio sul punto di vista del paziente rispetto a un determinato evento o a un'esperienza (per esempio, il terapeuta può dire: "Come mai è così?" o "Mi chiedo perché", oppure semplicemente fare un'esclamazione che esprime dubbio). Questo item non si riferisce a interpretazioni o ricostruzioni tese a fornire un nuovo e differente significato al discorso del paziente, bensì semplicemente a mettere in qualche modo in discussione il suo punto di vista.

Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta comunica un certo livello di accordo, convergenza o sostegno rispetto alla prospettiva del paziente (per esempio, il terapeuta può dire: "Penso che su questo punto lei abbia ragione", oppure: "Mi sembra che lei abbia un buon grado di insight").

**Item 100. Il terapeuta crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni.**

Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il terapeuta fa delle osservazioni che mettono in relazione i sentimenti del paziente verso il terapeuta con i sentimenti verso altre persone significative della sua vita. Includere relazioni attuali, relazioni passate o presenti con i genitori – transfert/vincolo genitoriale (per esempio, il terapeuta dice di pensare che il paziente talvolta teme che lui possa criticarlo, proprio come fa sua madre).

Collocare verso l'estremo *non caratteristico* se, durante la seduta, il terapeuta non cerca di creare delle connessioni tra gli aspetti interpersonali della terapia e le esperienze in altre relazioni.



## Indice analitico

- AAI *vedi* Adult Attachment Interview  
Adult Attachment Interview (AAI)  
adeguatezza psicometrica, 499  
analisi tassometrica, 498  
proprietà psicometriche, 499  
TFP, 499-500  
Alleanza terapeutica  
applicazione scorretta da parte del  
terapeuta, 304-309  
e prima seduta, 292-293  
e colloqui iniziali, 291-292  
modelli di psicoterapia, 287  
variabili negative  
caratteristiche personali, 303-304  
variabili positive  
applicazione del terapeuta,  
300-302  
caratteristiche personali, 298-300  
*American Psychologist*, 13  
Amigdala  
asse HPA iperattivo, 196-197  
implicazioni per la psicoterapia,  
201  
iperattiva, 195-197  
pazienti borderline, 195  
percezioni ipervigili, 195-197  
studio con la fMRI, 197  
Ansia generalizzata, disturbo d', 358  
Ansia, disturbi d'  
effect size, 94, 98-107  
efficacia pre-post all'interno del  
gruppo, 102-110  
esempio clinico, 87-89  
prevalenza, decorso, e comorbidità dei,  
83-84  
prove d'esito per i  
con terapia cognitivo-  
comportamentale, 94-102  
*vs* trattamento minimale, 89-92  
trattamenti farmacologici, 92-94  
psicodinamica, 85-86  
trattamenti per, 85  
*Archives of General Psychiatry*, 25  
Attaccamento, interventi basati sull'  
popolazioni di bambini e adulti, 325  
relazione terapeutica sana, 324  
Attaccamento, teoria dell'  
interventi diretti ai bambini, 325  
popolazioni di bambini e adulti, 324  
relazione terapeutica sana, 324  
terapia focalizzata sul transfert (EFT),  
325  
trattamenti, 324-325  
Automatic Thoughts Questionnaire  
(ATQ), 427  
Beck Depression Inventory (BDI), 442  
Bias correlato alla qualità, 62  
Borderline di personalità, disturbo  
cambiamento in psicoterapia, cervello  
attività della mente, 199-200  
definizione di dualismo esplicativo,  
193-194  
recettori 5-HT<sub>1A</sub>, 194  
terapia cognitivo-comportamentale  
e SSRI, 194  
neurobiologia, 195-196  
*neuroimaging* e fiducia  
attività cerebrale e MRI, 203-205  
implicazioni, psicoterapia, 206  
investitori, 203  
tempi di cambiamento e neurobiologia  
apprendimento dell'ippocampo,  
205  
implicazioni per la psicoterapia,  
206  
psicoterapeuti, 206  
Cambiamento adattivo, substrato neurale  
circuiti prefrontali, 225  
concettualizzazione, azione  
psicoterapeutica, 211  
definizione, 211  
generazione, stati motivazionali ed  
emotivi, 214

- memoria, 241
- psicoterapia, 236-237, 239, 241-242
- strumenti e trattamento, 241
- Cambiamento terapeutico, 552
- Caso, formulazione del, 532, 533
- Central Relationship Questionnaire (CRQ), 509-512
  - affidabilità test-retest, 512
  - nevroticismo, 512
  - psicoterapia psicodinamica, 509
- Circuito neurale, psicoterapia
  - amigdala e corteccia orbitofrontale, 227
  - azioni volontarie, 227
  - causalità, 219
  - circuiti adattivi, corteccia prefrontale, 225-227
  - descrizione, 226
  - emozioni, 227-228
  - inconscio, 233-237
  - LTP, 221-222
  - memoria
    - componente comportamentale adattiva, 224
    - concettualizzazione di Mesulam, 226
    - costruzione delle simulazioni dinamiche, 226
    - definizione, 226
- CRQ *vedi* Central Relationship Questionnaire
- DBT *vedi* Dialettico-comportamentale, terapia
- Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)
  - difese psicologiche, 493
  - gerarchia delle difese, 352
  - metodi validati, 380
  - misura dell'adattamento, 494
- Diagnosi
  - eziologia e trattamento, 526
  - miglioramento della comprensività, 527
  - patologie dell'Asse II, 524
  - Triangolo delle Bermuda, 524
- vs* formulazione clinica
  - domini del funzionamento della personalità, 526, 527
  - dominio cognitivo, 533
  - sistemi di classificazione, 526
  - strutture di regolazione ipotalamiche, 533
- Difesa, meccanismi, di
  - adattamento, 346
  - costrutti duraturi, 345
  - DMRS, 492-494
  - gerarchia, DMRS, 352
  - psicoterapia, 345-347
- DMRS *vedi* Defense Mechanism Rating Scales
- Effect size (ES), 23-27, 47-50, 56-76
- Emozioni, neurobiologia delle
  - amigdala e striatum ventrale, 215-216
  - caratteristiche, 214
  - corteccia orbitale e prefrontale ventromediale, 216
  - definizione, 215
  - origine neurale, 216
  - processo conscio *vs* inconscio, 233
  - sistema dorsale delle emozioni, 216
  - vantaggi, 215
- ES *vedi* Effect size
- FEST *vedi* First experimental study of transference interpretations
- First experimental study of transference interpretations (FEST), 395-396
  - funzionamento adattivo e interpersonale, 396
- Harvard Review of Psychiatry*, 27
- Inconscio
  - amigdala, 214-216
  - corteccia prefrontale ventromediale, 236
  - descrizione, 233
  - emozioni, 237-238
  - funzionamento adattivo, 213
  - interazioni ambientali, 233-235
  - meccanismi neurali, 235
  - processo della memoria, 226
  - processo inconscio del quinto tipo, 236
  - processo omeostatico, 233
  - reazioni, 238
  - rinforzo primario positivo, 234-235
  - sistema impulsivo e riflessivo, 235
  - visione di Freud, 211-212
- Intervista clinica sistematica, 523
  - affidabilità corretta Spearman-Brown, 540
  - sensibilità empirica, 536
  - sinossi delle domande, 538
- Inventory of interpersonal problems-circumplex (IIP-C)
  - adeguatezza psicometrica, 495
  - sottoscale, 495
- IPT *vedi* Interpersonale, terapia



*Journal of the American Medical Association*, 26

Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP), 504-506  
 approccio evolutivo, 505  
 diagnosi psichiatrica, 505  
 modi di funzionamento mentale, 504-505

LTP *vedi* Potenziamento a lungo termine  
 LTPP *vedi* Psicoterapia psicodinamica a lungo termine (LTPP)

MBT *vedi* Mentalizzazione, terapia basata sulla

Mediatori  
 cambiamenti a lungo termine, 30

Memoria  
 filetica, 241  
 neurobiologia, 216-217  
 processo e psicopatologia  
 deficit e limitazioni, 224  
 definizione, 223  
 modello animale della schizofrenia, 224  
 ortogonalizzazione, giro dentato, 223-224  
 punti, 225  
 rappresentazione, cervello destro e sinistro, 217  
 sistema dorsale delle emozioni, 216  
 substrato neurale  
 classificazione, 217-218  
 corteccia peririnale, 220  
 implicita and ippocampo, 219-220  
 regione CA3, 221

Mentalizzazione, 167  
 neuroni specchio, 168

Mentalizzazione, terapia basata sulla (MBT), 198

MET *vedi* Motivation Enhancing Therapy

Meta-analisi, 46-51; *vedi anche*  
 Psicoterapia psicodinamica a lungo termine

MIPT *vedi* Motivational Interviewing Pre-treatment

Motivation Enhancing Therapy (MET), 291

Motivational Interviewing Pre-treatment (MIPT), 291

Neurobiologia amigdala, 195-198  
 cambiamento psicoterapeutico, 144  
 iper-reattività, 196-198  
 meccanismi di azione, 144  
 neuroimaging, 143  
 neuroni specchio e mentalizzazione, 202-203  
 neuroscienze, 147-148  
 pattern relazionali, 145-146  
 principi, 143  
 psicoanalisi, 143-144, 148  
 psicoterapia psicodinamica, 143, 145, 147-148  
 tecniche di morphing, 195, 199  
 ristrutturazione cognitiva, 146-148  
 sensibilità emotiva  
 controtransfert del terapeuta, 200  
 espressione, 199  
 implicazioni per la psicoterapia, 206  
 risposta dell'asse HPA iper-reattivo e dell'amigdala, 206  
 volti neutri, 197

Neurobiologici, fondamenti  
 circuito neurale, 212-242  
 descrizione, 241  
 disturbi psichiatrici, 212  
 formulazioni freudiane, 241-242  
 memoria filetica, 241  
 neurotrasmettitori, 212  
 processo psicoterapeutico, 237-238  
*New England Journal of Medicine*, 24

Ossessivo-compulsivo, disturbo, 103

Outcome a lungo termine  
 analisi dei dati, 130-131  
 cambiamenti strutturali, 133-135  
 follow-up, 117-119, 130-133  
 GSIsres, 130-133  
 HSCSres, 130-133  
 IIPtotalres, 130-133  
 partecipanti, 121-123  
 psicoterapia, 123-124  
 terapeuti, 132  
 trattamento, 133-135

Panico, disturbo di, 103

Potenziamento a lungo termine (LTP), 221

PQS *vedi* Psychotherapy process Q-set; Psychotherapy process Q-sort

Prefrontale, corteccia, 194

Processo-esito, ricerca  
 cambiamento  
 capacità e resilienza, 267  
 caratteristiche, 268

- CBT e IPT, 268
- comportamento superstizioso, 270
- esperienza di autoefficacia, 268
- esperienza emotiva correttiva, 269
- interazione dialettica, 269-270
- interiorizzazione della funzione analitica, 266
- meta-analisi, 266
- miglioramento post-trattamento, 266
- personalità e organizzazione di personalità, 266
- compatibilità e incompatibilità, 261-262
- descrizione, 261
- efficacia clinica e sperimentale del trattamento, 262
- fase finale comune, 265
- forme e tipi, 273
- Fremdkörper*
  - assunti, 264
  - complessità, 264
  - miglioramenti improvvisi, 265
  - sintomi isterici, 263
  - verdetto di Dodo, 264-265
- modello dell'interazione, fattori terapeutici
  - CRHR1, 280
  - ingredienti attivi, 280
  - perfezionismo autocritico, 279
  - persona *vs* ambiente, 280
  - polimorfismo 5HTT, 280
- processo lineare e non lineare
  - alto rischio / alto guadagno, 274
  - compatibilità e mutualità, 276
  - correlazioni e assunti, 272
  - effetto *sleepers*, 276-277
  - MBT, 276
  - paziente *vs* terapeuta, 275-276
  - status dell'attaccamento e alleanza precoce, 272
  - teoria dell'interazione/azione dinamica, 278
  - teoria dell'interazione/azione dinamica, 261
- Psicoanalisi
  - concetti di base, 319-320
  - teoria dell'attaccamento e ricerca, 319-320
- Psicoanalitico, trattamento
  - evidenza empirica, 15
  - Heidelberg Structural Changes Scale (HSCS), 15
  - implicazioni, 255-256
  - ipotesi, 16
- Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 13
- processi evolutivi terapeutico *vs* normale, 255
- psicoanalisi a lungo termine, 16
- psicoanalisi *evidence-based*, 6
- psicoterapia, influenze esplicite, 249-254
- psicoterapia, influenze implicite, 254-255
- ricerca sull'outcome, 14
- terapia a breve termine, 16
- Psicodinamica, pratica
  - influenze esplicite della psicoterapia "ingredienti efficaci" nel trattamento psicoanalitico, 251
  - alleanza terapeutica positiva, 252
  - caso di Amalia X, 253
  - compatibilità e mutualità della relazione terapeutica, 252
  - disturbo borderline di personalità, 249
  - interventi e atteggiamenti del terapeuta, 252
  - process Q-set, 253
  - processo tradizionale/ortodosso, 253
  - studio STOPP, 253
  - influenze implicite, 254-255
- Psicoterapia
  - alleanza terapeutica
    - attivazione dell'amigdala, 214
    - brain imaging* funzionale, 242
    - comprensione emozionale, 238
    - empatia, 241
    - ossitocina, 239
    - "equivalenza terapeutica", 15
    - substrati neurali, cambiamenti adattivi, 225-227
- Psicoterapia focalizzata sul transfert (TFP), 499-500
- Psicoterapia psicodinamica a lungo termine (LTPP)
  - bias connesso alla qualità, 62
  - bias di pubblicazione, 50, 61-62, 72-73, 76
  - criteri di inclusione e selezione, 73
  - definizione di, 47
  - dimensione del campione, 58, 61
  - disegno dello studio, 57-58
  - disturbi mentali, 58, 63-70
  - durata della terapia, 75
  - effect size e analisi statistica, 47-49, 62-69, 73-76

- effetto dei farmaci assunti, 48, 59, 62-63
- estrazione dei dati, 48
- eterogeneità, 61
- impatto del trattamento, 70
- influenza dei fattori relativi al disegno della ricerca, 62
- manuali di trattamento, 50
- misure, 48, 50, 52, 54, 56, 61-62, 68, 74-75
- pazienti
  - con disturbi mentali cronici, 45-46, 50, 58, 65
  - con disturbi mentali multipli, 46, 50, 58, 65
  - con disturbi di personalità, 45-46, 48, 67, 68, 70
  - con vari disturbi mentali, 63, 68, 71
- study quality*, 68
- variabili del terapeuta, 70-71
- vs* terapia psicodinamica a breve termine, 45, 56, 67
- Psicoterapia psicodinamica, ricerca *American Journal of Psychiatry*, 26
- CRQ, 509-512
- esito, attaccamento, 329-330
- KAPP, 504-506
- meta-analisi, 23-28, 38
- modelli neurali, 320
- moderatore dell'esito, 333-334
  - classificazione dell'attaccamento, 321
  - stabilizzazione clinica, 328
  - punteggio GAF, 326
  - RQ, 327-328
  - RSQ, 329
  - cambiamento di traiettoria, 329
- moderatore del processo, 329
- moderatore/indicatore prognostico, 327
- PFS, 502-504
- psicoanalisi, 19-20, 32-33, 36-38
- psicoterapia, 19-38
- RFS, 500-502
- ricerca sull'attaccamento, 319
- SCORS-G, 484-488
- studi longitudinali, 330
- SUIP-R, 506-509
- SWAP, 488-492
- teoria dell'attaccamento, 319-320
- terapie supportate empiricamente, 27
- tecnica
  - emozione, affetto ed espressione dell'affetto, 21
  - evitare sentimenti e pensieri spiacevoli, 21
  - identificare pattern e temi ricorrenti, 21
- Psicoterapia, ricerca sulla disponibilità emozionale e tolleranza, frammentazione, 336
- drop-out, 50
- pazienti preoccupati, 336
- Psychotherapy process Q-set Amalia X, seduta 152, 453
- metodologia Q, 454
- valutare il processo analitico, 472-473
- item difficili da valutare, 474-478
- strutture di interazione, 552
- ricerca psicoanalitica, 256
- Psychotherapy process Q-sort
- strutture di interazione, 552
- valutazione degli item difficili, 474-478
- PsycLit, 20
- Reflective Functioning Scale (RFS), 500-502
  - teoria dell'attaccamento, 500
  - validità convergente, 501
- Rottura, comportamento del terapeuta, 307
- riparazione, 308
- Self-understanding of interpersonal patterns: revised (SUIP-R)
- CCRT, 507
- Shedler-Westen assessment procedure (SWAP), 488-492
  - affidabilità e validità, 492
  - fattori dei disturbi di personalità, 492
  - funzionamento adattivo, 488-489
  - trattamento a lungo termine, 491
- Social Adjustment Scale (SAS), 49
- Social Cognitions and Object relations Scale Global Rating Method (SCORS-G), 484-488
- approccio Q-sort, 487
- dominio Self-Esteem (SE), 487
- ICC, 486
- validità di costruito, 486
- SPET (Single-potition emission thomography), 198
- Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy (STOPP), 253
- Stress post-traumatico, disturbo da (PTSD), 83, 104, 108, 110
- SWAP *vedi* Shedler-Westen assessment procedure
- Symptom checklist-90-revised (SCL-90-R), 428

Tecnica

applicazione da parte del terapeuta,  
299-302

applicazione scorretta da parte del  
terapeuta, 303-310

Terapeuta, caratteristiche del, 257

Terapia psicodinamica, basi freudiane  
della

definizione, 231

ciruito prefrontale dorsolaterale,  
231

formulazioni e trattamento, 232

Io, 231

sistema psicoterapeutico, 231

Terapie supportate empiricamente, 27,  
34-35, 37-38

TFP *vedi* Psicoterapia focalizzata sul  
transfert

Therapeutic Model of Assessment  
(TMA), 288-290

TMA *vedi* Therapeutic Model of  
Assessment

Transfert

difficoltà di fiducia, 203

espressione facciale neutra, 199

idealizzazione, 347

interpretazione, 311

reti neurali, 390

Trattamento, esito del

AAI, 500

KAPP, 504

Trattamento, prototipi, 424

- G. Fava Vizziello, D.N. Stern (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*
- R.A. McCarthy, E.K. Warrington, *Neuropsicologia cognitiva*
- G.O. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica* (quarta edizione)
- C.D. Frith, *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*
- J. Paris, *Contesto sociale e disturbi di personalità*
- R.P. Liberman (a cura di), *La riabilitazione psichiatrica*
- A. Sims, *Introduzione alla psicopatologia descrittiva* (quarta edizione)
- J. Clarkin, M.F. Lenzenweger (a cura di), *I disturbi di personalità* (seconda edizione)
- R. Negri, *Il neonato in terapia intensiva* (terza edizione)
- M. Casagrande, L. De Gennaro (a cura di), *Psicofisiologia del sonno*
- W. Blankenburg, *La perdita dell'evidenza naturale*
- M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*
- J.V. Vaccaro, G.H. Clark Jr, M. Bassi (a cura di), *Manuale di psichiatria territoriale*
- E. Othmer, S.C. Othmer, *L'intervista clinica con il DSM-IV*
- G. Gozzetti, L. Cappellari, A. Ballerini, *Psicopatologia fenomenologica della psicosi*
- G. Edwards, E.J. Marshall, C.C. Cook, *Diagnosi e trattamento dell'alcoolismo*
- J.F. Goldberg, M. Harrow (a cura di), *I disturbi bipolari*
- J.F. Clarkin, F.E. Yeomans, O.F. Kernberg, *Psicoterapia delle personalità borderline*
- D.J. Siegel, *La mente relazionale*
- M.M. Linehan, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline* (nuova edizione)
- E.F. Ronningstam (a cura di), *I disturbi del narcisismo*
- D.J. Castle, J. McGrath, J. Kulkarni (a cura di), *Donne e schizofrenia*
- K. Kaplan-Solms, M. Solms, *Neuropsicoanalisi*
- P. Fonagy, *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*
- J.G. Gunderson, *La personalità borderline*
- D. Westen, J. Shedler, V. Lingardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200*
- American Psychiatric Association (Group for the Advancement of Psychiatry), *Psichiatria culturale: un'introduzione*
- E. Othmer, S.C. Othmer, *L'intervista clinica con il DSM-IV-TR*
- V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche*

J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*

A. Bateman, P. Fonagy, *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*

M. Steinberg, M. Schnall, *La dissociazione*

F.N. Bush, M. Rudden, T. Shapiro, *Psicoterapia psicodinamica della depressione*

W.S. Rholes, J.A. Simpson (a cura di), *Teoria e ricerca nell'attaccamento adulto*

M. Rossi Monti, *Forme del delirio e psicopatologia*

E.E. Jones, *L'azione terapeutica*

R. Williams (a cura di), *Trauma e relazioni*

P. Porcelli, *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*

V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*

U. Sabatello (a cura di), *Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto. Una prospettiva evolutiva e psichiatrico-forense*

A. Bateman, P. Fonagy, *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*

O. van der Hart, E.R.S. Nijenhuis, K. Steele, *Fantasmî nel sé*

D.L. Safer, C.F. Telch, E.Y. Chen, *Binge eating e bulimia*

The Boston Change Process Study Group, *Il cambiamento in psicoterapia*

E. Caligor, O.F. Kernberg, J.F. Clarkin, *Patologie della personalità di alto livello*

G.O. Gabbard, L. Weiss Roberts, H. Crisp-Han, V. Ball, G. Hobday, F. Rachal, *La professione dello psichiatra*

A. Frances, *La diagnosi in psichiatria*

J. Panksepp, L. Biven, *Archeologia della mente*













