



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

Dottorato di ricerca XXXI Ciclo

I processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e gli interventi del terapeuta.

Un'indagine empirica

Dottoranda: Daniela Gentile

Tutor: Prof. Vittorio Lingiardi

Co-tutor: Prof. Antonello Colli

*Ai miei maestri,
con affetto e gratitudine*

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che, con la loro presenza affettiva, mi sono stati vicini e mi hanno accompagnato in questo percorso.

Il mio lavoro di dottorato non sarebbe stato possibile senza il prezioso contributo di quanti hanno collaborato alle diverse fasi di realizzazione. Uno speciale ringraziamento al gruppo di Gianni Liotti, e in particolare a Maurizio Brasini, per il reperimento del campione cognitivo. Grazie ai terapeuti, ai pazienti e ai valutatori che hanno partecipato alla ricerca.

Nota

La lingua italiana è ancora poco avvezza alla grammatica di genere. In questo lavoro è stato adottato l'uso del maschile ("il terapeuta", "il paziente", "il valutatore", etc.) solo per motivi di praticità linguistica al fine di rendere più fluida la lettura del testo, ben lungi dall'intento di avvalorare il sessismo del linguaggio.

In memoria di Jeremy Safran

Rompere è umano, riparare è terapia

Safran e Muran, 2000

Indice

Introduzione	Pag. 1
<i>Capitolo I</i>	
Studio 1. La Collaborative Interactions Scale Revised (CIS–R). Attendibilità e validità	6
1.1 Studio 1a. Revisione della CIS e attendibilità della CIS–R	9
1.1.1 Obiettivi e ipotesi	9
1.1.2 Metodo	11
1.1.2.1 Partecipanti	11
1.1.2.2 Procedura	13
1.1.3 Risultati	14
1.1.4 Discussione	20
1.2. Studio 1b. I processi di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica nei disturbi di personalità	22
1.2.1 Obiettivi	22
1.2.2 Metodo	23
1.2.3 Risultati	23
1.2.4 Discussione	25
1.3 Vantaggi, limiti e prospettive future	27
1.4 Implicazioni cliniche	28
<i>Capitolo II</i>	
Studio 2. Un contributo alla validazione italiana del Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)	29
2.1 Obiettivi e ipotesi	33
2.2 Metodo	34
2.2. Partecipanti	34
2.2.2 Strumenti	36

2.2.3 Procedura	39
2.3 Risultati	40
2.4 Discussione	45
2.5 Limiti e prospettive future	48

Capitolo III

Studio 3. Processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e interventi del terapeuta:

Un'indagine empirica su un campione di pazienti anaclitici e introiettivi 50

3.1 Background teorico di riferimento	50
3.2 La ricerca	55
3.3 Obiettivi e ipotesi	57
3.4 Metodo	58
3.4.1 Partecipanti	58
3.4.2 Strumenti	60
3.4.3 Procedura	63
3.5 Risultati	65
3.6 Discussione	77
3.7 Limiti e prospettive future	83

Conclusioni	85
-------------	----

Appendice	89
-----------	----

Bibliografia	95
--------------	----

Sitografia	120
------------	-----

Introduzione

...se ciascuno può dire qualcosa intorno alla realtà e se, singolarmente preso, questo contributo aggiunge poco o nulla alla conoscenza della verità, tuttavia, dall'unione di tutti i singoli contributi deriva un risultato considerevole.

Aristotele, IV sec a.C.

Gli studi presentati nella mia tesi di dottorato appartengono all'ambito della ricerca empirica in psicoterapia. Il focus principale, in linea con le tematiche studiate nell'ambito delle cosiddette *Empirically Supported Relationships*, è l'interazione tra fattori tecnici e relazionali. Come messo in luce da Norcross e Wampold (2011a, 2011b) differenti pazienti non richiedono solo differenti trattamenti, ma anche differenti relazioni terapeutiche. In tale prospettiva l'enfasi verrà posta sul ruolo della relazione terapeutica nel processo di cambiamento e nell'outcome delle terapie.

Nella ricerca su processo ed esito dei trattamenti, l'alleanza terapeutica (AT) è uno dei fattori specifici più studiati trasversalmente agli approcci teorici (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006). È ormai riconosciuta l'importanza dell'alleanza terapeutica (AT) per l'outcome (Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011; Flückiger, Del Re, Wampold, Horvath, 2018): l'alleanza iniziale del trattamento predice l'outcome del trattamento e la presenza di rotture non riparate è associata a frequenze più elevate di drop out (Eubanks-Carter, Muran, Safran, Hayes, 2011; Safran, Muran,

Eubanks-Carter, 2011). È noto anche che i clinici non sono tutti uguali nella capacità di mantenere una buona AT e di riconoscere e riparare i momenti di rottura dell'alleanza (*ibidem*).

La definizione di alleanza terapeutica più diffusa e universalmente accettata è quella panteorica di Bordin (1979), che la considera organizzata attorno a tre componenti: obiettivi, compiti e legami. L'AT può essere definita come “un reciproco accordo sugli obiettivi e sui compiti necessari per raggiungerli insieme ai legami che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico” (p. 16). La definizione di Bordin è mutua e dinamica, in linea con la prospettiva relazionale in cui paziente e terapeuta interagiscono in una matrice relazionale (Aron, 1996; Mitchell, 1993). L'AT è continuamente negoziata all'interno della diade, a livello sia conscio sia inconscio, ed è sempre una proprietà emergente della relazione. Le attuali concezioni di AT non la considerano quindi come una dimensione molare e statica ma come un continuo processo di negoziazione intersoggettiva caratterizzato da rotture, tensioni e cadute nel livello di collaborazione tra paziente e terapeuta (Safran e Muran, 2000). Il processo dinamico tra paziente e terapeuta è un importante meccanismo di cambiamento di Sè e dell'altro attraverso cui si negoziano i bisogni di autonomia e relazionalità (*ibidem*). Lo scambio clinico diventa il luogo d'incontro di due soggetti diversi che reciprocamente “negozano” i propri bisogni e i propri desideri, sperimentano se stessi come soggetti e, allo stesso tempo, riconoscono le reciproche soggettività e la tensione fra il bisogno di agentività (*agency*) e il bisogno di relazionalità (*relatedness*; Blatt, 2008). I soggetti differiscono tra loro rispetto a tali bisogni di dipendenza e autodefinizione e sulla base della loro salienza è possibile definire l'orientamento di un soggetto lungo un continuum anaclitico versus introiettivo. Pazienti anaclitici e introiettivi presentano differenti bisogni e aspettative in terapia, e tendono a percepire la relazione terapeutica attraverso modalità congruenti alle proprie configurazioni di personalità. Tali caratteristiche influenzano notevolmente sia il processo terapeutico sia l'alleanza terapeutica (Blatt et al., 2010). Per esempio, i pazienti anaclitici tendono a beneficiare maggiormente di interventi più di tipo supportivo, e i

Introduzione

pazienti introiettivi tendono a essere più responsivi a uno stile esplorativo/interpretativo (cfr. *Menninger Project*, Blatt, 1978, 1992; Blatt et al., 2010).

Se da un lato l'alleanza terapeutica è un fattore curativo di per sé, dall'altro è una condizione necessaria ma non sufficiente: essa può essere influenzata dagli interventi tecnici, e la sua influenza può essere differente a seconda degli approcci di trattamento. La ricerca su alleanza e interventi del terapeuta ha identificato le tecniche che hanno un impatto positivo e negativo sull'alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2001, 2003; Hilsenroth, Cromer, Ackerman, 2012). In particolare, il focus sul qui e ora è assai rilevante per mantenere (o riparare) l'alleanza terapeutica (Hill e Knox, 2009; Safran e Muran, 2000). La letteratura sui fattori tecnici ha evidenziato inoltre che gli interventi del terapeuta devono essere calibrati "su misura" del paziente (Gabbard et al. 1999; Horowitz et al., 1996). Un punto essenziale da tenere in considerazione riguarda il tailoring dell'intervento, che deve essere adattato alle specifiche caratteristiche del paziente (stile di personalità, livello di funzionamento globale e difensivo, insight, mentalizzazione, e così via; Gabbard et al., 1999; Horowitz et al., 1996; Roth e Fonagy, 2004).

Le rotture dell'AT rappresentano un tema cruciale di interesse clinico e teorico, in quanto si tratta di eventi ubiquitari nel processo terapeutico in modo trasversale ai diversi approcci teorici. Le rotture non riparate sono associate a interruzioni unilaterali del paziente e a drop out (Safran et al., 2011; Volkam Gulum, Soygut, Safran, 2018). La capacità del terapeuta di riconoscere e gestire i momenti di rottura gioca un ruolo cruciale nella possibilità di risoluzione delle rotture dell'alleanza al fine di ripristinare un'adeguata collaborazione diadica (Eubanks-Carter et al., 2011). Nel modello proposto da Safran e Muran, per cercare di riparare le rotture dell'alleanza i terapeuti dovrebbero utilizzare interventi focalizzati sull'AT (focus sul qui e ora della seduta, metacomunicazione, self disclosure, riconoscimento del proprio contributo al processo di rottura in atto, esplorazione delle connessioni con situazioni simili del passato). A questo proposito anche l'intervento tecnico può essere considerato come un *atto relazionale*, in quanto si colloca all'interno di una matrice relazionale specifica (la diade terapeuta/paziente) e il suo impatto è

dunque amplificato o ostacolato dal clima di collaborazione nel qui e ora della seduta. Tuttavia, non è ancora chiaro se esiste una differenza nell'effetto degli interventi del terapeuta focalizzati sull'alleanza a seconda di pazienti con specifiche caratteristiche (orientamento anaclitico vs introiettivo).

Alla luce di tali premesse, emerge un problema centrale della letteratura clinica ed empirica che caratterizza il costrutto di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica e la sua gestione all'interno del processo terapeutico. Il modello di Safran e Muran, sebbene sia lodevole per la sua ricaduta euristica ed empirica, mostra però dei limiti dal punto di vista clinico poiché le strategie di risoluzione delle rotture proposte dagli autori non sono state declinate a seconda degli stili di personalità dei pazienti. In altre parole, il loro modello d'intervento prevede che le tecniche che il terapeuta debba compiere al fine di risolvere le rotture dell'alleanza non prendano in considerazione lo stile di personalità del paziente, e che siano quindi "un vestito che può andar bene per tutte le occasioni" (Zilcha-Mano e Errázuris, 2015). Appare dunque di rilevanza clinica comprendere quali siano le strategie d'intervento più efficaci al fine di mantenere (o ristabilire) l'alleanza in relazione alle caratteristiche del paziente, seguendo quindi l'indicazione di Roth e Fonagy "What works for whom... and how?" (Roth e Fonagy, 2004).

All'interno di questa cornice, il mio lavoro di dottorato si propone di indagare la relazione tra i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e gli interventi del terapeuta in un campione di pazienti anaclitici e introietivi. L'obiettivo principale riguarda l'identificazione di caratteristiche distintive tra i due gruppi di pazienti rispetto allo stile di rottura e collaborazione e rispetto agli interventi del terapeuta. La struttura del lavoro è costituita da tre studi principali:

- 1) la validazione della *Collaborative Interactions Scale Revised* (Colli, Gentile, Condino, Lingiardi, 2014a, 2017), strumento basato sui trascritti per la valutazione microanalitica dei processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica;

Introduzione

- 2) la validazione della *Comparative Psychotherapy Process Scale* (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, Blais, 2005), strumento basato su una scala Likert per la valutazione degli interventi del terapeuta;
- 3) un'indagine empirica su un campione di pazienti anaclitici e introiettivi.

I primi due studi riguardano la validazione italiana degli strumenti adottati e il terzo studio riguarda la ricerca vera e propria. Le validazioni della CIS-R e del CPPS hanno mostrato buone caratteristiche psicometriche sia rispetto alla inter-rater reliability, sia rispetto alla validità convergente e di criterio. Lo studio esplorativo su pazienti anaclitici e introiettivi ha rilevato da un lato differenze significative rispetto alla presenza di rotture, collaborazioni e interventi del terapeuta nei due gruppi di pazienti, e ha identificato un effetto predittivo di alcuni interventi sulla collaborazione del paziente. I risultati ottenuti—sebbene siano da considerarsi preliminari e necessitino di ulteriori approfondimenti—appaiono incoraggianti e in linea con la letteratura di riferimento.

Capitolo I

Studio 1. La *Collaborative Interactions Scale Revised* (CIS–R). Attendibilità e validità

La verità è che le rotture dell'alleanza terapeutica sono un concetto molto sfuggente.

Safran e Muran, 2006, p. 288

La pratica di ricerca da cui ha preso le mosse il mio progetto di dottorato è la valutazione dei processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica effettuata sui trascritti di sedute utilizzando i metodi di codifica della *Collaborative Interactions Scale* (CIS, Colli e Lingiardi, 2009). Negli oltre dieci anni di applicazione di questo strumento sono emerse però alcune criticità che ci hanno spinto a inserire alcuni cambiamenti e introdurre qualche elemento integrativo rispetto alla versione originaria. In breve, l'uso intensivo della CIS ha messo in luce alcuni limiti: a) l'eccessivo tempo di codifica, b) la bassa frequenza di alcuni item, c) la scarsa capacità di cogliere in dettaglio alcuni pattern di interazione paziente/terapeuta. In questo capitolo presenterò la validazione della forma rivista della CIS: la *Collaborative Interactions Scale Revised* (CIS–R; Colli, Gentile, Condino, Lingiardi, 2017).

La CIS–R rappresenta un valido strumento di codifica utile sia per la ricerca empirica sia per la valutazione clinica. La CIS–R è ideata per delineare le fluttuazioni dell'alleanza durante una seduta di psicoterapia e non solo per la valutazione globale dell'alleanza in quella seduta: in questo modo può garantire un livello di analisi sia micro sia macroanalitico. È importante sottolineare che poche misure si focalizzano sui cambiamenti nel livello di collaborazione che si verificano all'interno di una seduta (intra-session) e non solo tra le sedute (inter-sessions). La CIS–R presenta anche rilevanti implicazioni cliniche: saper riconoscere i processi di rottura e

riparazione si rivela una competenza utile non solo nella pratica clinica ma anche nel training dei terapeuti.

Nel corso degli ultimi vent'anni, è stato osservato un cambiamento nella ricerca sull'alleanza terapeutica, con un crescente interesse verso gli aspetti processuali della terapia e delle tecniche del terapeuta che possono influenzare la qualità e la costruzione dell'alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2001, 2003; Hilsenroth, Cromer, Ackerman, 2012). Tale filone emergente, definito la "seconda generazione" della ricerca sull'alleanza (Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011, p. 80), indaga come paziente e terapeuta costruiscano insieme la relazione terapeutica, sulla base di un'accresciuta consapevolezza del fatto che l'alleanza è una proprietà emergente di mutua collaborazione (Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011). Il costrutto dei processi di rottura e riparazione e quello dei processi collaborativi rappresentano dunque una pietra miliare in questo nuovo trend di ricerca (Lingiardi e Colli, 2015; Lingiardi, Holmqvist, Safran, 2016; Safran e Muran, 2000). Infine, numerosi studi ne hanno evidenziato la rilevanza rispetto all'outcome dei trattamenti (Constantino et al., 2008; Eubanks-Carter, Muran, Safran, Hayes, 2011; Muran, Safran, Samstag, Winston, 2005; Safran et al., 2011).

Il costrutto di rotture e riparazioni implica una ridefinizione dell'alleanza terapeutica come continuo processo di negoziazione intersoggettiva (Safran e Muran, 2000). In senso ampio, una rottura indica una difficoltà, un problema o una fluttuazione nella qualità dell'alleanza tra paziente e terapeuta. La qualità dell'alleanza può essere definita come una funzione del grado di accordo su compiti e obiettivi della terapia, che è mediata dalla qualità del legame affettivo tra paziente e terapeuta. Allo stesso tempo il termine rottura si riferisce sia a gravi perturbazioni dell'alleanza sia a momentanee, sottili fluttuazioni nella qualità della relazione terapeutica (Safran, Crocker, McMain, Murray, 1990).

A partire dalla premessa che qualsiasi metodo presenta vantaggi e limiti e che la valutazione da diverse prospettive rappresenta il gold standard per la ricerca in psicoterapia (Norcross, 2011), è interessante confrontare la CIS con altri strumenti simili per la valutazione dei processi

di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica. Una delle strategie è rappresentata dal ricorso ai tradizionali self report focalizzati sull'alleanza, come il WAI (*Working Alliance Inventory*; Horvath e Greenberg, 1989) o la CALPAS (*California Psychotherapy Alliance Scales*; Marmar e Gaston, 1988), che consentono di inferire la presenza di rotture e riparazioni dell'alleanza mediante l'analisi delle fluttuazioni dei punteggi dell'alleanza tra una seduta e l'altra (across sessions; Kivlighan e Shaughnessy, 2000; Stevens, Muran, Safran, Gorman, Winston, 2007; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006). Rispetto a tali metodi, che valutano l'alleanza a livello globale della seduta e sono quindi più adatte a studiarla come fattore generale associato all'outcome, la CIS sembra avere il vantaggio di "delineare i pattern interattivi idiosincratici che si verificano tra paziente e terapeuta" (Charmann, 2004, p. 18). Poiché tali misure possono solo individuare i cambiamenti nell'alleanza *tra* sedute, ma non esaminare direttamente le transazioni *nella* seduta, qualche rottura potrebbe essere sottostimata o addirittura non identificata (Stevens et al., 2007). Tuttavia, il criterio statistico usato per stabilire se una fluttuazione possa essere considerata come una rottura o una riparazione è assai variabile da uno studio all'altro, tanto da incorrere nel rischio che uno stesso fenomeno possa essere inteso come una rottura in uno studio ma non in un altro, proprio in quanto si fa riferimento a differenti parametri statistici (Eubanks-Carter, Gorman, Muran, 2012). Un altro metodo è l'uso di misure self report per la valutazione delle rotture e riparazioni dell'alleanza, come l'*Alliance Negotiation Scale* (Doran, Safran, Muran, 2016a, 2016b; Eubanks-Carter, Muran, Safran, 2009), la quale include item basati su una scala Likert che chiedono al paziente e al terapeuta se nel corso della seduta si è verificata una rottura dell'alleanza, di quale tipo e come si sono sentiti durante la seduta. Il principale vantaggio di questi strumenti è che ottengono informazioni dalla prospettiva di entrambi, paziente e terapeuta, e sono abbastanza veloci da somministrare. Tuttavia, tali metodi non aiutano a catturare le interazioni tra paziente e terapeuta a un microlivello di analisi.

Questo capitolo è costituito da due parti: la prima riguarda la revisione della Scala e i dati di attendibilità (*Studio 1a*); la seconda riguarda la validità della CIS-R attraverso il confronto tra valutazioni di sedute di pazienti con e senza disturbi di personalità (*Studio 1b*).

1.1 Studio 1a. Revisione della CIS e attendibilità della CIS-R

1.1.1 Obiettivi e ipotesi

La prima parte dello studio si propone di delineare il processo di revisione della scala, e presentare i dati di attendibilità. L'attendibilità è stata studiata a partire dall'inter-rater reliability delle valutazioni su scala Likert per ciascun item della scala. L'ipotesi è che l'accordo tra i giudici sia almeno comparabile a quello della versione originaria, con un minore tempo richiesto per la codifica.

La *Collaborative Interactions Scale* è stata sviluppata nel 2009 (Colli e Lingiardi, 2009) dopo dieci anni di ricerche basate sui trascritti sui processi di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica. La CIS è basata sulla prospettiva relazionale, secondo la quale è importante distinguere l'accordo e il disaccordo dalla collaborazione e non collaborazione. Tale differenziazione può essere legata a due modi opposti di concettualizzare le rotture e le riparazioni dell'alleanza: il modello razionale e il modello relazionale. Se si adotta un punto di vista razionale, è possibile vedere una rottura o una caduta nel processo di collaborazione quando un paziente esprime il proprio disaccordo rispetto a un compito della terapia (per esempio, "Non penso sia importante per me parlare della mia infanzia"). Al contrario, se si adotta un punto di vista relazionale, il contenuto della comunicazione (per esempio il disaccordo) è meno importante del modo in cui il paziente comunica il proprio disaccordo e negozia con il terapeuta. Da un approccio razionale, si può considerare un paziente che è sempre in accordo con il terapeuta come un segno di collaborazione; invece da un punto di vista relazionale, tale accordo può essere interpretato come un indice di acquiescenza del paziente. Di conseguenza, la

comunicazione del paziente di disaccordo con il terapeuta può essere interpretata come il bisogno del paziente di negoziare e non come un indice di deterioramento dell'alleanza (Lingiardi e Colli, 2015).

La CIS è stata utilizzata in diversi studi (Colli e Lingiardi, 2007; Di Riso et al., 2011; Locati, Rossi, Parolin, 2017; Rocco, Gennaro, De Bei, Zanelli, Condino, 2013). Nel primo studio di validazione, l'accordo medio tra i valutatori misurato con la kappa di Cohen variava da soddisfacente (min=,66; max=,72) a eccellente (,81). A partire dall'uso intensivo della scala e da alcune critiche sollevate dai ricercatori che l'hanno applicata nel corso degli anni, sono stati rilevati alcuni limiti: (a) un eccessivo tempo per la codifica microanalitica. Il tempo medio per la valutazione di una seduta era di circa due ore e mezzo. Ciò è stato attribuito alla procedura di scoring (il rater doveva attribuire la presenza o l'assenza di ciascun item a ogni scambio del paziente e del terapeuta e poi attribuire un punteggio di intensità su una scala Likert a 7 punti a ciascuna comunicazione). Inoltre, per ciascuna unità di analisi doveva essere valutato un numero eccessivo di item (la CIS includeva 41 item); (b) una bassa frequenza di alcuni item; (c) una scarsa capacità della CIS di cogliere finemente alcune interazioni paziente/terapeuta: per esempio, la versione originaria della CIS non distingueva tra le comunicazioni del paziente o del terapeuta esplicitamente riferite alla regolazione della relazione terapeutica (Hill et al., 2008; Hill e Knox, 2009; Kasper, Hill, Kivlighan, 2008) e le comunicazioni non direttamente focalizzate sulla relazione terapeutica.

Sulla base di tali limiti è stata sviluppata una versione rivista della CIS (Colli, Gentile, Condino, Lingiardi, 2014a, 2014b). Gli obiettivi del processo di revisione sono stati: (1) creare una misura più veloce; (2) mantenere un equilibrio tra livello micro e macroanalitico nella descrizione del processo terapeutico; (3) migliorare la capacità della scala di cogliere differenti dinamiche processuali.

1.1.2 Metodo

1.1.2.1 Partecipanti

Pazienti. Sono stati valutati 60 trascritti di sedute (180 segmenti, 3607 unità verbali) di 30 pazienti italiani (M=10, F=20, età media di 29,91, *d.s.*=10,12). Rispetto al livello di istruzione, nove pazienti hanno un basso livello di istruzione (10 anni), 13 pazienti un livello medio (13 anni), e 8 un elevato grado di istruzione (18 anni). Per quanto riguarda lo status socioeconomico, la maggior parte dei soggetti (n=22) proviene da una classe media (reddito annuo compreso tra i 15000 e i 30000 euro), 3 pazienti appartengono alla classe operaia (reddito annuo inferiore ai 15000 euro), e 5 soggetti sono professionisti (reddito annuo superiore ai 30000 euro). Sette pazienti sono sposate/i o conviventi, 21 single, 2 divorziate/i. Nessun soggetto proviene da una minoranza etnica o religiosa. I soggetti sono stati selezionati casualmente a partire da un database di trascritti di sedute. Prima sono stati scelti in modo randomizzato 15 pazienti senza una diagnosi di disturbo di personalità (PD) e 15 pazienti con una diagnosi di PD, poi sono state selezionate casualmente due sedute per ciascun paziente. Prima di iniziare il trattamento, tutti i pazienti hanno ricevuto dai clinici una diagnosi basata sul DSM-5 (APA, 2013) a partire da una checklist ad hoc basata sui criteri per l'assessment dei disturbi di personalità (PD): i clinici hanno valutato come presente o assente ciascun criterio, ordinato in modo randomizzato, relativo a tutte le diagnosi di PD. Tale procedura fornisce sia una diagnosi categoriale (i cut off del DSM-5) sia dimensionale (numero di criteri soddisfatti per ciascun disturbo). In precedenti studi questa procedura si è rivelata adeguata sia in termini di coerenza interna sia di validità convergente (Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005; Blais, Norman, 1997; Bradley, Heim, Westen, 2005; Westen, Shedler, Durrett, Glass, Martens, 2003). Un totale di 15 pazienti (n=15) ha almeno una diagnosi di disturbo di personalità (PD): 7 del cluster B (di cui quattro pazienti con disturbo borderline, due con disturbo narcisistico e uno con disturbo istrionico) e 6 del cluster C (di cui tre con disturbo dipendente, due con disturbo evitante e uno con disturbo ossessivo-

compulsivo di personalità). Due pazienti presentano una diagnosi di PD in comorbidità (uno con disturbo istrionico e borderline in comorbidità, un altro con disturbo istrionico e narcisistico in comorbidità). Quindici pazienti (n=15) presentano una sindrome clinica senza un PD [disturbi d'ansia (n=5), distimia (n=5), disturbo ossessivo-compulsivo (n=2), disturbi da sintomi somatici (n=2) e disfunzioni sessuali (n=1)].

Terapeuti. Sono stati valutati 30 clinici italiani di diverso approccio (sette cognitivi, nove dinamici, sei eclettici e otto interpersonali), con almeno 10 anni di esperienza clinica (M=18, F=12, età media=44 anni, *d.s.*=8,5). Diciotto sono psicologi e dodici psichiatri. Ventuno praticano in ambito privato e nove in centri clinici, e in media dedicano alla psicoterapia circa 24,13 ore a settimana (range=18-32, *d.s.*=2,92). Tutte le terapie hanno una frequenza settimanale e una durata di almeno 35 sedute (min=14, max=90; *d.s.*=23). Il numero medio di seduta valutata è la 20,71 (range 6-75, *d.s.*=4,57).

Valutatori. Tre rater indipendenti hanno valutato le sedute con la CIS-R. I valutatori sono psicologi addestrati all'uso della scala. La formazione dei valutatori è consistita nello studio del manuale di codifica, nella partecipazione a discussioni di gruppo e consensus rating di cinque sedute, e infine nella valutazione a casa di ulteriori dieci sedute. Il training in aula ha avuto una durata di 8 ore, incluse 2 ore di incontri quindicinali per la discussione delle valutazioni fatte individualmente. Le sedute utilizzate per il training non sono state incluse nello studio. Ai valutatori non sono state fornite informazioni riguardo alla terapia e ai pazienti (diagnosi, fase della terapia, esito del trattamento, etc.) al fine di ridurre parzialmente qualche bias del valutatore [per esempio, la preferenza per uno specifico approccio terapeutico o le aspettative rispetto alle sedute (migliori o peggiori) in base alla diagnosi o alla fase della terapia].

1.1.2.2 Procedura

Al fine di rivedere e ridurre gli item della CIS, sono state implementate numerose procedure basate sia sulle analisi statistiche sia sul consenso di gruppo. *Step 1.* Innanzitutto, è stata analizzata la co-occorrenza degli item: è stato usato un campione di 126 sedute (12,497 unità narrative, definite come ogni singolo scambio paziente terapeuta) e calcolato il coefficiente di contingenza e la V di Cramer per identificare gli item che co-occorrevano in modo significativo. Questi item sono stati discussi dagli autori della scala per comprendere se la co-occorrenza fosse connessa a una sovrapposizione del contenuto degli item o a problemi di definizione degli item nel manuale di codifica. Sono stati dunque aggregati gli item dal contenuto simile e sono state ridefinite le linee guida di codifica per il resto degli item. *Step 2.* Quindi, è stata condotta un'analisi descrittiva degli item e sono stati eliminati quelli con una varianza pari a 0. *Step 3.* Sono stati esclusi gli item con un accordo troppo debole ($\kappa < ,40$). *Step 4.* Infine, un gruppo di sette clinici (M=3, F=4; età media=41, *d.s.*=2,5; tre psicodinamici, due cognitivi, due di approccio integrato) con almeno dieci anni di pratica clinica e una consolidata esperienza nella valutazione dell'alleanza terapeutica, ha dato un parere sugli item in termini di chiarezza e validità di facciata su una scala Likert a cinque punti. Gli esperti hanno quindi valutato la rilevanza di ciascun item su una scala da 1 (non rilevante) a 4 (molto rilevante), e la chiarezza su una scala da 1 (non chiaro) a 4 (molto chiaro). Sulla base della percentuale di esperti che hanno valutato un item come rilevante e chiaro è stato calcolato un indice di validità di contenuto (CVI; Yaghmaie, 2003). Gli item con un CVI > ,75 sono stati inclusi nella versione rivista della scala, il resto degli item è stato scartato. Alla fine del processo di revisione è stato ottenuto un set di 29 item (12 item in meno della versione originaria), ed è stato riformulato e riscritto il manuale di codifica (Colli et al., 2014a).

Analisi statistiche

Per le analisi dei dati è stato usato il pacchetto SPSS (versione 22 per Windows). È stato usato il coefficiente di correlazione intraclasse (ICC; misura singola, concordanza assoluta) per individuare il livello di accordo tra differenti valutatori. L'inter-rater reliability è stata calcolata per ciascun item della scala usando le valutazioni dei giudici su scala Likert (Shrout e Fleiss, 1979).

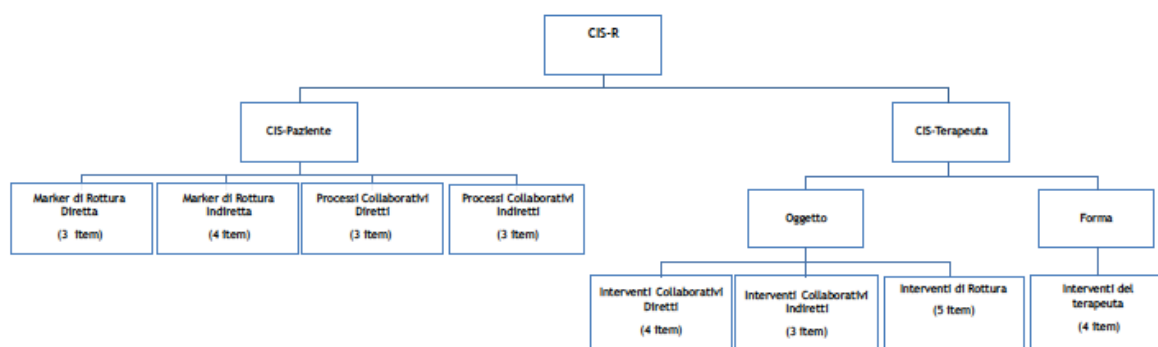
1.1.3 Risultati

La Collaborative Interactions Scale Revised: struttura della scala e procedura di codifica

La CIS-R è un sistema di codifica per valutare i processi di rottura e riparazione/collaborazione dell'alleanza terapeutica dalla prospettiva dell'osservatore esterno. La scala può essere applicata a registrazioni di sedute, audio o video, o a trascritti di sedute di psicoterapia.

La CIS-R è suddivisa in due scale (*Figura 1; Appendice*): una per la valutazione dei contributi del paziente (CIS-P) e una per la valutazione dei contributi del terapeuta (CIS-T).

Figura 1. La struttura della CIS-R



La CIS-P include quattro sottoscale: i *Marker di Rottura Diretti* (DRM; 3 items), comunicazioni di rottura del paziente esplicite, ostili e confrontative; i *Marker di Rottura Indiretti* (IRM; 4 items), in cui il paziente comunica implicitamente il proprio disagio verso la relazione

terapeutica la terapia in generale; i *Processi Collaborativi Diretti* (DCP; 3 items), comunicazioni in cui il paziente si riferisce esplicitamente alla relazione terapeutica, alla terapia o al processo terapeutico e indicano una collaborazione positiva con il terapeuta; i *Processi Collaborativi Indiretti* (ICP; 3 items), comunicazioni in cui il paziente collabora attivamente con il terapeuta senza fare un riferimento esplicito alla terapia o alla relazione terapeutica. La distinzione tra marker di rottura diretta e indiretta è strettamente derivata dal lavoro di Harper (1989a, 1989b), poi ripreso da Safran e Muran (2000), i quali hanno concettualizzato le rotture del paziente in due principali tipologie: rotture da confrontazione e da ritiro. Nella CIS-R si preferisce utilizzare i termini rotture dirette vs indirette piuttosto di confrontazione vs ritiro per porre maggiore enfasi sugli aspetti comunicativi dell'interazione. Inoltre, si fa riferimento ai processi collaborativi come sinonimo di riparazione/risoluzione, ma si tende a prediligere il termine collaborativo in quanto è più inclusivo e riguarda i processi che si verificano dentro e fuori il contesto di una rottura.

La CIS-T è composta da quattro sottoscale: gli *Interventi Collaborativi Diretti* (DCI; 4 items), che sono interventi del terapeuta che si focalizzano esplicitamente sulla relazione con il paziente o su qualche aspetto della terapia; gli *Interventi Collaborativi Indiretti* (ICI; 3 items), che sono interventi non direttamente riferiti alla relazione terapeutica o alla terapia, ma possono contribuire positivamente alla relazione; gli *Interventi di Rottura* (RI; 5 items), che sono interventi del terapeuta che contribuiscono negativamente al processo terapeutico; e gli *Interventi del Terapeuta* (TI; 4 items), che descrivono i quattro tipi principali di interventi: supportivi, esplicativi, esplorativi, espressivi. Gli interventi supportivi hanno l'obiettivo di sostenere il paziente, come le validazioni empatiche. Gli interventi esplicativi si propongono di spiegare qualcosa al paziente, come sintomi o meccanismi psicologici, le basi teoriche del trattamento, le regole del setting o gli obiettivi della terapia. Gli interventi esplorativi promuovono una maggiore elaborazione del paziente e includono le chiarificazioni, le riformulazioni e le domande aperte. Gli interventi espressivi riguardano l'interpretazione, la

confrontazione e l'osservazione. La distinzione tra interventi del terapeuta diretti e indiretti è derivata dalla letteratura sulle strategie di metacomunicazione (Kiesler, 1996) e sulla immediacy (Hill et al., 2014; Hill e O'Brien, 1999; Kuutmann e Hilsenroth, 2012; Mayotte-Blum et al., 2012).

Prima di iniziare il processo di codifica CIS-R è necessario leggere almeno una volta il trascritto della seduta. In questa fase, il valutatore dovrebbe cercare di comprendere il clima emotivo e interpersonale e la qualità della relazione tra paziente e terapeuta. In primis il rater deve suddividere l'intera seduta in unità narrative, che corrispondono a ogni singolo scambio paziente terapeuta, e poi dividere la seduta in tre macrosegmenti di uguale ampiezza (i segmenti dovrebbero includere lo stesso numero di unità narrative nel caso di trascritti di seduta o lo stesso numero di minuti nel caso di registrazioni audio o video).

La procedura di codifica avviene in due fasi principali. Primo, per ciascuna unità narrativa il valutatore deve verificare la presenza (o l'assenza) di uno o più dei 12 marker di rottura e collaborazione del paziente e uno o più dei 14 marker di collaborazione e interventi di rottura del terapeuta. Le codifiche non sono mutuamente esclusive, e non è necessario attribuire uno specifico marker a ogni comunicazione. Quando il processo di identificazione dei marker è concluso, il rater riassume la propria codifica, valutando la frequenza di ogni item del paziente e del terapeuta su una scala Likert a 5 passi (da 0 a 4) per tutti e tre i macrosegmenti.

Alla fine della valutazione, la CIS-R fornisce parecchie informazioni sul modo in cui paziente e terapeuta costruiscono la loro collaborazione. A un microlivello di analisi, gli scambi paziente/terapeuta possono essere divisi in *interazioni collaborative* in cui il paziente presenta un DCP o un ICP e il terapeuta mostra un DCI o un ICI; *interazioni di rottura* che si riferiscono a situazioni in cui entrambi i partecipanti manifestano un processo di rottura (per il paziente un DRM o un IRM, per il terapeuta un RI); *interazioni disgiunte* in cui il paziente produce una rottura e il terapeuta risponde con un intervento collaborativo o viceversa. La presenza in sequenza consecutiva di questo tipo di interazioni determina rispettivamente fasi collaborative

(più di un'interazione collaborativa), fasi di rottura (più di una interazione di rottura), e fasi disgiunte (più di un'interazione disgiunta). Tali fasi possono variare nella loro durata (da piccole fasi che consistono in due interazioni a fasi più ampie che includono molte interazioni) e anche alternarsi durante una seduta. A un macrolivello di analisi, ogni segmento può essere distinto in quattro tipologie: (a) segmento collaborativo, in cui sia il paziente sia il terapeuta manifestano un marker collaborativo; (b) segmento di rottura congiunta, in entrambi i partecipanti presentano un marker di rottura; (c) segmento di rottura disgiunta, in cui il paziente produce esclusivamente marker di rottura e il terapeuta interventi collaborativi (o viceversa); (d) segmento di riparazione, in cui il paziente comunica sia rotture sia processi collaborativi e il terapeuta risponde con interventi collaborativi. La scala fornisce anche informazioni sulle caratteristiche della collaborazione: l'uso di specifiche rotture da parte del paziente o di un particolare stile d'intervento del terapeuta, la frequenza di determinati marker di rottura in risposta agli interventi del terapeuta, e così via. Questo tipo di dati possono essere analizzati in modi differenti, ma l'analisi sequenziale sembra essere l'approccio più utile in quanto tale metodologia consente di descrivere l'interazione idiosincratICA di ciascuna diade paziente/terapeuta.

Al livello macroanalitico, per ogni segmento possono essere codificati tre punteggi globali dell'interazione paziente/terapeuta. Essi riguardano: il punteggio di collaborazione [la somma dei processi collaborativi del paziente (DCP e ICP) e degli interventi collaborativi del terapeuta (DCI e ICI)]; il punteggio di rottura [la somma dei marker di rottura del paziente (DRM e IRM) e degli interventi di rottura del terapeuta (RI)]; il punteggio globale paziente/terapeuta (la differenza tra il punteggio di collaborazione e il punteggio di rottura). È anche possibile descrivere l'andamento della collaborazione di una seduta attraverso il confronto del punteggio globale ottenuto nei tre segmenti.

Frequenza dei processi di rottura e di collaborazione nel paziente e nel terapeuta

Per ogni item e sottoscala sono state calcolate le frequenze a partire dalle valutazioni medie dei tre rater nelle 60 sedute e nei 180 segmenti (*Tabella 1.1*). Il tempo medio di valutazione è di 70 minuti (min=45, max=90; *d.s.*=15,56), quindi 80 minuti in meno rispetto alla versione originaria.

Tabella 1.1 Statistiche descrittive e frequenza degli item della CIS-P e della CIS-T

	Min	Max	M	<i>d.s.</i>	Frequenza	%
DRM1 Compiti/Obiettivi/Parametri	0	4	,66	1,01	29	4,78
DRM2 Relazione	0	4	,39	,94	16	2,64
DRM3 Scoraggiamento	0	4	,41	1,00	14	2,31
DRM scala	0	4	,49	,89	59	9,73
IRM1 Evitamento linguistico	0	4	,91	1,11	56	9,24
IRM2 Evitamento affettivo	0	4	,95	,96	63	10,40
IRM3 Strategie di regolazione dell'autostima	0	3	,50	,77	33	5,45
IRM4 Acquiescenza	0	3	,30	,62	19	3,13
IRM scala	0	4	,67	,60	171	28,22
DCP1 Compiti/Obiettivi	0	3	,51	,67	45	7,42
DCP2 Affetti	0	4	,63	,98	33	5,45
DCP3 Pattern significativi	0	3	,31	,77	19	3,13
DCP scala	0	4	,49	,63	97	16,01
ICP1 Fatti	0	4	2,65	1,20	116	19,14
ICP2 Affetti	0	4	1,97	1,24	110	18,15
ICP3 Pattern significativi	0	3	,66	,68	53	8,74
ICP scala	0	4	1,76	,67	279	46,04
DCI1 Compiti/Obiettivi	0	3	1,25	,93	81	15,61
DCI2 Relazione	0	3	,83	1,04	48	9,25
DCI3 Pattern significativi	0	3	,54	,88	34	6,55
DCI4 Metacomunicazione	0	3	,71	,87	42	8,09
DCI scala	0	3	,84	,68	205	39,50
ICI1 Fatti	0	4	1,46	1,49	69	13,29
ICI2 Affetti	0	4	2,26	1,05	114	21,96
ICI3 Pattern significativi	0	4	1,38	1,12	88	16,95
ICI scala	0	4	1,70	,71	271	52,21
RI1 Evitamento linguistico	0	2	,11	,33	8	1,54
RI2 Evitamento affettivo	0	1	,05	,18	6	1,16
RI3 Ostilità	0	3	,33	,66	21	4,05
RI4 Perseverazione	0	2	,16	,46	8	1,54
RI5 Mancanza di chiarezza	0	2	,12	,48	7	1,33
RI scala	0	3	,15	,35	43	8,28
TI1 Interventi supportivi	0	2	,47	,67	33	12
TI2 Interventi esplicativi	0	2	,38	,56	28	10,18
TI3 Interventi esplorativi	1	4	3,30	,94	134	48,72
TI4 Interventi espressivi	0	4	1,28	1,18	80	29,09

Note. n=180 segmenti. Sono riportati i punteggi medi dei tre valutatori. DRM: marker di rottura diretta. IRM: marker di rottura diretta. DCP: processo collaborativo diretto. ICP: processo collaborativo indiretto. DCI: intervento collaborativo diretto. ICI: intervento collaborativo indiretto. RI: intervento di rottura. TI: intervento del terapeuta.

Capitolo I

I risultati indicano che i processi collaborativi del paziente e del terapeuta sono molto più frequenti rispetto ai marker di rottura del paziente e del terapeuta. Per entrambi, la frequenza media delle collaborazioni di tipo indiretto è più elevata rispetto a quelle di tipo diretto. Nel paziente, gli IRM sono più frequenti dei DRM. Non sono state rilevate differenze significative rispetto all'orientamento dei terapeuti per la scala DRM [$F_{(3, 59)}=1,138, p=.344$], per la scala IRM [$F_{(3,59)}=1,118, p=.352$], per la scala DCP [$F_{(3, 59)}=2,122, p=.111$], per la scala ICP [$F_{(3, 59)}=2,490, p=.072$], per la scala DCI [$F_{(3, 59)}=1,521, p=.222$], per la scala ICI [$F_{(3, 59)}=4,009, p=.113$], per la scala RI [$F_{(3, 59)}=1,605, p=.201$]. La presenza/assenza di una diagnosi di PDs è stata considerata come variabile di controllo.

Inter-rater reliability

L'accordo medio globale tra i valutatori è di ,77 (range ,55–,90). Tutti gli item hanno ottenuto valori di ICC che variano da deboli a eccellenti (<,40=scarso; ,40–,59=debole; ,60–,74=buono, e >,74=eccellente; Shrout e Fleiss, 1979; *Tabella 1.2*). In particolare, l'ICC è di ,77 per la scala DRM, di ,73 per la scala IRM, di ,66 per la scala DCP, di ,89 per la scala ICP, di ,77 per le scale DCI e ICI, e di ,87 per la scala RI.

Tabella 1.2 Coefficiente di correlazione intraclasse degli item della CIS-P e della CIS-T

CIS-Paziente	ICC*	CIS-Terapeuta	ICC*
DRM1 Compiti/Obiettivi/Parametri	,79	DCI1 Compiti/Obiettivi	,70
DRM2 Relazione	,77	DCI2 Relazione	,81
DRM3 Scoraggiamento	,78	DCI3 Pattern significativi	,86
DRM scala	,77	DCI4 Metacomunicazione	,72
IRM1 Evitamento linguistico	,81	DCI scala	,77
IRM2 Evitamento affettivo	,74	ICI1 Fatti	,87
IRM3 Strategie di regolazione dell'autostima	,55	ICI2 Affetti	,81
IRM4 Acquiescenza	,90	ICI3 Pattern significativi	,64
IRM scala	,73	ICI scala	,77
DCP1 Compiti/Obiettivi	,80	RI1 Evitamento linguistico	,89
DCP2 Affetti	,62	RI2 Evitamento affettivo	,72
DCP3 Pattern significativi	,73	RI3 Ostilità	,85
DCP scala	,66	RI4 Perseverazione	,79
ICP1 Fatti	,86	RI5 Mancanza di chiarezza	,83
ICP2 Affetti	,81	RI scala	,87
ICP3 Pattern significativi	,85	TI1 Interventi supportivi	,81
ICP scala	,89	TI2 Interventi esplicativi	,80
		TI3 Interventi esplorativi	,66
		TI4 Interventi espressivi	,73
		TI scala	,72

Note. n=180 segmenti. * Coefficiente di intraclasse correlazione (Shrout e Fleiss, 1979), concordanza assoluta, misura singola (<,40=scarso; ,40–,59=debole; ,60–,74=buono, e >,75=eccellente; Shrout e Fleiss, 1979).

1.1.4 Discussione

Il principale obiettivo dello Studio 1a è la revisione della CIS. Se si confronta la CIS-R con le tradizionali misure observer rated per la valutazione dell'alleanza terapeutica, per esempio con il WAI-O (Horvath e Greenberg, 1989), la CIS presenta due vantaggi principali. Primo, con le scale tradizionali la presenza di una rottura o di una risoluzione può essere solo inferita attraverso l'analisi delle fluttuazioni dei punteggi dentro la seduta o tra le sedute; con la CIS-R il rater valuta direttamente la presenza di una rottura o di un processo di risoluzione. Secondo, la CIS-R fornisce informazioni dettagliate sul modo in cui i pazienti e i terapeuti contribuiscono alla rottura o alla risoluzione, specificando differenti tipi di rotture e processi collaborativi sia per il paziente sia per il terapeuta. Infine, se si paragona la CIS-R alla 3RS (*Rupture Resolution Rating System*; Eubanks-Carter et al., 2009), una misura basata sull'osservatore che valuta i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica, è possibile riconoscere due differenze rilevanti tra i due strumenti: la CIS-R, rispetto alla 3RS, valuta e specifica i diversi tipi di interventi del terapeuta che contribuiscono alle rotture, e descrive i differenti modi con cui il paziente contribuisce al processo di risoluzione.

È stata testata l'attendibilità e la validità della CIS-R. Innanzitutto è stata indagata la frequenza dei marker di rottura e collaborazione: il 39% delle comunicazioni del paziente sono state codificate come rotture, questo dato conferma i risultati di studi precedenti insieme al fatto che le rotture dell'alleanza sono abbastanza frequenti nelle sedute (Colli e Lingiardi, 2009; Eames e Roth, 2000; Eubanks-Carter, Muran, Safran, Hayes, 2010; Muran et al., 2009). In linea con uno studio sulla presenza delle rotture di confrontazione e di ritiro nei trascritti di sedute (Sommerfeld, Orbach, Zim, Mikulincer, 2008), i dati indicano che le rotture indirette sono il tipo di rotture più frequenti per tutti i pazienti. Questo risultato è confermato anche da precedenti studi qualitativi basati su interviste alla fine della seduta, i quali hanno rilevato che i pazienti tendono a nascondere le proprie reazioni negative agli interventi del terapeuta (Hill, Thompson, Cogar, Denman, 1993; Hill, Thompson, Corbett, 1992; Regan e Hill, 1992). Rispetto alla

frequenza degli interventi del terapeuta, è interessante notare che le comunicazioni focalizzate in maniera diretta ed esplicita sulla relazione terapeutica (la scala DCI) rappresentano il 39,5% di tutti gli interventi del terapeuta. Tale dato concorda con i risultati di un precedente studio secondo cui la “immediacy” rappresenta un evento frequente in terapia (Mayotte-Blum et al., 2012). Nel campione studiato, i terapeuti si riferiscono al qui e ora della relazione terapeutica al di là del proprio orientamento teorico.

Il secondo obiettivo riguarda lo studio della reliability della scala. In generale i risultati dell’inter-rater reliability sono buoni, con valori medi di ICC che variano da deboli a eccellenti (Shrout e Fleiss, 1979). Nonostante non sia possibile fare un confronto dettagliato tra la IRR della versione rivista della scala e la versione originaria sia a causa dei numerosi cambiamenti nella composizione della scala sia a causa del ricorso a indici differenti per la valutazione dell’accordo tra valutatori (ICC vs kappa di Cohen), si può affermare che l’IRR della CIS-R è comparabile e, in numerosi casi, superiore a quella della versione originaria.¹

Tuttavia, tra le sottoscale della CIS-R la scala dei DCP è quella che ha ottenuto valori inferiori di ICC. Inizialmente tale dato potrebbe apparire inatteso in quanto si può presumere che per il codificatore sia più facile valutare una comunicazione del paziente che indichi una collaborazione diretta e esplicita rispetto a una collaborazione indiretta. Una possibile spiegazione risiede nel fatto che per il valutatore talvolta può essere difficile riuscire a distinguere tra le comunicazioni dirette di disaccordo con il terapeuta che sono espresse in modo collaborativo dal paziente (scala DCP), rispetto a quelle comunicazioni del paziente nelle quali il disaccordo è manifestato in un modo non collaborativo (scala DRM). Per esempio, un paziente può esprimere di sentirsi abbandonato dal terapeuta in modo collaborativo (P: “Mi sono sentito abbandonato. So che non è così, e che lei era malato, ma è così che mi sono sentito”) o al contrario in modo non collaborativo (P: “Lei mi ha abbandonato. Si è curato solo di se stesso senza pensare che mi ha lasciato solo. Lei era malato, ma anche io sono malato”). In questi due

¹ Nella CIS, l’IRR è stata valutata come quasi perfetta per la scala dei Marker di Rottura Diretta (.81) e soddisfacente per la scala Marker di Rottura Indiretta (.66), per la scala dei Processi Collaborativi (.72), e per le scale degli Interventi Positivi e Negativi del terapeuta (rispettivamente di ,67 e ,66).

esempi è abbastanza facile distinguere tra un atteggiamento collaborativo (il primo esempio) e uno non collaborativo (il secondo esempio), ma qualche volta, soprattutto quando l'espressione di sentimenti ostili è meno intensa, può essere difficile distinguere le due modalità (Colli et al., 2014). Tale risultato suggerisce anche che in futuri studi sarà necessario fare ulteriori approfondimenti rispetto alla definizione e alla concettualizzazione delle differenze tra marker di rottura e altri processi che rappresentano una sana auto-assertività del paziente.

1.2. Studio 1b. I processi di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica nei disturbi di personalità

1.2.1 Obiettivi

La seconda parte dello studio si propone di indagare le differenze nella presenza di rotture e collaborazioni rispetto alla diagnosi dei pazienti. La letteratura clinica ed empirica suggerisce che i pazienti con disturbi di personalità (PD) tendono a manifestare maggiori problemi nel mantenere l'alleanza terapeutica rispetto ai pazienti che presentano livelli inferiori di patologia della personalità (Bender, 2005; Lingiardi, Filippucci, Baiocco, 2005; Smith, Hilsenroth, Fiori, Bornstein, 2014), e che i pazienti con PD rappresentano una grande sfida per i clinici, soprattutto per quanto riguarda la negoziazione dell'alleanza terapeutica. La validità della CIS-R è stata esplorata attraverso il confronto tra valutazioni di sedute di pazienti con PD (distinti in cluster B e C) e valutazioni di sedute di pazienti senza PD. Si ipotizza che i pazienti con PD presenteranno un maggior numero di rotture e un minor numero di processi collaborativi rispetto ai pazienti senza PD e che i terapeuti che trattano pazienti con PD mostreranno un maggior numero di interventi di rottura.

1.2.2 Metodo

Partecipanti

Come descritto sopra per lo *Studio 1a* (si veda il *Paragrafo 1.1.2.1*).

1.2.3 Risultati

Analisi statistiche

Al fine di confrontare la frequenza media dei processi di rottura e collaborazione tra pazienti con e senza PD è stata applicata un'analisi della varianza univariata (ANOVA; *Tabelle 1.3 e 1.4*).

Tabella 1.3 Differenze tra pazienti senza PD e con PD. Descrittive e ANOVA della CIS–Paziente

Item	Pazienti no PD (n=90)		Pazienti PD (n=90)				F	p
	Media	d.s.	cluster B (n=54)		cluster C (n=36)			
			Media	d.s.	Media	d.s.		
DRM1 Obiettivi/Compiti/Parametri	,24	,74	,93	1,36	,16	,47	11,218	,000
DRM2 Relazione	,28	,72	,27	,69	,09	,42	1,379	,254
DRM3 Scoraggiamento	,09	,39	,42	,99	,11	,32	5,248	,006
DRM scala	,20	,42	,54	,92	,12	,22	7,676	,001
IRM1 Evitamento linguistico	,69	1,03	1,04	1,52	1,67	1,68	7,911	,001
IRM2 Evitamento affettivo	,93	1,30	1,27	1,32	,69	1,04	2,454	,089
IRM3 Strategie di regolazione autostima	,31	,68	,47	,94	,78	1,35	3,608	,029
IRM4 Acquiescenza	,14	,41	1,27	,37	,42	,92	3,873	,023
IRM scala	,52	,54	,73	,80	,89	,74	4,928	,008
DCP1 Obiettivi/Compiti	,72	1,14	,40	,69	,33	,64	3,308	,039
DCP2 Affetti	,93	1,37	,31	,90	,42	,84	5,565	,005
DCP3 Pattern significativi	,43	,95	,13	,46	,02	,15	5,849	,003
DCP scala	,70	,88	,28	,60	,26	,42	7,761	,001
ICP1 Fatti	2,44	1,64	2,42	1,57	3,51	1,01	8,784	,000
ICP2 Affetti	1,83	1,49	2,87	1,38	2,07	1,21	8,336	,000
ICP3 Pattern significativi	2,15	1,45	,42	,82	,89	1,07	4,033	,019
ICP scala	1,49	,90	1,90	,71	2,16	,58	8,455	,000

Note. n=180 segmenti. DRM: marker di rottura diretta. IRM: marker di rottura indiretta. DCP: processo collaborativo diretto. ICP: processo collaborativo indiretto

L'ANOVA ha evidenziato che i pazienti con PD, soprattutto quelli del cluster B, presentano un numero più elevato di rotture dirette (*DRM*) rispetto ai pazienti senza PD (*Tabella 1.3*). Nello specifico, i pazienti PD sono caratterizzati da una maggiore frequenza di *DRM1* riguardo ai compiti e agli obiettivi della terapia ($F=11,218, p=,000$) e di *DRM3* *Scoraggiamento* ($F=5,248, p=,006$). Essi hanno anche una maggiore presenza di rotture indirette (*IRM*; $F=4,928, p=,008$) rispetto ai pazienti senza PD, in particolare i pazienti del cluster C tendono a esprimere più *IRM3* *Strategie di regolazione dell'autostima* ($F=3,608, p=,029$). I processi collaborativi diretti (*DCP*) sono più frequenti nei pazienti senza PD rispetto a quelli con PD, ($F=7,761, p=,000$).

Tabella 1.4 Differenze tra pazienti senza PD e con PD. Descrittive e ANOVA della CIS–Terapeuta

Item	Pazienti senza PD (n=90)		Pazienti PD (n = 90)				F	p
			cluster B (n=54)		cluster C (n=36)			
	Media	d.s.	Media	d.s.	Media	d.s.		
DCI1 Compiti/Obiettivi	1,06	1,30	1,13	1,34	1,60	1,53	2,462	,088
DCI2 Relazione	,98	1,33	,44	1,10	,67	1,17	2,982	,053
DCI3 Pattern significativi	,74	1,25	,22	,85	,24	,57	5,623	,004
DCI4 Metacomunicazione	,69	1,18	,67	1,22	,18	,45	3,798	,024
DCI scala	,87	,78	,62	,93	,67	,61	1,859	,159
ICI1 Fatti	1,20	1,70	1,36	1,37	2,56	1,71	10,919	,000
ICI2 Affetti	1,94	1,45	2,62	1,35	2,82	1,39	7,073	,001
ICI3 Pattern significativi	1,29	1,44	1,71	1,52	1,11	1,25	2,192	,115
ICI scala	1,49	,90	1,90	,71	2,16	,58	12,176	,000
RI1 Evitamento linguistico	,06	,23	,09	,29	,07	,25	,264	,768
RI2 Evitamento affettivo	,04	,30	,16	,42	,00	,00	3,344	,038
RI3 Ostilità	,11	,38	,67	,95	,24	,65	11,622	,000
RI4 Perseverazione	,00	,00	,31	,56	,04	,21	17,194	,000
RI5 Mancanza di chiarezza	,00	,00	,40	,81	,00	,00	16,594	,000
RI scala	,04	,12	,24	,32	,07	,15	16,909	,000
TI1 Interventi supportivi	,23	,54	,29	,73	,73	1,19	6,248	,002
TI2 Interventi esplicativi	,16	,42	,44	,76	,58	1,12	5,618	,004
TI3 Interventi esplorativi	3,43	,98	3,13	1,29	3,51	1,01	1,630	,199
TI4 Interventi espressivi	1,07	1,44	1,22	1,36	2,31	1,66	11,143	,000

Note. n=180 segmenti. DCI: intervento collaborativo diretto. ICI: intervento collaborativo indiretto. RI: intervento di rottura. TI: intervento del terapeuta

Inoltre, i terapeuti che hanno in trattamento i pazienti con PD (*Tabella 1.4*), specialmente del cluster B, tendono a produrre un numero più elevato di interventi di rottura rispetto ai terapeuti che trattano pazienti senza PD ($F=16,909, p=,000$). Soprattutto, *RI3 Ostilità* ($F=11,622, p=,000$) e *RI4 Perseverazione* ($F=17,194, p=,000$) sono gli interventi di rottura maggiormente utilizzati dai terapeuti che lavorano con i pazienti PD.

1.2.4 Discussione

Lo *Studio 1b* si è proposto di valutare la presenza di rotture e collaborazioni in pazienti con e senza PD. I dati emersi sembrano confermare l'idea che i pazienti con diagnosi conclamata di disturbo di personalità tendono a manifestare maggiori problemi nella costruzione e nel mantenimento dell'alleanza terapeutica (Bender, 2005; Lingiardi et al., 2005). La più elevata frequenza di rotture dirette da parte dei pazienti con disturbo di personalità suggerisce che questi tendono a esprimere tensioni nell'alleanza in un modo più esplicito, aggressivo e confrontativo rispetto ai pazienti senza questa diagnosi. Al contrario i pazienti che non rientrano nella categoria diagnostica dei disturbi di personalità mostrano una maggiore capacità di esprimere il disaccordo in modo più collaborativo rispetto ai pazienti con una patologia di personalità. Il disaccordo su compiti, obiettivi e parametri della terapia (*DRMI*) espresso in un modo non collaborativo è il marker di rottura più frequente nei pazienti con PD, specialmente nel cluster B. Questo risultato sembra in linea con la nozione che i pazienti con PD, soprattutto quelli del cluster B, mostrano problemi fin dalla prima fase di formazione dell'alleanza, quando si negoziano i termini del contratto terapeutico (Gunderson, 2000). Rispetto ai pazienti senza PD, quelli con PD presentano un maggior numero anche di rotture indirette (*IRM*): ciò sembra confermare il fatto che, nell'ambito dei pazienti con diagnosi PD, esiste una categoria di individui che presentano inibizione emotiva ed evitamento dei conflitti interpersonali, con la tendenza a essere eccessivamente compiacenti, ma in tal modo si precludono la possibilità di costruire una relazione terapeutica ben funzionante (Tufekcioglu, Muran, Safran, Winston,

2013). I pazienti con PD, soprattutto quelli del Cluster C, esprimono più *IRM3 Strategie di regolazione dell'autostima*, come l'idealizzazione o la svalutazione del sé, rispetto ai pazienti senza PD.

È noto che, in generale, la relazione terapeutica con pazienti che presentano diagnosi disturbo di personalità è simile a un campo minato in cui gli interventi del terapeuta rischiano di rappresentare una ferita alla fragile autostima del paziente, e i pazienti possono vivere il terapeuta come critico o svalutante (Bender, 2005; Gabbard, 1989; Maffei et al., 1995; Rønningstam, 2012).

I terapeuti che trattano i pazienti con PD, soprattutto con il cluster B, tendono a mettere in atto più interventi di rottura (RI), specialmente di tipo ostile (*RI3 Ostilità*)—in cui il terapeuta manifesta aggressività, svaluta il paziente o è sarcastico—e interventi in cui il terapeuta mostra un'eccessiva insistenza su uno specifico tema (*RI4 Perseverazione*). Numerosi clinici e ricercatori hanno evidenziato che a causa del fatto che i pazienti con PD presentano pattern radicati e inflessibili di difficoltà emotive e interpersonali (Benjamin, 1993; Livesley, 2001; Millon e Davis, 1996), i terapeuti, con loro, vanno incontro più spesso a problemi nella costruzione dell'alleanza (Muran, Segal, Samstag, Crawford, 1994). Da un lato si può osservare che la labilità emotiva dei pazienti con PD fa sì che per i clinici sia più difficile riuscire a empatizzare con questi pazienti, dall'altro va sottolineato che il ristretto range di pattern interpersonali dei pazienti con PD probabilmente eserciti una forte pressione su certe risposte comportamentali da parte del terapeuta, e ciò a sua volta può confermare e perpetuare le credenze patogene del paziente (Kiesler, 1996). Da questo punto di vista, i risultati ottenuti confermano precedenti studi che hanno evidenziato come i terapeuti possano rispondere all'ostilità del paziente agendo a propria volta una contro-ostilità, soprattutto nel contesto di una alleanza debole (Coady, 1991; Henry, Schacht, Strupp, 1986, 1990; Kiesler e Watkins, 1989; Tasca e McMullen, 1992; von Der Lippe, Monsen, Rønnestad, Eilertsen, 2008). Ciò può essere connesso altresì con il fatto che i terapeuti che hanno in terapia i pazienti con PD possono

sentirsi maltrattati, criticati e sopraffatti e, come conseguenza, possono mostrare più reazioni controtransferali (Colli et al., 2015; Colli, Tanzilli, Dimaggio, Lingiardi, 2014; Lingiardi, Tanzilli, Colli, 2015; Tanzilli, Colli, Muzi, Lingiardi, 2015; Tanzilli, Muzi, Rønningstam, Lingiardi, 2017). Tali dati suggeriscono inoltre che la scala degli interventi di rottura (RI) consente anche di cogliere qualche reazione controtransferale negativa (che può manifestarsi attraverso problemi nel timing degli interventi, errori tecnici, difficoltà nella sintonizzazione emotiva con il paziente). Sul piano dell'assessment, i classici strumenti self report sulla valutazione del controtransfert, come il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel Conklin e Westen, 2003) o il *Feeling Word Checklist* (Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, Høglend, 2012), identificano specifiche reazioni controtransferali di cui i clinici sono immediatamente consapevoli. Tuttavia, misure come la CIS-R o altre misure osservative che descrivono le dinamiche interpersonali tra paziente e terapeuta, come il PQS (Jones, 2000), tendono a intercettare le risposte del clinico nel momento in cui si verificano nel processo terapeutico, prima ancora che il clinico possa considerarle come risposte controtransferali (Colli e Ferri, 2015; Kächele, Erhardt, Seybert, Buchholz, 2013). A tale proposito la CIS-R si rivela anche un utile strumento ai fini del training degli psicoterapeuti e della supervisione clinica.

1.3 Vantaggi, limiti e prospettive future

La *Collaborative Interactions Scale Revised* (CIS-R) presenta diversi punti di forza. In primis emerge che poche misure si focalizzano sui cambiamenti nel livello di collaborazione che si verificano all'interno di una seduta (intra-session) e non solo tra le sedute (inter-sessions). Un altro vantaggio riguarda senz'altro la possibilità di bilanciare un livello di analisi micro e macroanalitica, che consente di cogliere *in vivo* le fluttuazioni dell'alleanza in seduta e non solo la valutazione globale dell'alleanza nella seduta stessa. Per la stessa natura del costrutto, i processi di rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica possono essere meglio indagati

attraverso metodologie di analisi microanalitiche della seduta in grado di catturare le sottili oscillazioni nella sintonizzazione e nella regolazione reciproca tra paziente e terapeuta.

Rispetto ai limiti, due sono i principali. Primo, la numerosità e la composizione del campione limita la generalizzabilità dei risultati. Per esempio, non è possibile esplorare la relazione tra le caratteristiche di personalità del paziente e specifici tipi di rotture dell'alleanza. In futuro sarebbe interessante indagare il tema di come promuovere specifiche strategie di risoluzione in base alla diagnosi dei pazienti. Secondo, non sono disponibili dati relativi all'esito dei trattamenti. Pertanto, non è possibile investigare la relazione tra i processi di rotture e riparazione dell'alleanza terapeutica e altre variabili di outcome, sia a livello della seduta (per esempio, la profondità o l'insight) sia al livello della terapia (funzionamento globale, sintomatologico o difensivo del paziente).

1.4 Implicazioni cliniche

Lo studio sulla *Collaborative Interactions Scale Revised* presenta rilevanti implicazioni cliniche. Riconoscere i processi di rottura e riparazione appare assai utile sia nella pratica clinica quotidiana sia nel training degli psicoterapeuti. L'applicazione della CIS-R sembra promuovere la riflessione clinica sull'azione terapeutica in merito alla gestione dei momenti di rottura che si verificano nel corso di una seduta. Ciò va considerato in un'ottica di prevenzione del drop out, soprattutto con i pazienti con disturbi di personalità. Inoltre, le misure basate sull'osservatore, specialmente quelle che affondano le loro radici nella pratica clinica e da cui traggono linfa vitale, possono giocare un ruolo significativo nel training—e non solo nella ricerca empirica—in quanto possono promuovere la capacità dei clinici a riconoscere sottili processi interpersonali e aiutare i terapeuti in formazione a mettere in connessione i costrutti teorici con la pratica clinica.

Capitolo II

**Studio 2. Un contributo alla validazione italiana del
*Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)***

Non esiste una soluzione generale o una tecnica buona per tutti i casi, poiché ogni soluzione, per sua natura, deve essere ad hoc. Se il paziente sente che l'analista sta utilizzando una tecnica o sta presentando un atteggiamento generico, non è possibile che l'analisi funzioni.

Stephen Mitchell, 1997, p. 64

Questo lavoro si propone di fornire un contributo alla validazione italiana del *Comparative Psychotherapy Process Scale* (CPPS; Hilsenroth et al., 2005). Il CPPS è una misura descrittiva del processo terapeutico finalizzato a valutare le tecniche messe in atto dal terapeuta nel corso della seduta.

Esistono diversi strumenti per valutare gli interventi del terapeuta e l'aderenza al trattamento ma essi risultano difficilmente applicabili nel contesto reale della pratica clinica quotidiana. La maggior parte delle scale comprende un elevato numero di item e un eccessivo dispendio di tempo per la loro valutazione, come lo *Psychotherapy Process Q Sort* (Jones, 1985), la *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale* (CSPRS; Hollon et al., 1988), la *Penn*

Adherence-Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy (PACS-SE; Barber, Crits-Christoph, 1996), la Sheffield Psychotherapy Rating Scale (SPRS; Shapiro, Startup, 1990), e il Coding System of Therapeutic Focus (Goldfried et al., 1989). Essi presentano alcuni limiti, tra cui un basso livello di accordo tra giudici e un'eccessiva dipendenza dai manuali di trattamento. Rispetto alle altre misure, il CPPS è stato ideato per essere applicato a differenti forme di terapia, presenta un ridotto numero di item ed è di facile compilazione.

Il CPPS è basato sui risultati di due rassegne comparative della letteratura sul processo terapeutico (Blagys e Hilsenroth, 2000, 2002) le quali hanno identificato significative differenze tra le tecniche usate nei trattamenti di approccio psicodinamico-interpersonale (definite in senso allargato per includere le terapie psicodinamica, psicodinamico-interpersonale, interpersonale) e quelle adottate nelle terapie di orientamento cognitivo-comportamentale (intese ampiamente per raggruppare i trattamenti cognitivo, cognitivo-comportamentale, comportamentista). Blagys e Hilsenroth (2000) hanno identificato sette domini che consentono di distinguere i trattamenti psicodinamici da quelli cognitivi: (a) focus sugli affetti del paziente e sull'espressione delle emozioni, (b) esplorare i tentativi del paziente di evitare certi temi, (c) identificare i pattern ricorrenti nelle azioni, nei pensieri, nelle relazioni del paziente, (d) esplorare le esperienze del passato, (e) focus sulle relazioni interpersonali e (f) sulla relazione terapeutica, (g) esplorare sogni, fantasie e desideri. Blagys e Hilsenroth (2002) hanno poi individuato sei tecniche generali che permettono di differenziare le terapie cognitive da quelle psicodinamiche: (a) assegnare homework e attività al di fuori della terapia, (b) strutturare attivamente la seduta, (c) insegnare specifiche tecniche di coping, (d) attenzione alle esperienze di vita futura, (e) fornire ai pazienti informazioni sul trattamento, sul disturbo o sui sintomi, (f) focalizzarsi sulle esperienze cognitive del paziente (per esempio le credenze patogene o irrazionali).

Il CPPS è costituito da due scale, una per la valutazione degli interventi di tipo psicodinamico-interpersonale (PI) e una per la descrizione delle tecniche di stampo cognitivo-comportamentale (CB). Gli item del CPPS sono formulati in modo da riflettere le differenze *tra* i

trattamenti identificati nelle due rassegne della letteratura in modo da valutare le caratteristiche distintive di tali approcci alternativi. Il CPPS non è finalizzato a valutare gli interventi di uno specifico manuale di trattamento, bensì è stato sviluppato per essere uno strumento più generale con la possibilità di essere applicato a differenti forme di terapie che rientrano nell'ambito di questi due modelli di trattamento (PI versus CB). In tal senso, questo strumento è particolarmente utile per indagare come questi due approcci vengono messi in atto nella pratica clinica quotidiana. La scala può essere compilata dal terapeuta, dal paziente o dall'osservatore esterno.

Il CPPS è ormai uno strumento molto diffuso ed è stato applicato in diversi studi sul processo e l'esito delle psicoterapie, che riguardano la terapia focalizzata sugli affetti (Diener et al., 2007), la Short Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP; Hilsenroth, 2007; Hilsenroth et al., 2001), i disturbi d'ansia (Pitman et al., 2014; Slavin-Mulford et al., 2011), i disturbi depressivi (Katz e Hilsenroth, 2018), la supervisione (Hilsenroth, Kivlighan, Slavin-Mulford, 2015), il training dei terapeuti (Stein et al., 2010), l'aderenza al modello del trattamento (Owen e Hilsenroth, 2014). Le tecniche d'intervento sono state indagate anche rispetto ad altre dimensioni quali l'insight (Lehmann et al., 2015) e la relazione terapeutica (Kuutmann e Hilsenroth, 2011; Levy et al., 2015; Siegel e Hilsenroth, 2013). È stata anche sviluppata una versione adattata del CPPS per la valutazione delle tecniche utilizzate nel trattamento dei disturbi alimentari, la CPPS-BN, applicata in alcune ricerche del gruppo di Westen (Thompson-Brenner e Westen, 2005a, 2005b; et al., 2007; Satir et al., 2009).

Nel contesto italiano la scala è stata tradotta (Colli e Gentile, 2012; Colli, 2016) e utilizzata da qualche anno nell'ambito di lavori che hanno indagato la relazione tra interventi e alleanza terapeutica (Colli, 2012; Colli e Gentile, 2012; Colli et al., 2013; 2014; Colli et al., 2015). Sono disponibili alcuni dati preliminari sulle caratteristiche psicometriche del CPPS (Gentile e Tanzilli, 2015). È in corso inoltre l'adattamento italiano della versione CPPS-BN, già applicata

in uno studio naturalistico sui disturbi del comportamento alimentare (Colli et al., 2013, 2015; Colli et al., 2016).

L'attendibilità e la validità clinica del CPPS è stata ampiamente dimostrata. Gli studi compiuti con il CPPS hanno mostrato una eccellente inter-rater reliability e coerenza interna (Hilsenroth et al., 2005), così come risultati significativi rispetto alla validità convergente e di criterio attraverso differenti contesti e campioni (Ackerman, Hilsenroth, Knowles, 2005; DeFife, Hilsenroth, Gold, 2008; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, 2001; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, Mooney, 2003; Hilsenroth et al., 2005; Hilsenroth et al., 2006; Hilsenroth, 2007; Price, Hilsenroth, Callahan, Petretic-Jackson, Bonge, 2004; Westen, Morrison, Thompson-Brenner, Eddy, 2002; Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004).

Le due scale del CPPS (PI e CB) sono largamente ispirate ai prototipi ideali di trattamento sviluppati attraverso l'applicazione del *Psychotherapy Process Q set* (Ablon e Jones, 1998, 1999, 2002) a partire da un ampio range di prospettive teoriche. I prototipi PQS hanno mostrato una buona attendibilità nella valutazione di trascritti di sedute di differenti approcci e hanno presentato una buona capacità nella distinzione tra vari tipi di trattamento. Precedenti studi hanno dimostrato che confrontando le descrizioni del processo terapeutico reale con i prototipi ideali si può avere una misura empirica del grado in cui un trattamento aderisce ai principi teorici del proprio approccio di riferimento (Ablon e Jones, 1998, 2002). È stato evidenziato che al di là dell'orientamento di appartenenza, ciò che i clinici mettono in pratica in seduta dipende non tanto dall'adesione al modello di trattamento ma è connesso alle caratteristiche specifiche del paziente (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006). Appare importante analizzare se ci sono differenze sostanziali nel modo in cui i terapeuti lavorano nella pratica clinica. Anche negli studi finalizzati a testare l'efficacia dei trattamenti manualizzati, un dato interessante che è emerso riguarda il fatto che i clinici tendono a interagire con i pazienti in maniera diversa rispetto al modello di riferimento e a utilizzare interventi che non sono specificati dai manuali di trattamento (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Boswell, Kraus, Miller, Lambert, 2015; Elkin et al., 1989; Imel, Baer,

Martino, Ball, Carroll, 2011; Zickgraf et al., 2015). In linea con questa prospettiva, alcune ricerche che hanno indagato i fattori che promuovono un buon esito in diversi approcci di terapia hanno supportato l'idea che queste terapie possono includere elementi non riconosciuti relativi ad approcci alternativi rispetto a quelli di riferimento dei clinici (Ablon e Jones, 1998, 2002; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Barber, Crits-Christoph, Luborsky, 1996; Diener, Hilsenroth, Weinberger, 2007; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, Gagnon, 1998; Lingiardi, Colli, Gentile, Tanzilli, 2011; McAleavey e Castonguay, 2014). Per esempio, gli studi basati sulle audioregistrazioni di sedute che hanno messo a confronto l'approccio psicodinamico e cognitivo hanno evidenziato che i terapeuti dinamici tendono a includere tecniche cognitive nel trattamento di pazienti con disturbi depressivi e post traumatici (Ablon e Jones, 1998, 2002).

In questo studio i prototipi ideali interpersonale, psicodinamico e cognitivo-comportamentale sono stati adottati come criterio di riferimento per studiare la validità concorrente delle sottoscale PI e CB del CPPS.

2.1 Obiettivi e ipotesi

Questo lavoro si propone di indagare le caratteristiche psicometriche del CPPS. In particolare, gli obiettivi sono: (1) analizzare l'attendibilità e la coerenza interna, (2) esaminare la validità concorrente rispetto ai prototipi ideali di trattamento descritti con il PQS, (3) studiare la validità di criterio delle scale PI e CB rispetto a due gruppi di sedute di diverso approccio (psicodinamico versus cognitivo).

L'ipotesi generale è che anche nella versione italiana si ottengano risultati simili o paragonabili alla scala originale. Nello specifico, le ipotesi riguardano: (1) un buon/eccellente livello di inter-rater reliability per ciascun item e sottoscala (ICC compreso tra ,60 e ,75) e una soddisfacente coerenza interna (valori di α compresi tra ,85 e ,90); (2) una buona validità concorrente della scala PI con i prototipi ideali PQS psicodinamico e interpersonale e della scala

CB con il prototipo ideale PQS cognitivo-comportamentale; (3) un'adeguata validità di criterio rispetto alla capacità delle due scale PI e CB a differenziare tra sedute dinamiche e cognitive.

2.2 Metodo

2.2.1 Partecipanti

Pazienti. Sono stati valutati 141 trascritti di sedute di 47 pazienti caucasici (M=18, F=29) con un'età media di 34 anni (range 22-48, *d.s.*=5,8) in psicoterapia. Rispetto al livello di istruzione, 14 pazienti hanno un basso livello di istruzione (10 anni), 19 pazienti un livello medio (13 anni), e 14 un elevato grado di istruzione (18 anni). Per quanto riguarda lo status socioeconomico, la maggior parte dei soggetti (*n*=25) proviene da una classe media (reddito annuo compreso tra i 15000 e i 30000 euro), 10 pazienti appartengono alla classe operaia (reddito annuo inferiore ai 15000 euro), e 12 soggetti sono professionisti (reddito annuo superiore ai 30000 euro). Tredici pazienti sono sposate/i o conviventi, 25 single, 9 divorziate/i. Nessun soggetto proviene da una minoranza etnica o religiosa. I pazienti sono stati selezionati a partire da un database di trascritti di sedute in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (a) in terapia da almeno otto sedute, (b) assenza di sintomi psicotici, (c) senza trattamento farmacologico né (d) abuso di sostanze. Quindi sono state scelte casualmente tre sedute per caso, una per ogni fase della terapia (*n*=1 in fase iniziale, *n*=1 in fase centrale, *n*=1 in fase finale). Prima di iniziare il trattamento, tutti i pazienti hanno ricevuto dai clinici una diagnosi basata sul DSM-5 (APA, 2013) a partire da una checklist ad hoc basata sui criteri per l'assessment dei disturbi di personalità (PD): i clinici hanno valutato come presente o assente ciascun criterio, ordinato in modo randomizzato, relativo a tutte le diagnosi di PD. Tale procedura fornisce sia una diagnosi categoriale (i cut off del DSM-5) sia dimensionale (numero di criteri soddisfatti per ciascun disturbo). In precedenti studi questa procedura si è rivelata adeguata sia in termini di coerenza interna sia di validità convergente (Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005; Blais, Norman, 1997; Bradley, Heim, Westen,

2005; Westen, Shedler, Durrett, Glass, Martens, 2003). Un totale di 24 pazienti (n=24) ha almeno una diagnosi di disturbo di personalità (PD): 4 del cluster A (disturbo paranoide), 13 del cluster B (di cui sei pazienti con disturbo borderline, tre con disturbo narcisistico e quattro con disturbo istrionico) e 7 del cluster C (di cui tre con disturbo dipendente, due con disturbo evitante e due con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità). Ventitré pazienti (n=23) presentano una sindrome clinica senza un PD [disturbi d'ansia (n=8), depressivi (n=7), disturbi da sintomi somatici (n=5) e disfunzioni sessuali (n=3)].

Terapeuti. Sono state valutate le sedute di 47 clinici italiani (F=21, M=26), di cui 27 di approccio psicodinamico e 20 di approccio cognitivo, con un'età media di 42 anni (*d.s.*=7,3) e almeno 10 anni di esperienza clinica. Trentuno sono psicologi e sedici psichiatri. Ventinove lavorano in ambito privato e 18 in centri clinici, e in media dedicano almeno 25 ore la settimana alla psicoterapia (range 18-32, *d.s.*=3,91). Tutte le terapie hanno una frequenza settimanale e una durata di almeno 42 sedute (range 24-40, *d.s.*=23). Il numero medio di seduta valutata è la 23 (range 8-72, *d.s.*=4,57).

Valutatori. Tre giudici indipendenti hanno valutato le sedute con il CPPS. I rater sono psicologi (F=2, M=1) con un'età media di 32 anni (range 27-35, *d.s.*=5) addestrati all'uso della scala, di cui due senior e uno junior. I valutatori senior sono stati formati da Mark Hilsenroth nel corso di un internship svolto presso il Derner Institute of Advanced Psychological Studies dell'Adelphi University di Long Island (NY), hanno ottenuto il superamento della reliability e l'autorizzazione all'uso dello strumento e al training in Italia. La formazione dei valutatori è consistita nello studio del manuale di codifica, nella partecipazione a discussioni di gruppo e consensus rating di cinque sedute, e infine nella valutazione a casa di ulteriori dieci sedute. Il training in aula ha avuto una durata di 8 ore, incluse 2 ore di incontri quindicinali per la discussione delle valutazioni fatte individualmente. Le sedute utilizzate per il training non sono

state incluse nello studio. Ai valutatori non sono state fornite informazioni riguardo alla terapia e ai pazienti (diagnosi, fase della terapia, esito del trattamento, etc.) al fine di ridurre parzialmente qualche bias del valutatore [per esempio, la preferenza per uno specifico approccio terapeutico o le aspettative rispetto alle sedute (migliori o peggiori) in base alla diagnosi o alla fase della terapia].

2.2.2 Strumenti

Comparative Psychotherapy Process Scale (Hilsenroth et al., 2005). È uno strumento creato per valutare le tecniche e lo stile d'intervento del terapeuta in una seduta di psicoterapia. Il CPPS è basato su due rassegne della letteratura comparativa sul processo terapeutico (Blagys e Hilsenroth, 2000, 2002), che hanno identificato le differenze distintive tra gli interventi tecnici adottati nei trattamenti di approccio psicodinamico-interpersonale (PI) e cognitivo-comportamentale (CB).

Lo strumento è composto da 20 item suddivisi in due sottoscale che distinguono tecniche psicodinamiche-interpersonali (PI) e cognitivo-comportamentali (CB). Dieci item sono descrittivi degli interventi psicodinamici, dieci sono caratteristici delle tecniche cognitive. La scala PI comprende interventi che si riferiscono alle caratteristiche chiave della terapia dinamica, come il focus sugli affetti, sulla relazione terapeutica, sui pattern ricorrenti, le connessioni tra passato e presente, le relazioni interpersonali, l'esplorazione di sogni e fantasie (Blagys e Hilsenroth, 2000). Un esempio di CPPS-PI item è "Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente". La scala CB comprende gli interventi che sono più caratteristici della terapia cognitivo-comportamentale (Blagys e Hilsenroth, 2002), come l'enfasi sui pattern cognitivi, le credenze patogene e i pensieri irrazionali, fornire informazioni sui sintomi e il razionale alla base del trattamento, assegnare compiti, insegnare tecniche di coping, focus sulle situazioni di vita futura, strutturare l'attività in seduta. Un esempio di CPPS-CB item è "Il terapeuta focalizza la discussione sulle credenze

Capitolo II

patogene del paziente”. Il punteggio globale per ciascuna scala è costituito dal punteggio medio degli item che sono inclusi nella scala. Gli item sono valutati su una scala Likert a 7 punti che va da 0 (per nulla caratteristico), 2 (qualche volta caratteristico), 4 (caratteristico), a 6 (estremamente caratteristico). La scala CPPS può essere compilata dal terapeuta, dal paziente o dall’osservatore esterno. Lo strumento si applica sia a trascritti di sedute, sia a registrazioni audio o video. Il CPPS si propone di essere soprattutto una misura descrittiva (per esempio, cosa è stato fatto durante la seduta) e, in minima parte, una misura valutativa (per esempio, come è stato fatto). Il compito del valutatore è quello di trovare evidenze che un particolare intervento del terapeuta si sia verificato durante la seduta (per esempio specificare un punto di ancoraggio nel trascritto o un particolare momento della registrazione in cui il terapeuta utilizza un dato intervento). Per ogni item, il valutatore deve chiedersi: “In questa seduta l’attività, il comportamento o la tecnica (descritti da questo item) sono presenti o assenti?”. In alcuni casi potrebbe essere inevitabile un limitato grado di inferenza, tuttavia il manuale CPPS suggerisce di evitare dei giudizi qualitativi del tipo se le tecniche di un terapeuta sono “buone” o “cattive”, “efficaci” o “inefficaci”. I punteggi elevati non sono indice di una perfetta performance terapeutica ma indicano la frequenza con cui un determinato intervento si verifica in seduta. A tale proposito il manuale fornisce, item per item, delle linee guida per l’attribuzione dei punteggi. La scala CPPS ha dimostrato una inter-rater reliability da buona ($ICC=,60-74$) a eccellente ($ICC>,75$; Hilsenroth et al., 2005; Shrout & Fleiss, 1981), sia rispetto ai singoli item sia rispetto alle scale PI e CB. Diversi studi hanno dimostrato la validità clinica del CPPS (Ackerman, Hilsenroth, Knowles, 2005; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, 2001; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, Mooney, 2003; Hilsenroth, DeFife, Blagys, Ackerman, 2006; Price, Hilsenroth, Callahan, Petretic-Jackson, Bonge, 2004; Thompson-Brenner, Westen, 2005; Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004).

Il manuale di codifica del CPPS e gli item sono stati prima tradotti in italiano e poi è stata fatta la back translation da un madrelingua inglese (Colli, 2016; *Appendice*). Due rater senior

sono stati addestrati da Mark Hilsenroth, hanno ottenuto la reliability per l'uso della scala e l'autorizzazione per l'adattamento italiano della scala e il training nel contesto italiano.

Psychotherapy Process Q-set (Jones, 1985, 2000). Il PQS è uno strumento basato sul metodo Q sort (Block, 1961/1978), utilizzato per la descrizione globale del processo terapeutico. Si applica a registrazioni (audio o video) o trascritti verbatim di sedute di terapia. È transteorico e applicabile a vari approcci terapeutici. Gli item si riferiscono a un ampio range di dimensioni del processo terapeutico, inclusi aspetti relazionali e tecnici. Il PQS contiene item che si riferiscono al contributo del paziente (*Q97. Il paziente è introspettivo, esplora prontamente i propri pensieri e sentimenti*), del terapeuta (*Q50. Il terapeuta focalizza l'attenzione su sentimenti riconosciuti dal paziente come inaccettabili, quali rabbia, invidia, o eccitazione*), e all'interazione paziente/terapeuta (*Q39. La relazione ha una qualità competitiva*). Il PQS fornisce una descrizione del processo che è adatta per le analisi quantitative e comparative (Jones, 2000). I 100 item che compongono lo strumento vanno distribuiti in nove pile, lungo un continuum che va dal meno caratteristico (categoria 1) al più caratteristico (categoria 9). Gli item considerati neutrali o irrilevanti vanno posti nella pila centrale (categoria 5). Ogni item è descritto in modo bipolare, considera cioè i due estremi del continuum lungo il quale l'item deve essere collocato. Il PQS ha mostrato buone qualità psicometriche, sia rispetto all'attendibilità con valori alpha che variano da ,83 a ,92 con valutatori di differenti approcci (Jones, Hall, Parke, 1991; Jones e Pulos, 1993), sia rispetto alla validità di costrutto e discriminante (Jones et al., 1988, 1991; Jones, Krupnick, Kerig, 1987; Jones e Pulos, 1993). Il PQS è affidabile nella valutazione di sedute di differenti approcci di trattamento. Sono stati identificati dei prototipi per la terapia psicodinamica (PD), cognitiva (CB), interpersonale (IPT; Ablon e Jones, 1998, 1999, 2002). Il PQS è in grado di coniugare lo studio della soggettività in un modo fruibile per la ricerca empirica, è molto diffuso e applicato in diverse ricerche con differenti campioni e metodologie (per una rassegna si rimanda a Ablon et al., 2011; Lingiardi, Bonalume, Colli,

Capitolo II

Gentile, Tanzilli, 2011). È disponibile anche un adattamento italiano (De Bei e Gentile, 2008; Tanzilli e Gentile, 2015) dello strumento, che è già stato utilizzato in altri studi nel contesto italiano (Lingiardi, Colli, Gentile, Tanzilli, 2011). In questo studio l'accordo tra valutatori è pari a $ICC = ,83$.

2.2.3 Procedura

Prima di partecipare alla ricerca tutti i pazienti e i terapeuti hanno firmato il consenso informato. Il progetto di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico (prot. n. 45/2017). Tutte le sedute sono state audioregistrate e trascritte verbatim secondo le regole di trascrizione internazionale (Mergenthaler, 1999), sono state poi assegnate in modo randomizzato e la procedura di codifica è avvenuta in doppio cieco tra i valutatori. I giudici hanno valutato i trascritti e ottenuto un'eccellente inter-rater reliability sia per il CPPS ($ICC = ,80$) sia per il PQS ($ICC = ,83$).

Analisi statistiche. Le analisi dei dati sono state condotte usando il pacchetto SPSS, versione 22. Per studiare il livello di accordo tra differenti valutatori è stato usato il coefficiente di correlazione intra-classe (ICC, misura singola, concordanza assoluta). L'inter-rater reliability è stata calcolata per ciascun item della scala usando le valutazioni dei giudici su scala Likert (Shrout e Fleiss, 1979). Per analizzare la validità concorrente rispetto ai prototipi ideali PQS sono state fatte le correlazioni r di Pearson parziali, ponendo come variabile di controllo la fase della terapia. Per indagare la validità di criterio è stata implementata una MANCOVA per comparare le differenze tra le medie rispetto agli interventi usati nelle sedute dinamiche versus cognitive. Le variabili poste come covariate sono la fase della terapia e la presenza/assenza di PD.

2.3 Risultati

Statistiche descrittive

Sono riportate le medie e le deviazioni standard di ogni singolo item del CPPS, suddivisi nelle due sottoscale PI (*Tabella 2.1*) e CB (*Tabella 2.2*) e distinte per i due approcci di trattamento, dinamico e cognitivo.

Tabella 2.1 Statistiche descrittive, attendibilità e coerenza interna della scala PI

Item	Campione dinamico n=81		Campione cognitivo n=60		ICC	alpha	Adjusted item to scale <i>r</i>
	M	d.s.	M	d.s.			
1 Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per esempio, rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità).	3,458	,945	2,933	,666	,872	,830	,644
4 Il terapeuta fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del paziente e le esperienze del passato.	3,729	,889	2,624	,080	,888	,799	,657
5 Il terapeuta focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del paziente attraverso il tempo, le situazioni o le persone.	3,677	,828	2,417	,979	,726	,803	,612
7 Il terapeuta focalizza la discussione sulla relazione terapeutica.	3,246	,437	1,467	1,127	,844	,809	,671
8 Il terapeuta incoraggia il paziente a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta.	3,232	,865	2,433	,760	,767	,803	,606
10 Il terapeuta si concentra sull'evitamento da parte del paziente di problemi importanti e sui cambiamenti d'umore.	3,373	,872	2,250	,600	,911	,812	,631
13 Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente.	4,208	,712	3,350	,903	,810	,829	,663
14 Il terapeuta identifica pattern ricorrenti nelle azioni, nei sentimenti e nelle esperienze del paziente.	3,866	,738	3,100	,362	,789	,810	,742
16 Il terapeuta permette al paziente di iniziare la discussione su temi significativi, eventi ed esperienze.	3,844	,697	2,617	1,151	,798	,811	,747
19 Il terapeuta incoraggia la discussione del paziente su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia (positivi o negativi).	3,152	,633	2,317	,651	,851	,818	,669
Punteggio globale scala PI	3,457	,904	2,107	,507	,826	,834	

Note. PI: psicodinamico-interpersonale

Capitolo II

1) Attendibilità e coerenza interna

Sulla base delle sedute valutate in cieco dai tre giudici, è stata analizzata l'inter-rater reliability di ciascun item del CPPS e dei punteggi globali delle sottoscale PI e CB attraverso il coefficiente di correlazione intraclass (ICC), con la correzione di Spearman Brown. I risultati hanno mostrato per lo più valori compresi tra ,83 per la scala PI (min=,726, max=,911) e ,84 per la scala CB (min=,656, max=,888), che possono essere considerati da buoni a eccellenti (Shrout e Fleiss, 1981).

Tabella 2.2 Statistiche descrittive, attendibilità e coerenza interna della scala CB

Item	Campione dinamico n=81		Campione cognitivo n=60		ICC	alpha	Adjusted item to scale <i>r</i>
	M	d.s.	M	d.s.			
2 Il terapeuta fornisce consigli espliciti o suggerimenti diretti al paziente.	,180	,562	,260	,598	,683	,751	,607
3 Il terapeuta introduce in modo attivo gli argomenti di discussione e dà inizio alle attività terapeutiche.	1,350	,515	2,233	,949	,799	,761	,655
6 Il terapeuta focalizza la discussione sulle credenze patogene del paziente.	1,457	1,232	3,850	1,400	,833	,863	,602
9 Il terapeuta suggerisce specifiche attività o compiti da svolgere al di fuori della seduta.	1,132	,476	1,250	,571	,656	,735	,613
11 Il terapeuta spiega il razionale alla base della sua tecnica o del suo approccio al trattamento.	1,465	1,145	1,585	,075	,691	,869	,656
12 Il terapeuta focalizza la discussione sulle situazioni di vita futura del paziente.	3,050	,220	3,339	,848	,713	,742	,654
15 Il terapeuta fornisce al paziente informazioni e fatti relativi ai riguardanti i suoi sintomi attuali, il disturbo e il trattamento.	1,150	,645	1,434	,617	,786	,846	,690
17 Il terapeuta indica esplicitamente che il comportamento appreso in terapia viene messo in atto dal paziente tra una seduta e l'altra.	,032	,179	,048	,216	,721	,723	,613
18 Il terapeuta insegna al paziente tecniche specifiche per far fronte ai sintomi (tecniche di coping).	,081	,536	,267	,686	,888	,732	,631
20 Il terapeuta interagisce con il paziente in modo didattico.	,313	,819	,901	,597	,873	,784	,628
Punteggio globale scala CB	1,496	1,357	3,513	1,270	,848	,780	

Note. CB: cognitivo-comportamentale

La coerenza interna del CPPS è stata studiata mediante l'adjusted item to scale *r* e l'alpha di Cronbach. Le correlazioni corrette item-scala forniscono una stima della convergenza tra l'item valutato e il resto degli item inclusi nella sottoscala di appartenenza (l'item da valutare è escluso dal punteggio totale della sottoscala in modo da non alterare la correlazione). Si ritiene che un

item abbia un'adeguata convergenza se i valori sono maggiori di $r=,30$ (Nunnally e Bernstein, 1994). Tutti gli item hanno mostrato valori superiori a $r=,60$, sia per la scala PI (con un range da $r=,606$ a $r=,747$; *Tabella 2.1*) sia per la scala CB (con un range da $r=,602$ a $r=,690$; *Tabella 2.2*). I coefficienti alpha di Cronbach forniscono una valutazione della coerenza interna degli item che definiscono ciascuna sottoscala. Un coefficiente alpha di ,70 o superiore indica un'adeguata coerenza interna (Nunnally e Bernstein, 1994). I valori di $\alpha=,83$ per la scala PI e di $\alpha=,78$ per la scala CB denotano dunque una buona coerenza interna (*Tabella 2.1 e 2.2*).

2) Validità concorrente

Per valutare la validità concorrente del CPPS, è stata indagata la correlazione tra le due sottoscale PI e CB e i prototipi ideali di psicoterapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale e interpersonale, derivati dagli studi con lo *Psychotherapy Process Q-set* (*Tabella 2.3*). Sono state applicate le correlazioni parziali, ponendo come variabile di controllo la fase della terapia. I risultati hanno mostrato che la scala PI correla positivamente con il prototipo psicodinamico sia nel campione dinamico ($r=,470$) sia nel campione cognitivo ($r=,363$), la scala CB correla positivamente con il prototipo cognitivo sia nel campione dinamico ($r=,314$) sia nel campione cognitivo ($r=,367$). La scala PI inoltre correla negativamente con il prototipo CB ($r=-,390$ nel campione dinamico e $r=-,516$ nel campione cognitivo). I risultati sembrano indicare una buona convergenza tra le scale e i prototipi corrispondenti, con un effetto moderato $>,30$ (Cohen, 1988).

Tabella 2.3 Validità concorrente delle scale PI e CB con i prototipi ideali PQS

	Campione Dinamico n=81		Campione Cognitivo N=60	
	scala PI	scala CB	scala PI	scala CB
Prototipo PD	,470**	-,160	,363**	-,048
Prototipo CB	-,390**	,314*	-,516**	,367*
Prototipo IPT	-,092	,098	-,213	-,106

Note. PD: psicodinamico, CB: cognitivo-comportamentale, IPT: interpersonale

* $p<,05$, ** $p<,01$

3) Validità di criterio

Per studiare la validità di criterio del CPPS—e testare dunque la sua capacità di distinguere tra differenti tipi d'intervento—è stata condotta una MANCOVA mettendo a confronto le medie degli item e dei punteggi globali delle scale PI e CB nei due gruppi di sedute di approccio dinamico (n=81) e cognitivo (n=60). È stato verificato se gli interventi della scala PI abbiano una media significativamente più elevata rispetto alla scala CB nel campione psicodinamico (*Tabella 2.4*), e viceversa se gli item della scala CB abbiano una media significativamente maggiore rispetto alla scala PI nel campione cognitivo (*Tabella 2.5*).

Tabella 2.4 Validità criterio: confronto tra i campioni dinamico e cognitivo sulla scala PI

Item	Campione dinamico n=81		Campione cognitivo n=60		F	p	d di Cohen
	M	d.s.	M	d.s.			
1 Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per esempio, rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità).	3,458	,945	2,933	,666	7,959	,029*	,64
4 Il terapeuta fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del paziente e le esperienze del passato.	3,729	,889	2,624	,080	37,262	,000***	1,75
5 Il terapeuta focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del paziente attraverso il tempo, le situazioni o le persone.	3,677	,828	2,417	,979	23,728	,000***	1,38
7 Il terapeuta focalizza la discussione sulla relazione terapeutica.	3,246	,437	1,467	1,127	67,800	,000***	2,081
8 Il terapeuta incoraggia il paziente a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta.	3,232	,865	2,433	,760	34,418	,000***	,981
10 Il terapeuta si concentra sull'evitamento da parte del paziente di problemi importanti e sui cambiamenti d'umore.	3,373	,872	2,250	,600	20,128	,000***	1,500
13 Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente.	4,208	,712	3,350	,903	18,085	,005**	1,055
14 Il terapeuta identifica pattern ricorrenti nelle azioni, nei sentimenti e nelle esperienze del paziente.	3,866	,738	3,100	,362	8,148	,005**	1,317
16 Il terapeuta permette al paziente di iniziare la discussione su temi significativi, eventi ed esperienze.	3,844	,697	2,617	1,151	37,237	,000***	1,289
19 Il terapeuta incoraggia la discussione del paziente su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia (positivi o negativi).	3,152	,633	2,317	,651	24,110	,000***	1,300
Scala PI	3,457	,904	2,107	,507	42,996	,000***	1,842

Note. PI: psicodinamico-interpersonale, *p<,05, **p<,01, ***p<,000

È stato calcolato inoltre il valore della d di Cohen, per indicare l'effect size. Sulla base delle indicazioni di Cohen (1988), valori di d possono rappresentare rispettivamente un effetto piccolo ($>0,2$), medio ($>0,5$), grande ($> 0,8$). Per quanto riguarda la scala PI (Tabella 2.4), tutti gli item hanno presentato una media significativamente maggiore nel campione dinamico rispetto a quello cognitivo. Per quanto riguarda la scala CB (Tabella 2.5), solo alcuni item (3. *Il terapeuta introduce in modo attivo gli argomenti di discussione e dà inizio alle attività terapeutiche*; 6. *Il terapeuta focalizza la discussione sulle credenze patogene del paziente*; 12. *Il terapeuta focalizza la discussione sulle situazioni di vita futura del paziente*; 20. *Il terapeuta interagisce con il paziente in modo didattico*) hanno mostrato una media più elevata in modo significativo nelle sedute di approccio cognitivo rispetto a quelle di approccio dinamico.

Tabella 2.5 Validità criterio: confronto tra i campioni dinamico e cognitivo sulla scala CB

Item	Campione dinamico n=81		Campione cognitivo n=60		F	p	d di Cohen
	M	d.s.	M	d.s.			
2 Il terapeuta fornisce consigli espliciti o suggerimenti diretti al paziente.	,180	,562	,260	,598	,586	,445	,137
3 Il terapeuta introduce in modo attivo gli argomenti di discussione e dà inizio alle attività terapeutiche.	1,350	,515	2,233	,949	43,064	,000***	1,156
6 Il terapeuta focalizza la discussione sulle credenze patogene del paziente.	1,457	1,232	3,850	1,400	61,214	,005**	1,814
9 Il terapeuta suggerisce specifiche attività o compiti da svolgere al di fuori della seduta.	1,132	,476	1,250	,571	3,146	,078	,224
11 Il terapeuta spiega il razionale alla base della sua tecnica o del suo approccio al trattamento.	1,465	1,145	1,585	,075	1,278	,260	,147
12 Il terapeuta focalizza la discussione sulle situazioni di vita futura del paziente.	3,050	,220	3,339	,848	6,643	,011*	,466
15 Il terapeuta fornisce al paziente informazioni e fatti riguardo i suoi sintomi attuali, il disturbo e il trattamento.	1,150	,645	1,434	,617	1,073	,302	,449
17 Il terapeuta indica esplicitamente che il comportamento appreso in terapia viene messo in atto dal paziente tra una seduta e l'altra.	,032	,179	,048	,216	,189	,664	,161
18 Il terapeuta insegna al paziente tecniche specifiche per far fronte ai sintomi (tecniche di coping).	,081	,536	,267	,686	3,349	,069	,302
20 Il terapeuta interagisce con il paziente in modo didattico.	,313	,819	,901	,597	20,615	,000***	,820
Scala CB	1,496	1,357	3,513	1,270	55,087	,004**	1,534

Note. CB: cognitivo-comportamentale, * $p<,05$, ** $p<,01$, *** $p<,000$

I risultati sono significativi al di là dell'effetto delle covariate (Lambda di Wilks pari a ,65 per la fase della terapia e di ,58 per la presenza/assenza di PD). I dati emersi indicano un'adeguata capacità delle due sottoscale PI e CB di discriminare tra sedute di orientamento dinamico e cognitivo e sembrano dunque suggerire una buona validità di criterio del CPPS.

2.4 Discussione

Questo studio si è proposto di indagare le caratteristiche psicometriche del CPPS. I risultati hanno evidenziato che la scala presenta una buona attendibilità e validità nella valutazione degli interventi del terapeuta nelle sedute di psicoterapia.

Rispetto all'attendibilità e alla coerenza interna (*Obiettivo 1*), i risultati appaiono soddisfacenti. L'interrater reliability superiore a ,80 per entrambe le scale PI e CB indica un ottimo livello di accordo tra giudici, che varia da buono a eccellente rispetto ai singoli item (Shrout e Fleiss, 1981). I dati ottenuti sono in linea con gli studi di validazione dello strumento (Hilsenroh et al., 2005). La coerenza interna delle sottoscale si è dimostrata adeguata sia rispetto all'alpha di Cronbach con valori superiori a ,70 (Nunnally e Bernstein, 1994), sia rispetto alle correlazioni corrette item-scala che hanno mostrato una soddisfacente convergenza tra ciascun item e la scala di appartenenza, con valori superiori a ,60 per tutti gli item del CPPS.

Rispetto alla validità concorrente (*Obiettivo 2*), è stata rilevata una moderata correlazione della scala PI con i prototipi PQS ideali di trattamento psicodinamico e della scala CB con il prototipo PQS ideale cognitivo-comportamentale. I risultati sembrano suggerire la solidità delle due sottoscale PI e CB rispetto alla convergenza con i rispetti prototipi ideali. I dati appaiono incoraggianti e concordano sia con la letteratura sui prototipi di trattamento (Ablon e Jones, 1998, 1999, 2000) sia con i risultati della validazione originaria (Hilsenroth et al., 2005). Rispetto al prototipo interpersonale non sono tuttavia emerse correlazioni significative. Peraltro

tale dato potrebbe essere associato alle caratteristiche specifiche del campione, in cui non è rappresentato l'approccio interpersonale.

Rispetto alla validità di criterio (*Obiettivo 3*), è stato evidenziato che gli interventi di approccio dinamico sono più presenti nelle sedute del campione dinamico, con punteggi più elevati nella scala PI; viceversa gli interventi cognitivi hanno una maggiore frequenza nelle sedute di orientamento cognitivo, con punteggi più elevati nella scala CB. Le due sottoscale sembrano mostrare una buona capacità di discriminare le sedute rispetto al criterio relativo all'approccio di trattamento, in linea con i risultati della validazione originaria (Hilsenroth et al., 2005). Tuttavia, bisogna sottolineare un dato interessante: le differenze d'intervento tra i due approcci emergono assai più nettamente per quanto riguarda gli interventi psicodinamici rispetto a quelli cognitivi. Tutti gli item della scala PI sono più utilizzati da clinici di orientamento dinamico, al contrario per quanto riguarda gli interventi cognitivi solo alcuni item sono adottati con maggiore frequenza dai terapeuti cognitivi, altri interventi invece sembrano essere applicati in modo più trasversale rispetto all'approccio di riferimento del clinico (quali l'item 11. *Il terapeuta spiega il razionale alla base della sua tecnica o del suo approccio al trattamento*; e l'item 15. *Il terapeuta fornisce al paziente informazioni e fatti riguardo i suoi sintomi attuali, il disturbo e il trattamento*). Questo da un lato sembra fare riferimento a una maggiore flessibilità dei clinici dinamici a includere tecniche di altri approcci, dall'altro bisogna considerare che per esempio dare informazioni sui sintomi o chiarire alcuni aspetti della terapia possa essere molto utile ai fini di promuovere una buona compliance al trattamento e rafforzare l'alleanza terapeutica, soprattutto nella fase iniziale della terapia o dinanzi a pazienti con sintomi sovrachianti (si pensi per esempio a un attacco di panico) che richiedono di essere compresi e gestiti in maniera consapevole dal paziente. Probabilmente è possibile ritenere che questi due interventi pur rientrando nella categoria di quelli cognitivi sono molto più integrati nella pratica quotidiana e adottati al di là dell'orientamento del clinico (Ablon et al., 2006). È da notare altresì che gli interventi che sono più propriamente di appannaggio della tecnica cognitivo-

comportamentale [9. *Il terapeuta suggerisce specifiche attività o compiti da svolgere al di fuori della seduta*; 17. *Il terapeuta indica esplicitamente che il comportamento appreso in terapia viene messo in atto dal paziente tra una seduta e l'altra*; 18. *Il terapeuta insegna al paziente tecniche specifiche per far fronte ai sintomi (tecniche di coping)*] presentano una bassa frequenza nel campione, anche in quello cognitivo. Ciò in parte può essere riconducibile al fatto che il campione cognitivo su cui è stato applicato il CPPS è per certi versi diverso dal modello cognitivo-comportamentale da cui è stata derivata la formulazione della scala CB. I clinici di orientamento cognitivo che hanno partecipato alla ricerca provengono da un background più di approccio cognitivo-interpersonale e metacognitivo e non piuttosto da un cognitivismo puro di stampo comportamentista, a cui in parte è ispirata la scala CB. Malgrado tali osservazioni siano da tenere in conto per successivi approfondimenti, va messo in luce che anche per la scala CB la validità di criterio del CPPS è da considerarsi abbastanza soddisfacente.

In conclusione, si può affermare che i risultati ottenuti benchè incoraggianti siano da considerarsi preliminari. Sono necessari ulteriori studi per confermare e replicare i dati emersi in questo lavoro.

È utile sottolineare le implicazioni cliniche della scala e le ricadute ai fini della sua applicazione nella ricerca empirica. Il CPPS può essere considerato uno strumento transteorico alla luce del fatto che è stato ideato non per un determinato tipo di manuale o modello di terapia ma per valutare sedute di differenti approcci. La scala è particolarmente indicata per differenziare i principali tipi di interventi tecnici dinamici versus cognitivi messi in atto in seduta e per valutare cosa avviene realmente nella pratica clinica quotidiana. È ormai evidenziato da più parti che molto spesso le tecniche adottate dai clinici nel corso di una terapia dipendono non tanto dal loro modello di riferimento quanto dalle caratteristiche di *quel* paziente in un *dato* momento della terapia. Tale aspetto va tenuto in considerazione per esempio negli studi del processo terapeutico che confrontano diversi approcci di trattamento. Sul piano clinico appare assai rilevante descrivere cosa fanno realmente i terapeuti in seduta e quali interventi

contribuiscono al cambiamento terapeutico piuttosto che limitarsi a confrontare sedute di diverso orientamento come se si trattasse di un pacchetto manualizzato con caratteristiche di uniformità—dei pazienti e dei terapeuti—più fittizie che reali (Ablon, et al., 2006; Westen et al., 2004).

In linea con quanto suggerito da Hilsenroth e colleghi (2005), l'applicazione del CPPS ha messo in luce alcuni punti di forza della scala: il training è di breve durata e la procedura di valutazione piuttosto semplice, tanto da poter essere condotta in modo abbastanza agevole anche da valutatori non esperti e privi di formazione clinica. Il limitato numero di item e la sua veloce compilazione lo rendono idoneo anche per la supervisione clinica e il training dei terapeuti in formazione, grazie alla possibilità di monitorare seduta per seduta il tipo di interventi adottati con i pazienti e valutare l'aderenza al modello di riferimento. Tali vantaggi rispetto agli altri strumenti di valutazione degli interventi del terapeuta hanno contribuito notevolmente alla diffusione del CPPS, uno strumento che ha il grande pregio di riunificare il rigore psicometrico alla sensibilità clinica.

2.5 Limiti e prospettive future

Questo lavoro è uno studio naturalistico a campionamento non casuale. Da un lato questo rappresenta un limite per la generalizzabilità dei risultati, sia in quanto la relazione tra le variabili oggetto d'indagine potrebbe essere inficiata da caratteristiche specifiche del campione, non controllabili dal disegno di ricerca, sia in quanto non è possibile studiare le caratteristiche di chi non accetta di fornire il consenso alla partecipazione alla ricerca. D'altra parte, proprio il fatto che si tratti di uno studio naturalistico conferisce il vantaggio di una validità ecologica più vicina alla pratica clinica quotidiana e ai pazienti "reali".

I risultati di questo studio vanno dunque intesi come preliminari. In merito agli sviluppi di ricerca futuri sarebbe auspicabile indagare la struttura fattoriale del CPPS per testare la solidità

Capitolo II

delle due scale PI e CB e replicare lo studio su un campione più variegato rispetto alle diagnosi e agli approcci di trattamento. Sarebbe altresì interessante studiare le differenze nello stile d'intervento di terapeuti di approccio dinamico e cognitivo su pazienti con disturbi di personalità, per esplorare se al di là dell'orientamento dei clinici il tipo d'interventi adottati presentano caratteristiche salienti in base al tipo di disturbo dei pazienti.

Capitolo III

Studio 3. Processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e interventi del terapeuta: Un'indagine empirica su un campione di pazienti anaclitici e introiettivi

*Indagate la cesura,
non l'analizzando, non l'analista,
non l'inconscio, non il conscio,
non la normalità, non la follia.
Ma la cesura, il legame, la sinapsi.*

Wilfred R. Bion, 1977

3.1 Background teorico di riferimento

Processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica

Secondo Safran e Muran (2000), l'alleanza terapeutica è un processo continuo di negoziazione intersoggettiva, caratterizzato da cicli di rotture e riparazioni dell'AT, oscillazioni, tensioni, cadute nel livello di collaborazione tra paziente e terapeuta. Le rotture rappresentano l'attivazione di schemi interattivi disfunzionali, sia consci sia inconsci, attraverso i quali si negoziano i bisogni di relazionalità e di agency di paziente (e terapeuta). Sulla base della prevalenza di tali bisogni si distinguono due tipi di rotture: di *confrontazione* (dirette), in cui il focus è sulla relazione, o di *ritiro* (indirette), in cui il focus è sulla autoregolazione. Nelle rotture dirette il paziente esprime il proprio disagio nella relazione in maniera diretta e confrontativa, manifestando rabbia, ostilità, sentimenti conflittuali verso il terapeuta o qualche aspetto della terapia (obiettivi, compiti, aspetti

del setting). Nelle rotture indirette, il paziente esprime ambivalenza attraverso il ritiro dalla relazione, utilizzando strategie difensive di evitamento, ritiro, spostamento del discorso (come risposte brevi o tangenziali), compiacenza, etc.

La distinzione dei due tipi di rotture da un lato si può collegare alla dimensione anaclitica versus introiettiva di Blatt (1974, 1978, 2008), dall'altro riprende il paradigma di Tronick (1989) sui processi di regolazione diadica nelle relazioni precoci. La mutua regolazione della coppia madre (o altro caregiver)-bambino è anche essa caratterizzata da un processo di negoziazione, in cui si alternano momenti di sintonizzazione, fallimenti e successive riparazioni. Attraverso questi cicli di rotture e riparazioni si costruisce un modello di regolazione dei propri bisogni e di quelli dell'altro che nel corso di tutte le fasi della vita è sempre caratterizzato da continue negoziazioni (Beebe e Lachmann, 2002; Lingiardi e De Bei, 2005). Nel corso di questo processo di negoziazione intersoggettiva, ciò che conta non è l'assenza di rotture, ma la possibilità di riparazione. Riprendendo un celebre aforisma di Safran e Muran (2000), "Romper è umano, riparare è terapia".

Le rotture dell'AT rappresentano un tema cruciale di interesse clinico e teorico, in quanto si tratta di eventi ubiquitari nel processo terapeutico in modo trasversale ai diversi approcci teorici. Le rotture non riparate sono associate a interruzioni unilaterali del paziente e drop out (Safran et al., 2011; Volkam Gulum, Soygut, Safran, 2018). La capacità del terapeuta di riconoscere e gestire i momenti di rottura gioca un ruolo cruciale nella possibilità di risoluzione delle rotture dell'alleanza al fine di ripristinare un'adeguata collaborazione diadica (Eubanks-Carter et al., 2011). Nel modello proposto da Safran e Muran, per cercare di superare le rotture dell'alleanza i terapeuti dovrebbero utilizzare interventi focalizzati sull'AT (focus sul qui e ora della seduta, metacomunicazione, self disclosure, riconoscimento del proprio contributo al processo di rottura in atto, esplorazione delle connessioni con situazioni simili del passato). Esistono tuttavia delle differenze sia nella capacità dei clinici di stabilire e mantenere l'AT, sia nella gestione delle rotture. Safran e Muran suggeriscono di non reagire agli attacchi del paziente con contro-ostilità

ed evitamento ma cercare sempre di esplorare il processo di rottura in atto, mantenendo l'attenzione su cosa sta accadendo nella relazione in quel momento e come può collegarsi a situazioni simili del passato. In un'ottica bipersonale, le rotture sono sempre degli enactment di transfert-controtransfert, e coinvolgono anche il contributo del terapeuta anziché essere un processo unilaterale. In questo senso la rottura è una proprietà emergente dalla relazione. Ripensare la resistenza in una prospettiva relazionale significa anche considerare la matrice relazionale in cui essa si verifica, analizzando i contributi di entrambi i partecipanti (paziente e terapeuta) al processo di rottura (Colli, 2016).

La ricerca sull'AT ha messo in luce come gli stili di personalità, i pattern interpersonali (Bender, 2005; Lingiardi et al., 2005; Muran et al., 1994; Smith et al., 2014), le relazioni oggettuali (Piper et al., 1999), l'attaccamento (Mallinckrodt, 2010; Marmarosh et al., 2014), il livello sintomatologico (Falkenström et al., 2013) e difensivo (Gaston et al., 1988) sono associati a caratteristiche diverse nella qualità dell'alleanza terapeutica e rappresentano dei moderatori nella relazione tra alleanza ed esito delle terapie. In particolare, i pazienti con disturbi di personalità presentano maggiori difficoltà nella formazione e mantenimento dell'AT rispetto a pazienti con sintomi di asse I, laddove l'AT con pazienti del cluster A è difficile da stabilirsi per la tendenza a evitare le relazioni interpersonali, con i pazienti del cluster B è più problematica rispetto a questioni riguardanti il setting e i limiti della relazione terapeutica, con il cluster C è tendenzialmente più positiva ma sono ipersensibili al rifiuto interpersonale (Bender, 2005).

Fattori tecnici e relazionali

Come suggerito dalla svolta relazionale, la diatriba interpretazione versus relazione sembra ormai superata a favore del riconoscimento di una reciproca interdipendenza tra fattori tecnici e relazionali (Gabbard e Westen, 2003; Lingiardi et al., 2011). Il significato di ogni intervento tecnico va dunque compreso nel contesto relazionale in cui è applicato (Aron, 1996; Mitchell, 1993). Il contributo del terapeuta all'alleanza include sia elementi relazionali (come il tatto o

l'empatia) sia tecnici (come l'interpretazione o il reframing). Se da un lato l'alleanza terapeutica è un fattore curativo di per sé, dall'altra è una condizione necessaria ma non sufficiente: essa può essere influenzata dagli interventi tecnici, e la sua influenza può essere differente a seconda degli approcci di trattamento. Il medesimo intervento tecnico può produrre un impatto positivo o negativo sull'alleanza terapeutica. A questo proposito anche l'intervento tecnico può essere considerato come un *atto relazionale*, in quanto si colloca all'interno di una matrice relazionale specifica (la diade terapeuta/paziente) e il suo impatto dunque è amplificato o ostacolato dal clima di collaborazione nel qui e ora della seduta. L'alleanza è una *conditio sine qua non* per la buona riuscita di un intervento tecnico, ma allo stesso tempo un intervento messo in atto con un timing adeguato, sintonizzato con il livello del paziente in uno specifico momento della seduta può rafforzare la sensazione del paziente di sentirsi aiutato e compreso e avere dunque un impatto positivo anche sull'alleanza terapeutica.

La ricerca su alleanza e interventi del terapeuta ha identificato le tecniche che hanno un impatto positivo e negativo sull'alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2001, 2003; Hilsenroth et al., 2012). In particolare, alcuni interventi, come il focus sul qui e ora, la metacomunicazione, la self-disclosure, sono cruciali per mantenere (o riparare) l'alleanza terapeutica (Safran e Muran, 2000; Hill e Knox, 2009). La letteratura sui fattori tecnici ha evidenziato che gli interventi del terapeuta devono essere modulati alle caratteristiche del paziente (Gabbard et al. 1999; Horowitz et al., 1996). I pazienti più sul versante introiettivo rispondono meglio a interventi di tipo espressivo, quelli che si collocano più sul versante anaclitico tendono a beneficiare di tecniche più di tipo supportivo (Blatt, 1974, 1978, 2008; Gabbard, 1999). A seconda delle caratteristiche del paziente, l'effetto di un intervento tecnico sarà diverso; oltre al timing e all'adeguatezza dell'intervento, bisogna considerare anche la sintonizzazione con il livello di funzionamento difensivo del paziente in un dato momento (Despland et al., 2001). Un punto essenziale da tenere in considerazione riguarda dunque il tailoring dell'intervento, che deve essere adattato alle specifiche caratteristiche del paziente (stile di personalità, livello di funzionamento globale e difensivo, insight,

mentalizzazione, etc.; Gabbard et al., 1999; Roth e Fonagy, 2004). Tuttavia, non è stata ancora indagata se esiste una differenza nell'effetto degli interventi del terapeuta focalizzati sull'AT a seconda di pazienti con specifiche caratteristiche (orientamento anaclitico vs introiettivo).

Orientamento anaclitico e introiettivo

La *relatedness* e la *self-definition* sono state riconosciute come dimensioni centrali nello sviluppo della personalità sia normale sia patologica (Bakan, 1966; Blatt, 2008; Freud, 1930; Luyten e Blatt, 2013; Wiggins, 1991). Esse rappresentano due linee evolutive trasversali al ciclo di vita e riguardano rispettivamente: (a) la capacità di stabilire e mantenere relazioni interpersonali significative, soddisfacenti e caratterizzate da reciprocità, e (b) un senso di sé, o un'identità, essenzialmente positivo, coerente, realistico e differenziato. Queste due polarità organizzano le rappresentazioni di sé e degli altri, vanno collocate lungo un continuum e sono in continua interazione dialettica: lo sbilanciamento verso uno dei poli è associato sia a problemi nello sviluppo della personalità sia a vulnerabilità psicopatologica transdiagnostica (Blatt, 2006, 2008; Blatt et al., 2010). Sulla base di tali dimensioni si snodano le due configurazioni di personalità anaclitica vs introiettiva.¹ Recentemente il modello di Blatt è stato “riscoperto” e valorizzato sia dal modello alternativo del DSM-5 (APA, 2013) che considera i due domini (Sé e interpersonale), sia dal PDM (PDM Task Force, 2006) e dal PDM-2 (Lingiardi, Mc Williams, 2017). È dunque possibile rileggere i disturbi di personalità (PD) alla luce dell'orientamento anaclitico (caratterizzato da temi relativi alla dipendenza e alla relazione, per esempio i PD dipendente,

¹ È da notare che, sebbene i termini anaclitico e introiettivo siano stati originariamente introdotti in riferimento a due differenti tipologie di depressione, essi sono stati poi adottati in modo più estensivo per indicare due diverse configurazioni di personalità. Blatt e Shichman (1983) hanno usato il termine *anaclitico* per riferirsi anche a individui la cui organizzazione di personalità è focalizzata in modo predominante su temi relativi alla *relatedness* interpersonale. Questo termine, che deriva dal greco “anaklitos”, significa appoggiarsi o fare affidamento, e rimanda alla descrizione di Freud (1905, 1915) di persone con un forte bisogno di relazione che dipende da precoci esperienze con i caregivers, l'Anlehnungstypus der Objektwahl (la scelta dell'oggetto anaclitico). L'uso della nozione anaclitico è stato anche ispirato dalla descrizione di Spitz (1945) di un tipo di “depressione anaclitica”, caratterizzata da sentimenti di letargia e perdita di speranza (hopelessness) nei bambini che, dopo essere stati separati dai loro caregivers primari, soffrivano di deprivazione affettiva. In contrasto con tale nozione, Blatt e Shichman (1983) hanno utilizzato il termine *introiettivo* per riferirsi a persone la cui organizzazione di personalità ruota primariamente intorno all'autodefinizione, sulla base della nozione di Freud (1915) secondo cui il sé si è sviluppato attraverso un processo di introiezione o identificazione con gli altri significativi.

istrionico, borderline) *versus* introiettivo (caratterizzato da temi relativi all'autonomia, al controllo, all'identità; per esempio i PD narcisistico, evitante, ossessivo; Blatt e Luyten, 2010).

Gli stili anaclitico e introiettivo riflettono normali variazioni nell'ambito dello sviluppo della personalità, ciascuna caratterizzata da specifiche modalità di organizzare l'esperienza, di relazionarsi con gli altri, differenti stili cognitivi, difese e adattamento, rappresentazioni di sé e degli altri. Un eccessivo sbilanciamento verso uno dei due poli (anaclitico *vs* introiettivo) conduce a cicli interpersonali disfunzionali (Kiesler, 1983) ed è stato dimostrato l'impatto di questi cicli sulla natura della relazione terapeutica e la risposta alla terapia (Blatt et al., 2010). Lo scambio clinico diventa il luogo d'incontro di due soggetti diversi che reciprocamente “negozano” i propri bisogni e i propri desideri, sperimentano se stessi come soggetti e, allo stesso tempo, riconoscono le reciproche soggettività e la tensione fra il bisogno di agentività (*agency*) e il bisogno di relazionalità (*relatedness*; Blatt, 2008). Anaclitici e introiettivi presentano differenti bisogni e aspettative in terapia, e tendono a percepire la relazione terapeutica attraverso modalità congruenti alle proprie configurazioni di personalità. Per esempio, i pazienti anaclitici tendono a beneficiare maggiormente di interventi più di tipo supportivo, e i pazienti introiettivi tendono a essere più responsivi a uno stile esplorativo/interpretativo (cfr. *Menninger Project*, Blatt, 1978, 1992; Blatt et al., 2010).

3.2 La ricerca

La rilettura dei processi di rottura dell'alleanza terapeutica in termini di sbilanciamenti rispetto a polarità opposte dell'esperienza, quali la *relatedness* e l'*agency*, sembra direttamente riconducibile alle dimensioni anaclitica *vs* introiettiva illustrate da Sidney Blatt (1974, 1990, 2008). L'orientamento anaclitico è più centrato sui bisogni di relazionalità e sull'eteroregolazione, l'orientamento introiettivo più focalizzato sui bisogni di *agency* e sull'autoregolazione.

È da notare che finora tali dimensioni non sono state congiuntamente indagate in modo sistematico. Alcuni lavori esplorativi hanno evidenziato caratteristiche distintive del processo

terapeutico con pazienti anaclitici e introiettivi (Erhardt, 2014; Erhardt et al., 2015). Studi preliminari hanno indagato i processi di rottura e riparazione dell'alleanza e lo stile di anaclitico vs introiettivo (Colli et al., 2016; Gentile et al., 2018), rilevando differenze nello stile di rottura (maggiore frequenza di rotture dirette in pazienti anaclitici e di rotture indirette in pazienti introiettivi) e nello stile d'intervento del terapeuta (maggiore presenza di interventi espressivi con pazienti introiettivi e di interventi supportivi con pazienti anaclitici; Colli et al., 2016; Erhardt et al., 2015; Gentile et al., 2018).

Un limite del modello di Safran e Muran è che non è stato declinato a seconda degli stili di personalità dei pazienti, come se fosse "one size fits for all" (Kiesler, 1976; Zilcha-Mano e Errázuriz, 2015). Alla luce di ciò, appare di rilevanza clinica comprendere quali siano le strategie d'intervento più efficaci al fine di risolvere le rotture dell'alleanza in relazione alle caratteristiche del paziente, seguendo quindi l'indicazione di Roth e Fonagy "What works for whom... and how?" (Roth e Fonagy, 2004).

Nonostante il filone di ricerca su rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica sia molto prolifico, un limite diffuso riguarda la metodologia utilizzata e il livello di analisi: (a) l'utilizzo di self-report e (b) l'uso di valutazioni globali per seduta. La maggior parte dei contributi empirici si basano sui valori globali dell'alleanza per seduta, per cui le sedute con un più basso punteggio di alleanza sono considerate come sedute in cui sono presenti delle rotture. Gli strumenti self-report utilizzati, come il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath e Greenberg, 1989) o la CALPAS (Gaston e Marmar, 1988), valutano l'alleanza terapeutica a un macro-livello, poco adatto a cogliere i pattern di interazione che si sviluppano tra paziente e terapeuta, poiché, essenzialmente, studia i cambiamenti dell'alleanza tra le sedute, più che le oscillazioni che si verificano all'interno della seduta stessa. A tale scopo è necessario studiare le fluttuazioni dell'alleanza in seduta attraverso un'analisi microanalitica del modo in cui paziente e terapeuta co-costruiscono l'alleanza attraverso l'applicazione di misure basate sui trascritti di sedute come la *Collaborative Interactions Scale Revised* (CIS-R; Colli et al., 2014). A differenza degli studi precedenti il presente lavoro utilizza

pertanto una diversa metodologia: (1) focus specifico sui processi di rottura e riparazione (CIS vs WAI) a partire dai trascritti di sedute e (2) considera ogni scambio paziente/terapeuta come unità di analisi (valutazione microanalitica vs globale).

3.3 Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo generale del lavoro è indagare il rapporto tra processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e interventi del terapeuta in relazione allo stile di personalità anaclitico vs introiettivo dei pazienti. Nello specifico gli obiettivi sono:

- a) Studiare le differenze negli stili di rottura e collaborazione in pazienti anaclitici e introiettivi.
- b) Individuare gli interventi predittivi della collaborazione in pazienti anaclitici e introiettivi.
- c) Identificare le caratteristiche distintive del processo terapeutico in pazienti anaclitici e introiettivi.

Sulla base di tali obiettivi, sono state formulate le seguenti ipotesi che hanno guidato la ricerca:

- a) Una maggiore presenza di rotture di confrontazione e processi collaborativi di tipo diretto nei pazienti anaclitici; una maggiore presenza di rotture di ritiro e processi collaborativi indiretti nei pazienti introiettivi.
- b) Gli interventi collaborativi di tipo diretto, con un focus specifico sulla relazione terapeutica, avranno un effetto positivo maggiore sulla collaborazione nei pazienti anaclitici rispetto ai pazienti introiettivi. Gli interventi collaborativi di tipo indiretto, non focalizzati esplicitamente sulla relazione, avranno un effetto positivo maggiore sulla collaborazione dei pazienti introiettivi rispetto ai pazienti di tipo anaclitico.
- c) Il processo terapeutico sarà caratterizzato da un livello degli interventi più supportivo, un maggior focus sul qui e ora della relazione, una maggiore componente empatica nel caso di pazienti anaclitici; un livello degli interventi più espressivo, un focus maggiore su dimensioni intrapsichiche e minore sul qui e ora della relazione terapeutica nel caso di pazienti introiettivi.

3.4 Metodo

3.4.1 Partecipanti

Il campione è costituito da un archivio di sedute audioregistrate e trascritte verbatim, ottenuto grazie alla collaborazione di psicoterapeuti che lavorano sia in centri clinici sul territorio nazionale sia in setting privati. Sono stati selezionati 60 pazienti in accordo ai seguenti criteri di inclusione: (a) un paziente con età minima di 18 anni; (b) in trattamento da almeno otto sedute; (c) senza sintomi psicotici; (d) senza trattamento farmacologico né uso di sostanze.

Pazienti. Sessanta (n=60) pazienti caucasici (M=26; F=34), con un'età media di 34 anni (min=22; max=48; *d.s.*=5,8; *Tabella 3.1*). Diciotto soggetti hanno un basso livello di scolarità (10 anni), n=25 hanno un livello medio (13 anni) e n=17 un livello elevato (18 anni o più). La maggior parte (n=33) proviene dalla classe media (reddito annuo compreso tra i 15000 e i 30000 euro), n=12 dalla classe operaia (reddito annuo uguale o inferiore ai 15000 euro) e n=15 da un ceto medio-alto (reddito annuo uguale o superiore ai 30000 euro). Sedici pazienti sono sposati o convivono, 31 sono single, e 13 divorziati. Nessun soggetto appartiene a minoranze etniche o religiose.

I pazienti hanno ricevuto un'assessment diagnostico basato sul DSM-5 (APA, 2013) a partire da una checklist ad hoc compilata dai clinici. Ventinove (n=29) pazienti hanno una diagnosi di disturbo di personalità (PD) di cui cluster A (n=4), cluster B (n=13) e cluster C (n=12). Trentuno pazienti non presentano un PD (n=31) ma disturbi d'ansia (n=12), depressivi (n=9), disturbi somatici (n=6) e disfunzioni sessuali (n=4). L'alto funzionamento medio è di 56,65 (range: 45-63, *d.s.*=5,39). Per ogni paziente sono state valutate tre sedute (una per fase: iniziale, centrale e finale), per un totale di 180 sedute di approccio psicodinamico (n=102) e cognitivo (n=78). La durata media del trattamento è di trentasei mesi (min=18; max=55, *d.s.*=10,39).

Tabella 3.1 Caratteristiche demografiche del campione

		n (%)	M (d.s.)
Età	anni		34 (5,8)
Genere	M	26 (43,33%)	
	F	34 (56,66%)	
Status	Single	31 (51,66%)	
	Sposato/a o convivente	16 (26,66%)	
	Divorziato/a	13 (21,66%)	
Livello di istruzione	Basso (10 anni)	18 (30%)	
	Medio (13 anni)	25 (41,66%)	
	Alto (18 anni o più)	17 (28,33%)	
Status socio-economico	Basso	12 (20%)	
	Medio	33 (55%)	
	Medio-alto	15 (25%)	
Minoranze	Etniche	-	
	Religiose	-	
Assessment diagnostico	Diagnosi PD	29 (48,33%)	
	Cluster A	4 (6,66%)	
	Cluster B	13 (21,66%)	
	Cluster C	12 (20%)	
	Sindromi cliniche	31 (51,66%)	
	Disturbi d'ansia	12 (20%)	
	Depressivi	9 (15%)	
	Somatici	6 (10%)	
	Disfunzioni sessuali	4 (6,66%)	
Alto funzionamento SWAP-200			56,65 (5,39)
Trattamento	Psicodinamico	102 (56,66%)	
	Cognitivo	78 (43,33%)	
	Durata (mesi)		36 (10,2)

Terapeuti. Un totale di 60 clinici caucasici (M=27 e F=33), di cui 36 psicologi e 24 psichiatri con un'età media di 45 anni (min=38; max=52, *d.s.*=7,2) e un'esperienza clinica media di 12 anni. L'orientamento dei clinici è psicodinamico (n=34) e cognitivo (n=26). I terapeuti esercitano in setting privati (n=39) e in centri clinici (n=21), e dedicano alla psicoterapia almeno 25 ore settimanali (range 18-32, *d.s.*=2,7). Tutte le psicoterapie hanno una frequenza settimanale e una durata di almeno 36 sedute (range 27-90, *d.s.*=21). Il numero medio di seduta valutata è la numero 24 (range: 8-72, *d.s.*=4,57).

Valutatori. I rater (M=2 e F=6) hanno un'età media di 34 anni (range 28-42, *d.s.*=6,58) sono psicologi con esperienza media di circa 5 anni sia di clinica sia di ricerca (range 3-10, *d.s.*=2,60) che hanno seguito un training specifico nell'uso delle scale e hanno valutato i trascritti con la CIS-

R (n=2), il CPPS (n=2), il PMAI (n=2) e il PQS (n=2). I giudici indipendenti hanno un accordo che varia da buono a eccellente (ICC: min=.78, max=.93; Shrout e Fleiss, 1979).

3.4.2 Strumenti

Collaborative Interactions Scale Revised form (Colli, Gentile, Condino, Lingiardi, 2014a, 2017). La CIS-R è stata applicata per la valutazione dei processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica (PRRAT). È uno strumento basato sui trascritti e ispirato al modello di Safran e Muran (2000) che valuta i contributi sia del paziente (CIS-P) sia del terapeuta (CIS-T). La CIS-R comprende 29 item ed è suddivisa in due sottoscale: la CIS Paziente include marker di rottura diretti (DRM) e indiretti (IRM), processi collaborativi diretti (DCP) e indiretti (ICP); la CIS Terapeuta include interventi diretti (DCI) e indiretti (ICI), interventi di rottura (RI), forma dell'intervento (TI). L'unità di analisi è sia microanalitica (per ogni singolo scambio paziente/terapeuta si valuta il tipo di marker presente) sia macroanalitica (per ogni segmento si valuta la frequenza di ciascun marker). L'accordo tra valutatori è risultato buono con valori Kappa medi di ,78 (min=,66, max=,89; Colli et al., 2014b; Colli et al., 2017). La CIS-R è una versione aggiornata e rivista della *Collaborative Interactions Scale* (CIS; Colli e Lingiardi, 2009). La procedura di valutazione prevede due tipi di codifica: microanalitica e globale. Dopo aver analizzato ciascuna comunicazione paziente/terapeuta, ogni seduta va divisa in tre segmenti di uguale ampiezza (stesso numero di unità verbali in caso di trascritti o stesso numero di minuti in caso di audio/video registrazioni). Per ciascun segmento il rater deve valutare: la presenza di ogni item su una scala Likert a cinque punti, da 0 (assente) a 4 (presente quattro o più volte). La validazione della CIS-R è stata pubblicata su *Psychotherapy Research* (doi: 10.1080/10503307.2017.1414331) ed è oggetto dello Studio 1 (si veda *Capitolo 1*).

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS; Hilsenroth et al., 2005). Il CPPS è stato utilizzato per la valutazione degli interventi del terapeuta. La scala è derivata da due rassegne della

letteratura comparata sul processo terapeutico (Blagys e Hilsenroth, 2000, 2002). Il CPPS è costituito da 20 item suddivisi in due scale: psicodinamico-interpersonale (PI) e cognitivo-comportamentale (CB). Ciascun item viene valutato su una scala Likert a 7 punti, da 0 (per nulla descrittivo) a 6 (del tutto descrittivo). La scala CPPS ha dimostrato una inter-rater reliability da buona (ICC ,60/,74) a eccellente (ICC>,75; Hilsenroth et al., 2005; Shrout e Fleiss, 1979). Anche in questo caso la validazione italiana dello strumento è oggetto dello Studio 2 (si veda *Capitolo 2*) ed è in corso di pubblicazione (per i dati preliminari si rimanda a Colli et al., 2015, Colli, 2016; Gentile, Tanzilli, 2015).

Shedler Westen Assessment Procedure 200 (SWAP–200; Westen, Shedler, Lingiardi, 2003; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014). La SWAP–200 è stata adottata per la valutazione dei disturbi e degli stili di personalità. La SWAP–200 è basata sulla metodologia Q-sort per la valutazione della personalità e delle risorse psicologiche. Include 200 item che vanno collocati su otto pile, con un punteggio da 0 (per nulla descrittivo) a 7 (assolutamente descrittivo). Essa comprende: i punteggi PD, basati sulle diagnosi categoriali del DSM–IV/DSM–5 (APA, 2013); i Fattori Q, che riflettono una classificazione empiricamente derivata; e la scala di Alto Funzionamento che valuta le risorse e i punti di forza del soggetto da tenere in considerazione per la formulazione del caso e la pianificazione del trattamento. I punteggi sono espressi in punti T (M=60, d.s.=10), laddove i punteggi clinici (> 60) indicano la presenza di un disturbo di personalità e i punteggi subclinici (tra 55 e 60) sono da considerare come tratti clinicamente rilevanti. Se la scala di Alto Funzionamento è >60 non si applica la diagnosi. Numerosi studi hanno supportato la validità e l’attendibilità della SWAP nella diagnosi dei PD (Shedler, Westen, 1998, 2004, 2007; Westen, Shedler, 1999). La SWAP è stata utilizzata in altri lavori nel contesto italiano e ha dimostrato buone validità e attendibilità (Lingiardi et al., 2006, 2010; Shedler et al., 2014; Colli et al., 2015, 2016). In questo studio vengono presi in considerazione solo i punteggi PD e l’alto funzionamento.

Prototype Matching of Anaclitic-Introjective Personality Configuration (PMAI; Werbart e Forsström, 2014; Werbart e Levander, 2016). Il PMAI valuta il grado di somiglianza con la descrizione di ciascun prototipo (anaclitico e introiettivo) su una scala da 1 (nessuna corrispondenza) a 5 (descrizione prototipica), secondo una procedura già utilizzata da Werbart e Forsström (2014) e autorizzata dallo stesso Blatt (2013, comunicazione personale). Il metodo della valutazione per prototipi è vicino al ragionamento clinico ed è stato applicato per diagnosticare sindromi psichiatriche e disturbi di personalità (De Fife et al., 2015; Westen, 2012). Tre giudici indipendenti hanno valutato la somiglianza rispetto alle descrizioni prototipiche su una scala da 1 (nessuna o poca corrispondenza) a 5 (massima corrispondenza). I valutatori hanno ottenuto una ICC pari a ,83. In questo studio sono state utilizzati sia i punteggi dimensionali sia categoriali (l'appartenenza o meno al prototipo). I soggetti che hanno ricevuto punteggi > 4 sono considerati prototipici. Lo strumento viene applicato per la prima volta nel contesto italiano (*Appendice*).

Psychotherapy Process Q set (PQS; Jones, 1985, 2000). Il PQS è stato usato per la descrizione del processo terapeutico e delle caratteristiche dell'interazione paziente/terapeuta. Il PQS è un metodo Q-sort che si applica a audio e/o video-registrazioni o a trascritti verbatim di sedute di terapia. È uno strumento transteorico composto da 100 item che valutano atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente; azioni e atteggiamenti del terapeuta; caratteristiche dell'interazione paziente/terapeuta, clima e atmosfera della seduta. Gli item vanno collocati lungo un continuum dal meno caratteristico (categoria 1) al più caratteristico (categoria 9). Gli item considerati neutrali o irrilevanti vanno collocati nella pila centrale (categoria 5). Ogni item è descritto in modo bipolare, cioè considera i due estremi del continuum lungo il quale va attribuito il punteggio. L'attendibilità è eccellente, con valori alpha compresi tra ,83 e ,92 ottenuti da valutatori di orientamenti teorici differenti (Jones, Hall, Parke, 1991; Jones e Pulos, 1993; Lingiardi, Colli, Gentile, Tanzilli, 2011). Il PQS presenta un adattamento italiano (De Bei, Gentile,

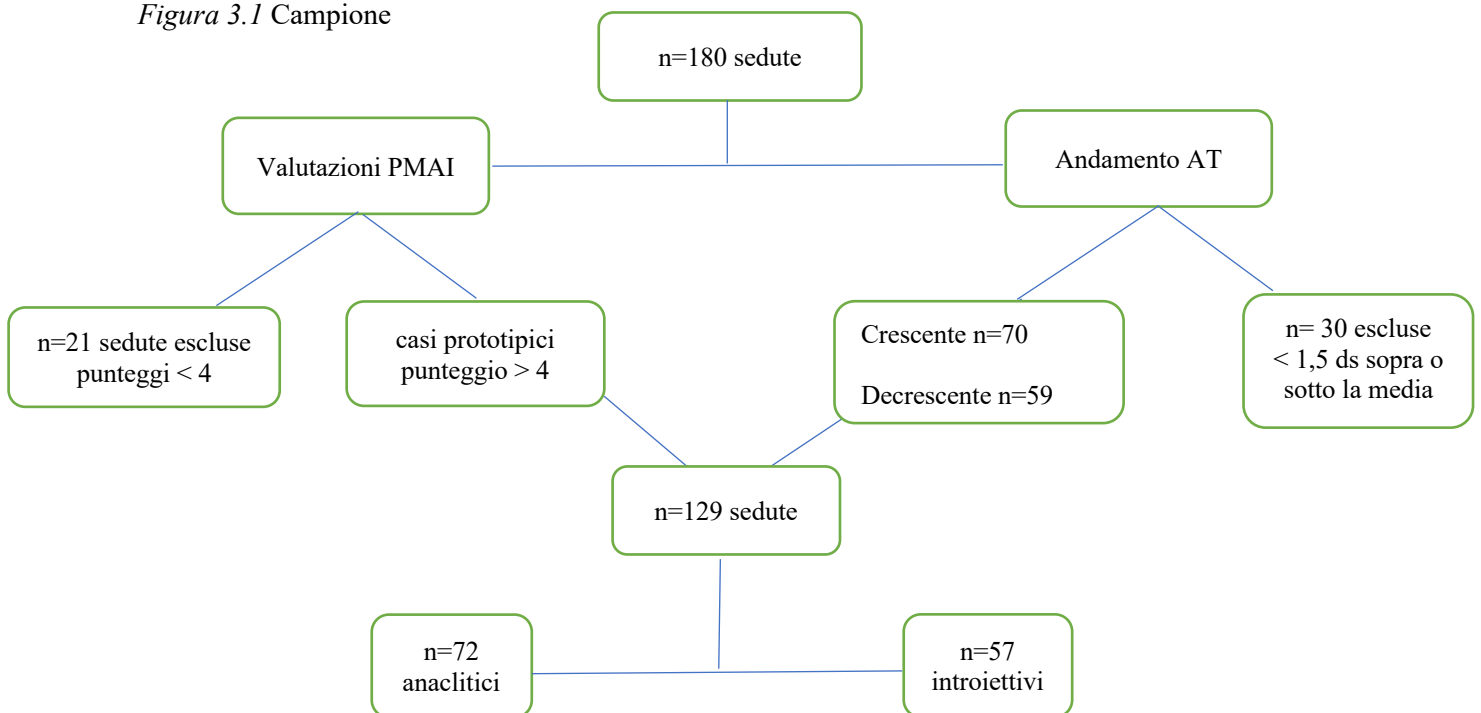
2008; Tanzilli e Gentile, 2015) ed è già stato utilizzato in altri studi nel contesto italiano (Lingiardi et al., 2011).

3.4.3 Procedura

Per evitare bias di selezione dei pazienti e/o delle sedute, le sedute sono state scelte in modo casuale. A clinici e pazienti coinvolti è stato richiesto e ottenuto il consenso informato per il trattamento dei dati sensibili e la partecipazione alla ricerca. La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico (num. prot. 45/2017). Le audio-registrazioni delle sedute sono state trascritte verbatim secondo le regole di trascrizione internazionale (Mergenthaler, 1999).

Tutte le sedute sono state poi valutate con gli strumenti basati sui trascritti. A partire dal campione iniziale, le sedute sono state selezionate in base a due criteri: i punteggi PMAI prototipici e l'andamento dell'alleanza (Figura 3.1). Sulla base delle valutazioni PMAI, il quale presenta punteggi sia dimensionali (da 1 a 5) sia categoriali (corrispondenza con il prototipo), i pazienti sono stati poi suddivisi in due gruppi in base all'orientamento anaclitico vs introiettivo.

Figura 3.1 Campione



Con l'intento di studiare le caratteristiche dei pazienti più prototipici sono stati presi in considerazione solo i soggetti con punteggi > 4 ($n=129$ sedute di 43 pazienti, di cui 72 sedute di 24 pazienti anaclitici e 57 sedute di 19 pazienti introiettivi). In tal modo dal campione iniziale di 60 pazienti ($n=180$ sedute), sono stati esclusi 7 pazienti ($n=21$ sedute) che presentavano punteggi intermedi.

Al fine di esplorare lo stile di rottura e di collaborazione di pazienti anaclitici e introiettivi, una variabile importante da tenere in considerazione riguarda l'andamento dell'alleanza terapeutica. Le sedute possono essere caratterizzate da un andamento positivo (sedute collaborative) o negativo (sedute di rottura). Per identificare l'andamento dell'alleanza nel corso della seduta in termini di incremento o decremento della collaborazione è stata calcolata la pendenza della retta: le sedute con una pendenza positiva maggiore (valori di $m > 0$) rappresentano le sedute con un incremento della collaborazione (trend positivo dell'alleanza terapeutica), le sedute con una pendenza negativa maggiore (valori di $m < 0$) rappresentano invece le sedute con un decremento della collaborazione in seduta (trend negativo dell'alleanza terapeutica). In tal modo è stato possibile distinguere: 1) sedute caratterizzate da un andamento crescente e 2) sedute caratterizzate da un andamento decrescente. Per ciascun caso in ogni fase della terapia (iniziale, centrale e finale) sono state selezionate le sedute sulla base del criterio relativo all'andamento dell'alleanza terapeutica, prendendo in considerazione i valori di m che si discostavano almeno 1,5 *d.s.* sopra o sotto la media del caso in modo tale da selezionare le sedute con una maggiore pendenza della retta (positiva o negativa). Trenta sedute la cui pendenza era inferiore al criterio soglia (1,5 *d.s.* sopra o sotto la media) sono state escluse (*Figura 3.1*); sono state così individuate 70 sedute con andamento crescente (di cui 33 di pazienti anaclitici e 37 di pazienti introiettivi) e 59 con andamento decrescente (di cui 39 sedute di pazienti anaclitici e 20 di pazienti introiettivi). L'andamento dell'alleanza terapeutica (positiva/negativa) viene posta come variabile covariata nella MANCOVA.

Le analisi dei dati sono state condotte sui due sottocampioni (pazienti anaclitici e introiettivi). In fase esplorativa le analisi dei dati hanno riguardato tutto il campione iniziale di 180 sedute, in una fase successiva i casi sono stati selezionati in base al criterio di appartenenza al prototipo e all'andamento dell'alleanza per massimizzare le differenze tra i due gruppi (n=129). Per studiare il primo obiettivo è stata condotta una MANCOVA per identificare le differenze tra i due gruppi nella presenza di rotture, processi collaborativi e interventi del terapeuta, ponendo come covariate l'andamento dell'alleanza terapeutica e l'alto funzionamento. Per verificare il secondo obiettivo è stata applicata un'analisi della regressione lineare considerando come variabile indipendente il tipo di intervento del terapeuta e come variabile dipendente la risposta del paziente. Per indagare il terzo obiettivo prima sono state riportate le descrizioni composite aggregate sulla base delle medie degli item PQS più e meno caratteristici, poi è stata implementata una MANCOVA per identificare le aspetti più distintivi dei due gruppi anaclitici e introiettivi. È stato utilizzato il software SPSS, versione 22.

3.5 Risultati

Analisi preliminari

Sono state esplorate le distribuzioni di frequenze nei due gruppi anaclitico (n=72) e introiettivo (n=57) attraverso le tavole di contingenza e l'analisi del chi quadro. Non si rilevano differenze significative tra i due gruppi anaclitico e introiettivo rispetto al genere di paziente [$\chi^2=1,48, p=,57$] e terapeuta [$\chi^2=,289, p=,59$], né rispetto alla fase della terapia [$\chi^2=7,78 p=,20$], e all'andamento dell'alleanza terapeutica [$\chi^2=1,608, p=1,26$]. Tuttavia, emergono differenze significative nella presenza di PD ($\chi^2=3,93 p=,047$, maggiore nel gruppo introiettivo) e nell'approccio terapeutico ($\chi^2=13,27, p=,001$, frequenza maggiore dell'orientamento cognitivo nel gruppo introiettivo). Il gruppo introiettivo appare dunque moderatamente sbilanciato. Alla luce delle differenze tra i due

gruppi, tali variabili (presenza/assenza di PD e approccio terapeutico) vengono dunque poste come covariate nelle analisi successive. Sono state implementate le correlazioni bivariate e parziali (variabili di controllo: presenza/assenza di PDs e approccio terapeutico) per studiare l'associazione tra le variabili oggetto di indagine (orientamento anaclitico vs introiettivo come variabile dimensionale, marker CIS, e interventi CPPS). I risultati hanno mostrato una moderata associazione tra le variabili (tra ,30 e ,40).

Statistiche descrittive

Per studiare le differenze tra i due gruppi anaclitico e introiettivo sono state analizzate le statistiche descrittive rispetto ai punteggi PD e all'alto funzionamento (SWAP-200; *Tabella 3.2*), ai processi di rottura e collaborazione di paziente e terapeuta (CIS-R; *Tabella 3.3*) e agli interventi del terapeuta (CPPS; *Tabella 3.4*).

Tabella 3.2 Punteggi PD e Alto funzionamento: statistiche descrittive della SWAP-200

	Campione totale n=43 ^a	Anaclitici n=24 ^b	Introiettivi n=19 ^c
	n (%)	n (%)	n (%)
Punteggi PD > 60	10 (23,25%)	5 (18,05%)	5 (26,31%)
Tratti subclinici (tra 55 e 60)	6 (13,95%)	4 (15,27%)	2 (10,53%)
Alto funzionamento > 60	2 (4,65%)	1 (2,77%)	1 (5,26%)
Basso funzionamento senza tratti subclinici PD	3 (6,97%)	2 (8,33%)	1 (5,26%)

Note. ^a n=129 sedute, ^b n=72 sedute, ^c n=57 sedute

1) Differenze negli stili di rottura e collaborazione in pazienti anaclitici e introiettivi

È stata condotta una MANCOVA per identificare le differenze tra pazienti anaclitici e introiettivi (*Tabella 3.3*). Per quanto riguarda il paziente, le rotture dirette hanno una media significativamente più elevata nel gruppo anaclitico, soprattutto per quanto riguarda *DRM2 Relazione* ($F=5,288$, $p=,025$), le rotture indirette invece sono maggiormente frequenti nel gruppo introiettivo, in

Capitolo III

Tabella 3.3 Processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica: statistiche descrittive e MANCOVA della CIS-R

	Anaclitici n=72		Introiettivi n=57		F	p	d di Cohen
	M	d.s.	M	d.s.			
CIS-Paziente							
DRM scala	,152	,329	,064	,142	4,449	,039*	,035
DRM1 Compiti/Obiettivi/Parametri	,181	,493	,081	,187	6,245	,015*	,268
DRM2 Relazione	,174	,402	,040	,232	5,288	,025*	,408
DRM3 Scoraggiamento	,101	,353	,071	,217	,123	,727	,102
IRM scala	,839	,616	1,146	,771	6,184	,014*	,439
IRM1 Evitamento linguistico	1,566	1,339	2,121	1,527	4,108	,045*	,386
IRM2 Evitamento affettivo	1,243	1,067	1,596	1,263	2,943	,089	,302
IRM3 Strategie di regolazione dell'autostima	,347	,491	,424	,733	,902	,344	,123
IRM4 Acquiescenza	,198	,367	,444	,710	7,012	,009**	,435
DCP scala	,398	,503	,286	,345	1,938	,166	,259
DCP1 Compiti/Obiettivi	,552	,632	,566	,724	,013	,910	,020
DCP2 Affetti	,503	,818	,273	,574	2,985	,087	,325
DCP3 Pattern significativi	,268	,687	,016	,073	2,808	,018*	,515
ICP scala	2,032	,801	2,468	,830	6,599	,011*	,534
ICP1 Fatti	3,153	1,103	3,646	,754	4,972	,028	,521
ICP2 Affetti	2,146	1,172	2,303	1,206	,505	,478	,132
ICP3 Pattern significativi	,799	,943	1,242	,983	5,000	,027*	,459
CIS-Terapeuta							
DCI scala	0,565	0,540	0,515	0,432	,609	,437	,102
DCI1 Compiti/Obiettivi	1,087	,905	1,414	1,007	2,452	,120	,341
DCI2 Relazione	,507	,812	,303	,561	2,436	,121	,292
DCI3 Pattern significativi	,299	,759	,091	,225	3,831	,050*	,371
DCI4 Metacomunicazione	,253	,540	,368	,609	1,008	,317	,199
ICI scala	2,058	,899	2,768	,763	14,333	,000***	,851
ICI1 Fatti	2,389	1,646	3,566	,919	14,351	,000***	,882
ICI2 Affetti	2,233	1,175	2,455	1,121	,569	,452	,193
ICI3 Pattern significativi	1,552	1,151	2,131	1,166	4,834	,030*	,499
RI scala	0,097	0,159	0,156	0,213	4,221	,042*	,313
RI1 Evitamento linguistico	0,097	0,221	0,172	0,278	3,257	,074	,298
RI2 Evitamento affettivo	0,066	0,225	0,051	0,121	,124	,725	,083
RI3 Ostilità	0,236	0,527	0,283	0,501	,868	,353	,091
RI4 Perseverazione	0,063	0,207	0,242	0,522	7,821	,006**	,450
RI5 Mancanza di chiarezza	0,021	0,094	0,030	0,174	,162	,688	,064
TI1 Interventi supportivi	1,000	1,294	0,503	0,740	5,996	,016*	,471
TI2 Interventi esplicativi	0,688	0,864	0,939	0,899	2,165	,144	,284
TI3 Interventi esplorativi	3,566	0,859	3,919	0,364	3,818	,050*	,535
TI4 Interventi espressivi	,869	,921	1,271	1,203	5,239	,024*	,375
Punteggio di rottura	,990	,715	1,210	,804	2,184	,142	,289
Punteggio di collaborazione	2,430	,762	2,754	,942	3,908	,050*	,378
Punteggio globale	1,440	1,011	1,543	1,360	,213	,645	,085

*p<,05, **p<,01, ***p<,000

particolare per quanto riguarda *IRMI Evitamento linguistico* ($F=4,108$, $p=,045$), e *IRM4 Acquiescenza* ($F=7,012$, $p=,009$). Rispetto ai processi collaborativi, il marker di tipo diretto *DCP3 Pattern e significati* è significativamente più presente nel gruppo anaclitico ($F=2,808$, $p=,018$), i marker di tipo indiretti sono più elevati nel gruppo introiettivo, soprattutto il *ICP3 Pattern e significati* ($F=5,000$, $p=,027$). Per quanto riguarda il terapeuta, gli interventi collaborativi focalizzati sulla relazione *DCI3 Pattern e significati* hanno una media significativamente maggiore nel gruppo anaclitico ($F=3,831$, $p=,05$), gli interventi collaborativi indiretti hanno una frequenza più elevata nel gruppo introiettivo, come il *ICI3 Pattern e significati* ($F=4,834$, $p=,030$). Gli interventi di rottura *RI4 Perseverazione* hanno una media significativamente più elevata nel gruppo introiettivo ($F=7,821$, $p=,006$). Gli *interventi supportivi TII* sono maggiormente presenti nel gruppo anaclitico ($F=5,996$, $p=,016$), gli *interventi esplorativi TII3* ($F=3,818$, $p=,05$) ed *espressivi TII4* ($F=5,239$, $p=,024$) hanno invece una media significativamente superiore nel gruppo introiettivo. Per quanto riguarda gli indici globali della CIS-R, solo il punteggio di collaborazione presenta una media più elevata in misura significativa nel gruppo introiettivo rispetto a quello anaclitico ($F=3,908$, $p=,05$). Tutti i risultati sono significativi al di là dell'effetto delle covariate (presenza PDs: Lambda λ di Wilks= $,64$; approccio terapeutico: Lambda λ di Wilks= $,36$).

Per quanto riguarda gli interventi del terapeuta anche rispetto al CPPS è stata esplorata la differenza tra le medie tra i due gruppi anaclitico e introiettivo mediante una MANCOVA (Tabella 3.4). L'intervento sul focus sugli affetti [1. *Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per es., rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità)*] presenta una media significativamente più elevata nel gruppo anaclitico ($F=6,505$, $p=,016$), insieme all'intervento [19. *T incoraggia la discussione del P su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia (positivi o negativi)*; $F=5,154$, $p=,026$). L'intervento 13. *Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente* è maggiormente presente nel gruppo introiettivo ($F=9,501$, $p=,003$). Anche in questo caso i risultati sono significativi al di là dell'effetto delle covariate (presenza PDs: Lambda λ di Wilks= $,32$; approccio

terapeutico: Lambda λ di Wilks=(,07).

Tabella 3.4 Interventi del terapeuta: statistiche descrittive e MANCOVA del CPPS

	Analitici n=72		Introiettivi n=57		F	p	d di Cohen
	M	d.s.	M	d.s.			
Interventi CPPS							
1. T incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il P (per es., rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità).	2,672	1,938	1,667	1,514	6,055	,016*	,577
2. T fornisce consigli espliciti o suggerimenti diretti al P.	,279	,662	,182	,528	,165	,686	,162
3. T introduce in modo attivo gli argomenti di discussione e dà inizio alle attività terapeutiche.	1,689	,941	1,485	,667	1,943	,167	,250
4. T fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del P e le esperienze del passato.	,787	1,462	,333	,990	1,939	,167	,363
5. T focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del P attraverso il tempo, le situazioni o le persone.	,836	1,440	,576	1,200	,628	,430	,196
6. T focalizza la discussione sulle credenze patogene del P.	,754	1,422	1,212	1,691	1,599	,209	,293
7. T focalizza la discussione sulla relazione terapeutica.	1,049	1,901	,818	1,740	,219	,641	,126
8. T incoraggia il P a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta.	2,393	2,011	1,576	1,904	2,844	,095	,417
9. T suggerisce specifiche attività o compiti da svolgere al di fuori della seduta.	,131	,465	,333	,540	3,022	,086	,400
10. T si concentra sull'evitamento da parte del P di problemi importanti e sui cambiamenti d'umore.	,934	1,642	,333	,854	1,963	,165	,459
11. T spiega il razionale alla base della sua tecnica o del suo approccio al trattamento.	,311	,867	,333	,816	,000	,985	,026
12. T focalizza la discussione sulle situazioni di vita futura del P.	,180	,695	,182	,635	,029	,865	,003
13. T suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal P.	2,879	1,900	3,869	1,727	9,501	,003**	,545
14. T identifica pattern ricorrenti nelle azioni, nei sentimenti e nelle esperienze del P.	1,262	1,580	1,091	1,444	,450	,504	,422
15. T fornisce al P informazioni e fatti relativi ai riguardanti i suoi sintomi attuali, il disturbo e il trattamento.	1,180	1,478	1,909	2,141	2,395	,125	,396
16. T permette al P di iniziare la discussione su temi significativi, eventi ed esperienze.	2,279	1,473	1,818	1,211	1,269	,263	,341
17. T indica esplicitamente che il comportamento appreso in terapia viene messo in atto dal P tra una seduta e l'altra.	,066	,250	,061	,348	,001	,980	,016
18. T insegna al P tecniche specifiche per far fronte ai sintomi (tecniche di coping).	,213	,710	,212	,650	,003	,960	,001
19. T incoraggia la discussione del P su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia (positivi o negativi).	,803	1,339	,152	,442	5,154	,026*	,652
20. T interagisce con il P in modo didattico.	,623	,687	1,152	,834	8,858	,004**	,692
scala PI	1,689	,981	1,124	,815	6,632	,012*	,626
scala CB	,543	,375	,706	,447	2,479	,119	,395

Note. T: terapeuta; P: paziente; PI: psicodinamico-interpersonale; CB: cognitivo-comportamentale *p<,05, **p<,01

2) Individuare gli interventi predittivi della collaborazione in pazienti anaclitici e introiettivi

Per indagare gli interventi predittivi della collaborazione nei due gruppi sono state condotte una serie di analisi della regressione lineare, laddove la variabile indipendente è il tipo di interventi del terapeuta (sia quelli della CIS sia quelli del CPPS), la variabile dipendente è rappresentata dal punteggio globale di collaborazione del paziente (Tabella 3.5) e dalla specifica risposta del paziente (Tabella 3.6).

Il criterio di selezione è l'appartenenza al gruppo di pazienti anaclitici (n=72) o introiettivi (n=57). Rispetto agli interventi predittivi del punteggio globale di collaborazione (Tabella 3.5), i risultati hanno mostrato che gli *interventi espressivi TI4* predicono il punteggio globale di collaborazione in modo positivo nei pazienti introiettivi ($\beta=,374$, sig.=,032) ma in modo negativo nei pazienti anaclitici ($\beta=-,290$, sig.=,035). Per gli *interventi supportivi TII* invece non è stato rilevato nessun effetto predittivo significativo sul punteggio globale né nei pazienti anaclitici ($\beta=,031$, sig.=,765) né nei pazienti introiettivi ($\beta=-,104$, sig.=,411). Per quanto riguarda gli interventi diretti, il *DCI4 Metacomunicazione* predice significativamente il punteggio globale negli anaclitici ($\beta=,357$, sig.=,037) ma non negli introiettivi ($\beta=,085$, sig.=,760). Rispetto agli interventi indiretti, *ICI2 Affetti* predice negativamente il punteggio globale negli introiettivi ($\beta=-,821$, sig.=,001), *ICI3 Pattern e significati* predice in modo significativo il punteggio globale in entrambi i gruppi, sia anaclitico ($\beta=,384$, sig.=,000) sia introiettivo ($\beta=,689$, sig.=,013).

Rispetto agli interventi più predittivi delle risposte del paziente (Tabella 3.6), i risultati hanno mostrato che gli interventi focalizzati sulla relazione (come *DCI2 Affetti*, *DCI3 Pattern e significati*, *DIC4 Metacomunicazione*, *CPPS 7 Il terapeuta si focalizza sulla relazione terapeutica*) predicono i corrispettivi processi collaborativi di tipo diretto (*DCP2 Affetti* e *DCP3 Pattern e significati*) sia negli anaclitici sia negli introiettivi. Allo stesso tempo però si può notare che l'intervento *DCI2 Affetti* è anche predittivo di rotture dirette di tipo *DRM2 Relazione* in entrambi i gruppi anaclitici ($\beta=2,705$, sig.=,008) e introiettivi ($\beta=2,699$, sig.=,011). L'intervento *DCI4 Metacomunicazione* predice *DRM2 Relazione* nei pazienti anaclitici ($\beta=,419$, sig.=,000) ma non è

Capitolo III

Tabella 3.5 Interventi predittivi del punteggio globale di collaborazione del paziente: regressione lineare

		R	R ²	β standardi zzata	F Change (Model) or t (β)	(F) or (t) p
T14 Interventi espressivi						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,290	,084	-,290	-2,165	,035*
	Introiettivi	,374	,140	,374	2,247	,032*
Punteggio di rottura del paziente	Anaclitici	,652	,425	,652	4,295	,000***
	Introiettivi	,567	,321	,567	2,999	,007**
T11 Interventi supportivi						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,031	,001	,031	,300	,765
	Introiettivi	,104	,011	-,104	-,827	,411
Punteggio di rottura del paziente	Anaclitici	,231	,054	,231	1,578	,122
	Introiettivi	,526	,277	,526	3,094	,005**
DCI Interventi Collaborativi Diretti						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,196	,039	-,196	-1,329	,191
	Introiettivi	,188	,035	-,188	-,832	,416
DCI1 Compiti e obiettivi						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,425	,181	,073	,482	,632
	Introiettivi	,230	,053	-,203	-,626	,540
DCI2 Affetti						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,425	,181	-,303	-1,484	,146
	Introiettivi	,230	,053	-,080	-,198	,846
DCI3 Pattern e significati						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,425	,181	,343	1,773	,084
	Introiettivi	,230	,053	,027	,084	,934
DCI4 Metacomunicazione						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,425	,181	,357	2,157	,037*
	Introiettivi	,230	,053	,085	,311	,760
Punteggio di rottura	Anaclitici	,425	,181	,202	2,002	,048*
	Introiettivi	,230	,053	,086	,478	,636
ICI Interventi collaborativi diretti scala						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,235	,055	,235	1,606	,116
	Introiettivi	,514	,445	1,610	4,429	,000***
ICI1 Fatti						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,429	,184	,148	1,488	,140
	Introiettivi	,514	,445	,429	2,096	,045*
ICI2 Affetti						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,429	,184	-,008	-,083	,934
	Introiettivi	,514	,445	,821	3,547	,001**
ICI3 Pattern e significati						
Punteggio globale di collaborazione del paziente	Anaclitici	,429	,184	,384	4,037	,000***
	Introiettivi	,514	,445	,689	2,651	,013*

Note. Anaclitici: n=72; Introiettivi: n=57. *p<,05, **p<,01, ***p<,000

Tabella 3.6 Interventi predittivi delle risposte del paziente: regressione lineare

Interventi del terapeuta (v.i.)	Risposta del paziente (v.d.)		R	R ²	β standardizzata	F Change (Model) or t (β)	(F) or (t) p
CPPS 7. T focalizza la discussione sulla relazione terapeutica.	DCP2 Affetti	Anaclitici	,637	,405	,637	7,149	,000***
		Introiettivi	,552	,304	,552	3,683	,001**
	ICP2 Affetti	Anaclitici	,437	,191	-,437	-4,210	,000***
		Introiettivi	,395	,156	-,395	-2,393	,023*
DCI2 Affetti	DCP2 Affetti	Anaclitici	,709	,502	,709	4,738	,000***
		Introiettivi	,650	,422	,614	5,309	,000***
	DRM2 Relazione	Anaclitici	,269	,072	,269	2,705	,008**
		Introiettivi	436	,190	,436	2,699	,011*
DCI3 Pattern e significati	DCP3 Pattern e significati	Anaclitici	,848	,719	,848	15,526	,000***
		Introiettivi	,661	,437	,661	4,902	,000***
DCI4 Metacomunicazione	DCP2 Affetti	Anaclitici	,507	,257	,507	5,704	,000***
		Introiettivi	,555	,308	,555	3,712	,000***
	DCP3 Pattern e significati	Anaclitici	,542	,293	,542	6,246	,000***
		Introiettivi	,516	,266	,516	3,354	,002**
	DRM2 Relazione	Anaclitici	,546	,298	,546	4,319	,000***
		Introiettivi	,117	,014	-,117	-,513	,614
ICI2 Affetti	ICP2 Affetti	Anaclitici	,652	,425	,652	8,343	,000***
		Introiettivi	,483	,234	,483	3,074	,004**
	IRM2 Evitamento affettivo	Anaclitici	,259	,067	,259	2,596	,011*
		Introiettivi	,382	,146	,382	2,298	,028*
ICI3 Pattern e significati	ICP3 Pattern e significati	Anaclitici	,599	,358	,599	7,247	,000***
		Introiettivi	,383	,147	,383	2,309	,028*
CPPS 8. T incoraggia il P a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta.	DCP2 Affetti	Anaclitici	,406	,164	,406	3,842	,000***
		Introiettivi	,004	,000	,004	,024	,981
	ICP2 Affetti	Anaclitici	,118	,014	-,118	-1,031	,306
		Introiettivi	,130	,017	,130	,732	,470
CPPS 1. T incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il P (per es., rabbia, invidia, etc.)	DMR2 Relazione	Anaclitici	,336	,113	,336	2,254	,030*
		Introiettivi	,006	,000	-,006	-,028	,978
CPPS 5. T focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del P attraverso il tempo, le situazioni o le persone.	DCP3 Pattern e significati	Anaclitici	,228	,052	,228	2,302	,046*
		Introiettivi	,199	,039	,199	1,129	,268
	ICP3 Pattern e significati	Anaclitici	,119	,014	-,119	-1,401	,301
		Introiettivi	,352	,124	,352	,2091	,045*
CPPS 4. T fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del P e le esperienze del passato	DCP3 Pattern e significati	Anaclitici	,253	,064	,253	2,264	,026*
		Introiettivi	,304	,092	,304	1,777	,085
	ICP3 Pattern e significati	Anaclitici	,272	,074	-,272	-2,449	,187
		Introiettivi	,235	,055	,235	1,349	,017*

Note. Anaclitici: n=72; Introiettivi: n=57. T=terapeuta, P=paziente. *p<,05, **p<,01, ***p<,000

significativo nei pazienti introiettivi (β =-,513, sig.=,614). Rispetto agli interventi collaborativi indiretti, *ICI2 Affetti* e *ICI3 Pattern e significati* sono risultati predittivi dei corrispondenti processi

collaborativi di tipo indiretto *ICP2 Affetti* e *ICP3 Pattern e significati* in entrambi i tipi di pazienti. Tuttavia, il focus sugli affetti *ICI2 Affetti* è anche predittivo della rottura indiretta *IRM2 Evitamento affettivo* sia nel gruppo anaclitico ($\beta=2,596$, sig.=,011) sia in quello introiettivo ($\beta=2,298$, sig.=,028).

I dati hanno mostrato che anche gli interventi del terapeuta non specificamente riferiti alla relazione terapeutica (quali l'esplorazione di affetti, il riconoscimento di un pattern ricorrenti o di una connessione tra passato e presente) tendono a predire un differente stile di risposta in anaclitici e introiettivi. In particolare, i pazienti anaclitici tendono a rispondere maggiormente con processi di tipo diretto (rotture vs collaborativi), mentre i pazienti introiettivi tendono a presentare perlopiù processi di tipo indiretto. Per quanto riguarda gli interventi focalizzati sugli affetti predicono delle risposte di tipo diretto (rotture vs collaborativi) negli anaclitici, ma nessun effetto significativo negli introiettivi: il *CPPS 1. Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per es., rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità)* è predittivo della rottura diretta *DRM2 Relazione* ($\beta=2,254$, sig.=,030) e il *CPPS 8. Il terapeuta incoraggia il paziente a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta* è predittivo del processo collaborativo diretto *DGP2 Affetti* ($\beta=3,842$, sig.=,000). Rispetto agli interventi sui pattern ricorrenti, il *CPPS 5. Il terapeuta focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del paziente attraverso il tempo, le situazioni o le persone* predice un processo collaborativo di tipo diretto *DGP3 Pattern e significati* ($\beta=2,302$, sig.=,046) negli anaclitici e un processo collaborativo di tipo indiretto *ICP3 Pattern e significati* ($\beta=2,302$, sig.=,046) negli introiettivi. Anche nel caso dell'intervento sui collegamenti tra passato e presente, il *CPPS 4. T fa delle connessioni tra i sentimenti o e le percezioni attuali del P e le esperienze del passato* è predittivo di *DGP3* nei pazienti anaclitici ($\beta=2,264$, sig.=,026) e *ICP3* nei pazienti introiettivi ($\beta=1,349$, sig.=,017).

3) *Identificare le caratteristiche distintive del processo terapeutico in pazienti anaclitici e introiettivi*

A partire dalle valutazioni medie delle sedute sono stati identificati gli item PQS più e meno descrittivi del processo terapeutico di pazienti anaclitici (Tabella 3.7) e introiettivi (Tabella 3.8).

I pazienti anaclitici tendono a essere caratterizzati da un focus sulle relazioni interpersonali (Q63. *Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta*) e da temi relativi alla dipendenza (Q33. *Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno*), un atteggiamento del terapeuta supportivo (Q45. *Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo*) ed empatico (Q6. *Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, sintonizzato ed empatico*).

Tabella 3.7 Caratteristiche distintive del processo terapeutico nei pazienti anaclitici

	<i>Item più descrittivi</i>	Media
Q63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	7,888
Q69	Si discute della situazione di vita attuale o recente del paziente.	7,789
Q88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	7,292
Q33	Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	7,255
Q81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente per aiutarlo a sentirli in modo più profondo.	7,223
Q65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	7,043
Q6	Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, sintonizzato ed empatico.	7,012
Q62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	6,944
Q45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	6,894
Q26	Il paziente prova sentimenti di disagio o problematici (dolorosi).	6,813
	<i>Item meno descrittivi</i>	
Q15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2,671
Q25	Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.	2,671
Q9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2,826
Q77	Il terapeuta è privo di tatto.	2,957
Q39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.	3,106
Q12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	3,174
Q14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	3,230
Q42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	3,298
Q24	I conflitti emotivi del terapeuta intrudono nella relazione con il paziente.	3,297
Q44	Il paziente è cauto o sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	3,422

I pazienti introiettivi tendono a presentare un focus specifico (Q23. *Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico*) i cui temi principali riguardano l'immagine di sé (Q35. *L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo*), le proprie aspirazioni e ambizioni (Q41. *Si*

affrontano le aspirazioni o le ambizioni del paziente), insieme a un senso di inadeguatezza e inferiorità (Q59. *Il paziente si sente inadeguato e inferiore*) e sentimenti di colpa o vergogna (Q71. *Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa*), laddove il terapeuta ha un atteggiamento di tipo esplorativo (Q31. *Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione*) e volto a favorire il discorso del paziente (Q3. *Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente*).

Entrambi i tipi di pazienti portano in seduta temi significativi (Q88. *Il paziente porta problemi e materiale significativo*), soprattutto focalizzati sulla situazione attuale (Q69. *Si discute della situazione di vita attuale o recente del paziente*), hanno la sensazione di essere compresi dal terapeuta (Q14 *Il paziente [non] si sente compreso dal terapeuta*) e collaborano attivamente al processo terapeutico (Q25. *Il paziente [non] ha difficoltà a iniziare la seduta*; Q12. *Durante la seduta [non] ci sono dei silenzi*).

Tabella 3.8 Caratteristiche distintive del processo terapeutico nei pazienti introiettivi

	<i>Item più descrittivi</i>	Media
Q69	Si discute della situazione di vita attuale o recente del paziente.	8,133
Q35	L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	7,999
Q88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	7,777
Q3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	7,444
Q23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	7,244
Q41	Si affrontano le aspirazioni o le ambizioni del paziente.	7,044
Q31	Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.	7,000
Q6	Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, sintonizzato ed empatico.	6,955
Q59	Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs efficace e superiore).	6,863
Q71	Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa.	6,467
<i>Item meno descrittivi</i>		
Q24	I conflitti emotivi del terapeuta intrudono nella relazione con il paziente.	2,553
Q100	Il terapeuta interpreta il transfert.	2,733
Q77	Il terapeuta è privo di tatto.	2,755
Q21	Il terapeuta fa delle rivelazioni personali.	2,844
Q51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	2,867
Q9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2,911
Q39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.	2,977
Q14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	3,000
Q12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	3,089
Q25	Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.	3,289

Infine, per individuare le caratteristiche del processo descritte con il PQS che più differenziano i due gruppi di pazienti è stata condotta una MANCOVA, ponendo come covariate l'alto funzionamento e l'andamento dell'alleanza terapeutica (Tabella 3.9). Per i pazienti anaclitici, alcuni item più importanti che presentano una differenza significativa rispetto al gruppo introiettivo sono: Q33. *Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno* ($F=5,798$, sig.=,021), Q63. *Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta* ($F=10,158$, sig.=,003), Q8. *Il paziente è preoccupato o in conflitto per*

Tabella 3.9 Caratteristiche del processo terapeutico: differenze negli item PQS tra pazienti anaclitici e introiettivi (MANCOVA)

	Anaclitici n=72		Introiettivi n=57		F	p	d di Cohen
	M	d.s.	M	d.s.			
Q3. Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	6,378	1,358	7,444	1,199	6,102	,018*	,832
Q7. Il paziente è ansioso o teso (versus calmo e rilassato).	5,410	1,789	6,844	1,490	6,617	,014*	,871
Q30. La discussione è incentrata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	4,403	1,800	5,910	1,725	6,570	,015*	,854
Q33 Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno.	7,255	1,752	5,874	1,969	5,798	,021*	,741
Q34. Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	5,614	1,942	4,288	1,220	5,532	,024*	,817
Q35. L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	6,811	2,000	7,999	1,146	4,331	,045*	,728
Q8. Il paziente è preoccupato o in conflitto per la propria dipendenza dal terapeuta	5,200	2,541	3,105	1,892	8,474	,006**	,935
Q41. Si affrontano le aspirazioni o le ambizioni del paziente.	5,598	1,636	7,044	1,75	6,710	,014*	,853
Q45. Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	6,288	1,868	4,937	2,069	4,167	,049*	,685
Q66. Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito.	6,133	1,684	3,652	1,944	16,365	,000***	1,364
Q67. Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee rifiutate o inconse.	4,079	2,213	6,445	1,497	15,514	,000***	1,252
Q71. Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa.	4,838	1,907	6,467	1,552	7,618	,009**	,936
Q75. Si parla delle interruzioni, delle sospensioni del trattamento o della fine della terapia.	5,602	1,605	3,955	1,105	5,196	,029*	1,195
Q79. Il terapeuta commenta i cambiamenti dell'umore o degli affetti del paziente.	4,794	1,306	5,688	1,243	4,411	,043*	,701
Q81. Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente per aiutarlo a sentirli in modo più profondo.	7,233	1,341	6,022	1,866	5,340	,027*	,745
Q63. Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta	7,888	1,508	6,241	1,632	10,158	,003**	,048
Q87. Il paziente è controllante.	3,832	1,188	5,222	1,766	8,440	,006**	,923
Q91. Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia e della fanciullezza sono oggetto di discussione.	4,919	2,257	3,510	1,906	3,977	,050*	,674
Q99. Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente.	4,040	2,022	6,443	1,661	4,839	,034*	1,298
Q100. Il terapeuta interpreta il transfert.	4,540	2,064	2,733	1,579	8,294	,007**	,983

*p<,05, **p<,01, ***p<,000

la propria dipendenza dal terapeuta ($F=8,474$, $\text{sig.}=.006$), *Q66. Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito* ($F=16,365$, $\text{sig.}=.000$). Per i pazienti introiettivi, alcuni item più rilevanti che discriminano in modo significativo rispetto ai pazienti anaclitici sono: *Q35 L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo* ($F=4,331$, $\text{sig.}=.045$), *Q67 Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee rifiutate o inconsce* ($F=15,514$, $\text{sig.}=.000$), *Q71. Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa* ($F=7,618$, $\text{sig.}=.009$), *Q99. Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente* ($F=4,839$, $\text{sig.}=.034$). Tutti i risultati sono significativi al di là dell'effetto delle covariate (alto funzionamento: $\text{Lambda } \lambda \text{ di Wilks}=.25$; andamento dell'alleanza terapeutica: $\text{Lambda } \lambda \text{ di Wilks}=.13$).

3.6 Discussione

Questo lavoro si è proposto di studiare il rapporto tra i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e gli interventi del terapeuta in un campione di pazienti anaclitici e introiettivi.

Rispetto alle differenze tra anaclitici e introiettivi (*Obiettivo 1*) i dati ottenuti sono in linea con le ipotesi. Il focus sulla relazione terapeutica caratterizza maggiormente i pazienti anaclitici rispetto ai pazienti introiettivi, sia per quanto riguarda lo stile di rottura sia per i processi collaborativi. In particolare, i pazienti anaclitici si caratterizzano soprattutto per rotture dirette di tipo *DMR2 Relazione* e i pazienti introiettivi per una maggiore tendenza al ritiro (*IRM1 Evitamento linguistico* e *IRM4 Acquiescenza*). Anche rispetto agli interventi del terapeuta emerge una maggiore presenza di interventi di tipo diretto (focus sulla relazione terapeutica) con i pazienti anaclitici e di tipo indiretto (nessun focus specifico sulla relazione terapeutica) con i pazienti introiettivi. Inoltre, sono emersi alcuni risultati inattesi: (a) con i pazienti anaclitici i terapeuti utilizzano con più frequenza interventi focalizzati sugli affetti (*CPPS1. Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente*) e l'esplorazione di sogni e fantasie e ricordi

infantili (CPPS 19. *Il terapeuta incoraggia la discussione del paziente su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia*). Tali pazienti infatti tendono a essere più facilmente travolti da affetti negativi e più orientati all'assorbimento in sogni, fantasie o ricordi. (b) È da notare che i pazienti introiettivi tendono a evocare nei clinici degli interventi di rottura di tipo *RI4 Perseverazione*, che può essere considerato in un certo senso il rovescio della medaglia dell'*IRMI Evitamento linguistico* (il paziente tende a divagare, passa da un tema all'altro, si dilunga eccessivamente su dettagli futili o fornisce risposte brevi e tangenziali). La maggiore frequenza di questo tipo di rottura del terapeuta può far pensare a un tentativo del terapeuta di orientare il focus del discorso dinanzi a un continuo divagare dei pazienti introiettivi, che appaiono più difesi e in un certo senso più "ermetici" alla relazione. I pazienti introiettivi tendono a manifestare processi collaborativi di tipo indiretto del tipo *ICP3 Pattern e significati* e i clinici tendono di più a impegnarsi nella risignificazione degli eventi (CPPS 13. *Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente*). La maggiore tendenza all'acquiescenza di questi pazienti sembra associata inoltre a un atteggiamento didattico del terapeuta (CPPS 20. *Il terapeuta interagisce con il paziente in modo didattico*). Questi risultati da un lato sembrano in linea con la presenza di differenti modalità nella regolazione dei bisogni di *relatedness* e *agency* come anticipato da Safran e Muran (2000), dall'altro sembrano delineare come tali differenze possano influenzare il processo terapeutico (Blatt et al., 2010).

Rispetto all'individuazione degli interventi predittivi della collaborazione del paziente (*Obiettivo 2*), i risultati emersi sono coerenti con le ipotesi. Gli interventi diretti, e soprattutto il *DCI4 Metacomunicazione* predice in modo significativo il punteggio globale di collaborazione nei pazienti anaclitici rispetto ai pazienti introiettivi. Gli interventi indiretti hanno un effetto predittivo del punteggio globale di collaborazione nei pazienti introiettivi, a eccezione dell'intervento *ICI3 Pattern e significati* che predice significativamente il punteggio di collaborazione anche nei pazienti anaclitici. Per quanto riguarda le specifiche risposte del paziente, gli interventi con focus

sulla relazione terapeutica (*CPPS 7. Il terapeuta focalizza la discussione sulla relazione terapeutica*) predicono un'omologa risposta del paziente (processi collaborativi diretti) in entrambi i gruppi di pazienti. Allo stesso tempo, il focus sugli affetti mostra un effetto predittivo sia sui processi collaborativi sia sui marker di rottura, come evidenziato dai risultati sia relativi alla CIS sia al CPPS. In particolare, nei pazienti anaclitici il *DCI2 Affetti* predice in modo significativo il corrispondente processo collaborativo (*DGP2 Affetti*) ma anche una rottura diretta (*DMR2 Relazione*). Similmente, l'item *CPPS 8. Il terapeuta incoraggia il paziente a provare ed esprimere sentimenti durante la seduta* è predittivo di *DGP2* ma allo stesso tempo si può osservare che il *CPPS 1. Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per es., rabbia, invidia, etc.)* predice una rottura di tipo *DRM2*. Nei pazienti introiettivi, il *ICI2 Affetti* è predittivo di una simile risposta del paziente (*ICP2 Affetti*) ma anche di una rottura indiretta (*IRM2 Evitamento affettivo*). Il focus sugli affetti può promuovere l'esplorazione affettiva del paziente ma allo stesso tempo aumenta la possibilità di andare incontro a momenti di rottura dell'alleanza (Safran e Muran, 2000). Questi dati sembrano far pensare che gli interventi più espressivi siano caratterizzati da "high risk, high gain", ovvero suscettibili di ottenere una maggiore elaborazione a condizione che si riesca a tollerare il costo di un elevato rischio di rottura (Gabbard et al., 1994). Il focus sugli affetti e/o sulla relazione è connesso con outcome più positivi (Diener, Hilsenroth, Weinberger, 2007) e miglioramenti nell'AT (Foreman e Marmar, 1985), ma non è efficace allo stesso modo con tutti i pazienti. Parallelamente, si può osservare come il *DCI4 Metacomunicazione* è anche predittivo del punteggio di rottura nei pazienti anaclitici. Questo sembra coerente con il modello di risoluzione delle rotture proposto da Safran e Muran (2000), secondo il quale l'esplorazione della rottura in atto e il tentativo di una sua risoluzione può generare un'escalation che in una fase iniziale esaspera il clima di rottura e solo in un secondo momento si può riuscire a mettere in atto un processo di negoziazione e andare incontro a una riparazione dell'alleanza terapeutica. Un altro aspetto rilevante riguarda il fatto che anche interventi più "neutri" non specificamente orientati sulla relazione terapeutica tendono a predire

una differente risposta nei due tipi di pazienti. Per esempio, gli interventi *CPPS 5. Il terapeuta focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del paziente attraverso il tempo, le situazioni o le persone* e il *CPPS 4. Il terapeuta fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del paziente e le esperienze del passato* predicono entrambi un processo collaborativo caratterizzato dal riconoscimento di pattern ricorrenti, che è di tipo diretto *DCP3 Pattern e significati* nei pazienti anaclitici e di tipo indiretto *ICP3 Pattern e significati* nei pazienti introiettivi. In altre parole, gli anaclitici tendono più a essere elicitati sul piano della relazione terapeutica, che per questi pazienti rappresenta un tema dominante, gli introiettivi invece tendono a manifestare una maggiore inclinazione per l'esplorazione delle proprie dinamiche interne, più orientati verso il sé che verso l'altro. La dialettica in scena sembra riconducibile a una situazione del tipo "conoscere Sé in presenza dell'altro versus 'usare' l'altro/la relazione per raggiungere una maggiore conoscenza di Sé" (Safran e Muran, 2000). Tale dinamica sembra in qualche modo connessa da un lato all'annosa diatriba insight vs relazione (oggi peraltro superata) e dall'altro al dibattito tuttora in corso relativo al peso specifico giocato da fattori tecnici e relazionali nel processo di cambiamento.

Rispetto alle caratteristiche del processo terapeutico nelle sedute con pazienti anaclitici e introiettivi (*Obiettivo 3*), i dati sono coerenti con le ipotesi. I pazienti anaclitici sono descritti maggiormente da temi relativi alle relazioni interpersonali (*Q63. Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta*) e alla dipendenza (*Q33. Il paziente parla di sentimenti relativi alla vicinanza e al bisogno di qualcuno*), oltre che da un atteggiamento empatico (*Q6. Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, sintonizzato ed empatico*) e supportivo (*Q45. Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo*) del terapeuta. I pazienti introiettivi tendono a essere più delineati da temi relativi all'immagine di sé (*Q35. L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo*), al senso di inadeguatezza (*Q59. Il paziente si sente inadeguato e inferiore*), da un atteggiamento del terapeuta più orientato all'esplorazione (*Q31. Il*

terapeuta chiede più informazioni o una maggiore elaborazione) e alla promozione di una maggiore elaborazione (Q3. *Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente*). È da notare che tra le caratteristiche meno descrittive emerge il lavoro sul transfert (Q100. *Il terapeuta [non] interpreta il transfert*). Tali risultati sono avvalorati dalla MANCOVA che ha identificato quali sono le caratteristiche che più distinguono i due gruppi di pazienti. In particolare, il ricorso a tecniche più supportive (Q45. *Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo* e Q66. *Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito*) insieme a un maggiore focus sulla relazione terapeutica (Q100. *Il terapeuta interpreta il transfert*) e sugli affetti (Q81. *Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente per aiutarlo a sentirli in modo più profondo*) per i pazienti anaclitici; l'adozione di interventi più espressivi con i pazienti introiettivi (Q67. *Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee rifiutate o inconsce* e Q99. *Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente*).

Alcuni risultati appaiono peraltro inattesi o discordanti con le ipotesi iniziali. In particolare, per quanto riguarda gli interventi supportivi che non hanno un effetto significativo sulla collaborazione nei pazienti anaclitici. Probabilmente ciò può essere attribuito alle caratteristiche specifiche del campione. Tra i pazienti anaclitici quelli con disturbi depressivi e somatici rappresentano circa la metà del totale, che notoriamente sono caratterizzati da modalità del tipo “Help rejecting complaining”, ovvero dalla tendenza a lamentarsi ma rifiutare l'aiuto, per cui i tentativi del terapeuta di supportare e rassicurare il paziente possono cadere nel vuoto senza sortire alcun effetto. Inoltre, molti dei pazienti presentano una compromissione sintomatologica e caratteristiche di basso funzionamento.

Sebbene siano da considerarsi dati preliminari, complessivamente i risultati ottenuti sono in linea con alcuni lavori esplorativi (Colli et al., 2016; Erhardt et al., 2015; Gentile et al., 2018). L'indagine sulle caratteristiche distintive tra pazienti anaclitici e introiettivi sembra collocarsi in

un filone di ricerca ancora in parte inesplorato rispetto allo stile di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica (Luyten, Lowyck, Blatt, 2017).

Come evidenziano Colli e Lingiardi (2014, p. 649), “La possibilità del clinico di ragionare in termini di pattern interpersonali che ci si può mediamente attendere con determinate popolazioni cliniche può fornire un importante aiuto nel fronteggiare eventuali peggioramenti nella qualità della relazione con il paziente e dunque arginare il rischio di interruzioni improvvise e unilaterali del trattamento (drop-out). Al tempo stesso il clinico può disporre di uno strumento privilegiato di accesso alle dinamiche psicopatologiche centrali del paziente”.

I risultati sembrano suggerire in primo luogo la necessità di un modello complesso e multidimensionale per la comprensione del “What works for whom?... and how?” (Roth e Fonagy, 2004). Comprendere quali siano gli interventi più efficaci con specifici tipi di pazienti può avere notevoli ricadute sul piano clinico e del trattamento, sia nei termini di una maggiore possibilità di cambiamento terapeutico sia nei termini di una prevenzione del drop out. L'efficacia di un intervento va considerato non solo rispetto al timing e al qui e ora della seduta, ma anche rispetto al funzionamento globale, il livello sintomatologico e difensivo del paziente in un dato momento della terapia. I dati ottenuti sembrano in accordo con la letteratura sugli interventi del terapeuta che ha sottolineato l'importanza del tailoring degli interventi del terapeuta al fine di modulare una “psicoterapia su misura” del paziente (Horwitz, Allen, Gabbard, et al., 1996).

Elementi di innovazione rispetto allo stato dell'arte

Lo studio del rapporto tra interventi del terapeuta e alleanza ha permesso di identificare alcune tecniche che hanno un impatto positivo sull'alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2001; Hilsenroth et al., 2012). Alla luce della letteratura si può però affermare che non è stata ancora indagata l'esistenza di una differenza nell'effetto degli interventi del terapeuta focalizzati sulla risoluzione delle rotture dell'alleanza su pazienti con specifiche caratteristiche (personalità con orientamento

anaclitico vs introiettivo). Nessuna ricerca ha finora indagato la relazione tra orientamento introiettivo anaclitico e le rotture dell'alleanza (Luyten, Lowyck, e Blatt, 2017). Non è ancora chiaro come pazienti con stili diversi rispondano agli episodi di rottura e ai tentativi di riparazione del terapeuta. Lo studio dei predittori di risposta del paziente agli interventi del terapeuta consente di calibrare il tipo di interventi più adatto a pazienti con determinate caratteristiche al fine di una gestione adeguata dei momenti di rottura dell'alleanza in un'ottica di prevenzione del drop out.

Gli studi finora condotti hanno utilizzato valutazioni globali dell'alleanza (valutazioni iniziali o una singola seduta) misurate soprattutto attraverso self-report per identificare la relazione tra queste variabili e l'outcome del trattamento (Kivlighan e Shaughnessy, 2000; Stevens et al., 2007; Stiles et al., 2004). Per la natura stessa del costrutto, che considera la relazione terapeutica un processo continuo di co-costruzione intersoggettiva, lo studio dei processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica richiede l'uso di valutazioni microanalitiche ripetute nel tempo (Flückiger, Del Re, Wampold, Horvath, 2018; Holmqvist Larsson, Falkenström, Andersson, Holmqvist, 2018). Pertanto, questo progetto di dottorato introduce due importanti elementi innovativi sul piano metodologico: (a) il tipo di indagine microanalitica per lo studio dei PRRAT basata sull'uso di trascrizioni di sedute; (b) l'utilizzo di diversi vertici di osservazione dei dati (una valutazione multistrumentale). La convergenza tra i diversi strumenti utilizzati consente di avere una visione integrata del fenomeno oggetto di indagine.

3.7 Limiti e prospettive future

Il principale limite di questa ricerca riguarda la non generalizzabilità dei risultati. Va considerato in primis che il lavoro è uno studio naturalistico a campionamento non casuale e tale modalità potrebbe inficiare la relazione rilevata tra le variabili oggetto di indagine (per esempio non è possibile studiare le caratteristiche di chi non accetta di fornire il consenso alla registrazione delle sedute). Allo stesso tempo però non va sottovalutato il vantaggio di una validità ecologica più

vicina alla pratica clinica quotidiana.

Un altro aspetto da tenere presente è che si tratta di uno studio esplorativo, i cui risultati sono da considerarsi parziali ed è necessario sia un ampliamento del campione sia un approfondimento del livello di indagine. Un ulteriore limite è di natura metodologica. Lo studio dei predittori di risposta del paziente probabilmente richiede di essere indagato in modo più accurato mediante il ricorso a metodologie di analisi più sofisticate, come le analisi sequenziali, per individuare i pattern di risposta ricorsivi tra paziente e terapeuta. In questa fase la parziale presenza di dati relativi all'esito—sia rispetto alla singola seduta (per esempio, la profondità o l'insight) sia rispetto al trattamento—non hanno consentito di indagare l'associazione con l'outcome.

In merito agli sviluppi di ricerca futuri sarebbe auspicabile replicare lo studio su un campione più omogeneo e/o su specifiche categorie cliniche (per esempio, specifici disturbi di personalità). Sarebbe altresì interessante mettere a confronto sedute con un andamento dell'alleanza crescente versus decrescente in modo da esplorare il differente impatto degli interventi del terapeuta in rapporto al clima di collaborazione nel qui e ora della seduta. In altre parole, l'effetto positivo o negativo di un intervento del terapeuta non va considerato nel vuoto ma nel contesto della seduta, che può essere collaborativa (andamento crescente dell'alleanza) o al contrario caratterizzata da una serie di rotture (andamento decrescente dell'alleanza). Infine, analizzare il possibile effetto di mediazione e/o moderazione di altre variabili quali il funzionamento globale, lo stile di attaccamento o difensivo del paziente potrebbe rappresentare un ulteriore livello di indagine per ricerche successive.

Conclusioni

*La formulazione di un problema è spesso
più essenziale della sua soluzione.*

Albert Einstein, 1932

Il mio lavoro di dottorato si è proposto di indagare congiuntamente i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica e gli interventi del terapeuta mettendo a confronto pazienti con orientamento anaclitico e introiettivo. L'obiettivo generale è stato identificare le caratteristiche differenziali di questi due tipi pazienti nel processo terapeutico, al fine di delineare un quadro mediamente atteso di come un clinico possa relazionarsi in modo proficuo con questi pazienti, ovvero promuovere un clima di collaborazione in seduta e negoziare i momenti di rottura attraverso modalità "patient-tailored". In linea con la letteratura, i dati hanno mostrato che i pazienti anaclitici tendono più a essere elicitati sul piano della relazione terapeutica, che per questi pazienti rappresenta un tema sensibile, i pazienti introiettivi invece tendono a manifestare una maggiore inclinazione per l'esplorazione delle proprie dinamiche interne, più orientati verso il sé che verso l'altro. La dialettica in scena sembra riconducibile a una situazione del tipo "conoscere Sé in presenza dell'altro versus 'usare' l'altro/la relazione per raggiungere una maggiore conoscenza di Sé" (Safran e Muran, 2000).

Tale dinamica sembra in qualche modo connessa da un lato all'annosa diatriba insight vs relazione (oggi peraltro superata) e dall'altro al dibattito tuttora in corso relativo al peso specifico giocato da fattori tecnici e relazionali nel processo di cambiamento.

La questione rimane aperta a molteplici risvolti. Svariati sono i possibili percorsi che si snodano a partire da uno stesso intervento del terapeuta. Le dimensioni da considerare sono molte e riguardano sia il paziente (stile anaclitico/introiettivo, personalità, stile di attaccamento, livello difensivo, funzionamento globale etc.), sia il terapeuta (stile d'intervento del terapeuta, variabili del terapeuta), sia la relazione terapeutica (il clima di collaborazione della seduta, l'andamento dell'alleanza terapeutica, il matching tra paziente e terapeuta) e tutte insieme interagiscono nel determinare l'effetto finale. La complessità delle variabili coinvolte richiede dunque l'adozione di un modello multidimensionale che tenga conto del ruolo dei diversi fattori in gioco per una comprensione più integrata del fenomeno. Probabilmente il tentativo di dare una risposta al *What works for whom... and how?* richiede inevitabilmente di ampliare la questione fino a includere il "quando". In quali condizioni specifiche un intervento può realmente essere efficace in termini di promozione della collaborazione in seduta? Dipende. Come è stato detto, bisogna considerare il qui e ora della seduta, il timing dell'intervento, la sua adeguatezza rispetto al livello di funzionamento del paziente in un preciso momento della terapia, il livello difensivo del paziente, la sua capacità riflessiva, il livello di insight, e così via. Allo stato attuale pertanto la risposta che sembra più probabile alla luce dei dati a disposizione non può che rimandare alla relativizzazione del problema e alla declinazione di diverse possibilità. Forse può essere utile ripensare il rapporto tra interventi e alleanza terapeutica da una relazione di tipo lineare (processo → esito) a una relazione di tipo circolare e a spirale che si complessifica nel suo percorso. Si può fare ricorso a un'immagine evocativa che in un certo senso sembra rimandare non tanto a un labirinto, la cui via d'uscita va esplorata e tracciata (un intervento del terapeuta produce un dato effetto su un tipo di paziente), ma più a una matassa da sbrogliare i cui fili si intrecciano e si aggrovigliano seguendo i percorsi individuali e le specificità di ciascun paziente (un intervento può essere efficace con un paziente con certe caratteristiche solo in alcune condizioni ben precise).

Conclusioni

La sfida per i clinici è riuscire a tenere insieme i fili dell'incontro terapeutico (il matching paziente/terapeuta) per tessere insieme una trama condivisa (la relazione terapeutica) che possa essere modulata in base ai bisogni di *relatedness* e *agency* nel corso del processo di negoziazione intersoggettiva.

Collaborative Interactions Scale (CIS-R)
(Colli, Gentile, Condino, Lingiardi, 2014, 2017)

CIS-Paziente

MARKER DI ROTTURA DIRETTA (DRM)

- DRM1 *Compiti/Obiettivi/Parametri*. Il paziente è in disaccordo con il terapeuta rispetto a compiti e/o obiettivi della terapia e/o mostra insofferenza nei confronti dei parametri della terapia (per es., orario e frequenza delle sedute, pagamento).
- DRM2 *Relazione*. Il paziente critica la qualità della relazione terapeutica e/o il terapeuta come persona e/o per le sue competenze.
- DRM3 *Scoraggiamento*. Il paziente esprime dubbi sul sentirsi meglio e/o sul continuare a venire in terapia. Lamenta la mancanza di progressi.

MARKER DI ROTTURA INDIRETTA (IRM)

- IRM1 *Evitamento linguistico*. Il paziente tende a saltare continuamente da un argomento all'altro, spende molto tempo a parlare di altre persone o fatti non significativi, si esprime in modo eccessivamente ridondante, fornisce risposte tangenziali agli interventi del terapeuta o al contrario dà risposte brevi a domande aperte.
- IRM2 *Evitamento affettivo*. Il paziente utilizza strategie di ritiro affettivo (nega evidenti stati affettivi, intellettualizza la propria esperienza interna).
- IRM3 *Strategie di regolazione dell'autostima*. Il paziente mette in atto strategie di accrescimento dell'autostima o al contrario si critica in modo eccessivo.
- IRM4 *Acquiescenza*. Il paziente interagisce in maniera acquiescente.

PROCESSI COLLABORATIVI DIRETTI (DCP)

- DCP1 *Compiti/Obiettivi*. Il paziente parla dei compiti e/o degli obiettivi della terapia al fine di negoziarli con il terapeuta.
- DCP2 *Affetti*. Il paziente parla dei propri bisogni riguardo la terapia e/o il terapeuta, e/o dei propri sentimenti, pensieri, rende chiara l'intensità e/o la qualità dei propri sentimenti e/o l'atteggiamento verso il terapeuta e /o verso la terapia.
- DCP3 *Pattern significativi*. Il paziente parla del significato di un evento verificatosi nella relazione terapeutica, connette un episodio con il terapeuta ad altri episodi esterni alla terapia, riconosce schemi e modelli ricorrenti.

PROCESSI COLLABORATIVI INDIRETTI (ICP)

- ICP1 *Fatti*. Il paziente parla di nuovi fatti significativi, introduce un argomento o un elemento in terapia.
- ICP2 *Affetti*. Il paziente parla dei propri sentimenti e/o pensieri, rende chiara l'intensità e la qualità dei propri sentimenti.
- ICP3 *Pattern significativi*. Il paziente parla del significato di eventi o connette un tema a un altro o a un pattern ricorrente.

CIS–Terapeuta

INTERVENTI COLLABORATIVI DIRETTI (DCI)

DCI1 *Compiti/Obiettivi*. Il terapeuta si focalizza su compiti e obiettivi della terapia.

DCI2 *Affetti*. Il terapeuta si focalizza su sentimenti e/o pensieri, aiutando il paziente a fare chiarezza sull'intensità e/o sulla qualità dei suoi sentimenti; il terapeuta si concentra sull'atteggiamento del paziente verso il terapeuta o la terapia e/o sui desideri/affetti del paziente riguardo il terapeuta e/o la terapia.

DCI3 *Pattern significativi*. Il terapeuta si focalizza sul significato di un episodio con il paziente, connette un evento in seduta a un altro tema o identifica un pattern nella relazione con il paziente.

DCI4 *Metacomunicazione*. Il terapeuta fa una metacomunicazione al paziente al fine di superare un'impasse, riparare una rottura dell'alleanza, o migliorare il livello di collaborazione con il paziente.

INTERVENTI COLLABORATIVI INDIRETTI (ICI)

ICI1 *Fatti*. Il terapeuta si focalizza sui fatti significativi e/o introduce temi o elementi all'interno di un tema.

ICI2 *Affetti*. Il terapeuta si focalizza su sentimenti e/o pensieri, aiuta il paziente a rendere chiara l'intensità o la qualità dei propri sentimenti.

ICI3 *Pattern significativi*. Il terapeuta parla del significato di eventi o connette un tema a un altro o a un pattern ricorrente, etc.

INTERVENTI DI ROTTURA (RI)

RI1 *Evitamento linguistico*. Il terapeuta cambia all'improvviso argomento.

RI2 *Evitamento Affettivo*. Il terapeuta parla in gergo tecnico o intellettualizza. Gli interventi non sono focalizzati sull'esperienza concreta del paziente.

RI3 *Ostilità*. Il terapeuta è ostile, sarcastico, e/o sembra competere con il paziente.

RI4 *Perseverazione*. Il terapeuta sembra insistere in modo eccessivo su un determinato argomento. Non è sintonizzato con le risposte del paziente.

RI5 *Mancanza di chiarezza*. Gli interventi del terapeuta sono confusi sul piano formale o del significato. Gli interventi non sono di facile comprensione.

INTERVENTI DEL TERAPEUTA (TI)

TI1 *Interventi supportivi*. Hanno l'obiettivo di sostenere il funzionamento del paziente, possono riflettere tentativi del terapeuta di immedesimarsi con il paziente, essere diretti a rinforzare comportamenti e atteggiamenti positivi e costruttivi, o essere volti a esprimere opinioni su questioni che possono essere fonte di preoccupazione per il terapeuta o per il paziente. Sono esempi di questo tipo i consigli, gli elogi, le validazioni empatiche, i rispecchiamenti).

TI2 *Interventi esplicativi*. Hanno l'obiettivo di spiegare qualcosa al paziente, per esempio interventi psicoeducativi, spiegazioni sul trattamento o sul rationale alla base della terapia, informazioni sul tipo di disturbo o i sintomi del paziente, etc.

TI3 *Interventi esplorativi*. Hanno l'obiettivo di esplorare e promuovere l'elaborazione del paziente. Sono esempi di questo tipo le chiarificazioni, le domande aperte, le riformulazioni, l'incoraggiamento a elaborare.

TI4 *Interventi espressivi*. Sono comunicazioni in cui è predominante l'assetto interpretativo. Il terapeuta può connettere affetti, temi del passato o del presente, mettere in evidenza un comportamento senza dare una spiegazione o fare una connessione, o portare l'attenzione su temi che il paziente tende a evitare. Sono esempi di questo tipo le interpretazioni, le confrontazioni, le osservazioni.

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)

Terapeuta _____		Seduta # _____
Paziente ID _____		Rater _____

Istruzioni: Utilizzando la scala fornita di seguito, si prega di valutare quanto ogni affermazione sia caratteristica della seduta. Indicare il numero relativo al punteggio di valutazione lungo la linea posta accanto a ogni item.

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla Caratteristico		Talvolta Caratteristico		Caratteristico		Estremamente Caratteristico

(1)	Il terapeuta incoraggia l'esplorazione di sentimenti penosi per il paziente (per esempio, rabbia, invidia, eccitazione, tristezza o felicità).	___
(2)	Il terapeuta fornisce consigli espliciti o suggerimenti diretti al paziente.	___
(3)	Il terapeuta introduce in modo attivo gli argomenti di discussione e le attività terapeutiche.	___
(4)	Il terapeuta fa delle connessioni tra i sentimenti o le percezioni attuali del paziente e le esperienze del passato.	___
(5)	Il terapeuta focalizza l'attenzione sulle somiglianze delle relazioni del paziente attraverso il tempo, le situazioni o le persone.	___
(6)	Il terapeuta focalizza la discussione sui sistemi di credenze patogene e irrazionali del paziente.	___
(7)	Il terapeuta focalizza la discussione sulla relazione terapeutica.	___
(8)	Il terapeuta incoraggia il paziente a provare ed esprimere sentimenti nel corso della seduta.	___
(9)	Il terapeuta suggerisce specifiche attività o compiti da svolgere al di fuori della seduta.	___
(10)	Il terapeuta si focalizza sull'evitamento da parte del paziente di temi importanti e sui cambiamenti d'umore.	___
(11)	Il terapeuta spiega il razionale alla base della sua tecnica o del suo approccio al trattamento.	___
(12)	Il terapeuta focalizza la discussione sulle situazioni di vita futura del paziente.	___
(13)	Il terapeuta suggerisce modi alternativi per comprendere esperienze o eventi non riconosciuti in precedenza dal paziente.	___
(14)	Il terapeuta identifica pattern ricorrenti nelle azioni, nei sentimenti e nelle esperienze del paziente.	___
(15)	Il terapeuta fornisce al paziente informazioni e dati riguardo ai suoi sintomi attuali, al disturbo, o al trattamento.	___
(16)	Il terapeuta permette al paziente di iniziare la discussione su temi significativi, eventi ed esperienze.	___
(17)	Il terapeuta suggerisce in modo esplicito al paziente di mettere in pratica tra una seduta e l'altra il comportamento appreso in terapia.	___
(18)	Il terapeuta insegna al paziente tecniche specifiche per gestire i sintomi (tecniche di coping).	___
(19)	Il terapeuta incoraggia la discussione del paziente su desideri, fantasie, sogni o ricordi della prima infanzia (positivi o negativi).	___
(20)	Il terapeuta interagisce con il paziente in modo didattico.	___

Prototype Matching of Anaclitic-Introjective Personality Configuration (PMAI)

Tradotto da Werbart, e Forsström (2014, p. 18) e da Werbart, Aldén, Diedrichs (2017, p. 43)

Prototype Matching dell'orientamento anaclitico e introiettivo

1. Nessuna o poca corrispondenza (la descrizione non si applica)
2. Qualche corrispondenza (la persona ha qualcuna di queste caratteristiche)
3. Moderata corrispondenza (la persona ha significative caratteristiche di questo prototipo)
4. Buona corrispondenza (la persona è simile alla descrizione prototipica)
5. Corrispondenza molto buona (la persona esemplifica questo tipo di personalità; caso prototipico)

I soggetti anaclitici sono preoccupati da temi di relazione con gli altri significativi. Essi tentano di mantenere la vicinanza, relazioni intime e hanno difficoltà a mettere dei limiti con gli altri. Essi tendono a soddisfare e ingraziarsi gli altri allo scopo di piacere (di essere benvenuti) e facilmente si coinvolgono in relazioni da cui sentono di poter trarre dei vantaggi. Tendono a idealizzare ed essere influenzati dagli altri. Tendono a prendersi cura degli altri e cercano di giungere a una riconciliazione in caso di conflitto. La sessualità è usata a servizio di vicinanza, intimità e relazionalità. Essi sono emotivamente naive, fiduciosi, concentrati sul presente, seducenti, focalizzati sugli affetti, ma allo stesso tempo possono essere timorosi di forti sentimenti nelle relazioni con gli altri. Spesso si sentono soli, abbandonati, helpless e scoraggiati. Essi tendono a essere passivi e a rimanere silenziosi, tengono il broncio invece di obiettare. Sono distraibili, intuitivi, il loro pensiero è figurativo, facilmente influenzati dalle impressioni e focalizzati sui

sentimenti. Cercano a tutti i costi di ottenere l'integrazione e la coesione e tendono a minimizzare le differenze. Queste caratteristiche possono a volte essere viste come una difesa contro i conflitti causati da una eccessiva competitività (per es., ottenere certi obiettivi).

I soggetti introiettivi sono preoccupati da temi relativi ai legami tra sé e gli altri. Essi lottano per l'autonomia, la razionalità, il potere e il prestigio. Sono assertivi, vogliono cavarsela da soli, funzionare in modo indipendente e ottenere risultati. Essi lottano per preservare un senso di sé come efficace e obiettivo, sotto controllo ed emotivamente neutrale. Tendono a essere ben organizzati, stabili, responsabili, affidabili, precisi, cauti e metodici. Essi vogliono imparare, prepararsi, conoscere e spesso sono percepiti dagli altri come lavoro-dipendenti ("work addict") e perfezionisti. Sono critici verso gli altri e facilmente si sentono criticati, di non essere abbastanza buoni, e prontamente confrontano se stessi con gli altri. Essi tendono a essere evitanti o distanzianti nelle loro relazioni e a usare l'aggressività a servizio della definizione di sé. Si focalizzano sul comportamento manifesto, sulla logica, la coerenza e la causalità. Il loro pensiero è analitico e letterale con la valutazione critica di dettagli ed elementi separati. Essi tendono a trascurare il contesto e acuire le differenze. Queste caratteristiche possono a volte essere viste come una difesa contro conflitti causati da bisogni soverchianti di intimità.

Il paziente si colloca più sul versante con punteggio di

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. *Psychotherapy Research, 8*, 71–83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64–75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Program. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 775–83.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(2), 171–185. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ackerman, S., Hilsenroth, M., & Knowles, E. (2005). Ratings of therapist dynamic activities and alliance early and late in psychotherapy. *Psychotherapy, 42*, 225–231.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (5a ed., DSM-5). Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2015.
- American Psychological Association (2012). Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, XLVII(3), 407–422.
- Aristotele (IV sec a.C.). *Metafisica*, cap. I, libro, II.
- Aron, L. (1996). *Menti che si incontrano*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003.
- Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy Research*, 6, 81–94.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*, Analytic Press, Hillsdale. (Tr. it. Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni, Raffaello Cortina, Milano 2003).
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73–87. doi: 10.1097/00131746-200503000-00002
- Bender, D. S. (2005). Therapeutic alliance. In J. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (pp. 405–420). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S., & Karpiak, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy*, 38, 487–491. doi:10.1037/0033-3204.38.4.487
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of Short-Term Psychodynamic-

Bibliografia

- Interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002), Distinctive activities of Cognitive-Behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671–706.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299–335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on analytic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project Revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691–724.
- Blatt, S. J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 494–520. doi:10.1080/07351690701310581
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experiences: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11749-000
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2010). Reactivating the psychodynamic approach to classify psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 483–514). New York: Guilford Press.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6(2), 187–254.

- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research, 20*, 37–54. doi:10.1080/10503300903121080
- Block, J. (1961). *The Q-Sort method in the personality assessment and psychiatric research*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Block, J. (1978). *The Q-Sort method in the personality assessment and psychiatric research*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
- Bion, W. R. (1976-77). *Discussioni con Bion*. Tr. it. Loescher, Torino 1984.
- Bion, W. R. (1977). “Cesura”. Tr. it. in *Il cambiamento catastrofico*. Loescher, Torino 1981.
- Bond, M., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(4), 301–318.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260.
- Charmann, D. (2004). (Ed.). *Process in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coady, N. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice, 1*, 122–138.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(1), 46–56. doi:10.1097/YCO.0000000000000119
- Colli, A., & Gentile, D. (2012, Settembre). *Fattori terapeutici in psicoterapia dinamica*. Relazione presentata al IX Congresso Nazionale SPR Italia, Salerno.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., Di Donato, V., & Lingiardi, V. (September, 2015). *Which kind of therapists' interventions discriminate between rupture and repairing sessions?* Paper presented in the 8th European Conference on Psychotherapy Research, Klagenfurt, Austria.

Bibliografia

- Colli, A., Condino V., Gentile, D., & Lingiardi, V. (2011, June). *Assessing changes in alliance ruptures with the Collaborative Interventions Rating Scales*. Paper presented at the 42nd Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi V. (2014a). *Collaborative Interactions Scale Revised (CIS-R). Coding manual*. Unpublished manuscript, Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza University, Rome, Italy.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi, V. (2014a). *La Collaborative Interactions Scale Revised Form*. Manuale non pubblicato. Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi V. (2014b, June). *A revised version of the Collaborative Interactions Scale: reliability and convergent validity*. Paper presented at the 45th International Annual Meeting SPR, Copenhagen, Denmark.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi, V. (2016, Ottobre). *Pattern di negoziazione intersoggettiva in pazienti anaclitici e introiettivi*. Relazione presentata al XI Congresso SPR Italia, Milano.
- Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi, V. (2017). Assessing alliance ruptures and resolutions: Reliability and validity of the Collaborative Interactions Scale-revised version. *Psychotherapy Research*, doi: 10.1080/10503307.2017.1414331
- Colli, A., Gentile, D., Tanzilli, A., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2016). Therapeutic interventions in the treatment of eating disorders: a naturalistic study. *Psychotherapy*, 53(2), 152–162.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità della IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie [Assesing therapeutic alliance with a transcript based method: Reliability of the IVAT revised version in the study of four single case]. *Ricerca in psicoterapia*, 10(1), 75–97.

- 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. *Psychotherapy Research, 19*(6), 718–734. doi: 10.1080/10503300903121098.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2014). La relazione terapeutica. In V. Lingiardi e F. Gazzillo (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi* (pp. 625-650). Milano: Raffaello Cortina.
- Colli, A., Speranza A.M., Gentile, D., Nassisi, V., Lingiardi, V., & Hilsenroth, M. (2015). Eating disorders and therapist emotional responses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 203*(11), 843–849. doi: 10.1097/NMD.0000000000000379
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 102–108. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D., ... Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy, 45*, 491–506. doi:10.1037/a0014335
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). (Eds.). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- DeFife, J. A., Haggerty, G., Smith, S. W., Betancourt, L., Ahmed, Z., & Ditkowsky, K. (2015). Clinical validity of prototype personality disorder ratings in adolescents. *Journal of Personality Assessment, 97*(3), 271–277. doi: 10.1080/00223891.2014.979493
- DeFife, J. A., Hilsenroth, M. J., & Gold, J. R. (2008). Patient ratings of psychodynamic psychotherapy session activities and their relation to outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(7), 5385-47. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817cf6d0
- Despland, J. N., De Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice Research, 10*(3), 155–164.

Bibliografia

- Di Riso, D., Colli, A., Chessa, D., Marogna, C., Condino, V., Lis, A., ... Mannarini, S. (2011). A supportive approach in psychodynamic-oriented psychotherapy. An empirically supported single case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *14*(1), 49–89.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 936–941.
- Doran, J. M., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2016a). The Alliance Negotiation Scale: a psychometric investigation. *Psychological Assessment*, *28*(8), 885–897. doi: 10.1037/pas0000222
- Doran, J. M., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2016b). An investigation of the relationship between the Alliance Negotiation Scale and psychotherapy process and outcome. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.22340
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, *22*(6), 710–719. doi:10.1080/10503307.2012.709326
- 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. *Psychotherapy Research*, *10*, 421–434. doi: 10.1093/ptr/10.4.421
- Erhardt, I. (2014). Bezogenheit und differenzierung in der therapeutischen dyad. Eine empirische untersuchung von psychoanalytischen und psychotherapeutischen v eranderungsprozessen [Relatedness and differentiation in the therapeutic dyad-an empirical investigation of psychoanalytic and psychotherapeutic change process]. Gießen: Psychosozial-Verlag. Citata in M. Leuzinger-Bohleber e H. K achele (Eds.), *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis. Third edition* (pp. 232–233). London, International Psychoanalytic Association, 2015.

- Erhardt, I., Mertens, W., Levy, R. A., Ablon, S. J., Kelley, J. M., Seybert, C., & Hörz-Sagstetter, S. (2015). *Anaclitic and introjective patients respond differently to therapeutic techniques*. Paper presented at the 8th European Conference on Psychotherapy Research, Klagenfurt, Austria. Book of abstract, p. 69.
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: an illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research, 22*(6), 621–37. doi: 10.1080/10503307.2012.693772
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. New York: Beth Israel Medical Center.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., Safran, J. D., & Hayes, J. A. (2010a). Interpersonal interventions for maintaining an alliance. In L. M. Horowitz & S. Strack (Ed.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 684–702). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., Safran, J. D., & Hayes, J. A. (2011). Interpersonal interventions for maintaining an alliance. In L. M. Horowitz & S. Stracks (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 519–531). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 317–328. doi: 10.1037/a0032258
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions (2nd ed.)*. New York, NY: Wiley.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi: 10.1037/pst0000172
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 142*, 922–926.

Bibliografia

- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, 7, 123–243. London: Hogarth Press, 1953.
- Freud, S. (1915). Instincts and their vicissitudes. *Standard Edition*, 14, 109–140. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. *Standard Edition*, 21, 64–145. London: Hogarth Press, 1961.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527–532.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Gabbard, G. O. (2004). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.
- 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. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(2), 599–569.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823–841.
- Gaston, L., Gallagher, D., Cournoyer, L., & Gagnon, R. (1988). Alliance, technique and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190–209.
- Gentile, D., Colli, A., Condino, V., & Lingiard, V. (2018). Therapist interventions and ruptures and resolutions of therapeutic alliance in anaclitic and introjective patients. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(s1), p. 24.
- Gentile, D., Di Donato, V., Colli, A., Lingiard, V., & Hilsenroth, M. J. (September, 2015). *Therapist's interventions and therapeutic alliance: A single case study*. Paper presented in the 8th European Conference on Psychotherapy Research. Klagenfurt, Austria.

- Gentile, D., & Tanzilli, A. (2015). *A contribution to the Italian validation of the Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)*. Paper presented in the XVII National Congress of the Italian Psychological Association Clinical and Dynamic Section, Milazzo, Italy. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, Suppl. 1B*, 3(2).
- Goldfried, M. R., Newman, C. F., & Hayes, A. M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*. Unpublished manuscript, State University of New York at Stony Brook.
- Gunderson, J. G. (2000). Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. In J. G. Gunderson & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychotherapy for personality disorders* (pp. 33–64). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Harper, H. (1989a). *Coding Guide I: Identification of confrontation challenges in exploratory therapy*. Sheffield, England: University of Sheffield.
- Harper, H. (1989b). *Coding Guide II: Identification of withdrawal challenges in exploratory therapy*. Sheffield, England: University of Sheffield.
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 27–31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768–774.
- Hill, C. E., Gelso, C. J., Chui, H., Spangler, P. T., Hummel, A., Huang, T., Jackson, J., ... Miles, J. R. (2014). To be or not to be immediate with clients: The use and perceived effects of immediacy in psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 24*(3), 299–315.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13–29. doi: 10.1080/10503300802621206

Bibliografia

- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating, exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 298–315. doi: 10.1037/a0013306
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 278–287.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Corbett, M. M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143–155.
- Hilsenroth, M. (2007). A programmatic study of short-term psychodynamic psychotherapy: Assessment, process, outcome and training. *Psychotherapy Research*, 17(1), 31–45.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., & Blagys, M. D. (2001). Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 29–47.
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., & Mooney, M. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349–357.
- Hilsenroth, M., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS). *Psychotherapy*, 42, 340–356.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T., & Ackerman, S. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 361–380). New York: Springer Press. Tr. it. in *La psicoterapia psicodinamica*

- basata sulla ricerca* (pp. 287–318). Raffaello Cortina, Milano 2015.
- Hilsenroth, M., Defife, J., Blagys, M., & Ackerman, S. (2006). Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. *Psychotherapy Research, 16*(3), 293–305.
- Hilsenroth, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Slavin-Mulford, J. (2015). Structured supervision of graduate clinicians in psychodynamic psychotherapy: Alliance and technique. *Journal of Counseling Psychology, 62*(2), 173–183.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A., Derubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., et al. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal therapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, Vanderbilt University.
- Holmqvist Larsson, M., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2018) Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research, 28*(1), 123–136. doi: 10.1080/10503307.2016.1174345
- Horowitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., 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.
- Horvath A. O., & Bedi R. P. (2002) The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-set*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley, CA.

Bibliografia

- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 306–316.
- Jones, E. E., Hall, S., & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 98–107). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10092-011
- Jones, E. E., Parke, L. A., & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multivariate description of brief dynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*, 16–30.
- Kasper, L., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M. jr. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 281–297. doi: 10.1037/a0013305
- Katz, M., & Hilsenroth, M. J. (2018). Psychodynamic technique early in treatment related to outcome for depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 25*, 348–358. doi: 10.1002/cpp.2167
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110–136.
- Kiesler, D. J. (1973). *The Process of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research*. New York, NY: Wiley.
- Kiesler, D. J., & Watkins, K. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 26*, 183–194.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 362–371.

- Kuutmann, K., & Hilsenroth, M. (2012). Exploring in-session focus on the patient–therapist relationship: Patient characteristics, process and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*, 187–202. doi:10.1002/cpp.743
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159–74. doi: 10.2307/2529310
- Lehmann, M. E., Levy, S. R., Hilsenroth, M. J., Weinberger, J., Fuertes, J., & Diener, M. D. (2015). Evaluating pretreatment patient insight as a factor in early therapeutic technique. *Journal of Psychotherapy Integration*, *25*(3), 199–213.
- Leuzinger-Bohleber, M., & Kächele, H. (2015). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis* (third ed.). London: International Psychoanalytic Association.
- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (Eds.). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 361–380). New York: Springer Press. (Tr. it. La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca. Raffaello Cortina, Milano 2015).
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, *20*(4), 413–422.
- Levy, S. R., Hilsenroth, M. J., & Owen, J. S. (2015). Relationship between interpretation, alliance, and outcome in psychodynamic psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *203*(6), 418–424.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, *50*, 413–418.
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2015). Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings. In O. C. G. Gelo, A. Pritz

Bibliografia

- & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research. Foundations, process, and outcome* (pp. 311–329). New York/Vienna: Springer. doi: 10.1007/978-3-7091-1382-0
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of session process and depth of elaboration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(4), 391–400. doi: 10.1037/a0025248
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (2005). Rotture nell'alleanza terapeutica: una lettura sistemico-diadica. *Infanzia e Adolescenza*, 4(2), 81–100.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 45–53. doi: 10.1080/10503300512x331327047
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Genova, F. (2012). L'efficacia delle terapie dinamiche: lo stato dell'arte della ricerca empirica. In L. Caparrotta & P. Cuniberti (a cura di), *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito* (pp. 263–306). Milano: Franco Angeli.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190–218.
- Lingiardi, V., Holmqvist, R., & Safran, J. D. (2016). The relational turn and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52, 275–312. doi: 10.1080/00107530.2015.1137177
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual. Second edition*. New York: Guilford Press. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2018.
- Lingiardi V., Shedler J., & Gazzillo F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 36–45.
- Lingiardi, V., Tanzilli, A., & Colli, A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response?. *Psychotherapy*, 52(2), 228–237. doi: 10.1037/a0037919

- Lingiardi, V., Tanzilli, A., Gentile, D., & Colli, A. (2015). Psychotherapy Process Q-set (PQS). Manuale di codifica (Aprile, 1985; Revisione Aprile 2009). In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca* (pp. 555–585). Milano: Raffaello Cortina.
- Livesley, W. J. (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality*, *69*, 253–276. doi:10.1111/1467-6494.00145
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, *68*, 172–183.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2015). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. Retrospect and prospect. *American Psychologist*, *68*(3), 172–183. doi: 10.1037/a0032243
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2016). A Hierarchical Multiple-Level approach to the assessment of interpersonal relatedness and self-definition: Implications for research, clinical practice, and DSM planning. *Journal of Personality Assessment*, *98*(1), 5–13. doi: 10.1080/00223891.2015.1091773
- Luyten, P., Lowyck, B., & Blatt, S. J. (2017). Mechanisms of change through the lens of two-polarities models of personality development: state of the art and new directions. *Psychoanalytic Inquiry*, *37*(3), 179–190. doi: 10.1080/07351690.2017.1285187
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(2), 262–270. doi:10.1177/0265407509360905
- Marmar, C. R., & Gaston, L. (1988). Manual for the California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA.

Bibliografia

- Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Jr., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy, 51*(3), 404–412. doi: 10.1037/a0031989.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Psychology, 68*, 438–450.
- Mayotte-Blum, J., Slavin-Mulford, J., Lehmann, M., Pesale, F., Becker-Matero, N., & Hilsenroth, M. (2012). Therapeutic immediacy across long-term psychodynamic psychotherapy: An evidence-based case study. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 27–40. doi:10.1037/a0026087
- Mergenthaler, E. (1999). Regole standardizzate delle sedute di psicoterapia. Tr. it. in *Psicoterapia, 14*, 21–29.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Mitchell, S. A. (1993). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influenza e autonomia in psicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- Muran, J. C. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12*(2), 113–138.
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice* (pp. 320–340). New York: Guilford Press.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Wallner Samstag, L., Eubanks-Carter, 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. *Psychotherapy, 46*, 233–248. doi: 10.1037/a0016085

- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy, 42*, 532–545. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Cawford, C. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 185–190.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy, 42*, 512–531.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 135–147. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.135
- Norcross, J. C. (2002). *Quando la relazione terapeutica funziona*. Tr. it. Sovera, Roma 2012.
- Norcross, J. C. (2011a). (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98–102.
- Owen, J. S., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 280–288
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS, 5th ed.). Unpublished manuscript, Cambridge University.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Azim, H. F., & Ogrodniczuk, J. S. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(2), 267–273.

Bibliografia

- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. (2004). Quality of object relations as a moderator of the relationship between pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 83*, 345–356.
- Pitman, S., Slavin-Mulford, J., & Hilsenroth, M. (2014). Psychodynamic techniques related to outcome for anxiety disorder patients at different points in treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*, 391–396.
- Price, J., Hilsenroth, M., Callahan, K., Petretic-Jackson, P., & Bonge, D. (2004). A pilot study of psychodynamic psychotherapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 378–391.
- Proskurov, B. (2006). *Psychometric properties of the Rupture Resolution Questionnaire (RRQ)*. New York: The New School for Social Research.
- Regan, A. M., & Hill, C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 168–174.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: the therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 86*, 294–314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Rocco, D., Gennaro, A., De Bei, F., Zanelli, D., & Condino, V. (2013). Development and characteristics of the Therapeutic Alliance in a short-term dynamic psychotherapy: a descriptive case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 33–41*. doi: 10.7411/RP.2013.005
- Rønningstam, E. (2012). Alliance building and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(8), 943–953. doi:10.1002/jclp.21898
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment*

- guide*. New York, NY: Guilford Press (Tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Bari 2003).
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, *43*, 286–29. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, *27*, 154–162.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, *48*(1), 80–87. doi: 10.1037/a0022140
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011a). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. In R. A. Levy & J. Stuart Ablon (Eds.), *Handbook of evidence based psychodynamic therapy*. New York: Human Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, *50*, 211–232. doi:10.1080/00107530.2014.880318
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011a). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011b). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, *48*, 80–87. doi:10.1037/a0022140
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L.W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 225–255). New York: John Wiley & Sons.

Bibliografia

- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Shapiro, D. A., & Startup, M. J. (1990). *Raters' manual for the Sheffield Psychotherapy Rating Scale (Memo 1154, MRC/ESRC)*. Sheffield, UK: University of Sheffield.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333–353.
- Shedler, J., & Westen, D., (2004). Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1–16.
- Shedler, J., & Westen, D., (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41–55. doi: 10.1080/00223890701357092
- Shedler, J., Westen, D., Lingiardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (nuova edizione). Milano: Raffaello Cortina.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420–428.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D., & Hilsenroth, M. J. (2013). Process and technique factors associated with patient ratings of session safety during Psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 67, 257-276.
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J., & Gold, J. (2011). Therapeutic interventions related to outcome in psychodynamic psychotherapy for anxiety disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 214–221.

- Smith, P., Hilsenroth, M. J., Fiori, K. L., & Bornstein, R. (2014). Relationship between SWAP–200 patient personality characteristics and patient–rated alliance early in treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(5), 372–378. doi: 10.1097/NMD.0000000000000134
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S., & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations. *Psychotherapy Research, 18*(4), 377–388. doi: 10.1080/10503300701675873
- Stein, M., Pesale, F., Slavin, J., & Hilsenroth, M. (2010). A training outline for conducting psychotherapy process ratings: An example using therapist technique. *Counselling & Psychotherapy Research, 10*, 50–59.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*, 109–129.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*, 109–129.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 176–185. doi:10.1037/0022-006X.48.2.176
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by notice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 3–12.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Agnew-Davis, R., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., ... Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture–repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 81–92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81

Bibliografia

- Stiles, W. B., Gordon, L. E., & Lani, J. A. (2002). Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 325–343). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. R., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a non-randomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 337–345.
- Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L., Lingiardi, V. (2015). Clinician emotional response and patient narcissistic personality disorder: a preliminary report. *Research in psychotherapy. Psychopathology, process and outcome, 18*(1), 1–9.
- Tasca, G. A., & McMullen, L. M. (1992). Interpersonal complementarity and antithesis within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy, 29*(4), 515–523. doi: 10.1037/0033-3204.29.4.515
- The Boston Change Processes Study Group (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. New York: Norton.
- Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005b). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry, 186*, 516–524.
- Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005b). A naturalistic study of psychotherapy for Bulimia Nervosa, Part 2. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(9), 585–595.
- Tronick, E. (1989). Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino. Tr. it. in C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina 1999.
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research, 23*(6), 646–657. doi: 10.1080/10503307.2013.843803

- Volkan Gülüm, I., Soygüt, G., Safran, J. D. (2018) A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 28(5), 685–707. doi: 10.1080/10503307.2016.1246765
- von Der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420–432. doi: 10.1080/10503300701810793.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence: Erlbaum.
- Werbart, A., & Forsström, D. (2014). Changes in anaclitic–introjective personality dimensions, outcomes and psychoanalytic technique: a multi-case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(4), 397–410. doi: 10.1080/02668734.2014.964295
- Werbart, A., & Levander, S. (2016). Fostering change in personality configurations: Anaclitic and introjective patients in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 33(2), 217–242. doi: 10.1037/pap0000022
- Werbart, A., Aldén, S., & Diedrichs, A. (2017). Changes in the anaclitic-introjective personality configurations following psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 30–42. doi: 10.4081/ripppo.2017.239
- Werbart, A., Hägertz, M., & Berg Ölander, N. (2018). Matching patient and therapist anaclitic–introjective personality configurations matters for psychotherapy outcomes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. doi: 10.1007/s10879-018-9389-8
- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, 11(1), 16–21. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.004
- Westen, D., Novotny, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported therapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.631

Bibliografia

- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 258–272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 273–285.
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM–V. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 109–126. doi: 10.1521/pedi.2000.14.2.109
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2011). An empirically-derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, *169*(3), 273–284. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020274.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winkelman, E., Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). *Rupture Resolution Questionnaire (RRQ)*. Unpublished measure, Beth Israel Medical Center, NY.
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance–outcome association. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(4), 579–591.

Sitografia

Italian Group for the Advancement of Psychodynamic Diagnosis: www.igapsyd.com

Laboratory of Personality and Psychopathology, Department of Psychiatry and Behavioral
Science, Emory University School of Medicine: www.psychsystems.net/lab

Society for Psychotherapy Research: www.psychotherapyresearch.org

The Psychodynamic Research Listserve: www.psychodynamicresearch.com

The Institute for Advanced Psychological Training: www.mmpi-info.com/pdm-blog