SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Psicologia

Corso di Dottorato in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo

Risposte emotive del terapeuta e personalità del paziente. Elementi metodologici, aspetti empirici e implicazioni cliniche relativi all'uso del *Therapist Response Questionnaire*

Tutor
Prof. Vittorio Lingiardi

Co-tutor
Prof. Franco Del Corno

Dottoranda:
Annalisa Tanzilli

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

Indice

Introduzione 4

Capitolo 1. La ricerca empirica sul controtransfert 7
1.1. Breve evoluzione del concetto di controtransfert in psicoanalisi 7
1.2. Primi tentativi di operazionalizzazione empirica del costrutto 8
1.3. Una review degli studi sulla ricerca empirica sul controtransfert 9
1.4. I principali strumenti di valutazione del controtransfert 16
1.4.1. Il Countertransference Factors Inventory (CFI) 16
1.4.2. L' Inventory of Countertransference Behavior (ICB) 17
1.4.3. Il Therapist Response Questionnaire (TRQ) 18

Capitolo 2. La diagnosi dei disturbi di personalità 21
2.1. Il DSM IV e il DSM-IV-TR: pregi e difetti 22
2.2. Il DSM-5 25
2.2.1. Il modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità del DSM-5
2.3. Le caratteristiche di una "buona" diagnosi 27
2.4. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) 32
2.4.1. Asse P 35
2.4.2. Asse M 36
2.4.3. Asse S 38
2.5. La SWAP-200 38
2.5.1. La SWAP-II 42

Capitolo 3. La ricerca 45
3.1. Studio 1: Risposte emotive del terapeuta e personalità del paziente: un'indagine empirica 47
3.2. Studio 2: Risposte emotive del terapeuta, personalità e sintomatologia del paziente: un'analisi mediazionale 58
3.3. Studio 3: La validazione italiana del Therapist Response Questionnaire (TRQ) 73

3.4. Studio 4: Disturbo narcisistico di personalità e risposte emotive del terapeuta 88

Conclusioni 98

Bibliografia 103

Introduzione

È noto che le risposte controtransferali possono fornire informazioni utili sulla personalità e il funzionamento interpersonale del paziente e rappresentare una fonte rilevante di conoscenza in base alla quale il clinico può calibrare e promuovere interventi terapeutici più mirati e efficaci (Gabbard, 2001, 2009; Hayes, Gelso, Hummel, 2011; Kernberg, 1984; McWilliams, 2011; OPD Task Force, 2008; PDM Task Force, 2006).

Concetti fondamentali della disciplina psicoanalitica, quali il *controtransfert complementare e concordante* (Racker, 1957), l'*identificazione proiettiva* e l'*enactment* (Klein, 1946; Bion, 1962, 1967; Ogden,1994), il *controtransfert oggettivo* (Winnicott, 1949) o la *responsività di ruolo* (Sandler, 1976), così come costrutti di derivazione diversa, quali il *ciclo interpersonale cognitivo* (Safran, 1984) o i *pattern di interazione diadica* (Burgoon, Stern, Dillman, 1985), condividono, seppur da vertici di osservazione anche molto distanti, l'idea che il paziente può indurre il clinico a sperimentare sentimenti e emozioni che riflettono in modo più o meno accurato le sue esperienze passate con altri significativi, e che le risposte emotive del terapeuta possono essere usate per comprendere meglio le problematiche affettive, cognitive o interpersonali centrali nel funzionamento psicologico del paziente (Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2001, 2009; McWilliams, 2011; OPD Task Force, 2008; PDM Task Force, 2006).

Tra le diverse popolazioni diagnostiche e cliniche, i pazienti con disturbi di personalità sono caratterizzati da tratti disfunzionali, pervasivi, rigidi e tendenzialmente stabili, che coinvolgono varie aree del funzionamento affettivo, cognitivo, comportamentale e interpersonale, tali da investire tutte le relazioni (compresa quella col terapeuta). Essi tendono a riattualizzare nella relazione terapeutica schemi maladattivi, spesso "trascinando" il clinico in interazioni che "riproducono" modelli disfunzionali (cfr. Kernberg, 1984; McWilliams, 2011). Il terapeuta può pertanto sentirsi spinto a rispondere al paziente attraverso modalità di interazione specifiche, seguendo una sorta di "copione" implicitamente condiviso e rinforzando gli schemi maladattivi del paziente con il rischio di danneggiare la relazione terapeutica (vedi, per esempio, Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2009).

Se la letteratura clinica sul controtransfert è assai ricca, le ricerche empiriche in questo ambito sono ancora piuttosto limitate. Alcuni studi hanno indagato la relazione tra le diagnosi di pazienti con disturbi di personalità a livello dei cluster del DSM-IV (APA,1994) e le esperienze emotive del terapeuta (Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005; Røssberg, Karterud, Pedersen, Friis, 2007). Poche sono invece le ricerche che hanno studiato le associazioni tra specifici disturbi e reazioni

controtransferali (per esempio, Brody, Farber, 1996; McIntyre, Schwartz, 1998; Schwartz, Smith, Chopko, 2007).

Betan e colleghi (2005) hanno chiesto a 181 clinici di diverso orientamento teorico di valutare con il *Therapist Response (Countertransference) Questionnaire*[1] (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003) un ampio spettro di reazioni affettive, cognitive e comportamentali relative a un loro paziente non psicotico, selezionato casualmente tra quelli in cura da almeno 8 settimane. Ai clinici è stato chiesto di fornire anche la valutazione della personalità dei pazienti selezionati, indicando la presenza/assenza di ogni criterio diagnostico dell'Asse II del DSM-IV. Questa procedura ha permesso agli autori di ottenere una diagnosi categoriale (tenendo conto dei cut-off relativi a ciascun disturbo di personalità del DSM) e dimensionale (considerando il numero di criteri soddisfatti per ogni disturbo). L'analisi fattoriale del TRQ ha prodotto una soluzione a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il *sopraffatto/disorganizzato*, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'*impotente/inadeguato*, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il *positivo*, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo *speciale/ipercoinvolto*, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il *sessualizzato*, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il *distaccato*, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro o irritazione in seduta; 7) il *genitoriale/protettivo*, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il *criticato/maltrattato*, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto. Queste dimensioni controtransferali sono risultate correlate ai tre cluster di disturbi della personalità del DSM-IV: il cluster A era associato al pattern criticato/maltrattato; il cluster B a reazioni di sopraffazione, impotenza, ostilità, distacco e/o attrazione sessuale; il cluster C a sentimenti di protezione genitoriale e accudimento. Più in generale, i pazienti con disturbi di personalità dei cluster A e B tendono a elicitare risposte più negative nel terapeuta rispetto a quelli del cluster C, e il cluster B evoca sentimenti più eterogenei (vedi anche Røssberg et al., 2007). I pazienti del cluster B, specialmente borderline, inducono infatti livelli più elevati di rabbia e

[1] Si precisa che originariamente il nome del *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) era *Countertransference Questionnaire* (CTQ). La denominazione è stata modificata dagli stessi autori. Si faccia riferimento al sito del Laboratory of Personality and Psychopathology della Emory University di Atlanta: http://www.psychsystems.net/

irritazione e più bassi di simpatia, empatia e accudimento; tendono inoltre a essere percepiti come più dominanti, ostili e punitivi rispetto, per esempio, ai pazienti depressi o psicotici (Brody, Farber, 1996; McIntyre, Schwartz, 1998).

Un'altra variabile che può influenzare le risposte emotive del terapeuta, e che è stata poco indagata nell'ambito della ricerca empirica, è la sintomatologia del paziente. Røssberg e colleghi (2010) hanno studiato in che misura il livello di gravità sintomatologica, sperimentata soggettivamente dal paziente e valutata attraverso la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994), evocasse specifiche reazioni controtransferali (misurate con la *Feeling Word Checklist-58*; Røssberg, Hoffart, Friis, 2003) nei terapeuti all'interno di setting clinici. I risultati hanno mostrato che livelli più alti di sintomatologia tendono a essere associati a sentimenti di inadeguatezza, senso di rifiuto e un atteggiamento difensivo da parte del clinico; si riscontravano inoltre risposte emotive meno sicure.

Da queste premesse cliniche ed empiriche nasce il presente lavoro di ricerca che pone come oggetto elettivo di indagine il rapporto tra le risposte emotive del clinico e la personalità del paziente.

Nel primo capitolo ripercorrerò brevemente l'evoluzione teorico-clinica del concetto di controtransfert e descriverò il suo impiego nel contesto della ricerca in psicoterapia.

Nel secondo capitolo affronterò sinteticamente il tema della diagnosi dei disturbi di personalità, mettendo in evidenza l'importanza della soggettività del clinico nel processo di assessment.

Nel terzo e ultimo capitolo esporrò il mio progetto di ricerca che si articola in quattro filoni principali e si propone di:

1) studiare attraverso una prima indagine esplorativa le associazioni tra risposte controtransferali, disturbi di personalità e livelli di funzionamento psicologico del paziente;

2) indagare il possibile effetto di mediazione della gravità sintomatologica sulla relazione tra risposte emotive del terapeuta e disturbi di personalità del paziente;

3) verificare la solidità della struttura fattoriale del *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003) e le sue proprietà psicometriche per validare il questionario nel contesto italiano;

4) esaminare le reazioni emotive dei clinici evocate da pazienti con disturbo narcisistico della personalità e fornire un prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato a questa patologia.

Capitolo 1
La ricerca empirica sul controtransfert

Le risposte controtransferali possono fornire informazioni utili sulla personalità e il funzionamento interpersonale del paziente e rappresentare una fonte rilevante di conoscenza in base alla quale il clinico può calibrare e promuovere interventi terapeutici più mirati e efficaci (Gabbard, 2009; Hayes, Gelso, Hummel, 2011; Kernberg, 1984; PDM Task Force, 2006; OPD Task Force, 2008). In questo capitolo, dopo avere fatto cenno all'evoluzione del concetto di controtransfert da una visione classica/monopersonale a una totalistica/bipersonale, illustrerò brevemente il ruolo di questo costrutto nel contesto della ricerca empirica.

1.1 Breve evoluzione del concetto di controtransfert in psicoanalisi

Originariamente, con il concetto di controtransfert Freud definisce "le reazioni inconsce dell'analista verso la persona dell'analizzato o, per meglio dire, verso il suo transfert" (Laplanche, Pontalis, 1989): risposte emotive particolarmente intense del clinico, derivate dai suoi conflitti nevrotici irrisolti, sono la prova della sua incompleta conoscenza di sé e dell'incapacità di mantenere un atteggiamento neutrale (Freud, 1910). In quest'ottica, il controtransfert rappresenta un impedimento al lavoro analitico tanto che, per affrontarlo adeguatamente e "neutralizzarlo", l'analista deve intraprendere un percorso analitico personale (Freud, 1912). Questa definizione "*classica*" o "*ristretta*" predomina per molti anni: potenziale ostacolo al trattamento, il controtransfert è capace di produrre distorsioni o "macchie cieche" nell'orizzonte percettivo/osservativo dell'analista e reazioni emotive incontrollate.

Nel tempo, tuttavia, molti autori colgono l'importanza di questo fenomeno e propongono una radicale revisione teorica del costrutto, suggerendo che le reazioni del clinico nei confronti del paziente non sono affatto "variabili di disturbo", bensì rappresentano uno strumento fondamentale per comprendere le dinamiche intrapsichiche e interpersonali del paziente e la relazione terapeutica nel *qui e ora* (Heimann, 1950). Questa concettualizzazione teorico-clinica più "allargata", che si contrappone al precedente approccio classico, è definita *totalistica* (Kernberg, 1965).

Concetti fondamentali della disciplina psicoanalitica, quali il *controtransfert complementare e concordante* (Racker, 1957), l'*identificazione proiettiva* e l'*enactment* (Klein, 1946; Bion, 1962, 1967; Ogden,1994), il *controtransfert oggettivo* (Winnicott, 1949) o la *responsività di ruolo* (Sandler, 1976),

contribuiscono a promuovere questo radicale cambiamento di prospettiva. Essi condividono l'idea che il paziente può indurre il clinico a sperimentare sentimenti e emozioni che riflettono in modo più o meno accurato le sue esperienze passate con altri significativi, e che le risposte emotive del terapeuta possono essere usate per comprendere meglio le problematiche affettive, cognitive o interpersonali centrali nel funzionamento psicologico del paziente (Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2001, 2009; McWilliams, 2011; OPD Task Force, 2008; PDM Task Force, 2006).

Dapprima *ostacolo*, il controtransfert diventa *una configurazione relazionale* creata in modo congiunto da paziente e terapeuta e persino *strumento clinico* (Bollas, 1983).

Oggi, una riflessione clinica sul controtransfert non può prescindere dallo studio congiunto dei modelli operativi interni e dei sistemi motivazionali di paziente e terapeuta, dal riferimento ai concetti di intersoggettività e "mutua influenza" (Aron, 1996; Renik, 1993; Stolorow, Atwood, 1992; Lingiardi, Amedei, Caviglia, De Bei, 2011), e dal riconoscimento del ruolo svolto dai pensieri, dagli affetti e dalle fantasie del terapeuta, e della loro utilità per la comprensione del paziente. In questo senso, il controtransfert rappresenta per Gabbard (1995) una dimensione unificante condivisibile nella pratica clinica da psicoanalisti provenienti da diverse formazioni teoriche: una posizione, questa, che sicuramente facilita ai ricercatori empirici l'arduo compito di studiarlo e "misurarlo" (Colli, 2006).

1.2 Primi tentativi di operazionalizzazione empirica del costrutto

Se da un lato la definizione teorico-clinica del controtransfert ha ricevuto molta attenzione, la sua indagine e verifica empirica sono state piuttosto trascurate. Uno dei motivi risiede nel fatto che la psicoanalisi è stata per molto tempo scettica nei confronti della ricerca empirica, ritenendo il lavoro di cura poco verificabile "al di fuori" dell'esperienza psicoanalitica stessa (Fonagy, 2002). È altresì innegabile che il controtransfert sia un costrutto molto difficile da valutare in termini empirici, in quanto riguarda processi non direttamente osservabili e spesso co-costruiti. Inoltre, va considerato che i terapeuti di diverso orientamento hanno sempre opposto una certa resistenza a diventare loro stessi oggetto d'indagine empirica. La storia della ricerca, infatti, per diversi anni, si è basata esclusivamente sull'indagine del paziente. Recentemente, stanno emergendo nuove linee di ricerca, soprattutto nell'ambito degli studi di validazione empirica delle psicoterapie, in cui è possibile notare un cambiamento di direzione. Fino ad oggi, tuttavia, il cosiddetto "mito dell'uniformità" (Kiesler, 1966) ha troneggiato: tutti i terapeuti sono uguali, agiscono allo stesso modo con tutti i pazienti, e promuovono gli stessi interventi; si tratta certamente di un modello ipersemplificato che sembra appiattire drasticamente la complessità della clinica. Probabilmente se non si mantiene una relazione circolare, possibilmente virtuosa e flessibile, tra la specificità dell'esperienza clinica e le necessarie

generalizzazioni della ricerca, si rischia di rimanere prigionieri di schemi rigidi o di perdersi in facili deformazioni di lettura clinica che non giovano al progresso della nostra disciplina.

Un'altra ragione per cui i fattori specifici non sono stati indagati in modo soddisfacente probabilmente risiede nella scarsa attenzione rivolta allo studio delle variabili del terapeuta, che, chiaramente, non si può esaurire alla sola dimensione del controtransfert (Lingiardi 2006a; Lingiardi, Girosi, 2002). Negli ultimi decenni si è sviluppato un nuovo interesse per lo studio empirico dei trattamenti psicoanalitici e dunque di costrutti quali il *transfert* (Bradley, Heim, Westen, 2005; Luborsky, 1977), le *interpretazioni di transfert* (Crits-Christoph, Cooper, Luborsky, 1988), le *relazioni oggettuali* (Westen, 1996). Anche rispetto al controtransfert sono disponibili alcune rassegne e una, seppur limitata, letteratura empirica (Betan et al., 2005; Gelso, Hayes, 2002; Ligiero, Gelso, 2002; Rosenberger, Hayes, 2002; Schwartz, Wendling, 2003).

Molte ricerche sembrano rimanere legate a una concezione che privilegia gli aspetti negativi, spiacevoli e reattivi dell'esperienza controtransferale. Tra le principali configurazioni operazionalizzate del controtransfert emerse dalla letteratura empirica ritroviamo soprattutto:

a) il CT come percezione distorta che influenza nel terapeuta la visione reale del paziente e della situazione analitica (Fiedler, 1951);

b) il CT come comportamento di evitamento del terapeuta in reazione a specifico materiale presentato dal paziente capace di riattivare i conflitti irrisolti del terapeuta (Cutler, 1958; Yulis & Kiesler, 1968).

Tuttavia, nuove ricerche stanno proponendo una prospettiva totalistica più adeguata (vedi per esempio Betan et al. 2005; Røssberg et al., 2007).

1.3 Una review degli studi sulla ricerca empirica sul controtransfert

Per organizzare il corpus di ricerche empiriche sul controtransfert, ci sembra utile fare riferimento all'articolo di Kächele e colleghi (2013) che hanno proposto di suddividere la ricerca applicata al controtransfert in cinque fasi: 1) gli studi clinici, 2) gli studi descrittivi, 3) gli studi analogici sperimentali, 4) gli studi randomizzati, 5) gli studi focalizzati sul paziente. Queste fasi non si susseguono rigidamente l'una all'altra ma si sono sviluppate e integrate nel tempo:

1) Stage 0 - Studi di casi clinici

Inizialmente il controtransfert fu studiato attraverso l'analisi di impressioni, reazioni emotive e resoconti delle sedute di psicoterapia dei terapeuti. Sulla base di questi dati, Luborsky e Singer (1977) hanno stilato una lista di quello che era considerato controtransfert:

a) può essere un ostacolo nel corso del trattamento;

b) interferisce con il trattamento perché impedisce lo sviluppo di un risposta empatica da parte del terapeuta verso il paziente;

c) la presenza del controtransfert può essere rilevata da un'eccessiva intensità di sentimenti aggressivi o sessuali che il terapeuta può nutrite verso il paziente;

d) può essere di due tipi: acuto e cronico. Il primo è in risposta a specifici pazienti e a specifiche circostanze mentre il secondo si verifica con la maggior parte dei pazienti e non è posto in relazione ad un particolare conflitto;

e) può essere uno strumento prezioso in quanto può aiutare il terapeuta ad avere un atteggiamento empatico verso il paziente;

f) la maturità emotiva del terapeuta è un deterrente per i suoi potenti bisogni controtransferali che potrebbero interferire con la relazione clinica;

g) manifestazioni di controtransfert negativo possono essere evitate attraverso la propria analisi o attraverso la discussione con un supervisore o un collega;

h) può manifestarsi anche attraverso comportamenti non verbali.

Da questo elenco, si può evincere come il fenomeno del controtransfert così sistematizzato presenti dei limiti nella sua applicabilità ad un contesto di ricerca.

2) Stage I - Studi Descrittivi

Questa tipologia di studi aveva l'obiettivo di descrivere sistematicamente il fenomeno del controtransfert. Nei primi anni '70, in particolare, il gruppo di Ulm, lavorando su un caso singolo, analizzò l'interdipendenza di transfert e controtransfert attraverso l'analisi del giudizio formale del grado di transfert e controtransfert dell'analista e di un osservatore partecipe che ascoltò le registrazioni delle sedute. L'analisi fattoriale mostrò come il trattamento eseguito dall'analista e le osservazioni dell'osservatore partecipe avevano prodotto un singolo fattore, dimostrando come le sedute potevano essere etichettate come "buone o "cattive" in relazione al transfert e al controtransfert, confermandone la loro interdipendenza. Altre volte la non inclusione del controtransfert come oggetto di studio, fu altresì fonte di informazione. Un esempio in questo senso può essere la ricerca quantitativa effettuata da Graff e Luborsky (1977), in cui l'indagine verteva sull'analisi quantitativa di quattro psicoanalisi e riportava ripercussioni a lungo termine del transfert e delle resistenze. È sorprendente notare come lo strumento utilizzato, il Luborsky Session Sheet (Graff & Luborsky, 1977) non menzionasse affatto il controtransfert.

Studi più recenti, con il supporto della registrazione delle sedute di psicoterapia, hanno invece cercato di analizzare il coinvolgimento emotivo del terapeuta. Ad esempio, il Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000) individua se la risposta emotiva del terapeuta (la reazione controtransferale) si intromette nel rapporto con il paziente durante la terapia (item 24). Confrontando tre tipologie di

psicoterapie, Seybert e colleghi (2011) riscontrarono che i conflitti emotivi del terapeuta avevano meno effetto nelle terapie a breve termine, piuttosto che nei trattamenti psicodinamici a lungo termine. In questa tipologia di trattamento, i conflitti emotivi dei terapeuti sono stati osservati di rado, o addirittura, non sono stati presi in considerazione. Una giustificazione, secondo Kächele e colleghi (2013), può essere data dal fatto che è possibile mettere in discussione l'accuratezza dell'osservazione da parte di un osservatore esterno, infatti, oltre ad essere difficile determinare se la risposta del terapeuta derivi o meno dai sui conflitti interni irrisolti, un altro problema riguarda la possibilità di poter analizzare solo quelle reazioni controtransferali più dirompenti da parte del terapeuta, perché più facili da catturare, rischiando però di tralasciare i comportamenti non verbali.

Pur essendo consapevoli dei limiti inerenti l'osservazione del controtransfert nel PQS (Jones, 2000) l'item 21 analizza il fenomeno della self-disclosure, permettendoci di rendere esplicita la modalità con cui il terapeuta condivide il suo controtransfert con il paziente. Un altro indicatore di rilievo è rappresentato da come il terapeuta si sente in relazione al paziente, per esempio l'item 86 contempla la possibilità da parte del terapeuta di sentire il bisogno di difendersi oppure, un indicatore importante come la presenza di acting out nel controtransfert può essere rilevata dall'item 18, che analizza la mancanza di accettazione da parte del terapeuta verso il paziente. Sembra quindi chiaro come il PQS (ibidem) possa essere utile per l'analisi e il riconoscimento delle reazioni di controtransfert che possono verificarsi in terapia. Käechele e colleghi (2013) ricorda come l'interpretazione dei punteggi relativi a questi item sia legata al contesto relazionale. Seguendo questa affermazione, un terapeuta che si mostra accondiscendente, paternalistico (item 51) o privo di tatto (item 77) può essere legato ad un atteggiamento del paziente che cerca di controllare la seduta terapeutica (item 87) e/o che mette alla prova i confini del rapporto terapeutico (item 20). È quindi indispensabile identificare il contesto interpersonale in cui si verificano le reazioni di controtransfert, non solo nell'ambito clinico ma anche per eseguire al meglio le ricerche in questo campo. Dato che il PQS ha tentato di cogliere la natura dell'interazione tra terapeuta e paziente, ci si aspetterebbe che la ricerca qualitativa in questo ambito sia fiorita nel tempo proprio grazie a questi strumenti, ma come vedremo più avanti nella sezione dedicata agli studi qualitativi, spesso il fenomeno del controtransfert si è scontrato con la difficoltà della sua definizione.

3) Stage II - Studi analogici sperimentali

Negli anni '50 e '60, diversi ricercatori si cimentarono in ricerche sperimentali applicate al controtransfert (Bandura, 1956; Fiedler, 1951a, 1951b; Strupp, 1960). Molti di questi studi sono stati largamente criticati però per via della loro scarsa validità egologica (Käechele et al., 2013). Uno studio che ha cercato di avvicinarsi allo standard di validità ecologica è stato quello effettuato con il Giessen-Test, in cui si è studiato un gruppo di candidati psicoanalisti mentre osservavano il primo colloquio

clinico di alcuni pazienti attraverso lo specchio unidirezionale. Dopo l'osservazione, sia i pazienti che i terapeuti dovevano compilare un questionario che descriveva se stessi, mentre il gruppo di candidati era invitato a compilare il Giessen-Test in relazione al paziente osservato. I risultati dello studio rivelarono che i terapeuti che si erano qualificati con elevati livelli
di aspetti depressivi tendevano a sopravvalutare il grado di caratteristica isterica dei pazienti, viceversa, i terapeuti che si erano descritti con caratteristiche isteriche, sopravvalutavano gli aspetti depressivi dei pazienti osservati. Un altro dato caratteristico fu quello dei terapeuti auto-definiti come ossessivi che vedevano nei pazienti questa stessa loro caratteristica. In una fase successiva della ricerca, in cui si replicò l'esperimento, il grado di sopravvalutazione delle caratteristiche del paziente si era notevolmente ridotto, ma l'impatto delle disposizioni personali del terapeuta sul suo giudizio applicato al paziente non scomparve del tutto. Oltre a confermare il concetto di equazione personale10 di Freud (Käechele et al., 2013), dimostrandone dei correlati sperimentali, lo studio fece emergere chiaramente come sarebbe stato più opportuno concepire il controtransfert in un modello di stato-tratto tra terapeuta e paziente (ibidem). La personalità del terapeuta, porterebbe a vedere pazienti e i loro problemi in base a queste predisposizione: questa sarebbe la caratteristica centrale del controtransfert.

4) Stage III - Studi clinici randomizzati (RCT)

Nell'età delle psicoterapie evidence-based gli RCT mirano ad ottenere un alto grado di validità interna, definibile come il grado con cui è possibile inferire una relazione causale tra le variabili indagate. Per rispettare questo è necessario utilizzare tecniche solitamente non impiegate nell'attività clinica quotidiana. Quindi, si potrebbe essere tentati nell'usare questo tipo disegno di ricerca anche nello studio del controtransfert ma risulta molto difficile poter manipolare le variabili che entrano in gioco quando si tratta di pazienti "reali". Kächele e colleghi (2013) però, ipotizza la possibilità di concepire uno studio in cui le propensioni di controtransfert dei terapeuti possano avere delle spiegazioni causali, come nello studio di Høglend e colleghi (2006) applicato però allo studio delle interpretazioni di transfert.

5) Stage IV - Studi naturalistici quantitativi e qualitativi

Questo tipo di approccio alla ricerca ha ricevuto da sempre una grande attenzione nell'ambito della psicologia, dato che presuppone l'osservazione dei pazienti nel loro ambito naturale e realistico (Käechele et al., 2013). Una recente rassegna in merito a questa tipologia di studi è stata effettuata da Hayes e colleghi (2011) in cui si è sistematizzata la ricerca suddividendola in tre meta-analisi. La prima si è occupata di focalizzarsi sull'impatto del controtransfert sull'outcome del trattamento; la seconda mira ad analizzare la gestione del controtransfert, nello specifico sono stati presi in esame gli studi che si sono occupati di comprendere come una sua gestione possa ridurne le reazioni. La terza

meta-analisi si è occupata più direttamente di evidenziare le relazioni tra la gestione del controtransfert e l'esito. Gli studi inclusi nella meta-analisi sono quelli in cui si è usato il Countertransference Factor Inventory (CFI) nelle sue tre versioni esistenti, che ha lo scopo di indagare le caratteristiche di come il terapeuta descrive il proprio controtransfert, e il suo funzionamento all'interno del contesto terapeutico.

Quella che segue è una presentazione semplificata dei risultati delle tre meta-analisi in ambito quatitativo (Hayes et al., 2011).

Controtransfert ed esito terapeutico

L'esito di un trattamento può essere disposto lungo un continuum che va da prossimale a distale. I primi riguardano gli effetti di/o su un dato fenomeno nella seduta, mentre i secondi riguardano gli effetti del trattamento sul funzionamento del paziente alla fine o dopo il trattamento. Esistono però anche gli esiti che si possono definire "vicini", un esempio sono quelli che avvengono in una seduta specifica, così come esistono quelli che si collocano come via di mezzo tra i più ampi esiti distali. Gli studi (Tabella 1) che indagano la relazione tra controtransfert e gli esiti più distali sono molto pochi, si può quindi affermare che le ricerche in questo ambito si sono concentrate principalmente sugli esiti immediati o prossimi. L'ipotesi secondo cui il controtransfert è inversamente collegata all'esito è stata supportata dalla meta-analisi, anche se la relazione appare moderata (Hayes et al., 2011).

Non ci soffermeremo su tutti gli studi qui elencati perché esula dallo scopo di questo scritto addentrarci troppo nella descrizione delle ricerche sul controtransfert ma vale la pena notare come, sin dagli inizi, lavori pioneristici come quello di Fiedler (1951) o come lo studio di Cluter (1958) mostravano gli effetti dannosi dell'esperienza controtransferale. Questi risultati sono compatibili con uno studio di Williams e Fauth (2005) in cui si è visto che l'esperienza di stress del terapeuta era associata a valutazioni peggiori della seduta (Hayes et al., 2011; Norcross, 2011). Risultati simili sono emersi nel caso dello studio di Rosenberger e Hayes (2002) che ha riportato la relazione che intercorre tra il comportamento di controtransfert e l'alleanza terapeutica. Maggiore era il comportamento di evitamento mostrato dal terapeuta, minori erano le valutazioni complesse sull'alleanza. Più forte era il comportamento di evitamento, più la percezione di entrambi i partecipanti del loro legame nell'alleanza terapeutica era debole. L'unico studio della lista sopra citata che si sia occupato di indagare gli esiti distali della psicoterapia risulta essere quello di Hayes, Riker e Ingram (1997). In questa ricerca sono stati esaminati 20 casi di terapia breve condotti da terapeuti formati. I supervisori hanno osservato ogni seduta e valutato il controtransfert. Per i casi con la riuscita minore, è stata rilevata una relazione fortemente negativa tra la valutazione del comportamento del controtransfert sia da parte dei supervisori che dal counselor. Per i casi con una riuscita migliore, invece, non è stata

trovata alcuna relazione. Gli autori ipotizzarono che nei casi con più successo un'alleanza terapeutica forte mitiga gli effetti negativi del controtransfert (Hayes, Riker, & Ingram, 1997).

Tabella 1. Studi che correlano controtransfert e out come

Studio	N	Tipo di valutazione controtransfert	R	*p* value 1-tailed
Mohr, Gelso e Hill (2005)	27 terapeuti 88 pazienti	Supervisore	-.04	.37
Myers e Hayes (2006)	224 coppie paziente/terapeuta	Manipolazione sperimentale	-.04	.28
Cutler (1958)	2 terapeuti 5 pazienti	Osservatore	-.04	.30
Rosenberger e Hayes (2002b)	1 diade paziente/terapeuta	Terapeuta	-.06	.42
Ligiero e Gelso (2002)	50 coppie paziente/terapeuta	Terapeuta	-.32	.01
Hayes, Riker, e Ingram (1997)	20 coppie paziente/terapeuta	Terapeuta, supervisore osservatore	-.33	.08
Hayes, Yeh, e Eisenberg (2007)	69 coppie paziente/terapeuta	Terapeuta	-.03	.40
Nutt Williams e Fauth (2005)	18 coppie paziente/terapeuta	Terapeuta	-.37	.07
Yeh e Hayes (2010)	116 coppie paziente/terapeuta	Studenti partecipanti	-.38	.00
Bandura, Lipsher e Miller (1960)	12 terapeuti 17 pazienti	Osservatore	-.53	.04

Gestione del controtransfert e relazione con il controtransfert

Uno dei primi studi che si occupò di indagare la gestione del controtransfert fu quello di Peabody & Gelso (1982). Gli autori, rifacendosi alle dimensioni illustrate da Reich (1951) indicarono diversi fattori indispensabili nella gestione del controtransfert: l'empatia del terapeuta, la consapevolezza delle sensazioni del controtransfert e la capacità di dare un senso a queste sensazioni. I risultati mostrarono che la capacità empatica dei 20 terapeuti specializzandi era correlata negativamente con il controtransfert, nella condizione che i ricercatori consideravano una minaccia per i terapeuti. Oltretutto, maggiore era la capacità empatica e maggiore risultava la loro apertura nei confronti delle sensazioni controtransferali e l'empatia sembrava prevenire in qualche modo il comportamento di controtransfert quando il terapeuta aveva a che fare con contenuti minacciosi. Risultati simili sono stati ottenuti anche da Robbins e Jolkovski (1987) e anche qui si è visto come la consapevolezza dei sentimenti legati al controtransfert aiutasse ad una sua migliore gestione. Uno studio recente Hofsess e Tracy (2010) ha rivelato che la capacità di concettualizzare degli specializzandi è di per sé predittivo del reale comportamento di controtransfert, quindi, un approccio meramente intellettuale, che si

agganci ai vecchi costrutti (comunque utili) per la gestione del controtransfert, appare inefficace. Un ultimo studio che vale la pena citare nello studio della gestione del controtransfert, è quello di Fatter e Hayes (2013). Gli autori, ribadendo il concetto che le reazioni di controtransfert possono influenzare negativamente il trattamento, ricordano come una sua gestione possa essere positivamente associata all'esito della psicoterapia. Nello studio, a cui hanno partecipato 78 terapeuti si sono indagate tre dimensioni: la meditazione, la *mindfulness* e la differenziazione del sé dall'altro (*self-differentiation*). I risultati hanno mostrato che la meditazione può aiutare nella gestione del controtransfert a differenza della *self-differentiation* mentre per quanto riguarda la dimensione della *mindfulness,* solo un aspetto (bassa reattività) sembra aiutare nella gestione del controtransfert (Fatter & Hayes, 2013).

Gestione del controtransfert e esito della psicoterapia

Una deduzione logica che ci offrono Hayes e colleghi (2011) nella loro *review*, è che se la gestione efficace del controtransfert diminuisce la possibilità di evidenziarne delle reazioni, va da se che questo migliori gli esiti del trattamento. La meta-analisi condotta in questo ambito ha riguardato sette studi e il loro valore medio ponderale di *r* per la gestione del controtransfert ed esito è risultato significativo ed alto. Viene quindi supportata l'ipotesi che la gestione del controtransfert sia correlata positivamente all'esito (Hayes et al., 2011).

Nel complesso, i risultati relativi alla gestione del controtransfert sembrano essere promettenti; la sua gestione sembra caratterizzare i terapeuti ritenuti eccellenti da parte dei colleghi, di conseguenza questo aiuta a controllare le manifestazioni del controtransfert e che sia probabilmente correlata all'esito del trattamento. Oltre agli studi quantitativi, sono stati effettuati anche studi qualitativi sul controtransfert. È stato evidenziato, ad esempio (Hill, Nutts-Williams, Heaton, Thompson, & Rhodes, 1996), come il controtransfert era uno dei fattori che riusciva ad evidenziarsi di più nella comparsa di impasse nel corso della terapia, mentre la maggior parte dei terapeuti ammetteva che i loro conflitti personali avevano un peso importante in queste fasi di stallo.

6) Stage VI - Studi qualitativi focalizzati sul paziente

Il controtransfert ha subito una trasformazione, evolvendo da ostacolo a elemento imprescindibile dell'interazione paziente – terapeuta. Il materiale illustrato fino a questo punto mostra tutti quegli studi che hanno concentrato il loro focus attentivo sul terapeuta, rimarcandone delle caratteristiche specifiche. Anche i pazienti presentano però delle loro peculiarità. È per questo che oggi si parla di transfert-controtransfert (Kächele et al., 2013), per indicare come sia difficile separarli per comprenderli. Il paziente influenza il terapeuta ad un determinato livello e in modo prevedibile (Singer & Luborsky, 1997). Hayes e colleghi (2011) notano che la correlazione negativa tra controtransfert ed esito potrebbe anche essere dovuta alle caratteristiche del paziente stesso.

Il tradizionale sforzo di operare una distinzione tra relazione reale, alleanza terapeutica e transfert si è andata allentando (Gelso, 2011), appiattendosi sul concetto di controtransfert. Lo stesso processo può essere osservato nella ricerca empirica.

Gli spunti per lo studio empirico del controtransfert ci arrivano dalla clinica, nonostante in taluni casi il termine non sia nemmeno mostrato (McLeod, 2011). Ciò potrebbe essere dovuto ad una biforcazione negli interessi di ricerca; da una parte abbiamo le ricerche qualitative che procedono analizzando le interviste con i terapeuti o con i pazienti, cercando di integrare la ricerca qualitativa con l'esigenza empirica, dall'altra parte i ricercatori richiedono che il principale impatto sulla ricerca qualitativa si possa vedere dalla co–produzione dei due partecipanti.

1.4 I principali strumenti di valutazione del controtransfert

1.4.1 Il Countertransference Factors Inventory (CFI)

Il CFI (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991) viene ideato nell'ambito di una ricerca che si propone di comprendere quanto i terapeuti considerati eccellenti dai propri colleghi differiscano rispetto ad altri colleghi, per alcune caratteristiche fondamentali del controtransfert. Queste qualità, derivate da una attenta analisi della letteratura clinica e empirica, vanno a costituire le sottoscale dello strumento. Nello specifico esse sono:

- *self- insight*: grado di consapevolezza dei propri sentimenti, e comprensione delle loro origini
- *empathic ability*: comprende l'empatia affettiva, ossia la capacità di mettersi temporaneamente nei panni dell'altro e di comprenderne l'esperienza emotiva, e l'empatia diagnostica, ovvero la comprensione intellettuale dell'esperienza dell'altro
- *self- integration*: salute mentale del terapeuta e presenza di una identità stabile. Include la capacità di differenziare il sé dagli altri, come quella di lasciare da parte i propri bisogni per mettersi al servizio del paziente
- *ansiety management*: misura in cui il terapeuta è in grado di gestire la propria ansia, generale e sperimentata nella situazione analitica
- *conceptualizing ability*: grado in cui il terapeuta possiede la capacità di elaborare concetti esplicativi, e di elaborare una cornice teorica di riferimento per favorire la comprensione e l'interpretazione del paziente

Lo strumento è costituito da 50 item, con una scala likert a cinque punti e ciascuna delle scale è costituita da un minimo di 8 fino ad un massimo di 11 item. Ai 122 terapeuti, che risposero alla prima ricerca, fu chiesto di valutare: la concezione di terapeuta in generale, un terapeuta maschio, considerato eccellente nel campo e una terapeuta donna considerata eccellente nel campo. I risultati

hanno mostrato differenze significative tra il gruppo dei terapeuti considerati eccellenti e quello dei terapeuti in generale, mentre nessuna differenza fu riscontrata tra gli uomini e le donne del gruppo dei terapeuti eccellenti.

I terapeuti eccellenti erano considerati come dotati di maggior insight rispetto ai propri sentimenti e alle loro origini, come maggiormente empatici e capaci di comprensione intellettuale delle emozioni dei pazienti; risultavano più integrati rispetto al sé, e di conseguenza più capaci di distinguere i propri bisogni da quelli del paziente; al contempo erano descritti come meno ansiosi e più in grado di cogliere le dinamiche del paziente, sia nella relazione terapeutica che nella storia passata. Il possesso di queste doti condurrebbe i terapeuti più esperti ad esibire minori manifestazioni controtransferali. Per valutare l'attendibilità è stata calcolata l'alfa di Cronbach totale e relativa alle singole sottoscale: totale (.97), self insight (.91), empathy (.92). conceptualizing skills (.88), anxiety managment (.91), self integration (.91). Gli autori della scala hanno anche cercato di valutare gli aspetti di validità di contenuto del questionario e per accertare l'importanza dei cinque fattori teorizzati, il questionario e gli item sono stati sottoposti alla valutazione di 33 esperti riconosciuti a livello internazionale per la loro esperienza clinica nell'ambito dello studio del controtransfert. Questo pool di esperti doveva valutare con una scala likert a 5 punti l'importanza, per la gestione del controtransfert, di ciascun item. Due delle sottoscale, Self- Integration e Self-Insight hanno ottenuto una media più alta delle altre. Numerosi sono gli studi che hanno utilizzato questo strumento (Gelso et al., 1995; Hayes, Riker, & Ingram, 1997; Rosemberg & Hayes, 2001), suggerendo che le qualità proposte sono effettivamente implicate nella gestione delle reazioni controtransferali.

1.4.2 L' Inventory of Countertransference Behavior (ICB)

Friedman e Gelso (2000) hanno messo a punto uno strumento che permettesse di valutare la percezione dei supervisori a proposito dei comportamenti controtransferali manifestati dai terapeutidurante una seduta. Alla base di questo progetto, l'idea che la supervisione possa rappresentare un metodo valido per giudicare i comportamenti controtransferali, non essendo i supervisori implicati in prima persona nelle dinamiche relazionali della terapia. L'esperienza clinica e la letteratura suggeriscono come molto spesso il CT sia stato concettualizzato o come comportamento di evitamento o come ritiro del terapeuta nei confronti del paziente, ma si può altresì realizzare l'idea di un terapeuta eccessivamente supportivo. Constatando la necessità di uno strumento capace di cogliere entrambi i tipi di comportamento, gli autori hanno costruito l'ICB. L'inventario è costituito da 32 item, ai quali il supervisore deve rispondere attraverso una scala Likert a cinque punti, indicando il grado con cui uno specifico comportamento del terapeuta si verifica in una seduta.

Allo scopo di testare la validità dello strumento, l'ICB è stato inviato a 11 psicologi considerati esperti nell'ambito degli studi sul CT, chiedendogli quanto ciascun item riflettesse un comportamento indicativo della presenza di comportamenti controtransferali (1 indicava che l'item non rappresentava nessun comportamento di controtransfert, 5 rappresentava invece un ottimo indicatore). Tutti gli item vennero considerati espressione di comportamenti di controtransfert, ottenendo una media compresa tra 3.55 e 4.82. Un campione di 126 supervisori venne invece utilizzato per verificare se il comportamento di CT potesse essere distinto nelle due dimensioni ipotizzate dell'ipercoinvolgimento e dell'ipocoinvolgiemnto, oltre che per ottenere delle prove sulla validità convergente, per capire se lo strumento avrebbe correlato positivamente con un altro strumento dei comportamenti dei CT già esistente, e negativamente con uno strumento di misura delle abilità di gestione del CT. Pertanto ai supervisori venne recapitato un pacchetto con l'ICB, il Countertransference Index (Hayes et al., 1997), un inventario ad item singolo attraverso cui il supervisore stima il grado con cui il comportamento di un terapeuta in una seduta riflette l'area dei propri conflitti irrisolti, e il Countertransference Factors Inventory-Revised (CFI-R, Latts, 1996), che valuta l'abilità nella gestione del CT. Attraverso i dati ottenuti e un'analisi delle componenti principali, vennero identificati due fattori, i quali però non riflettevano le due dimensioni teorizzate precedentemente. Il primo fattore (11 item) descriveva comportamenti inappropriati del terapeuta che rivelavano segnali di disconferma nei confronti del paziente. La scala è stata definita "Controtransfert Negativo". Il secondo fattore (10 item) descriveva invece i comportamenti del terapeuta eccessivamente supportivi o eccessivamente confidenziali verso il paziente. La scala è stata definita "Controtransfert Positivo". Queste due dimensioni erano già state individuate in letteratura. Tuttavia il controtransfert positivo era stato descritto nei termini di un processo potenzialmente facilitante la relazione terapeutica (McClure & Hodge, 1987; Watkins, 1985); al contrario, nello studio di Friedman e Gelso (2000), viene proposto come un comportamento a effetto negativo sul processo terapeutico. Tutti gli item dell'ICB, descrivono comportamenti che sembrano originati da conflitti irrisolti.

Riguardo alla validità convergente, secondo quanto atteso, l'ICB correlò positivamente e in maniera significativa con il CI e negativamente, sempre in maniera significativa, con il CFI-R. Quest'ultimo valore evidenzia come una buona capacità di gestire le reazioni controtransferali permetta una minore espressione in termini di comportamento.

1.4.3 Il Therapist Response Questionnaire (TRQ)

L'obiettivo dello studio proposto da Betan e collaboratori (2005) è stato quello di sviluppare uno strumento per la valutazione del controtransfert, che potesse includere ampiamente la correlazione tra il campo delle componenti cognitive, emotive e comportamentali di risposta del terapeuta al paziente, e

la corrispondente patologia di personalità del paziente. Sebbene il concetto nasca all'interno di una cornice teorica di natura psicoanalitica, l'obiettivo del gruppo di studiosi è stato quello di ideare uno strumento che potesse essere utilizzato dai clinici di diverso orientamento, così da poter misurare quanto l'entità di alcune risposte controtransferali sono specifiche di certe forme di terapia, dando un senso alla diagnosi e comprendendo meglio che cosa accade nella diade terapeutica, in modo da comparare le risposte dei clinici ai dati psicometrici normativi.

Betan e colleghi (2005) hanno chiesto a 181 clinici di diverso orientamento teorico di valutare con il *Therapist Response (Countertransference) Questionnaire*[2] (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003) un ampio spettro di reazioni affettive, cognitive e comportamentali relative a un loro paziente non psicotico, selezionato casualmente tra quelli in cura da almeno 8 settimane. Ai clinici è stato chiesto di fornire anche la valutazione della personalità dei pazienti selezionati, indicando la presenza/assenza di ogni criterio diagnostico dell'Asse II del DSM-IV. Questa procedura ha permesso agli autori di ottenere una diagnosi categoriale (tenendo conto dei cut-off relativi a ciascun disturbo di personalità del DSM) e dimensionale (considerando il numero di criteri soddisfatti per ogni disturbo). L'analisi fattoriale del TRQ ha prodotto una soluzione a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il *sopraffatto/disorganizzato*, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'*impotente/inadeguato*, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il *positivo*, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo *speciale/ipercoinvolto*, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il *sessualizzato*, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il *distaccato*, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro o irritazione in seduta; 7) il *genitoriale/protettivo*, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il *criticato/maltrattato*, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto. Queste dimensioni controtransferali sono risultate correlate ai tre cluster di disturbi della personalità del DSM-IV: il cluster A era associato al pattern criticato/maltrattato; il cluster B a reazioni di sopraffazione, impotenza, ostilità, distacco e/o attrazione

[2] Si precisa che originariamente il nome del *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) era *Countertransference Questionnaire* (CTQ). La denominazione è stata modificata dagli stessi autori. Si faccia riferimento al sito del Laboratory of Personality and Psychopathology della Emory University di Atlanta: http://www.psychsystems.net/

sessuale; il cluster C a sentimenti di protezione genitoriale e accudimento. Più in generale, i pazienti con disturbi di personalità dei cluster A e B tendono a elicitare risposte più negative nel terapeuta rispetto a quelli del cluster C, e il cluster B evoca sentimenti più eterogenei (vedi anche Røssberg et al., 2007). I pazienti del cluster B, specialmente borderline, inducono infatti livelli più elevati di rabbia e irritazione e più bassi di simpatia, empatia e accudimento; tendono inoltre a essere percepiti come più dominanti, ostili e punitivi rispetto, per esempio, ai pazienti depressi o psicotici (Brody, Farber, 1996; McIntyre, Schwartz, 1998).

Per riassumere, si faccia riferimento alla tabella 1.2 di seguito.

Tabella 1.2 Principali strumenti per la valutazione delle risposte emotive del terapeuta (controtransfert)

Strumento	Descrizione
Therapist Response (Countertransference) Questionnaire (TRQ; Zittel Conklin, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005)	Questionario clinician report composto da 79 item, che misurano, su una scala Likert a 5 punti, un ampio spettro di pensieri, sensazioni e comportamenti che il terapeuta prova o mette in atto nei riguardi del paziente. L'analisi fattoriale del CTQ ha rivelato una struttura composta da 8 fattori: sopraffatto/disorganizzato; impotente/inadeguato; positivo; speciale/ipercoinvolto; sessualizzato; distaccato; genitoriale/protettivo; criticato/maltrattato.
Countertransference Factors Inventory (CFI; Van Wagoner, Gelso, Hayes, Diemer, 1991)	Questionario basato su una scala Likert a 5 punti, che può essere compilato dal clinico o dal supervisore. Valuta le caratteristiche del terapeuta che sono considerate più importanti per una gestione positiva del controtransfert: integrazione di sé, gestione dell'ansia, capacità di concettualizzare, empatia, auto-comprensione.
Inventory of Countertransference Behavior (ICB; Friedman, Gelso, 2000)	Questionario composto da 32 item e basato su una scala Likert a 5 punti. Gli item descrivono comportamenti indicativi di reazioni controtransferali positive e negative del terapeuta. Può essere compilato da supervisori o, in alternativa, da giudici esterni molto esperti

Capitolo 2
La diagnosi dei disturbi di personalità

La diagnosi (dal greco *dia = per mezzo di/attraverso* e *gnosis = cono-scenza*) è un processo orientato alla raccolta e all'organizzazione di informazioni che si propone di fornire una rappresentazione del funzionamento psichico del paziente attraverso una descrizione narrativa, definita *formulazione del caso*. La formulazione del caso, ultima tappa dell'iter diagnostico, è la sintesi di quanto appreso nel corso dei colloqui di valutazione/assessment, l'esplicitazione idiografica di quanto sintetizzato in forma nomotetica dall'etichetta diagnostica (Lingiardi, 2009).

Ogni processo diagnostico, per essere utile alla pianificazione di interventi efficaci e "su misura" per il pazinete, richiede al clinico di confrontarsi e "risolvere" una tensione tra la necessità di comprendere l'unicità del singolo e l'esigenza di riconoscere le somiglianze tra l'individuo osservato e gli altri individui. In altri termini, per formulare una buona diagnosi ogni clinico deve far dialogare un tipo di conoscenza *idiografica*, centrata sulla comprensione delle peculiarità e singolarità del soggetto (idios), e un modello *nomotetico*, volto a identificare o stabilire delle leggi (nomos), delle invarianti rispetto al funzionamento di più persone in situazioni diverse.

La contrapposizione idiografico/nomotetico ha nutrito accesi scontri tra i sostenitori di una diagnosi descrittiva "oggettivante" (propria della *nosografia psichiatrica*) e i difensori di un approccio diamentralmente opposto, centrato sulla soggettività (proprio della *diagnosi psicologica*). Va detto che aderire rigidamente a uno dei due paradigmi nuoce in ogni caso. In effetti, volendo estremizzare i due vertici di osservazione, farsi guidare, nell'incontro conoscitivo con il paziente, dalla logica nomotetica, significa pensare erroneamente che un individuo possa essere studiato come fosse una "categoria"; al tempo stesso, l'eccesso idiografico aumenta il rischio idiosincratico, con conseguenti opzioni non verificabili, non condivisibili e, in ultima analisi, non scientifiche (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2009). In tale senso, anche una ricerca eccessiva dei significati "personali" nascosti dietro al sintomo può far scivolare il clinico verso una deriva iper-interpretativa che svuota di senso il pro-cesso diagnostico (Del Corno, 2009).

Appare sempre più necessario ri-"dare un senso alla diagnosi". Tra virgolette il titolo di un volume di James Barron (1998) che raccoglie i contributi di diversi autori per i quali la diagnosi non è un semplice processo di *labelling*, ma il prodotto di osservazioni, interazioni e ragionamenti capaci di organizzare in una *Gestalt* dotata di senso il complesso intreccio di segni, sintomi, tratti della personalità e potenzialità di un individuo (Lingiardi, Del Corno, 2008).

Citando dall'introduzione del volume (Barron, Lingiardi, 2005):

> "La scelta di tradurre questo volume dal titolo programmatico nasce dall'esigenza di esplorare luci e ombre dei sistemi di classificazione prevalenti (basati per lo più su descrizioni di comportamenti "oggettivi"), di creare uno spazio concettuale per l'esperienza soggettiva nel processo diagnostico e di sottolineare la continuità tra alleanza diagnostica e alleanza terapeutica. Siamo convinti che perseguire questi obiettivi contribuirà a rendere le diagnosi più attendibili, più valide e soprattutto più utili. La soggettività dei clinici è disciplinata da una preparazione specifica che, almeno nelle intenzioni, dovrebbe favorire lo sviluppo della capacità di osservare e ascoltare i pazienti per poi trarne deduzioni significative. Questa preparazione, in altre parole, dovrebbe fornire ai clinici le lenti migliori per osservare i fenomeni di loro interesse; d'altra parte, ciò è vero in qualsiasi disciplina scientifica. Sbarazzarsi della soggettività dei clinici sembra dunque improduttivo: anziché "by-passarla" affidandosi in modo univoco a strumenti autosomministrati, essa andrebbe valorizzata e ottimizzata per mezzo di procedure statistiche in grado di organizzare in modo si-gnificativo i dati rilevati" (p. XI).

Partendo quindi dal presupposto che una valutazione debba tenere in debita considerazione la soggettività del processo diagnostico, in questo capitolo offrirò una breve panoramica dei sistemi nosografici più diffusi a livello internazionale, ponendo un'attenzione specifia alla classificazione dei disturbi di personalità: il DSM-IV e IV-TR, il DSM-5, il PDM. Descriverò poi una procedura di valutazione della personalità impiegata elettivamente per l'assessment di personalità: la SWAP-200 e la SWAP-II

2.1 Il DSM IV e il DSM-IV-TR: pregi e difetti

Il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM) è probabilmente il sistema di classificazione delle patologie mentali più diffuso a livello internazionale [oltre all'*International Classification of Diseases* (ICD; World Health Organization, OMS].

La logica di queste nosografie descrittive sposa un sistema di categorizzazione sindromica (*symptom-behavior oriented*) e ateorica della psicopatologia. In altri termini, si tratta di un modello diagnostico basato sulla descrizione di *sindromi psicopatologiche* intese come "un raggruppamento di segni e sintomi, basato sulla loro frequente concomitanza, che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità, e un'indicazione di trattamento" (APA, 2000, p. 875). Un modello che non tiene conto né di specifiche teorie del funzionamento mentale, né tantomeno dell'effetto di rappresentazioni e processi impliciti/inconsci alla base delle manifestazioni sintomatologiche.

Il DSM-IV e IV-TR è un esempio di diagnosi *multiassiale, categoriale* e *politetica*. Com'è noto, esso si articola su cinque assi:

- Asse I per i disturbi clinici, raggruppati in 14 macrocategorie (disturbi d'ansia, dell'umore, dissociativi, correlati a sostanze, psicotici, somatoformi ecc.);

- Asse II per i disturbi di personalità, raggruppati in 3 cluster, e i disturbi a insorgenza in età evolutiva;

- Asse III per le condizioni mediche generali del paziente;

- Asse IV per i fattori psico-sociali stressanti;

- Asse V per la valutazione globale del funzionamento (Global *Assessment of Functioning*, GAF).

Ogni categoria psicopatologica, definita da un pool di criteri descrittivi, può essere individuata seguendo un *principio politetico*: per diagnosticare uno specifico disturbo non è necessario che siano soddisfatti tutti i criteri che lo descrivono, ma solo un certo numero-soglia stabilito per convenzione. I diversi criteri di un disturbo sono considerati equivalenti per rilevanza diagnostica e non sono utilizzati come variabili continue, bensì dicotomiche (presente/assente). L'eccessiva schematicità del *labelling* diagnostico del DSM appare alla maggior parte dei clinici inefficace o addirittura inutile. Viene imputato un eccessivo irrigidimento su un paradigma medico a forte matrice fenomenologica, che fornisce una rappresentazione statica, iper-semplificata e riduttiva della complessità del funzionamento psichico. Tuttavia, alla base di questa "scelta" c'è la necessità di raggiungere alcuni obiettivi. Va detto, infatti, che il DSM ha assolto alcuni importanti compiti:

- garantire una minore arbitrarietà rispetto ai criteri che definiscono una patologia;

- assicuarare una maggiore attendibilità nei dati raccolti e nella possibilità di stabilire diagnosi differenziali standardizzate;

- mettere a disposizione dei professionisti della salute mentale una "lingua franca" per la formulazione diagnostica relativa alle diverse configurazioni cliniche dei disturbi mentali e di personalità. Da questo punto di vista, esso ha permesso la costruzione di un linguaggio comune e l'uniformazione delle etichette diagnostiche laddove prima prevaleva una pletora di nosografie e etichette che variavano al variare del modello teorico di riferimento e, spesso, delle idiosincrasie del clinico.

L'approccio nosografico del DSM risponde bene all'esigenza di condurre ricerche epidemiologiche sulla prevalenza, il decorso e la prognosi dei disturbi mentali, ma non è altrettanto utile per la formulazione dei casi clinici e la progettazione di interventi efficaci. A confronto, la diagnosi psicodinamica abbraccia una prospettiva più ampia: i sintomi e i comportamenti disfunzionali rappresentano una "formazione di compromesso", l'aspetto fenomenico di una vicenda il cui significato è rintracciabile solo nell'esperienza soggettiva e il più delle volte inconscia di chi li manifesta (Ponsi, 2009).

Anche il metodo di indagine e di raccolta di informazioni a fini diagnostici raccomandato dal DSM, cioè l'intervista clinica strutturata accompagnata da un self-report, presuppone lo stile dell'elencazione

oggettivante. Il colloquio psicodinamico si basa invece su uno scambio intersoggettivo nel contesto relazionale dell'incontro clinico (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2009). Una diagnosi eccessivamente focalizzata sul *labelling* rischia di perdere quella dimensione idiografica che ne fa il presupposto di ogni trattamento "su misura". In questo senso, è come se la terapia (psico-, ma anche farmaco-) cessasse di essere la conseguenza logica della diagnosi. In altre parole: senza "alleanza diagnostica", niente "alleanza terapeutica".

Drew Westen (1998) riassume il problema di una diagnosi orfana della propria dimensione clinica nel provocatorio quesito "*E allora?*":

> "Supponiamo di decidere che il sig. D abbia un disturbo distimico e magari di porre una diagnosi di disturbo depressivo di personalità anche se al momento si trova solo in appendice al manuale diagnostico. Clinicamente, questa diagnosi cosa aggiunge alla conoscenza che ci siamo formati del paziente durante i primi cinque minuti del primo colloquio? Che il paziente è stato depresso per la maggior parte della sua vita? Questa informazione è in grado di guidarci nella psicoterapia del paziente? Ci suggerisce l'uso di particolari farmaci? Supponiamo invece di decidere che il paziente ha un disturbo della personalità depressivo con caratteristiche evitanti. E allora? Questi sono i problemi diagnostici su cui si concentra la maggior parte dei ricercatori che oggi si occupa di disturbi della personalità, e questa è probabilmente la ragione per cui la maggior parte dei clinici, ed è triste dirlo, decide di non leggere queste ricerche" (p. 118).

Ma tra le criticità principali del DSM è importante segnalare i limiti relativi al sistema di classificazione dei disturbi di personalità. Le descrizioni dei vari disturbi di personalità rendono conto di pochissime dimensioni psichiche e spesso in modo ridondante: solo per fare un esempio, 6 criteri su 7 del disturbo paranoide di personalità ruotano attorno ai costrutti di sospettosità cronica e rabbia. Gli estensori del DSM, d'altra parte, avevano preferito incrementare la coerenza interna dei diversi costrutti/disturbi per legittimare l'ipotesi che ci si trovasse al cospetto di entità unitarie e realmente esistenti (Westen, Shedler, 1999a); questa scelta, però, ha determinato una riduzione della loro validità esterna, poiché i criteri delle varie sindromi, soprattutto della patologia di personalità, spesso si limitano a riproporre con forme e sfumature diverse lo stesso sintomo-tratto di personalità. Più in generale, i tratti patologici di personalità elencati sono intesi come entità stabili e relativamente indipendenti dai contesi, mentre sarebbe più opportuno abbracciare una concezione dimensionale e condizionale dei tratti della personalità e pensarli come tendenze, più o meno intense e stabili, a reagire a situazioni date (Lingiardi, 2009). Inoltre, una diagnosi adeguata alle esigenze della clinica dovrebbe prendere in considerazione le risorse, la resilienza e le capacità di buon funzionamento dei pazienti, elementi essenziali per pianificare un trattamento. Spesso la complessità e la variabilità dei disturbi che la maggior parte dei pazienti presenta non può essere adeguatamente inquadrata attraverso le categorie diagnostiche del DSM-IV, col risultato che un numero consistente di pazienti riceve la diagnosi di

disturbo non altrimenti specificato (N.A.S).

Westen e Arkowitz-Westen (1988) hanno scoperto che circa il 60% dei pazienti trattati nella pratica clinica per pattern disadattivi di cognizione, emozione, motivazione e comportamento, non sono riconducibili a nessun quadro diagnostico dell'Asse II.

Il problema di coverage inadeguato, a cui si è cercato di rimediare incrementando il numero di categorie diagnostiche, ha messo ancor più in discussione il modello esclusivamente categoriale, ateoretico e descrittivo per la diagnosi dei disturbi mentali su cui il DSM è fondato e ha fatto supporre che forse il "difetto" non andava cercato nel numero di disturbi contemplato bensì nell'idea che un disturbo sia un'entità discreta che può essere presente o assente.

Altro problema di rilievo era l'elevata comorbilità tra i disturbi (Oldham, Skodol, Kellman et al., 1995). Altre nosografie empiricamente derivate con strumenti e procedure diverse presentano livelli di comorbilità più bassa (Westen, Shedler, 1999b). Anche la suddivisione tra sindromi di Asse I e Asse II appare piuttosto controversa. Da un punto di vista clinico, come è possibile valutare in modo adeguato la personalità senza tener contro delle dimensioni affettive e cognitive descritte dall'Asse I e viceversa? Più concretamente, come si può pensare che una depressione maggiore in presenza di un disturbo borderline di personalità abbia implicazioni terapeutiche e prognostiche identiche a quelle di una depressione maggiore in assenza di una patologia di personalità? Il problema della distinzione tra sindromi di Asse I e II è stato aggravato dal fatto che le ricerche empiriche non hanno confermato la validità dei criteri proposti per differenziare i disturbi di Asse I da quelli di Asse II (Krueger, 2005). Infatti, le sindromi presenti nei due assi non differivano né per stabilità temporale, né per età d'insorgenza, né per compliance ai trattamenti, né per co-occorrenza diagnostica. In sintesi, se pensiamo ai limiti derivati dall'uso e dall'applicazione clinica del DSM-IV e del DSM-IV-TR - tra cui quelli relativi all'eccessiva comorbilità delle diagnosi, alla proliferazione delle etichette diagnostiche, al problema della coverage inadeguata, alla scarsa stabilità nel tempo delle diagnosi ecc. - la caratteristica più problematica del manuale sembrava essere proprio la scelta di un formato esclusivamente categoriale alla diagnosi della patologia mentale.

2.2 Il DSM-5

Il processo di revisione che ha portato alla pubblicazione del DSM-5 (notare il cambiamento dalla numerazione romana a quella araba) ha coinvolto centinaia di professionisti della salute mentale che per più di 12 anni hanno collaborato al raggiungimento di un obiettivo comune: un manuale clinicamente più utile e più rigoroso dal punto di vista empirico.

Uno dei limiti più importanti del DSM, almeno a partire dalla sua terza edizione (DSM-III), riguardava l'assunto di base per cui è possibile concettualizzare le sindromi psichiatriche come entità

discrete identificabili sulla base della presenza/assenza di un esiguo numero di criteri (approccio esclusivamente categoriale). Gli studi empirici hanno infatti dimostrato che i confini tra le diverse sindromi sono più fluidi di quanto le edizioni III e IV del DSM tendessero a riconoscere, che nel corso della vita i disturbi e i sintomi possono presentarsi con gradi di intensità diversi e che la comorbilità tra le sindromi dell'Asse I e dell'Asse II e tra le sindromi dei due Assi era molto elevata.

Per ovviare a questo limite, il DSM-5 introduce un *modello ibrido* che affianca un approccio dimensionale a quello categoriale/politetico: non viene più valutata solo la presenza/assenza dei sintomi, ma anche la loro gravità, intensità e frequenza. L'inserimento di un modello ibrido consente al clinico di reperire informazioni che integrano la diagnosi categoriale e sono utili a guidarlo nella valutazione, nella pianificazione e nel monitoraggio degli interventi, e di diagnosticare quei pazienti che, pur necessitando di un trattamento, non presentano una sintomatologia così grave, pervasiva o stabile da soddisfare le soglie di significatività clinica imposte dal manuale.

DSM-IV-TR definiva il disturbo mentale come *"un comportamento clinicamente significativo o ... una sindrome psicologica o ... un pattern ... tipicamente associato con un sintomo penoso o una limitazione in una o più aree del funzionamento"* (APA, 2000, p. xxx), il DSM-5 lo definisce come:

"*una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa nella cognizione, nella regolazione emotiva o nei comportamenti che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi sottostanti il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a distress o disabilità significative in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi, o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società, non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non siano il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo" (p. 22).*

L'accento sulle manifestazioni "culturalmente approvate" rimanda all'esigenza di tenere in considerazione le *differenze transculturali* che rendono variabile e mutevole la definizione di disturbo mentale: credere nei poteri curativi degli sciamani è culturalmente "normale" per i nativi dell'America Settentrionale, mentre non lo è per noi occidentali.

Inoltre, tra le linee guida utili al clinico per un uso corretto del manuale in ambito clinico e forense, si specifica che "porre diagnosi di disturbo mentale non rappresenta una condizione indispensabile e sufficiente per la pianificazione di un trattamento". Detto in altri termini, si contempla la possibilità che alcuni pazienti senza diagnosi di disturbo mentale abbiano bisogno cura, trattamento e attenzione clinica. In tal senso, valutare la gravità dei sintomi, il grado di disabilità del paziente e i potenziali

rischi o benefici connessi al trattamento è indispensabile.

Infine, il DSM-5 prevede una maggior "armonizzazione" con la *Classificazione Internazionale dei Disturbi Mentali* (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): uno sforzo teso a favorire il raggiungimento di linguaggi e categorie condivise e facilitare la comunicazione tra i professionisti della salute mentale impegnati nella diagnosi e nella cura dei pazienti. Anche a tal fine, è stato abbandonato il sistema di valutazione multi-assiale del DSM-IV-TR che basava la diagnosi su 5 Assi.

Il DSM-5 basa infatti la diagnosi su un *unico asse*, frutto dell'integrazione degli assi I, II e III, e chiede al clinico di annotare separatamente le informazioni relative ai problemi psicosociali e ambientali prima previste dall'Asse IV del DSM-IV-TR. Inoltre, l'Asse V preposto alla valutazione del funzionamento globale dell'individuo con la Scala di *Valutazione Globale del Funzionamento* (VGF, o *Global Assessment of Functioning*, GAF) è stato eliminato e la VGF è stata sostituita con il *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS). Infine, in Appendice troviamo una legenda che illustra la corrispondenza tra i codici alfanumerici delle diagnosi DSM e quelli dell'ICD-9 e 10.

In sintesi, il DSM-5 è organizzato in tre sezioni:

1. La **I sezione**, *Principi fondamentali*, fornisce un orientamento generale rispetto agli scopi, alla struttura, al contenuto e all'impiego del DSM-5. Essa descrive i processi di revisione pubblica, professionale e da parte di esperti, che sono stati utilizzati per valutare in modo estensivo i criteri presentati nella Sezione II. È presentato inoltre un riassunto della struttura organizzativa del DSM-5, del processo di armonizzazione con l'ICD-11, e del processo di transizione a un sistema non-assiale e dimensionale con un nuovo approccio alla valutazione della disabilità e attenzione ai temi dello sviluppo, della durata della vita, ai problemi culturali e alle differenze di genere. Altri paragrafi sono dedicati all'uso delle etichette "*con altra specificazione*" e "*senza specificazione*", e ai materiali integrativi online. Oltre a un "approccio alla formulazione del caso clinico" e alla "definizione di Disturbo Mentale", contiene una "dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense".

2. La **II sezione**, *Criteri diagnostici e codici*, è dedicata alla descrizione dei quadri clinici e psicopatologici.

3. La **III sezione**, *Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*, comprende le scale di valutazione dimensionali, il *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS), l'*Intervista per l'inquadramento culturale* (IIC; vedi anche capitolo 17), un modello alternativo per diagnosticare i disturbi di personalità e le condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriori studi.

Infine, in Appendice troviamo un capitolo dedicato alle principali differenze tra DSM-IV e DSM-5, i glossari dei termini tecnici e dei concetti culturali di sofferenza, gli elenchi alfabetici delle diagnosi del DSM-5 e dei codici ICD-9 e ICD-10, gli elenchi dei consulenti e collaboratori.

2.2.1 Il modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità del DSM-5

Oltre all'approccio categoriale per la diagnosi dei disturbi di personalità proposto nella seconda sezione del manuale e che vede immutati i criteri per la diagnosi dei 10 disturbi di personalità del DSM-IV-TR, il DSM-5 propone anche un modello alternativo. La definizione di disturbo di personalità contemplata da questo modello alternativo prevede una moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità (criterio A) in associazione a uno o più tratti patologici (criterio B). I disturbi di personalità proposti in questa sezione sono sei: disturbo di personalità antisociale, disturbo di personalità evitante, disturbo di personalità borderline, disturbo di personalità narcisistico, disturbo di personalità ossessivo-compulsivo e disturbo di personalità schizotipico.

I criteri generali per diagnosticare un disturbo di personalità sono:

Criteri generali per il disturbo di personalità

Le caratteristiche essenziali di un disturbo di personalità sono:
A: Moderata o più grave compromissione del funzionamento (del sé e interpersonale) della personalità.
B. Uno o più tratti di personalità patologici.
C. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto sono relativamente inflessibili e pervasive in una vasta gamma di situazioni personali e sociali.
D. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto sono relativamente stabili nel tempo e il loro esordio si può far risalire almeno all'adolescenza o all'inizio dell'età adulta.
E. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non sono meglio spiegate da un altro disturbo mentale.
F. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non sono attribuibili esclusivamente agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica (per esempio, grave trauma cranico).
G. Le compromissioni del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità del soggetto non possono essere considerate normali per la fase di sviluppo o l'ambiente socioculturale del soggetto.

Secondo il DSM-5, condizione necessaria ma non sufficiente per diagnosticare un disturbo di personalità è la presenza di una moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità in due domini specifici, il *sè* e quello *interpersonale*. Così, i disturbi del funzionamento del sé e del funzionamento interpersonale costituiscono il nucleo della psicopatologia della personalità e, in questo modello di diagnosi alternativa, vengono valutati lungo un continuum. Il *Sé* comprende due dimensioni: l'*identità* e l'*autodirezionalità*. Anche l'area *interpersonale* comprende due dimensioni: l'*empatia* e l'*intimità* (Tabella 2.1).

Tabella 2.1. Elementi di funzionamento della personalità

Sé:
1. *Identità*: Esperienza unitaria di sé, con chiari confini tra sé e gli altri; stabilità della stima di sé e correttezza dell'autovalutazione; attitudine alla gamma dell'esperienza emotiva e capacità di regolazione di essa. 2. *Autodirezionalità*: Perseguimento di obiettivi esistenziali coerenti e significativi sia nel breve sia nel lungo periodo; utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali; fruttuose capacità autoriflessive.
Interpersonale:
1. *Empatia*: Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni; tolleranza di punti di vista differenti; comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri. 2. *Intimità*: Profondità e durata del rapporto con gli altri; desiderio e capacità di vicinanza; comportamento improntato al rispetto reciproco.

Il grado di compromissione del funzionamento di personalità del soggetto è valutato con la Scala del livello di funzionamento della personalità (Levels of Personality Functioning Scale; LPFS) lungo un continuum che va da 0 (poca o nessuna compromissione) a 4 (estrema compromissione).

Un individuo con un funzionamento ottimale possiede un mondo psicologico complesso, estremamente elaborato e ben integrato, che include un concetto di sé solitamente positivo, volitivo e adattivo; una vita emotiva ricca, ampia, e opportunamente regolata; e la capacità di comportarsi come un membro produttivo della società con relazioni interpersonali reciproche e appaganti.

All'estremo opposto del continuum, un individuo con una grave patologia di personalità possiede un mondo psicologico impoverito, disorganizzato e/o conflittuale, che include un concetto di sé labile, indefinito e disadattivo; una propensione per emozioni negative e disregolate; e una scarsa capacità di funzionamento interpersonale e comportamento sociale adattivo.

Il clinico è chiamato a valutare il grado di compromissione del funzionamento di personalità, del sé e interpersonale, del soggetto assegnando un punteggio da 0 a 4 per ogni dominio: identità e autodirezionalità, empatia e intimità.

La scala fornisce brevi descrizioni del funzionamento tipico in ogni dominio in base al livello di gravità e il clinico è chiamato a selezionare il livello che ritiene più descrittivo del funzionamento del soggetto. Se il soggetto presenta un livello di compromissione moderato o grave (punteggio di 2 o superiore) in due o più delle quattro aree (identità, autodirezionalità, empatia e intimità), si passa al criterio B e si valuta la presenza dei tratti patologici.

I tratti di personalità, la cui scelta è stata fortemente influenzata dal *Five Factor Model* (vedi capitolo 4), possono essere definiti come modalità relativamente stabili di sentire, percepire, comportarsi e pensare in un'ampia gamma di situazioni. I tratti patologici, per un totale di 25 sfaccettature del tratto (*trait-facets*), sono organizzati in 5 domini di tratto (*traits-domains*) (vedi

Tabella 2.2).

Tabella 2.2. Definizioni dei domini e delle sfaccettature del tratto dei disturbi di personalità del DSM-5

1. Affettività negativa (vs stabilità emotiva), ossia la tendenza a fare esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (es. ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (per es. autolesionismo) e interpersonali (per es. dipendenza). Le sfaccettature del tratto descritte in questo dominio di tratto sono: labilità emotiva, ansia, angoscia di separazione, sottomissione, ostilità, perseverazione, depressività, sospettosità e affettività ridotta (mancanza di).
2. Distacco (vs estroversione), ossia la tendenza a evitare le esperienze socioemotive, incluso sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane, ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia una ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere. Questo dominio di tratto è definito dalle seguenti sfaccettature del tratto: ritiro, evitamento dell'intimità, anedonia, depressività, affettività ridotta e sospettosità.
3. Antagonismo (vs disponibilità), ossia la tendenza a mettere in atto comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come una insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio. Le sfaccettature del tratto dell'antagonismo sono: manipolatorietà, inganno, grandiosità, ricerca di attenzione, insensibilità e ostilità.
4. Disinibizione (vs coscenziosità), ossia un comportamento orientato alla gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future. Questo dominio di tratto è composto dalle seguenti sfaccettature del tratto: irresponsabilità, impulsività, distraibilità, tendenza a correre rischi e perfezionismo rigido (mancanza di).
5. Psicoticismo (vs lucidità mentale), ossia la tendenza a manifestare una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (per es., percezione, dissociazione) che nei contenuti (per es., convinzioni personali). Questo dominio di tratto è caratterizzato da: convinzioni ed esperienza inusuali, eccentricità, disregolazione cognitiva e percettiva.

I tratti, sia quelli di ordine superiore (*domini di tratto*) sia quelli di ordine inferiore (*sfaccettature del tratto*), sono intesi in senso dimensionale e lungo uno spettro che contempla le manifestazioni opposte della caratteristica in oggetto: per esempio psicoticismo *vs* lucidità mentale.

Ognuno dei sei disturbi di personalità è definito da un livello e un tipo di compromissione nel funzionamento di personalità (criterio A) e dalla presenza di tratti patologici (criterio B) specifici per quel disturbo. A titolo esemplificativo riportiamo i criteri A e B per la diagnosi del disturbo di personalità antisociale:

Disturbo di personalità antisociale
A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree: **Identità**: Egocentrismo; autostima derivante dal vantaggio personale, dal potere o dal piacere. **Autodirezionalità**: Definizione degli obiettivi sulla base della gratificazione personale; assenza di standard prosociali interni, associati a una incapacità di conformarsi alle norme, legalmente o culturalmente stabilite, di comportamento etico.

Empatia: Mancanza di preoccupazione per i sentimenti, i bisogni o la sofferenza degli altri; mancanza di rimorso dopo aver ferito o maltrattato un'altra persona.
Intimità: Incapacità di stabilire relazioni di mutua reciprocità, dal momento che lo sfruttamento è la principale modalità di entrare in relazione con gli altri, servendosi anche di inganno e coercizione; predominio o intimidazione per controllare gli altri.
B. Almeno sei dei seguenti tratti di personalità patologici:
Manipolatorietà (un aspetto dell'Antagonismo): Uso frequente del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
Insensibilità (un aspetto dell'Antagonismo): Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri; aggressività; sadismo.
Inganno (un aspetto dell'Antagonismo): Disonestà e fraudolenza; rappresentazione fuorviante di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
Ostilità (un aspetto dell'Antagonismo): Sentimenti di rabbia duraturi o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, maligno o vendicativo.
Tendenza a correre rischi (un aspetto della Disinibizione): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; tendenza ad annoiarsi e a iniziare sconsideratamente tali attività per contrastare la noia; inconsapevolezza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.
Impulsività (un aspetto della Disinibizione): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani.
Irresponsabilità (un aspetto della Disinibizione): Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel portare a termine – accordi e promesse; incuria verso le proprietà altrui.
Nota: L'individuo ha almeno 18 anni di età.

Specificare se:
Con caratteristiche psicopatiche.

I criteri C, D, E, F e G sono trasversali a tutti i disturbi di personalità. In generale, al criterio C si chiede che le alterazioni della personalità e dei tratti patologici siano "relativamente inflessibili e pervasivi in una vasta gamma di situazioni personali e sociali". Il termine "relativamente" riflette il fatto che tutti, tranne le personalità estremamente patologiche, mostrano un certo grado di adattabilità al contesto; mentre definire il pattern "inflessibile" sottolinea che i soggetti affetti da PD non sono in grado di modificare il loro pensiero o comportamento, anche di fronte a tangibili conseguenze negative. Il criterio D parla di "relativa stabilità nel tempo" perché, pur riconoscendo che i tratti sono più stabili dei sintomi, anch'essi possono modificarsi nel corso della vita. I criteri E, F e G specificano che, in alcuni casi, una manifestazione psicopatologica che sembra essere espressione di un disturbo di personalità sottostante può essere meglio spiegata come conseguenza di un disturbo mentale, degli effetti fisiologici di una sostanza, di una condizione medica generale o come espressione di una fase dello sviluppo o del contesto socio-culturale di appartenenza dell'individuo. Pertanto, è sempre opportuno valutare il funzionamento della personalità e dei tratti di personalità patologici per inquadrare il contesto di un'altra patologia.

Se il profilo del paziente corrisponde a quello descritto dal set di criteri per uno dei sei disturbi di personalità considerati (antisociale, evitante, narcisistico, borderline, ossessivo-compulsivo, schizotipico), il clinico farà diagnosi di *disturbo di personalità specifico*. Qualora invece il soggetto

presentasse un pattern di compromissione nel livello di funzionamento di personalità in associazione ad alcuni tratti patologici che, però, non corrispondono al profilo di nessuno dei sei disturbi, il clinico dovrà porre diagnosi di *disturbo di personalità tratto-specifico* (PD-TS).

La diagnosi di disturbo *tratto-specifico* include tutti i soggetti con presentazione mista o atipica dei disturbi di personalità. Questa diagnosi sarebbe il corrispettivo della vecchia diagnosi di disturbo di personalità "Non Altrimenti Specificato" (NAS) e si ottiene valutando il livello di compromissione di funzionamento, del sé e interpersonale, con la Scala del Livello di Funzionamento della Personalità e la presenza dei tratti di personalità patologici, sia di ordine superiore (5 domini di tratto) sia di ordine inferiore (25 sfaccettature del tratto).

Tra gli strumenti proposti dal DSM-5 per la valutazione dei tratti troviamo il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5) nella sua versione auto-somministrata e per l'informatore, e anche una versione breve (PID-5-BF), sia per adulti sia per bambini tra gli 11 e i 17 anni. Un assessment di personalità dettagliato e finalizzato alla pianificazione di un trattamento individualizzato dovrebbe integrare le informazioni provenienti dalle due versioni (vedi www.raffaellocortina.it/dsm-5).

In sintesi: il modello alternativo del DSM-5 per la valutazione dei disturbi di personalità prevede la valutazione dimensionale del livello di compromissione nel funzionamento di personalità in due grandi aree, quella del sé e quella interpersonale, declinate rispettivamente di due sotto-dimensioni: intimità e auto-direzionalità ed empatia e intimità. Un livello di compromissione da moderato in poi nel funzionamento della personalità (due o più aree compromesse) è indicativo della presenza di un disturbo. Fino a qui siamo nel Criterio A, valutato con la Levels of Personality Functioning Scale (LPFS). Si procede quindi alla valutazione di 5 grandi domini di tratto patologici (Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo), ciascuno composto da specifiche sfaccettature del tratto (per un totale di 25 sfaccettature del tratto). Questo è il Criterio B, la cui valutazione è facilitata (nel senso che il suo uso non è obbligatorio) dal Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). Secondo questo modello alternativo, se il profilo del paziente corrisponde a uno dei disturbi descritti dal Manuale (caratterizzati dalla combinazione di specifici domini di tratto patologici e sfaccettature del tratto) si fa diagnosi di disturbo specifico di personalità (antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico). Viceversa, in presenza di compromissione nelle aree del sé e interpersonale e di tratti patologici che però non corrispondono ad alcuno dei profili dei disturbi specifici si fa diagnosi di disturbo di personalità tratto-specifico (che nel DSM-IV-TR sarebbe stata diagnosi di uno di questi disturbi di personalità: paranoide, schizoide, istrionico e dipendente, non più contemplati dal modello alternativo del DSM-5, oppure di Disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato). Va detto che alla macchinosità e alla relativa poca chiarezza delle istruzioni per questo procedimento diagnostico "alternativo" sono state rivolte parecchie critiche.

2.3. Le caratteristiche di una "buona" diagnosi

Quali sono le caratteristiche ideali di una buona diagnosi? Innanzitutto, l'impiego di un *linguaggio condiviso*, che permetta di ricondurre segni, sintomi e tratti a terminologie e definizioni specifiche, descrittive e struttu-rali, sulle cui caratteristiche ci sia sufficiente accordo tra professionisti di orientamento teorico diverso. Dovrebbe poi fornire *informazioni sufficienti e coerenti con l'anamnesi fisiologica e patologica, con gli aspetti evolutivi e prognostici e con le conseguenze sul funzionamento sociale e relazionale del soggetto*; inoltre, dovrebbe informarci non solo sulla psicopatologia, ma anche sulle risorse del soggetto. Dovrebbe dare *informazioni utili alla progettazione di interventi terapeutici e/o riabilitativi "patient-tailored"*, e associarsi a *strumenti di rilevazione validi e affidabili*. Dovrebbe *fornire elementi in grado di facilitare la comunicazione con il paziente*, in vista di un'eventuale restituzione. Infine, dovrebbe *contribuire al dialogo tra clinici e ricercatori*, facilitando lo scambio necessario tra chi lavora con il pa-ziente (anche) sulla base delle evidenze diagnostiche e chi ha il compito di implementare procedure di raccolta ed elaborazione dei dati capaci di pro-durre conclusioni e previsioni attendibili.

Il primo a sviluppare un sistema di classificazione capace di integrare gli aspetti strutturali della diagnosi, tipicamente psicoanalitici, e la nosogra-fia psichiatrica, è stato Otto Kernberg. Il suo modello, come è noto, riconduce il funzionamento complessivo dei diversi pazienti a tre grandi *organizzazioni di personalità*: nevrotica, borderline e psicotica (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005).

Un approccio interessante è anche quello di Sydney Blatt (2006, 2008; Blatt, Levy, 1998) che concettualizza lo sviluppo e l'organizzazione della personalità in funzione di due principali linee evolutive: quella *introiettiva*, centrata sui problemi di definizione della propria identità, e quella *anacli-tica*, connessa al bisogno di sviluppare relazioni oggettuali più stabili, inti-me e reciproche. Questo modello ha permesso di differenziare due *configu-razioni psicopatologiche* fondamentali a cui ricondurre i diversi disturbi, a seconda della prevalenza di tematiche di tipo anaclitico (borderline, istrionico, dipendente) o introiettivo (schizoide, schizotipico, paranoide, narcisistico, antisociale, ossessivo).

Un altro approccio che ha profondamente influenzato la diagnostica psi-codinamica contemporanea è quello di Nancy McWilliams (1994, 1999, 2004). Secondo questo modello, per elaborare una buona diagnosi e una de-scrizione sufficientemente completa del funzionamento psichico, è necessa-rio raccogliere informazioni riconducibili a otto aree funzionali: il *tempera-mento*; gli *affetti* prevalenti; i *pattern relazionali* tipici; le *identificazioni* (cioè i modi di pensare, comportarsi, reagire, rapportarsi, che il soggetto sembra aver appreso o derivato dagli altri significativi con cui è stato in re-lazione); il *livello di autostima*; le *credenze patogene* (cioè gli assunti per lo più impliciti che guidano il modo in

cui la persona legge o interpreta gli eventi e ciò che si aspetta dalle diverse situazioni); gli *stili e i meccanismi di difesa* cui un soggetto ricorre in situazioni di stress o conflitto (per una rassegna vedi Lingiardi, Madeddu, 2002; Lingiardi, 2004); e, infine, le *pro-blematiche evolutive principali*. Infine, un'indicazione fondamentale della McWilliams (1998) riguarda la valorizzazione delle soggettività, del clinico come del paziente, nel processo diagnostico.

Le considerazioni fin qui avviate e i contributi citati hanno contribuito a promuovere un'idea di diagnosi che ha portato alla creazione di un nuovo strumento, valido e affidabile, la *Shedler-Westen Assessment Procedure200* (SWAP-200; Westen, Shedler, 1999a,b; Shedler, Westen, 2006; Westen, Shedler, Lingiardi, 2003), e di un nuovo sistema diagnostico, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM; PDM Task Force, 2006).

2.4. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)

Il PDM è la prima nosografia sistematica dei disturbi psichici esplicita-mente fondata su un modello psicodinamico e sostenuta da dati derivati e fondati sulla ricerca empirica. Prodotto dall'*Alliance of Psychoanalytic Organizations*[3], il PDM è il risultato dello sforzo di «organizzare i dati del-le principali scoperte empiriche, le ipotesi nate dalla pratica della psicoana-lisi clinica e le suggestioni della diagnostica tradizionale in un sistema coe-rente e relativamente integrato che possa essere impiegato per la diagnosi clinica, la formulazione dei casi e la progettazione degli interventi» (Lingiardi, Del Corno[4], 2008, p. XXIII).

Obiettivo del PDM non è quello di sostituire il DSM, ma di offrire al clinico un sistema diagnostico complementare, alla luce della necessità di integrare l'approccio fenomenologico-descrittivo con quello dinamico. Piuttosto che configurarsi come una tassonomia di patologie e disturbi, come il DSM, il PDM si propone come una "tassonomia di persone". Le sindromi non sono concepite come cluster rigidi e vincolati di segni e sin-tomi, ma come Gestalt o tipi ideali a cui i pazienti reali possono approssi-marsi in misura maggiore o minore (Lingiardi, Dazzi, 2009: Lingiardi, 2009b).

Il PDM è costituito da tre sezioni: (1) la prima è dedicata alla dia-gnostica degli adulti; (2) la seconda alla diagnostica di adolescenti, bambi-ni e neonati; (3) la terza contiene alcuni tra i più importanti articoli teorici e di ricerca su cui si basa la nosografia psicodinamica del Manuale.

[3] Un network di clinici e ricercatori afferenti a: American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Tra gli autori di maggior rilievo della task force ricordiamo: S.I. Greenspan, N. McWilliams, O.F. Kernberg, D. Westen, S.J. Blatt, P. Fonagy.

[4] L'edizione italiana del PDM è stata pubblicata nel 2008, a cura di Vittorio Lingiardi e Franco Del Corno. Il comitato scientifico dell'edizione italiana è costituito dai due curatori con Massimo Ammaniti e Nino Dazzi.

Partendo dall'assunto per cui la personalità è il contesto in cui la psicopatologia si sviluppa e acquista "significato", che può essere diverso per le diverse persone e nelle diverse fasi della vita (Westen, Gabbard, Blagov, 2006), il PDM articola la diagnosi degli adulti su tre assi:

1. *Asse P* per la valutazione dei *pattern e dei disturbi della personalità*;
2. *Asse M* per la valutazione del *funzionamento mentale*;
3. *Asse S* per la valutazione dell'*esperienza soggettiva dei pattern sin-tomatici* dei disturbi clinici.

La diagnosi dell'adulto prevede che i tre assi siano valutati in questo or-dine, mentre la diagnosi dell'adolescente richiede per prima la valutazione dell'Asse M, seguita da quelle dell'Asse P e dell'Asse S: i pattern di perso-nalità dell'adolescente, infatti, vengono considerati ancora "in formazione", e viene data quindi preminenza all'assessment del funzionamento mentale.

Passiamo ora sinteticamente in rassegna caratteristiche e contenuti dei tre assi P, M, S.

2.4.1 Asse P

La valutazione dell'organizzazione di personalità proposta dal PDM segue il modello di Kernberg (1984) e dunque articola il funzionamento della personalità su tre livelli: sano, nevrotico e borderline (ulteriormente suddiviso in borderline di livello alto, più vicino al registro nevrotico, e borderline di livello basso, più vicino al registro psicotico). Per procedere a questa valutazione è necessario valutare sette funzioni fondamentali della personalità: identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazio-ne degli impulsi e degli affetti, integrazione di Super-io, ideale dell'Io e Io ideale, esame di realtà, forza dell'Io e resilienza. I pazienti con organizza-zione borderline di personalità, in genere, presentano problemi in cinque funzioni di questo elenco, ma se l'organizzazione è di livello basso possono essere presenti anche difficoltà nell'esame di realtà, soprattutto in presenza di forti agenti stressanti e conflitti. Il manuale illustra anche le principali implicazioni psicoterapeutiche delle diverse organizzazioni di personalità.

La nosografia proposta dall'Asse P risente in modo consistente delle ricerche condotte da Westen e Shedler con la SWAP-200, del modello di Blatt relativo alle configurazioni di personalità introiettive e anaclitiche e delle idee della McWilliams sul rapporto tra diagnosi e formulazione dinamica del caso clinico.

I diversi disturbi di personalità si sovrappongono solo parzialmente a quelli dell'Asse II del DSM, vengono declinati al plurale[5] e presentano sottotipi (indicati tra parentesi). Sono elencati i seguenti disturbi: *schizoidi*, *paranoidi*, *psicopatici* (antisociali; passivi/parassitari *vs* aggressivi), *narci-sistici* (arroganti/che credono di avere tutti i diritti *vs* depressi/svuotati), *sa-dici e sadomasochistici*, *masochistici* (autofrustranti; morali vs relazionali), *depressivi* (anaclitici vs introiettivi; ipomaniacali),

[5] La declinazione al plurale vuole sottolineare la pluralità delle possibili manifestazioni cliniche di uno stesso tipo di personalità.

somatizzanti, *dipendenti* (passivi-aggressivi; controdipendenti), *fobici* (evitanti; controfobici), *ansio-si*, *ossessivo-compulsivi* (ossessivi vs compulsivi), *isterici* (istrionici; inibiti vs espansivi/esuberanti), *dissociativi* e *misti*.

Di ogni disturbo vengono poi descritte le caratteristiche più rilevanti, chiarite le principali implicazioni per il trattamento e evidenziati i pattern prevalenti di transfert/controtransfert. Infine, per facilitare la formulazione della diagnosi, vengono definiti e sintetizzati i pattern costituzionali-maturativi, la tensione/preoccupazione principale, gli affetti principali, le cre-denze patogene relative a se stessi e agli altri, i modi principali di difendersi e gli eventuali sottotipi[6].

Altre innovazioni diagnostiche interessanti presenti in asse P sono: a) l'esclusione della generica etichetta "borderline", qui impiegata non per denotare un disturbo specifico, ma solo per indicare un livello di organiz-zazione della personalità; b) anche la diagnosi di disturbo schizotipico di personalità non viene contemplata: in parte assorbita nel pattern schizoide, in parte ricondotta allo spettro schizofrenico (vedi anche Westen, Shedler, 1999a); c) il disturbo antisociale e quello evitante vengono ridefiniti con i termini classici di disturbo psicopatico e disturbo fobico, per sottolineare la centralità degli elementi dinamici inconsci (rispettivamente, la manipola-zione egoistica delle persone e delle emozioni, e l'evitamento degli stimoli angoscianti); d) i quadri diagnostici di Asse I che il DSM chiama disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di somatizzazione e disturbo dissociativo dell'identità vengono collocati dal PDM in Asse P in base all'idea che l'in-tera esperienza di questi soggetti si organizzi attorno ad elementi "persono-logici" di ansia, somatizzazione e dissociazione; e) infine, il PDM contem-pla alcune diagnosi assenti o ancillari nelle principali nosografie psichia-triche, come i disturbi sadici/sadomasochistici/masochistici oppure i distur-bi depressivi di personalità.

2.4.2 Asse M

L'Asse M è dedicato alla valutazione del funzionamento mentale e si basa sull'assessment di *nove funzioni specifiche*:

1. La *capacità di regolazione, attenzione e apprendimento* sottolinea i processi fondamentali che consentono agli esseri umani di vivere le proprie esperienze e di apprendere da esse.
2. La *capacità di relazioni e intimità* prende in considerazione se e quanto il soggetto è in grado di stabilire relazioni profonde, ampie e differenziate con le altre persone.

[6] Di derivazione psicoanalitica, ma sostenuta empiricamente da un corpus piuttosto ampio di ricerche, è la declinazione in sottotipi di una stessa patologia; per esempio la differen-ziazione dei pazienti con disturbo narcisistico di personalità in "arroganti" e "depressi", dei pazienti con disturbo depressivo di personalità in "anaclitici" e "introiettivi", dei pazienti antisociali in "aggressivi" e "parassitari" (Rosenfeld, 1987; Cooper, Ronningstam, 1992; Gabbard, 1989; Russ et al., 2008).

3. La *qualità dell'esperienza interna* (livello di sicurezza e rispetto di sé) cerca di cogliere il livello di sicurezza e il rispetto di sé che caratterizzano la relazione di una persona con gli altri e con il mondo.

4. La *capacità di esperienza, espressione e comunicazione degli affetti* si riferisce alla capacità di utilizzare l'intera gamma dei pattern di espressione affettiva prerappresentazionale e rappresentazionale.

5. I *pattern e le capacità difensive* mettono in evidenza il modo in cui gli individui cercano di far fronte a desideri, affetti e altre esperienze e il grado di distorsione dell'esperienza nel corso di questo processo.

6. La *capacità di formare rappresentazioni interne* permette all'individuo di simbolizzare le esperienze affettivamente significative.

7. La *capacità di differenziazione e integrazione* implica la capacità dell'individuo di costruire nessi logici tra le rappresentazioni interne (cioè di separare la fantasia dalla realtà e di costruire connessioni tra le rappresentazioni interne dei desideri, degli affetti, del sé e delle relazioni con gli oggetti, del passato, del presente e del futuro).

8. La *capacità di auto-osservazione* (mentalità psicologica) riguarda la capacità dell'individuo di osservare la propria vita interiore.

9. La *capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni* (senso morale), evoluzione delle altre funzioni mentali ed esito dell'integrazione di un certo numero di esse, rispecchia la capacità di riflettere su di sé nel contesto delle esperienze presenti e future.

Tenendo conto di queste capacità mentali, il funzionamento comples-sivo dell'individuo deve essere collocato su una scala a *otto livelli* che van-no da "Capacità mentali ottimali, appropriate all'età e alla fase, con un gra-do di flessibilità e integrità adeguato all'età" a "Gravi lacune nel funzionamento mentale di base".

A titolo esemplificativo, si riporta nelle tabelle 1 e 2 il modo in cui il PDM presenta le funzioni "Qualità dell'esperienza interna" e "Pattern e capacità difensive".

Tabella 2.3. Descrizione della qualità dell'esperienza interna del PDM (Asse M)

QUALITA' DELL'ESPERIENZA INTERNA (livello di sicurezza e rispetto di sé)
Descrizioni illustrative del range e dell'adeguatezza del funzionamento ▪ Senso di benessere, vitalità e autostima realistica. Presenti anche quando è sotto stress. ▪ Senso di benessere, vitalità e autostima realistica. Resi discontinui da emozioni forti o stress, ma con recupero finale dei sentimenti di benessere. ▪ Sentimenti di impoverimento, vuoto, incompletezza e ripiegamento dell'attenzione su di sé a meno che l'esperienza non sia quasi perfetta. L'autostima è vulnerabile. ▪ I sentimenti di impoverimento, vuoto, incompletezza e ripiegamento su sé prevalgono.

Tabella 2.4. Descrizione dei pattern e delle capacità difensive del PDM (Asse M)

PATTERN E CAPACITA' DIFENSIVE
Descrizioni illustrative del range e dell'adeguatezza del funzionamento ▪ Dimostra una capacità ottimale di fare esperienza di un'ampia gamma di pensieri, affetti e relazioni, e gestisce le situazioni stressanti con un uso minimo di difese che eliminino o alterino i sentimenti e le idee. Tende a usare difese e strategie di coping al servizio di un funzionamento emotivo sano e flessibile, tra cui la sublimazione, l'altruismo, l'umorismo ecc. ▪ Fa uso di difese che mantengono le idee, i sentimenti, i ricordi, i desideri e le paure potenzialmente minacciosi al di fuori della coscienza senza significative distorsioni dell'esperienza. Può usare difese come l'intellettualizzazione e la razionalizzazione e, in misura limitata, la rimozione, la formazione reattiva e lo spostamento. ▪ Fa un uso massiccio di difese che distorcono e/o limitano l'esperienza delle relazioni per affrontare le fonti di stress interne ed esterne e per mantenere sentimenti e pensieri al di fuori della coscienza. Usa difese come il disconoscimento, il diniego, la proiezione, la scissione e l'acting out. ▪ Mostra un fallimento generalizzato nella regolazione difensiva, che porta a una rottura del rapporto con la realtà attraverso l'uso della proiezione delirante e della distorsione psicotica.

2.4.3 Asse S

L'Asse S del PDM, l'ultimo da valutare per i pazienti adulti, riprende la nosografia dell'Asse I del DSM, ma riformula le diverse sindromi in ter-mini descrittivi e come *Gestalt* complessive, arricchendole delle caratteri-stiche più tipiche dell'esperienza soggettiva associata ai sintomi dei diversi disturbi. Questa esperienza soggettiva viene descritta in termini di *stati af-fettivi*, *pattern cognitivi*, *stati somatici* e *pattern relazionali*. Si tratta, in al-tri termini, del tentativo di integrare la diagnostica "oggettiva" del DSM, ri-definita in termini più olistici, con le dimensioni soggettive che ne caratte-rizzano l'esperienza.

I pattern sintomatici non vengono classificati come disturbi a se stanti, ma come espressioni esplicite dei modi in cui i pazienti affrontano le espe-rienze. Come tali, essi possono essere compresi solo nel contesto della struttura complessiva della personalità e del funzionamento mentale.

L'attenzione alla soggettività del paziente è un altro elemento dinamico costitutivo del PDM. In effetti, l'inclusione di una valutazione qualitativa dell'esperienza soggettiva del disturbo consente al clinico di comprendere meglio il significato che i sintomi hanno per il soggetto che li manifesta e di inquadrare, in una chiave più operativa, le aree su cui dovrebbe essere centrato l'intervento o il trattamento. Il PDM non è attento solo alla dimen-sione soggettiva del paziente: riconoscendo la matrice relazionale dell'in-contro diagnostico, sottolinea anche la rilevanza dei vissuti emotivi del clinico.

2.5. La SWAP-200

La SWAP-200 è una procedura di valutazione dei tratti e degli stili[7], sani e patologici, della personalità di adulti e adolescenti[8], utile per scopi clinici e di ricerca, e fondata su presupposti teorici e metodologici ben esplicitati (per applicazioni clinche vedi Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Lingiardi, Gazzillo, Waldron, 2010).

In primo luogo, la SWAP sposa una *concezione condizionale e dimen-sionale dei tratti*, intesi cioè come tendenze più o meno intense a *reagire in modi specifici e relativamente stabili a situazioni intrapersonali o interper-sonali vissute in modo analogo*. La SWAP, pur non trascurando la necessità di elaborare diagnosi categoriali, parte dal presupposto che il modo più ef-ficace di descrivere la personalità sia valutare in chiave dimensionale quan-to il funzionamento del soggetto si avvicini a una serie di stili o disturbi prototipici precedentemente individuati. In sostanza, la SWAP parte dal presupposto che tutti gli individui abbiano caratteristiche riconducibili a ognuno degli stili/disturbi della personalità e si differenzino tra loro in base all'intensità e alle combinazioni delle diverse caratteristiche. Per questo le concezioni categoriale e dimensionale della personalità potrebbero e do-vrebbero essere integrate per elaborare una diagnosi ottimale, dove peraltro il "problema" della comorbilità, anziché essere considerato un "effetto in-desiderato" della diagnosi, andrebbe visto come la "fisiologica" convivenza di diverse componenti della personalità, ovviamente organizzate in profili dotati di senso diagnostico.

In terzo luogo, la procedura SWAP parte dal presupposto che una dia-gnosi di personalità realmente comprensiva debba fornire informazioni su *quattro ampi domini funzionali*: 1) le motivazioni, gli standard ideali, i valori morali, le paure e i conflitti; 2) gli stili cognitivi, le strategie e le ca-pacità di regolazione delle emozioni, i meccanismi di difesa e, in generale, le capacità e le risorse psicologiche; 3) le rappresentazioni di sé, degli altri, e delle relazioni tra sé e gli altri; 4) il modo in cui questi domini si sono sviluppati nel corso della vita.

La *diagnosi funzionale*, cioè una valutazione che fornisca informazioni adeguate su questi quattro ambiti tenendo conto tanto dei *tratti patologici* quanto delle *risorse*, dovrebbe essere facilmente sintetizzabile in un'eti-chetta diagnostica ma anche *direttamente traducibile in una formulazione del caso* sufficientemente informativa e facilmente comprensibile per pro-fessionisti di formazione ed esperienza diverse. In questo modo verrebbe colmato lo iato che separa la diagnosi, che attualmente può essere ricon-dotta a codici e linguaggi oggettivi (come quelli di DSM e ICD), e la *for-mulazione del caso*, ancora troppo spesso affidata a idiosincrasie personali e teoriche dei diversi clinici. Un

[7] Con il termine *tratto di personalità* si intende una modalità costante di percepire, rap-portarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifesta in un ampia va-rietà di situazioni sociali e personali (Caprara, Gennaro, 1999; Lingiardi, 2004). I tratti sono considerati "le dimensioni di base della personalità in grado di render conto sia delle caratteristiche comuni alle diverse persone, sia delle differenze individuali" (De Bei, 2009, p. 39). Con il termine *stile di personalità* si fa riferimento, invece, alla configurazione più o meno stabile di pensiero, emozione, motivazione e comportamento che definisce una struttura psicologica più generale. È possibile indagare i modi in cui i diversi tratti tendono a organizzarsi tra loro, determinando specifici tipi o stili di personalità (Shapiro, 1965). In definitiva, il costrutto di stile di personalità cerca di fornire una descrizione più globale del funzionamento individuale.

[8] Per una descrizione della SWAP-200-A e una riflessione sulla diagnosi di personalità in adolescenza, vedi Lingiardi, 2009a.

processo di riorganizzazione dei "pensieri" fatti dal clinico sul paziente (le caratteristiche, il livello di funzionamento, le risorse, ecc.) e l'identificazione delle aree che richiedono una maggiore esplorazione, sono il correlato di ogni formulazione del caso: e questo è il quarto presupposto alla base della procedura SWAP.

Il quinto presupposto è il tentativo di *sanare il gap che separa la clinica dalla ricerca*. Questo è l'approccio di tutti i lavori di Drew Westen, e può essere sintetizzato nel motto: *lasciamo che i clinici facciano ciò che sanno fare meglio, cioè ascoltare, osservare e trarre inferenze; e lasciamo che la statistica faccia ciò che sa fare meglio, cioè aggregare i dati in modo affidabile*. Questa logica, applicata alla valutazione della personalità, si tra-duce in primo luogo nel ridimensionamento del ruolo degli strumenti self-report. Affidarsi alle conoscenze consce/esplicite che i pazienti hanno su di sè per valutare la loro personalità, infatti, esclude ipso facto la possibilità di ottenere informazioni sulle rappresentazioni e i processi inconsci/impliciti, e sulle eventuali discrepanze tra rappresentazioni e processi impliciti ed espliciti (Hilsenroth et al., 2000; Westen, Muderrisoglu, 2003; Westen, Weinberger, 2004). Solo per fare un esempio, utilizzare metodi self-report per valutare l'eventuale presenza di un disturbo narcisistico della persona-lità implica chiedere al soggetto se pensa di essere arrogante, o se crede di darsi troppa importanza: un punto di vista su di sé che difficilmente l'indi-viduo narcisista è in grado di condividere. Inoltre, ricorrere a strumenti self-report implica utilizzare in modo piuttosto ridotto il know-how e le cono-scenze specifiche che i clinici hanno acquisito nel corso della loro forma-zione ed esperienza. Non è un caso che da sempre i clinici valutino la per-sonalità e il funzionamento psichico dei loro pazienti ascoltandone i rac-conti e affidandosi alle proprie capacità di osservazione, inferenza e inte-grazione dei dati, e *non* limitandosi a fare domande dirette sulle rappresen-tazioni e i processi rispetto ai quali vogliono ottenere informazioni. D'altra parte, è assolutamente necessario che queste capacità del clinico siano rese più oggettive per mezzo di tecniche statistiche che permettano la loro ag-gregazione e traduzione in previsioni.

Un'ultima caratteristica della diagnostica SWAP, direttamente derivata dalla clinica, è l'adozione di una procedura "*matching prototype*" (Westen, Shedler, 2000), secondo la quale la presenza di un certo stile/disturbo di personalità non deriva dal conteggio di un numero *n* di criteri specifici, ma da quanto la presentazione clinica di un soggetto si avvicina al quadro complessivo di un certo disturbo.

La SWAP permette di ottenere due tipi di diagnosi: una in fattori PD e l'altra in fattori Q. Per fattori PD si intendono i fattori che "ridescrivono" i *Personality Disorders* dell'Asse II del DSM con il linguaggio e la logica SWAP; i fattori Q, invece, descrivono stili di personalità derivati empiri-camente dalle descrizioni SWAP di pazienti reali a cui è stata applicata la *Q-factor-analisys* (una procedura di analisi fattoriale che permette di met-tere in evidenza gruppi di soggetti che presentano caratteristiche simili e che si può supporre siano riconducibili alla stessa configurazione di tratti della personalità). La diagnosi in fattori PD viene elaborata da un software che permette di calcolare il grado

di somiglianza (la correlazione) tra il pro-filo del paziente (cioè il quadro personologico derivato dall'assegnazione di un punteggio di descrittività ai 200 item della SWAP) e 10 prototipi SWAP di pazienti ideali con disturbi della personalità, più un prototipo di paziente con "funzionamento sano". Stesso procedimento per la diagnosi in fattori Q, che fa riferimento però a una classificazione "empiricamente derivata", solo in parte sovrapponibile alla tradizionale diagnostica dei disturbi di personalità. La diagnosi in fattori Q include infatti i seguenti stili e disturbi: disforico, schizoide, paranoide, antisociale-psicopatico, istrionico, narcisi-stico, ossessivo, evitante, depressivo ad alto funzionamento, con disregola-zione emotiva, dipendente-masochista, con esteriorizzazione dell'ostilità (per una trattazione più completa vedi Westen, Shedler, Lingiardi, 2003; Gazzillo, 2009).

Dal punto di vista metodologico, la SWAP è l'applicazione di una pro-cedura Q-sort (Block, 1978) alla valutazione della personalità: al clinico è richiesto di organizzare gerarchicamente i 200 item (affermazioni che descrivono le caratteristiche della personalità) che compongono lo strumen-to, in funzione del loro livello di descrittività del paziente, e di collocarli in 8 pile, da 0 a 7 (0 quando l'item non è per niente descrittivo; 7 quando è molto descrittivo), *rispettando una distribuzione fissa*.

Si ottengono così: a) una o più etichette diagnostiche in forma di fattori PD; b) una o più etichette diagnostiche in forma di fattori Q; c) una for-mulazione del caso. Mentre le diagnosi *label* vengono fornite in automatico dal programma SWAP, per ottenere la formulazione del caso si devono "cucire" insieme gli item più descrittivi del paziente valutato [e cioè i 30 item assegnati, secondo una gerarchia fissa, ai livelli 7 (8 item), 6 (10 item) e 5 (12 item)] ricavando così un profilo diagnostico in forma narrativa. Tale formulazione è al tempo stesso empiricamente solida (stessi descrittori e stessa procedura per tutti i valutatori) e clinicamente utile (alto valore de-scrittivo dell'organizzazione della personalità e del funzionamento psichico del paziente secondo aree funzionali universalmente riconosciute).

Riportiamo a scopo esemplificativo la formulazione del caso di Rossel-la, una paziente di circa 40 anni con diagnosi di disturbo istrionico (PD=64.07) e borderline di personalità (PD=60.09), con forti tratti dipen-denti masochistici (Q=61.22) e di disregolazione emotiva (59.36), e con scarse capacità generali di funzionamento (PD=43.45, quasi una deviazione standard sotto la media).

> Rossella tende a rappresentarsi il proprio passato come una serie di eventi privi di rap-porti e connessioni reciproche, ha difficoltà a fornire un racconto coerente della propria vita (151) e le sue percezioni del presente tendono a essere superficiali, generiche e im-pressionistiche (72). Il suo modo di pensare è piuttosto concreto e ha difficoltà a com-prendere analogie e sfumature (75). L'insight psicologico è scarso (148). Sembra inoltre incapace di descrivere le persone per lei importanti riuscendo a trasmettere l'idea di che tipo di persone siano: le descrizioni degli altri sono bidimensionali e piuttosto misere (41). Sono presenti notevoli difficoltà di comprensione del senso del comportamento altrui (29). Anche la descrizione delle sue esperienze è sempre in termini generali, pove-ra di dettagli rilevanti (155) e poco articolata (198). Rossella tende a cadere in spirali emotive senza controllo che conducono a stati di estrema ansia,

tristezza o eccitazione (12) ed esprime le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali (74). Non ha un'imma-gine stabile di chi sia o di chi vorrebbe diventare (15), esprime sentimenti e credenze contraddittorie senza essere disturbata dalla loro incoerenza (162) e non sa definire con una certa sicurezza il proprio orientamento sessuale (47). Si vede come inadeguata, infe-riore e fallita (54), tende a sentirsi un'emarginata (149) e a essere eccessivamente dipendente, richiedendo rassicurazioni e approvazioni eccessive (77). Facilmente suggestionabile e influenzabile (46), Rossella ha paura di essere abbandonata dalle per-sone per lei emotivamente significative (98). Spesso Rossella prova ansia (35), vergo-gna e imbarazzo (86), tende a incolparsi delle cose negative che accadono (1) e fre-quentemente rimane coinvolta in relazioni in cui subisce abusi emotivi o fisici (26). Sembra rivivere più volte esperienze traumatiche del passato (legate a una relazione in-cestuosa con il padre) (81) e spesso entra in stati di coscienza alterati o dissociati (138).Tende a rimuovere o "dimenticare" gli eventi stressanti,oppure a distorcerne il significato senza rendersene conto (152). Ha difficoltà a riconoscere o esprimere la propria rabbia (25) e spesso agisce in modo impulsivo (134). Non sembra preoccuparsi abbastanza della soddisfazione dei propri bisogni o sentirsi in diritto di chiedere ciò che si merita (159). Di come vanno le cose nel mondo sembra saperne meno di quanto ci si aspetterebbe da una persona del suo livello socio-culturale (93). (Tra parentesi la nume-razione degli item SWAP).

2.5.1 La SWAP-II

La SWAP-II è la versione revised della SWAP-200, frutto di un processo durato circa sette anni finalizzato a migliorare la densità clinica e la tenuta psicometrica dello strumento. Nel corso di questo processo, alcuni item sono stati modificati o riscritti, altri sono stati eliminati, altri ancora aggiunti.

Basandosi sulle descrizioni SWAP di pazienti reali fornite da un pool casuale di 1201 clinici statunitensi, Westen e Shedler hanno elaborato una tassonomia della personalità ancora più precisa e articolata di quella della SWAP-200, quella della SWAP-II. Robert Michels (2012), che pur sottolinea l'esemplarità di questo studio nel campo della diagnostica di personalità, suggerisce che "nomenclatura" sarebbe stato un termine più appropriato del linneiano "tassonomia".

Nel loro articolo sulla la SWAP-II, Westen, Shedler, Bradley e DeFife (2012) segnalano come punto di forza della nomenclatura della SWAP-II l'aver considerato, per ovviare a uno dei limiti dei fattori Q della SWAP-200 (cioè il fatto di basarsi su descrizioni di pazienti che potevano essere diagnosticati con i criteri dell'Asse II del DSM), anche pazienti che *non* soddisfano i criteri del DSM per una diagnosi di disturbo della personalità. La nosologia della SWAP-II può essere quindi applicata anche a pazienti con problematiche di personalità solitamente considerate "subcliniche", "non altrimenti specificate" o "altrimenti specificate".

Un altro elemento di novità della SWAP-II è nella procedura di identificazione empirica dei pattern di personalità: in primo luogo, infatti, sono state clusterizzate le descrizioni SWAP dei pazienti con un disturbo sufficientemente grave da poter ricevere una diagnosi DSM, e solo in un

secondo momento sono state clusterizzate quelle dei pazienti con condizioni di personalità meno gravi. La prima procedura ha identificato tre grandi spettri di personalità: *internalizzante*, *esternalizzante*, *borderline* (vedi Tabella 2.5). Una Q analisi di secondo ordine ha messo in evidenza che il primo spettro, quello *internalizzante*, comprende i disturbi depressivo, ansioso-evitante, dipendente vittimizzato e schizoide-schizotipico. Il secondo spettro, quello *esternalizzante*, comprende invece gli stili di personalità antisociale-psicopatico, paranoide e narcisistico, mentre nello spettro *borderline* troviamo i pazienti con personalità borderline-disregolate. La Q analisi dei pazienti che non presentavano una patologia sufficientemente grave da ricevere una diagnosi DSM ha infine identificato due *stili nevrotici*: quello *isterico/istrionico* e quello *ossessivo*, che solo se molto pronunciati implicano problemi significativi per l'adattamento dell'individuo. Per una descrizione sistematica di questi pattern di personalità rimandiamo il lettore al capitolo 14.

Un ultimo elemento di novità della SWAP-II è un viraggio piuttosto deciso verso l'adozione della procedura di valutazione *prototype matching*, quella che richiede al clinico di valutare in modo globale, su una scala da 1 a 5, il grado di sovrapposizione tra come si presenta il proprio paziente e i prototipi dei vari disturbi.

In sintesi: la SWAP-II si presenta come uno strumento di valutazione e diagnosi della personalità pensato per la clinica ma con solide basi empiriche; assicura la possibilità di elaborare diagnosi categoriali senza sacrificare la dimensionalità della valutazione; propone una nosografia degli stili/disturbi della personalità empiricamente derivata a partire da un ampio campione di pazienti reali e si propone come raccordo di elezione tra le conoscenze e le procedure accademiche e l'esperienza di clinici esperti, tra diagnosi-label e formulazione del caso (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006; Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2009). Le sue origini nel pensiero dinamico non ne impediscono un impiego proficuo anche da parte di professionisti di orientamento teorico diverso, e il suo formato *clinician-report*, che valorizza le competenze cliniche, si associa a una metodologia sufficientemente solida in grado di prevenire i rischi di soggettività idiosincratiche nella valutazione.

Come la SWAP-200 nella sua versione per adulti e per adolescenti ha influenzato in modo deciso la nosografia dei disturbi di personalità dell'Asse P e PCA del *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, rispettivamente dedicati alla diagnosi di personalità di adulti e di adolescenti e bambini, così la SWAP-II sarà uno degli assi portanti della diagnostica di personalità del PDM-2.

Tabella 2.5. Descrizione degli spettri di personalità della SWAP-II

SPETTRO INTERNALIZZANTE

Lo spettro internalizzante comprende quattro disturbi di personalità: depressivo, ansioso-evitante, dipendente-vittimizzato e schizoide-schizotipico. Gli individui con disturbi dello spettro internalizzante vivono emozioni dolorose croniche, in particolar modo depressione e ansia, tendono a essere emotivamente inibiti e socialmente evitanti, e a incolpare se stessi delle proprie difficoltà.

Gli individui con disturbi nello spettro internalizzante sono cronicamente soggetti a emozioni dolorose come depressione, ansia, senso di colpa, vergogna e imbarazzo. Tendono a criticare se stessi e a sentirsi inadeguati. Sono tendenzialmente inibiti e coartati, e hanno difficoltà a concedersi di esprimere i propri impulsi e desideri. Sono in genere passivi e poco assertivi, e spesso si sentono deboli, impotenti e in balia di forze al di fuori del loro controllo. Ruminano e rimuginano spesso sui propri problemi. Hanno difficoltà a riconoscere o esprimere la rabbia e invece di farlo diventano depressi, autocritici o autopunitivi (ovvero rivolgono la rabbia verso se stessi invece di arrabbiarsi con gli altri). Spesso temono il rifiuto o l'abbandono, e talvolta soffrono di dolorosi sentimenti di vuoto. Tendono a essere timidi o a disagio e a evitare le situazioni sociali per paura di trovarsi in imbarazzo. Tendono a sentirsi degli outsider o degli emarginati, e spesso non hanno relazioni o amici stretti.

SPETTRO ESTERNALIZZANTE

Lo spettro esternalizzante comprende i tre disturbi di personalità antisociale-psicopatico, paranoide e narcisistico. Gli individui con un disturbo nello spettro esternalizzante sono arrabbiati o ostili, concentrati su se stessi, hanno poca empatia e incolpano gli altri per le proprie difficoltà.

Gli individui con un disturbo dello spettro esternalizzante tendono a essere arrabbiati o ostili, cosa che possono esprimere con un'aggressività manifesta, con scoppi d'ira o con un comportamento critico, controllante o polemico. Tendono a essere sospettosi nei confronti degli altri, a vivere l'autorità in modo conflittuale e sono inclini a farsi coinvolgere in lotte di potere. Tendono a serbare rancore e a reagire con sentimenti di rabbia e umiliazione di fronte a un'offesa percepita. Non provano empatia nei confronti dei bisogni e dei sentimenti altrui, sentono di essere privilegiati o che tutto gli è dovuto, e di solito si sentono esageratamente importanti. Tendono ad attribuire le proprie colpe agli altri o alle circostanze esterne. Possiedono scarso insight psicologico riguardo ai propri comportamenti e motivazioni, e tendono a sentirsi maltrattati o sfruttati invece di riconoscere l'influenza che i loro comportamenti e atteggiamenti hanno sugli altri. Spesso suscitano antipatia o animosità, e in genere non hanno relazioni o amici stretti.

SPETTRO BORDERLINE-DISREGOLATO

Gli individui con una personalità borderline-disregolata presentano una compromissione della capacità di regolare le emozioni, hanno percezioni instabili di sé e degli altri che li portano a relazioni intense e caotiche, e sono inclini ad agire i propri impulsi, compresi quelli autodistruttivi.

Gli individui che corrispondono a questo prototipo hanno emozioni che possono mutare rapidamente e crescere vertiginosamente sino a sfuggire al loro controllo, arrivando a livelli estremi di tristezza, ansia e rabbia. Tendono a essere "catastrofici", a vedere i problemi come disastrosi o impossibili da risolvere, e sono spesso incapaci di tranquillizzarsi senza l'aiuto di un'altra persona. Quando vivono forti emozioni diventano spesso irrazionali e mostrano un significativo declino del loro livello di funzionamento abituale. Gli individui che rientrano in questo prototipo non hanno un senso stabile di sé: i loro atteggiamenti, valori, obiettivi e sentimenti di sé possono essere molto instabili o continuamente mutevoli, e sono soggetti a dolorosi sentimenti di vuoto. Analogamente, hanno difficoltà a mantenere una visione stabile ed equilibrata degli altri: quando sono emotivamente turbati, hanno difficoltà a percepire contemporaneamente le qualità positive e negative di una stessa persona e vedono gli altri in termini di "tutto bianco o tutto nero". Di conseguenza, le loro relazioni tendono a essere instabili, caotiche e a cambiare rapidamente. Temono il rifiuto e l'abbandono, hanno paura di restare soli e si legano velocemente e intensamente agli altri. Sono inclini a sentirsi fraintesi, maltrattati o vittimizzati. Spesso suscitano negli altri intense emozioni; possono spingere le altre persone in ruoli o "copioni" che sono per queste ultime estranei e non familiari (per esempio, essere insolitamente crudeli o compiere sforzi "eroici" per salvarli). In modo simile, possono suscitare conflitti o animosità tra le altre persone. Gli individui che rientrano in questo prototipo tendono ad agire impulsivamente. La loro vita lavorativa e quella quotidiana possono essere caotiche e instabili. Possono mettere in atto impulsi autodistruttivi, compresi gesti autolesivi, minacce o gesti suicidari e tentativi di suicidio, specialmente quando una relazione di attaccamento si rompe

o è in pericolo.

L'analisi fattoriale degli item delle valutazioni SWAP-II (Westen, Waller, Shedler et al., 2012) ha infine messo in evidenza un set di tratti di personalità parzialmente diverso da quello emerso con la SWAP-200. Esso sarebbe composto dalle seguenti dimensioni: 1. psicopatia; 2. salute psicologica; 3. ossessività; 4. schizotipia; 5. evitamento emotivo; 6. disregolazione emotiva; 7. narcisismo; 8. somatizzazione ansiosa; 9. conflitto sessuale; 10. depressione; 11. ansia sociale/evitamento; 12. investimenti instabili; 13. disturbo dei confini del sé e dell'altro; 14. sessualizzazione istrionica; 15. ostilità; 16. disturbi alimentari.

Capitolo 3

La ricerca

Le risposte emotive del terapeuta nei confronti del paziente possono essere considerate fonte di informazioni cliniche e diagnostiche imprescindibili e, pertanto, giocare un ruolo cruciale per il processo e l'esito delle psicoterapie aldilà delle differenti presentazioni psicopatologiche e degli specifici approcci terapeutici (Gelso, Hayes, 2007; Hayes, Gelso, Hummel, 2011).

Nonostante il concetto di controtransfert abbia radici nell'alveo psicoanalitico e costituisca un elemento distintivo dei trattamenti di impostazione psicodinamica, il suo valore clinico è riconosciuto in modo trasversale a vari orientamenti. Pur nella diversità di prospettive teoriche anche molto distanti tra loro, è ampiamente condivisa l'idea che il paziente possa evocare nel clinico sentimenti o pensieri che riflettono in modo più o meno accurato le esperienze del passato e le dinamiche del mondo interno del paziente stesso. In quest'ottica, le risposte emotive del terapeuta possono essere molto utili non solo per comprendere meglio la personalità del paziente e le problematiche affettive, cognitive o interpersonali centrali nel suo funzionamento psicologico, ma anche per "calibrare" interventi terapeutici più mirati e "su misura" per il singolo paziente (*patient-tailored*) (per esempio Gabbard, 2009; Høglend, Amlo, Marble et al., 2006; Høglend, Dahl, Hersoug et al., 2011; Kernberg, 1984; McWilliams, 2011; PDM Task Force, 2006).

In linea con la letteratura clinica, studi empirici suggeriscono la necessità che i clinici di approcci differenti prestino particolare attenzione alle loro reazioni emotive nei confronti dei pazienti (Betan, Heim, Conklin, Westen, 2005; Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, Høglend, 2012; Hayes, 2004; Holmqvist, Armelius, 1996; Perry, 2007; Røssberg, Karterud, Pedersen, Friis, 2007) e facciano un uso efficace delle conoscenze che emergono nel contesto della relazione terapeutica (Norcross, 2011).

Partendo da queste premesse, il presente progetto di ricerca si propone di indagare il rapporto tra le risposte emotive del clinico e la personalità del paziente. Il lavoro si articola in quattro filoni principali e intende:

1) studiare attraverso un'indagine esplorativa le associazioni tra risposte controtransferali, disturbi di personalità e livelli di funzionamento psicologico del paziente (*Studio 1*);

2) indagare il possibile effetto di mediazione della gravità sintomatologica sulla relazione tra risposte emotive del terapeuta e disturbi di personalità del paziente (*Studio 2*);

3) verificare la solidità della struttura fattoriale del *Therapist Response Questionnaire*[9] (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) e le sue proprietà psicometriche per validare il questionario nel contesto italiano (*Studio 3*);

4) esaminare le reazioni emotive dei clinici evocate da pazienti con disturbo narcisistico della personalità e fornire un prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato a questa patologia (*Studio 4*).

[9] Si precisa che originariamente il nome del Therapist Response Questionnaire (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) era Countertransference Questionnaire (CTQ). La denominazione è stata modificata dagli stessi autori. Si faccia riferimento al sito del Laboratory of Personality and Psychopathology della Emory University di Atlanta: http://www.psychsystems.net/

Studio 1:
Risposte emotive del terapeuta e personalità del paziente: un'indagine empirica

Obiettivi

Obiettivo di questo primo studio è stato indagare l'associazione tra le risposte emotive dei clinici, la patologia di personalità e il livello di funzionamento psicologico dei pazienti, al fine di verificare le seguenti ipotesi:

1) specifici disturbi di personalità tendono a evocare distinte reazioni controtransferali;
2) queste reazioni controtransferali non dipendono dall'orientamento teorico del clinico;
3) i pazienti con livelli di funzionamento globale più basso tendono a suscitare risposte emotive negative e più intense.

Metodo

Campione

Dagli elenchi di due grandi associazioni italiane di psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale e da altri centri specializzati nel trattamento dei disturbi di personalità, è stato reclutato un campione di clinici che avevano almeno 3 anni di esperienza clinica post-specializzazione e svolgevano attività clinica per almeno 10 ore alla settimana. È stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) almeno 18 anni di età; (2) senza diagnosi di disturbi psicotici, piuttosto che sindromi con sintomi psicotici o gravi disturbi clinici; (3) in trattamento da un minimo di 8 sedute a un massimo di 6 mesi (per una seduta a settimana). Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, è stato detto ai clinici di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente che avessero visto in seduta la settimana prima e che soddisfacesse i criteri dello studio. Per minimizzare i bias rater-dipendenti, ad ogni clinico è stato consentito di valutare un solo paziente. I clinici non hanno ricevuto alcuna remunerazione, e è stata ottenuta una percentuale di risposta pari all'81% circa (203 terapeuti). Tutti i partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto per la partecipazione al progetto di ricerca.

Terapeuti. Il campione è costituito da 203 clinici, 111 donne e 92 uomini; 65% psicologi e 35% psichiatri. La loro età media era 43 anni (DS=9; range=34-52). Sono rappresentati due principali approcci teorico-clinici: quello psicodinamico (N=103) e quello cognitivo-comportamentale (N=100). L'esperienza clinica media di psicoterapeuta era 10 anni (SD=3; range=3-17) e la media delle ore settimanali dedicate alla pratica clinica era di 16 ore circa (SD=3.9; range=13-25). Il 70% dei pazienti descritti provenivano da setting provati e il 30% dai servizi pubblici di salute mentale del territorio nazionale.

Pazienti. Il campione è costituito da 203 pazienti, 118 donne e 85 uomini. La loro età media era 34 anni (SD=4.5; range 29.5-38.5). 59 pazienti avevano solo una diagnosi di ex-Asse I del DSM, 71 avevano solo una diagnosi di ex-Asse II, 46 avevano una comorbilità tra diagnosi di ex-Asse I e ex-Asse II, e 27 avevano una doppia diagnosi di ex-Asse II. Tra i pazienti con diagnosi di ex-Asse I (solo e in comorbilità con disturbi di ex-Asse II), 28 avevano un disturbo d'ansia generalizzata, 25 un disturbo di panico, 23 un disturbo del comportamento alimentare, 15 un disturbo da uso di sostanze (cannabis), e 14 un disturbo distimico. Il punteggio medio ottenuto alla Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (GAF) era 56 (SD=11.9). La lunghezza media dei trattamenti (una seduta a settimana) era 5 mesi (SD=0.9; range=2-6).

Strumenti

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). La SWAP-200 (Westen, Shedler, 1999a,1999b; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) è uno strumento di valutazione dei tratti e degli stili, sani e patologici, della personalità derivato dall'implementazione di una procedura Q-sort (Block, 1961, 1978). È costituita da 200 item, affermazioni descrittive delle caratteristiche di personalità del paziente, che il clinico deve organizzare gerarchicamente in funzione del loro livello di descrittività rispetto al paziente e collocare in 8 pile che vanno da 0 a 7 (0 implica che l'item non è per niente descrittivo; 7 che è molto descrittivo) seguendo una distribuzione fissa.

La SWAP consente di ottenere due tipi di diagnosi (sia categoriale sia dimensionale): una valutazione diagnostica in *scale PD* e una in *fattori-Q*. La prima fa riferimento alla classificazione nosografica delle categorie dell'Asse II del DSM-IV riformulate con i 200 item della SWAP e ottenuta attraverso una procedura *matching prototype* (Westen, Shedler, 2000). Secondo questo meccanismo la presenza di un certo stile/disturbo di personalità non deriva dal conteggio di un numero *n* di criteri specifici, bensì da quanto il profilo del paziente (delineato attraverso i 200 item della SWAP, selezionati in base al loro diverso grado di descrittività) si avvicina al quadro complessivo di un certo disturbo (o *prototipo ideale*). Il sistema di classificazione delle *scale PD* della SWAP-200 comprende

10 categorie di disturbi di personalità: paranoide, schizoide, schizotipico, borderline, istrionico, narcisista, antisociale, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente; più un prototipo di personalità ad alto funzionamento.

L'altra nosografia della SWAP fa riferimento a una tassonomia di 13 stili di personalità: i fattori-Q disforico, antisociale-psicopatico, schizoide, paranoide, ossessivo, istrionico, narcisistico, disforico-evitante, disforico-dipendente-masochistico, disforico-depressivo ad alto funzionamento; disforico emotivamente disregolato, disforico-con esteriorizzazione dell'ostilità. Si tratta di un sistema nosografico nuovo, derivato empiricamente sottoponendo le descrizioni SWAP di pazienti reali con disturbo della personalità alla *Q-factor analysis*, una procedura di analisi fattoriale che permette di mettere insieme gruppi di soggetti che presentano caratteristiche simili e che si presuppone siano riconducibili alla stessa configurazione di tratti della personalità.

La procedura SWAP ha mostrato buoni indici di attendibilità e validità. I punteggi di inter-rater reliability oscillano da r = 0.71 a r = 0.85, punteggi superiori a quelli ottenuti dalle diagnosti DSM (Westen, Shedler, 1999a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007).

Therapist Response Questionnaire (TRQ). Il TRQ (Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) è uno strumento clinician-report designato a valutare i pattern controtransferali in psicoterapia. È costituito da 79 item che misurano un ampio range di reazioni cognitive, affettive e comportamentali del clinico verso il paziente (si veda: http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf). Gli item sono scritti in un linguaggio non gergale affinché possa essere impiegato da clinici di differenti orientamenti senza bias derivati dall'approccio terapeutico di preferenza. Presenta una struttura fattoriale a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il *sopraffatto/disorganizzato*, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'*impotente/inadeguato*, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il *positivo*, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo *speciale/ipercoinvolto*, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il *sessualizzato*, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il *distaccato*, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro o irritazione in seduta; 7) il *genitoriale/protettivo*, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali

sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il *criticato/maltrattato*, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto.

In questo studio, le 8 scale derivate dall'analisi fattoriale mostrano livelli eccellenti di coerenza interna (Streiner, 2003): *sopraffatto/disorganizzato* (coeff. alpha=0.83); *impotente/inadeguato* (coeff. alpha=0.81), *positivo* (coeff. alpha=0.78), *speciale/ipercoinvolto* (coeff. alpha=0.76), *sessualizzato* (coeff. alpha=0.71), *distaccato* (coeff. alpha=0.79), *genitoriale/protettivo* (coeff. alpha=0.73), *criticato/maltrattato* (coeff. alpha=0.81).

Questionario clinico. È stato costruito un questionario *ad hoc* per ottenere dai clinici informazioni generali su loro stessi, i pazienti e le terapie fornite da essi fornite. I clinici hanno prodotto indicazioni demografiche e specifiche rispetto alla loro professione (anni di esperienza clinica, appartenenza all'albo degli psicologi o medici-psicoterapeuti, approccio teorico, ore settimanali di psicoterapia effettuate, numero dei pazienti in trattamento ecc.). Sono state richieste informazioni sui pazienti da loro selezionati (età anagrafica, genere, status socioeconomico, livello di scolarizzazione, presenza di eventuali diagnosi di disturbi clinici) e sulla terapia (durata, frequenza e lunghezza del trattamento).

Procedure

Dopo aver ricevuto il consenso dei clinici a partecipare, è stato fornito loro i materiali necessari a condurre lo studio. Gli è stato chiesto innanzitutto di valutare le risposte emotive relative a un proprio paziente selezionato in base ai criteri di inclusione/esclusione della ricerca con il Therapist Response Questionnaire, e entro 1-3 settimane dopo, di valutare la personalità dello stesso paziente con la Shedler-Westen Assessment Procedure-200. Questo intervallo di tempo è stato mantenuto per due principali questioni: 1) per la differenza dei tempi necessari alla compilazione dei due strumenti (il TRQ è più agevole e richiede tempi più brevi rispetto alla SWAP-200); 2) per minimizzare/ridurre i bias potenziali che la valutazione delle reazioni controtransferali dei clinici avrebbero potuto avere sulla valutazione della personalità fatta dalla medesima prospettiva (quella del terapeuta per l'appunto). In questo modo, si è cercato di limitare l'impatto del controtransfert dei clinici sulle valutazioni della personalità dei loro pazienti.

Analisi statistiche

Tutte le analisi sono state condotte con SPSS 20 per Windows (IBM, Armonk, N.Y.). Per studiare la relazione tra pattern controtransferali e specifici disturbi della personalità, sono state utilizzate le correlazioni parziali (partial r, two-tailed) tra i fattori del Therapist Response Questionnaire e ciascuna scala del disturbo di personalità della SWAP-200, rimuovendo l'effetto degli altri nove disturbi in ogni analisi. Le correlazioni parziali sono state impiegate per ottenere risultati specifici e univoci per ogni

combinazione controtransfert/disturbo di personalità, controllando l'effetto delle altre diagnosi di personalità.

Per indagare se queste specifiche associazioni dipendessero dall'orientamento teorico-clinico dei clinici, sono state nuovamente effettuate le correlazioni parziali tra ciascun disturbo di personalità e i pattern di risposte emotiva del terapeuta, eliminando dal campione totale tutti i terapeuti psicodinamici (e rimanendo con N=100 terapeuti cognitivo-comportamentali).

Infine, per indagare la relazione tra il funzionamento psicologico dei pazienti e le reazioni emotive dei terapeuti, sono state utilizzate le correlazioni bivariate (Pearson's r, two-tailed) tra la scala di alto funzionamento della SWAP-200 e i fattori del Therapist Response Questionnaire.

Risultati

Risposte del terapeuta e patologia di personalità del paziente

La prima ipotesi di questo studio era verificare se specifici disturbi della personalità evocassero determinate reazioni emotive del terapeuta. I risultati hanno confermato questa ipotesi e, in particolare, i disturbi paranoide e antisociale di personalità sono risultati associati a un controtransfert criticato/maltrattato, mentre il disturbo borderline di personalità è risultato correlato con i controtransfert impotente/inadeguato, sopraffatto/disorganizzato e speciale/ipercoinvolto. Il pattern controtransferali distaccato è risultato positivamente associato ai disturbi schizotipico e narcisistico di personalità, e negativamente associato ai disturbi dipendente e istrionico. Il disturbo schizoide di personalità ha mostrato un'associazione positiva e significativa con il controtransfert impotente/inadeguato. Un controtransfert positivo è risultato associato con il disturbo evitante di personalità, correlato anche ai pattern speciale/ipercoinvolto e genitoriale/protettivo. Il disturbo ossessivo di personalità è risultato negativamente associato con il controtransfert speciale/ipercoinvolto (Tabella 1).

Tabella 1. Correlazioni parziali tra i fattori del Therapist Response (Countertransference) Questionnaire e i Disturbi di Personalità della SWAP-200 (N=203)

Disturbi di personalità (SWAP-200[a])	Fattori controtransferali							
	Criticato/ Maltrattato	Impotente/ Inadeguato	Positivo	Genitoriale /Protettivo	Sopraffatto /Disorga-nizzato	Speciale/ Ipercoin-volto	Sessualiz-zato	Distaccato
Paranoide	0.24***	0.10	–0.08	–0.06	–0.06	–0.10	–0.11	0.11
Schizoide	0.04	0.14*	–0.08	–0.07	–0.03	–0.07	–0.05	0.08
Schizotipico	0.02	–0.08	–0.10	–0.11	–0.13	–0.08	–0.11	0.39***
Antisociale	0.31***	0.07	–0.12	–0.11	0.08	0.10	0.02	0.13
Borderline	0.12	0.36***	–0.01	–0.01	0.51***	0.22***	0.08	–0.11
Istrionico	0.10	0.09	–0.06	–0.04	0.11	0.13	0.05	–0.27***
Narcisistico	0.12	0.06	–0.09	–0.02	0.01	0.04	0.04	0.16*
Evitante	–0.09	0.11	0.16*	0.28***	–0.07	0.18*	–0.09	–0.12
Dipendente	–0.09	0.14*	0.02	0.27***	–0.13	0.19**	0.03	–0.16*
Ossessivo	–0.04	0.09	–0.02	–0.13	–0.07	–0.16*	–0.01	0.13

SWAP-200=Shedler-Westen Assessment Procedure-200. La tabella elenca i coefficienti di correlazione parziale (partial r, two tailed).

*p≤0.05 **p≤0.01 ***p≤0.001

La seconda ipotesi era verificare se le associazioni tra reazioni controtransferali e patologia di personalità dei pazienti dipendessero dall'orientamento dei clinici. Le correlazioni parziali calcolate sul campione di terapeuti cognitivo-comportamentali non hanno mostrato differenze rispetto al campione totale (che includeva anche i clinici psicodinamici), suggerendo che i risultati non sono influenzati dai preconcetti teorici dei clinici.

La Tabella 2 contiene le descrizioni narrative delle risposte emotive del terapeuta associate a ciascun disturbo di personalità.

Tabella 2. Descrizioni narrative dei fattori del Therapist Response Questionnaire associati agli specifici Disturbi di Personalità della SWAP-200 (N=203)[a]

Disturbi di personalità (SWAP-200)	Descrizioni del controtransfert dei terapeuti
Paranoide	I clinici tendono a sentirsi criticati, non apprezzati e svalutati. Hanno paura di dire la cosa sbagliata o devono trattenersi dal fare qualcosa di assertivo/aggressivo per il timore che questi pazienti potrebbero avere reazioni esagerate, perdere il controllo o andare via. I pazienti paranoidi tendono a suscitare forti sentimenti e ostilità nei terapeuti che sperimentano risentimento e rabbia e percepiscono intense reazioni di rifiuto e di svalutazione in seduta.
Schizoide	I clinici tendono a sentirsi incompetenti o inadeguati nel lavorare con questi pazienti. Provano impotenza e frustrazione e hanno molte difficoltà a stabilire una relazione di fiducia, sintonizzarsi emotivamente con i pazienti e creare un legame di vicinanza affettiva, connessione intima con loro.

	Si preoccupano di non essere capaci di aiutarli o spesso hanno la sensazione che stanno fallendo come terapeuti. Non sono fiduciosi rispetto ai miglioramenti che i pazienti possono o probabilmente potrebbero ottenere dal trattamento. Alle volte, infatti, possono pensare che essi potrebbero trarre maggior giovamento con un altro terapeuta o da un diverso approccio terapeutico.
Schizotipico	I clinici tendono a sentirsi annoiati, distratti e irritati con questi pazienti. Non si sentono coinvolti nelle sedute e provano un senso di distacco e ritiro (per esempio, mentre stanno affrontando un certo argomento con il paziente, possono accorgersi all'improvviso che la loro mente è altrove).
Antisociale	I clinici tendono a sentirsi maltrattati, criticati o disprezzati, e possono esperire un'intensa rabbia o irritazione quando lavorano con i pazienti antisociali. Spesso si sentono usati o manipolati da questi pazienti che li spingono a stabilire confini del setting molto rigidi. A volte i terapeuti possono sentirsi cattivi o aggressivi e vorrebbero persino non averli mai presi in terapia.
Borderline	I clinici tendono a sentirsi confusi e sopraffatti da emozioni forti e bisogni intensi. In particolare, più che con altri pazienti, si trovano spesso a pensare o provare cose di cui si rendono conto solo alla fine della seduta. I pazienti borderline possono spaventare i clinici che, nel rapporto con loro, tendono a provare alti livelli di ansia, tensione e preoccupazione. I terapeuti possono anche sentirsi incompetenti o inadeguati e spesso, in seduta, sperimentano uno stato di disorganizzazione, smarrimento e frustrazione. Hanno paura di fallire nell'aiutarli e, a volte, possono sentirsi colpevoli quando questi pazienti soffrono o peggiorano, come se fossero loro i responsabili. I clinici parlano di loro con altri significativi più di quanto non parlino di altri pazienti e li vivono come "pazienti speciali". Talvolta possono fare per loro più di quanto facciano per altri pazienti (per esempio, prolungano l'orario delle sedute o accordano sedute o telefonate extra).
Istrionico	I clinici non provano noia o distrazione nelle sedute con questi pazienti. Al contrario, tendono a sentirsi molto coinvolti e "assorbiti" nell'interazione con loro. I pazienti istrionici tendono a ricercare attenzione e fare molte richieste ai terapeuti che hanno particolari difficoltà a mantenere saldi i confini del setting. Per esempio, più che con la maggior parte dei pazienti possono prolungare l'orario delle sedute o accordare sedute o telefonate extra. Oppure, possono trovarsi ad esprimere le proprie opinioni o punti di vista o rivelare i propri sentimenti o alcuni aspetti della loro vita.
Narcisistico	Nelle sedute con questi pazienti i clinici tendono a sentirsi annoiati, distratti e irritati. Non si sentono coinvolti nel lavoro con loro e spesso si sentono frustrati. Alle volte possono anche sentire di essere intercambiabili, inutili, invisibili e incapaci.
Evitante	I clinici tendono ad essere molto protettivi e a prendersi cura di questi pazienti, contenendo le loro paure e ansie. Possono esperire una sorta di ipercoinvolgimento e, per esempio, desiderare di riparare alcune carenze o fallimenti che essi vivono o hanno vissuto con i loro genitori o con altre figure significative. Nel lavoro terapeutico con i pazienti evitanti, i terapeuti possono infatti sentirsi tristi o arrabbiati con le persone che non hanno soddisfatto i loro bisogni affettivi. Allo stesso tempo, i clinici tendono a sentirsi soddisfatti del lavoro con loro e si sentono fiduciosi rispetto ai risultati che questi pazienti possono o potranno ottenere dal trattamento.
Dipendente	I clinici tendono ad assumere un atteggiamento protettivo verso questi pazienti e hanno sentimenti affettuosi, quasi genitoriali, verso di loro. Desiderano poter dar loro ciò che gli altri non hanno mai potuto o saputo dargli e sentono di volersene prendere cura. I terapeuti parlano di questi pazienti con i loro partner o altri significativi più di quanto non facciano rispetto ad altri pazienti. Inoltre, in seduta rivelano i loro sentimenti o parlano di sé e della loro vita privata molto più che con altri pazienti. Si sentono coinvolti nella relazione con loro e di solito sono concentrati e non si distraggono in seduta. Alle volte, tuttavia, possono sentirsi ansiosi o frustrati e possono esperire un senso di impotenza e incapacità nell'aiutarli.
Ossessivo-compulsivo	I clinici non si sentono impegnati o coinvolti nelle sedute con questi pazienti. Possono anche provare sentimenti di irritazione, noia e ritiro. Più di quanto non gli accada con altri pazienti,

considerano non particolarmente stimolante lavorare con loro, né tantomeno parlare di loro con supervisori o altri significativi.

---

[a] Le descrizioni narrative delle risposte dei terapeuti ai pazienti con disturbi di personalità sono state create aggregando gli item che costituiscono ciascun fattore del Therapist Response (Countertransference) Questionnaire associato allo specifico disturbo di personalità della Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)

Risposte del terapeuta e funzionamento psicologico del paziente

Rispetto alla terza ipotesi, sono state rilevate correlazioni significative tra il livello di funzionamento psicologico del paziente e le risposte emotive del terapeuta. Più esattamente, livelli più alti di funzionamento sono risultati associati positivamente a reazioni controtransferali positive ($r=0.29$, $p\leq0.001$), e negativamente ai pattern controtransferali criticato/maltrattato ($r=–0.43$, $p\leq0.001$), impotente/inadeguato ($r=–0.35$, $p\leq0.001$) e sopraffatto/disorganizzato ($r=–0.33$, $p\leq0.001$).

Discussione

Il primo obiettivo di questo studio è stato indagare la relazione tra risposte del terapeuta e patologia di personalità del paziente. I risultati supportano l'ipotesi che esistono relazioni significative tra reazioni controtransferali e specifici disturbi della personalità del paziente (Tabella 1). Sebbene ogni diade clinico/paziente sia unica, le risposte emotive dei terapeuti a determinate tipologie di pazienti presentano caratteristiche che possono ripetersi in modo relativamente stabile, clinicamente coerente e mediamente prevedibile (Betan et al., 2005). Inoltre, in linea con la ricerca di Betan e colleghi (*ibidem*), i pattern controtransferali associati alla patologia della personalità non sono diretta conseguenza delle preferenze teoriche e dell'approccio terapeutico dei clinici. Ciò dimostra che, se riconosciuti, i sentimenti controtransferali possono fornire informazioni utili ai clinici su loro stessi e sulle dinamiche interpersonali dei loro pazienti.

Un altro obiettivo della ricerca era esaminare la relazione tra risposte del terapeuta e livello di funzionamento psicologico del paziente. I risultati sono coerenti con quelli dello studio di Dahl e colleghi (2012) e suggeriscono che i terapeuti tendono a sentirsi più impotenti, inadeguati e confusi/disorganizzati con pazienti che presentano livelli più bassi di funzionamento.

Più nello specifico, questo studio rileva che i pazienti con disturbi di personalità del cluster B sembrano elicitare risposte controtransferali più eterogenee e negative rispetto a quelli dei cluster A e C. I risultati confermano precedenti studi che hanno evidenziato come questi pazienti evochino nei clinici emozioni più intense e difficili da contenere e gestire nella pratica clinica (Bateman, Fonagy, 2006; Betan et al., 2005; Bourke, Grenyer, 2010; Brody, Farber, 1996; Clarkin et al., 2006; Gunderson, 2009; McIntyre, Schwartz, 1998; Røssberg et al., 2007;). In particolare, i pazienti borderline tendono a

suscitare sentimenti di sopraffazione e confusione associati ad alti livelli di angoscia, tensione e preoccupazione. I clinici riportano sentimenti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione in seduta. Temono di non poter fornire un aiuto efficace e si sentono in colpa quando questi pazienti vivono momenti particolarmente dolorosi nel corso del trattamento (Tabella 2). Questa eterogeneità delle risposte emotive dei clinici potrebbe riflettere la contraddittorietà e la non integrazione delle rappresentazioni di sé e degli altri, caratteristiche di questi pazienti (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1984). Inoltre, questi sentimenti potrebbero indurre i terapeuti a fornire interventi poco mirati ed efficaci: per esempio, un clinico potrebbe mostrare difficoltà nel mantenere i confini del setting, accordando sedute extra o terminando le sedute oltre l'orario stabilito, e in seguito sentirsi spinto a strutturare in modo molto rigido il setting. In altri momenti, egli potrebbe esitare a comunicare un proprio pensiero al paziente per timore che possa reagire con rabbia e poi, all'improvviso, fornire interpretazioni o fare confrontazioni aggressive. Allo stesso tempo, con i pazienti narcisistici i terapeuti tendono a sentirsi annoiati, distratti, distaccati e irritati. Questo tipo di sentimenti potrebbe spingere il terapeuta a non sintonizzarsi emotivamente con loro, mostrando noia, disinteresse e mancanza di empatia (Gabbard, 2009b; McWilliams, 2011).

Rispetto ai pazienti con disturbi del cluster C, i clinici tendono a provare prevalentemente sentimenti di protezione, sperimentando una sorta di ipercoinvolgimento associato al desiderio di riparare alle mancanze affettive da loro vissute nel contesto di relazioni (attuali o passate) con altri significativi. Questi sentimenti potrebbero spingere il terapeuta ad analizzare meno in profondità tematiche particolarmente dolorose o a escludere dall'esplorazione sentimenti aggressivi o rabbiosi, tenendo conto delle vulnerabilità e delle fragilità di questi pazienti.

Contrariamente a studi precedenti, i risultati di questo studio sembrano disconfermare il dato per cui i pazienti con diagnosi di cluster C non suscitano sentimenti negativi (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007). Le risposte emotive dei clinici ai pazienti con disturbo dipendente della personalità, per esempio, sono caratterizzate da un senso di protezione e sentimenti positivi ma, al tempo stesso, i clinici riportano anche vissuti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione. Ciò potrebbe suggerire che in un primo momento i terapeuti "aderiscono" in qualche modo alla visione che il paziente con disturbo dipendente di personalità ha di se stesso, di una persona fragile, impotente e incapace. È probabile che in prima istanza essi percepiscano sentimenti affettuosi e protettivo/genitoriali che poi, in un secondo momento, lasciano il passo a reazioni emotive più negative (McWilliams, 2011; PDM Task Force, 2006; Perry, 2005;).

Questo studio presenta alcuni limiti.

Innanzitutto, i clinici forniscono le valutazioni relative sia alla patologia di personalità dei loro pazienti, sia alle loro risposte controtransferali e ciò potrebbe essere fonte di potenziali bias. Un disegno di ricerca più rigoroso avrebbe potuto includere la valutazione dei disturbi di personalità del

paziente da parte di un valutatore indipendente, oppure l'analisi *observer-rated* delle risposte emotive del terapeuta, o entrambe le procedure. In secondo luogo, la popolazione di pazienti contiene una percentuale molto alta di disturbi di ex-Asse II del DSM rispetto alla porzione più ristretta di disturbi clinici di ex-Asse I. Infine, è possibile che bias legati alla desiderabilità sociale abbiano influenzato in parte i risultati. Per esempio, contrariamente alle aspettative cliniche (Clarkin et al., 2006; Gabbard, 2009; McWilliams, 2011; PDM Task Force, 2006), non è emersa alcuna correlazione con il fattore controtransferale sessualizzato. Lo strumento di misura del controtransfert impiegato in questo studio è un clinician report e bias difensivi o l'incapacità di riconoscere sentimenti inconsci potrebbero essere intrinseci a questa modalità di valutazione. Per ulteriori indagini o ricerche, l'analisi delle reazioni controtransferali basata sulla valutazione di trascritti di sedute di psicoterapia o di videoregistrazioni e che implica il coinvolgimento di un osservatore esterno potrebbe essere utile per superare questi limiti.

Alcuni importanti elementi di questo studio, tuttavia, contribuiscono a mitigare e a ridimensionare la preoccupazione che questi risultati riflettano soltanto i bias dei terapeuti, in particolare rispetto alla diagnosi dei disturbi della personalità.

Precedenti ricerche hanno suggerito che i clinici tendono a fornire giudizi validi e attendibili se le loro osservazioni e le loro inferenze possono essere quantificate attraverso strumenti di valutazione psicometricamente solidi e sofisticati come quelli che sono stati utilizzati in questo progetto (Betan et al., 2005; Hilsenroth, Ackerman, Blagys et al., 2000; Shedler, Westen, 2007; Westen, Muderrisoglu, 2006; Westen, Shedler, 1999a). Per di più, la validità delle diagnosi SWAP si basa sull'esperienza dei terapeuti piuttosto che su uno specifico training (Blagov, Bi, Shedler, & Westen, 2012; Cogan & Porcerelli, 2004; Shedler & Westen, 2004; Westen & Shedler, 1999a, 1999b).

Rispetto alla prevalenza di disturbi di personalità rispetto alle sindromi cliniche, è importante osservare che ciò sia dovuto alla strategia di reclutamento del campione che ha coinvolto molte associazioni specializzate nel trattamento delle patologie della personalità e, per questa ragione, tali disturbi risultano maggiormente rappresentati rispetto ad altre popolazioni clinico-diagnostiche.

Inoltre, studi precedenti hanno indagato le risposte emotive del terapeuta ai pazienti con disturbi d'Asse II del DSM-IV (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007) aggregati in base ai cluster diagnostici piuttosto che esaminarle tenendo conto dei singoli disturbi così come abbiamo proceduto noi. L'uso di quest'ultimo approccio può aver fatto emergere informazioni relative alle specifiche risposte controtransferali associate a determinate patologie della personalità. In questo studio, sono state riscontrate infatti somiglianze tra disturbi appartenenti a cluster differenti. Per esempio, le reazioni emotive dei clinici ai disturbi borderline e dipendente, per esempio, sono abbastanza simili nella capacità di queste due tipologie di pazienti di suscitare vissuti di impotenza e ipercoinvolgimento nei terapeuti. Nonostante appartengano a cluster diversi, i pazienti borderline e dipendenti condividono dinamiche patologiche centrali, come l'urgente bisogno degli altri "usati" come regolatori di emozioni

forti e difficilmente contenibili, oppure rispetto a un pattern di attaccamento di tipo ansioso/ambivalente (Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin et al., 2006; Dimaggio, Carcione, Semerari et al., 2007; Gabbard, 2009; PDM Task Force, 2006; Perry, 2005;). Degno di nota è ancora che gli *effect sizes* ottenuti in questo studio sono più ampi di quelli di Betan e colleghi (2005). Una possibile interpretazione di questo dato potrebbe essere che Betan e colleghi hanno valutato i disturbi di personalità solo attraverso gruppi di criteri diagnostici riconducibili alle diagnosi di personalità dell'Asse II del DSM-IV. Questa procedura può aver prodotto questa minore ampiezza rispetto a quella impiegata in questo studio che attraverso la SWAP-200 tiene conto di un costrutto di personalità più sfaccettato.

Per concludere, sarebbe importante che ulteriori studi valutassero l'impatto delle risposte emotive del terapeuta e lo stile di personalità del paziente rispetto ad altre variabili direttamente associate al processo terapeutico, per esempio le strutture di interazione (Jones, 2008), l'uso di interventi tecnici specifici, o rispetto alle rotture e alle riparazioni dell'alleanza terapeutica (Colli, Lingiardi, 2009; Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011).

Studio 2
Risposte emotive del terapeuta, personalità e sintomatologia del paziente: un'analisi mediazionale

Obiettivi

Obiettivo di questo secondo studio è stato indagare la relazione tra le risposte emotive dei clinici e il livello di gravità sintomatologica e la personalità dei pazienti, al fine di verificare le seguenti ipotesi:

1) pazienti con livelli più elevati di gravità sintomatologica tendono a evocare risposte emotive più negative nei clinici, indipendentemente dal loro orientamento teorico (e da altre variabili di interesse come l'età, il genere, la professione e l'esperienza);
2) la gravità sintomatologica media l'associazione tra la personalità dei pazienti e le risposte dei terapeuti. In linea con alcuni studi precedenti (Betan et al., 2005; Dahl et al., 2012; Røssberg et al., 2007; Røssberg et al., 2010), si intende verificare se una sintomatologia più grave agisce come mediatore sulla relazione tra a) disturbi di personalità strani, bizzarri e tendenti all'isolamento sociale e risposte di distacco o inadeguatezza dei clinici; b) disturbi di personalità caratterizzati da instabilità, disregolazione emotiva e impulsività, e i pattern controtransferali sopraffatto/disorganizzato e impotente; c) disturbi di personalità ansiosi o timorosi e reazioni controtransferali genitoriali o protettive.

Metodo

Campione

È stato reclutato un campione di clinici con almeno 3 anni di esperienza clinica post-specializzazione e che svolgevano attività clinica per almeno 10 ore alla settimana dagli elenchi di due grandi associazioni italiane di psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale e da altri centri specializzati nel trattamento dei disturbi di personalità. È stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) almeno 18 anni di età; (2) senza diagnosi di disturbi psicotici, piuttosto che sindromi con sintomi psicotici o gravi disturbi clinici; (3) in trattamento da un minimo di 8 sedute a un massimo di 6 mesi (per una seduta a settimana); e (4) che accettasse di

partecipare a un protocollo di ricerca sull'assessment psicologico. Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, ai clinici è stato chiesto di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente che avessero visto in seduta la settimana prima e che soddisfacesse i criteri di selezione dello studio. Per minimizzare i bias rater-dipendenti, ad ogni clinico è stato consentito di valutare un solo paziente. Clinici e pazienti non hanno ricevuto alcuna remunerazione, e è stata ottenuta una percentuale di risposta pari all'81% circa (N=203) dei terapeuti e il 79% (N=198) dei loro pazienti. Tutti i partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto. In questo studio abbiamo considerato solo i dati completi relativi alle 198 diadi paziente-terapeuta.

Terapeuti. Il campione è costituito da 198 clinici, 109 donne e 89 uomini; 65% psicologi e 35% psichiatri. La loro età media era 42.9 anni (DS=8.6; range=34-52). Due principali approcci teorico-clinici sono rappresentati: psicodinamico (N=103) e cognitivo-comportamentale (N=95). L'esperienza clinica media di psicoterapeuta era 10 anni (SD=2.8; range=3-17) e la media delle ore settimanali dedicate all'attività clinica era 16 ore circa (SD=3.8; range=13-25). Il 70% dei pazienti descritti provenivano da setting provati e il 30% da servizi pubblici di salute mentale del territorio nazionale.

Pazienti. Il campione è costituito da 198 pazienti, 115 donne e 83 uomini. La loro età media era 33.9 anni (SD=4.4; range 29.5-38.5). 59 pazienti avevano solo una diagnosi di ex-asse I del DSM, 70 avevano solo una diagnosi di ex-asse II, 44 avevano una comorbilità tra diagnosi di ex-asse I e ex-asse II, e 25 avevano una doppia diagnosi di ex-asse II. Tra i pazienti con diagnosi di ex-asse I (solo e in comorbilità con disturbi di ex-asse II), 28 avevano un disturbo d'ansia generalizzata, 25 un disturbo di panico, 23 un disturbo del comportamento alimentare, 15 un disturbo da uso di sostanze (cannabis), e 12 un disturbo distimico. Il punteggio medio ottenuto alla Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (GAF) era 55.9 (SD=11.7). La lunghezza media dei trattamenti (una seduta a settimana) era 4.98 mesi (SD=0.9; range=2-6).

Strumenti

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). La SWAP-200 (Westen, Shedler, 1999a, 1999b; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) è uno strumento di valutazione dei tratti e degli stili, sani e patologici, della personalità derivato dall'implementazione di una procedura Q-sort (Block, 1961, 1978). È costituita da 200 item, affermazioni descrittive delle caratteristiche di personalità del paziente che il clinico deve organizzare gerarchicamente in funzione del loro livello di descrittività rispetto al paziente e collocare in 8 pile che vanno da 0 a 7 (0 implica che l'item non è per niente descrittivo; 7 che è molto descrittivo) seguendo una distribuzione fissa.

La SWAP consente di ottenere due tipi di diagnosi (sia categoriale sia dimensionale): una valutazione diagnostica in *scale PD* e una in *fattori-Q*. La prima fa riferimento alla classificazione nosografica delle categorie dell'Asse II del DSM-IV riformulate con i 200 item della SWAP e ottenuta attraverso una procedura *matching prototype* (Westen, Shedler, 2000). Secondo questo meccanismo la presenza di un certo stile/disturbo di personalità non deriva dal conteggio di un numero *n* di criteri specifici, bensì da quanto il profilo del paziente (delineato attraverso i 200 item della SWAP, selezionati in base al loro diverso grado di descrittività) si avvicina al quadro complessivo di un certo disturbo (o *prototipo ideale*). Il sistema di classificazione delle scale PD comprende 10 categorie di disturbi di personalità: paranoide, schizoide, schizotipico, borderline, istrionico, narcisista, antisociale, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente; più un prototipo di personalità ad alto funzionamento.

L'altra nosografia della SWAP fa riferimento a una tassonomia di 13 stili di personalità: i fattori-Q disforico, antisociale-psicopatico, schizoide, paranoide, ossessivo, istrionico, narcisistico, disforico-evitante, disforico-dipendente-masochistico, disforico-depressivo ad alto funzionamento; disforico emotivamente disregolato, disforico-con esteriorizzazione dell'ostilità. Si tratta di un sistema nosografico nuovo, derivato empiricamente sottoponendo le descrizioni SWAP di pazienti reali con disturbo della personalità alla *Q-factor analysis*, una procedura di analisi fattoriale che permette di mettere insieme gruppi di soggetti che presentano caratteristiche simili e che si presuppone siano riconducibili alla stessa configurazione di tratti della personalità.

È importante osservare che la validità della diagnosi SWAP-200 si basa più sull'esperienza del terapeuta piuttosto che una formazione specifica all'uso dello strumento. In fatti, la SWAP-200 ha mostrato buoni livelli di interrater reliability e di validità convergente e discriminante sia rispetto a clinici addestrati all'applicazione di questa procedura di assessment della personalità (Blagov, Bi, Shedler, Westen, 2012; Cogan, Porcerelli, 2004; Shedler, Westen, 2004; Westen, Shedler, 1999a, 1999b) sia rispetto a quelli sottoposti a un training specifico (Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia, Westen, 2007).

In generale, la procedura SWAP ha mostrato buoni indici di attendibilità e validità. I punteggi di inter-rater reliability oscillano da r = 0.71 a r = 0.85, punteggi superiori a quelli ottenuti dalle diagnosti DSM (Westen, Shedler, 1999a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007).

Therapist Response Questionnaire (TRQ). Il TRQ (Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) è uno strumento clinician-report designato a valutare i pattern controtransferali in psicoterapia. È costituito da 79 item che misurano un ampio range di reazioni cognitive, affettive e comportamentali del clinico verso il paziente (si veda: http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf). Gli item sono scritti in un linguaggio non gergale affinché possa essere impiegato da

clinici di differenti orientamenti senza bias derivati dall'approccio terapeutico di riferimento. I terapeuti devono valutare gli item su un scala Likert a 5 punti che da 1 (assolutamente non vero) a 5 (assolutamente vero). Presenta una struttura fattoriale a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il *sopraffatto/disorganizzato*, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'*impotente/inadeguato*, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il *positivo*, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo *speciale/ipercoinvolto*, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il *sessualizzato*, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il *distaccato*, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro o irritazione in seduta; 7) il *genitoriale/protettivo*, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il *criticato/maltrattato*, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto.

In questo studio, le 8 scale derivate dall'analisi fattoriale mostrano livelli eccellenti di coerenza interna (Streiner, 2003): sopraffatto/disorganizzato (coeff. alpha=0.84); impotente/inadeguato (coeff. alpha=0.82), positivo (coeff. alpha=0.76), speciale/ipercoinvolto (coeff. alpha=0.75), sessualizzato (coeff. alpha=0.73), distaccato (coeff. alpha=0.80), genitoriale/protettivo (coeff. alpha=0.72), criticato/maltrattato (coeff. alpha=0.80).

Symptom Checklist-90-Revised. L'SCL-90-R (Derogatis, 1994) è uno strumento self-report diffusamente impiegato per misurare il cambiamento in psicoterapia. Esso valuta un ampio spettro di problemi psicologici e sintomi psicopatologici su una scala Likert a 5 punti che va da 0 (per niente presente) a 4 (estremamente presente) sulla base di quanto il paziente abbia vissuto con disagio la sua sintomatologia nel corso dell'ultima settimana dal momento della somministrazione. Il Global Severity Index (GSI) è un indicatore globale del livello di disagio psichico vissuto soggettivamente dall'individuo. Gli studi sull'SCL-90-R mostrano livelli di validità concorrente, convergente, discriminate e di costrutto simili a quelli di altre misure self-report.

Questionario clinico. È stato costruito un questionario *ad hoc* per ottenere dai clinici informazioni generali su loro stessi, i pazienti e le terapie fornite. I clinici hanno fornito indicazioni demografiche e

specifiche della loro professione (anni di esperienza clinica, appartenenza all'albo degli psicologi o medici-psicoterapeuti, approccio teorico, ore settimanali di psicoterapia effettuate, numero dei pazienti in trattamento ecc.). Sono state richieste informazioni sui pazienti selezionati (età anagrafica, genere, status socioeconomico, livello di scolarizzazione, presenza di eventuali diagnosi di disturbi clinici) e sulla terapia (durata, frequenza e lunghezza del trattamento).

Procedure

Dopo aver ricevuto il consenso di clinici e pazienti a partecipare, ai clinici sono stati forniti i materiali per condurre lo studio. Ad essi è stato chiesto dapprima di valutare con il Therapist Response Questionnaire le risposte emotive relative a un paziente selezionato secondo i criteri di inclusione/esclusione della ricerca e, entro 1-3 settimane dopo, di valutare con la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 la personalità del paziente designato. Questo intervallo è stato mantenuto principalmente per la differenza dei tempi necessari alla compilazione dei due strumenti. Mentre il Therapist Response Questionnaire, veloce e user-friendly, è stato compilato immediatamente dopo la seduta con il paziente designato, la SWAP-200, metodo di assessment più complesso e articolato, è stata completata dopo. Un altro scopo che giustifica questo intervallo nella somministrazione è stato ridurre eventuali bias derivati dalla valutazione delle risposte emotive da parte dei clinici e dalla valutazione concorrente della personalità dei loro pazienti. Ai terapeuti è stato chiesto di consegnare ai pazienti la Symptom Checklist-90-Revised alla fine della settimana scelta per valutare le loro risposte controtransferali. I clinici a loro volta hanno chiesto ai loro pazienti di riportare il test compilato la settimana successiva. In questo modo, tutte le valutazioni di terapeuti e pazienti sono state effettuate nello stesso periodo di tempo. 5 pazienti non hanno riconsegnato l'SCL-90-R.

Analisi statistiche

SPSS 20 per Windows (IBM, Armonk, N.Y.) è stato impiegato per condurre tutte le analisi. Per indagare la relazione tra la gravità sintomatologica dei pazienti e le risposte emotive dei clinici, sono state effettuate le correlazioni bivariate (Pearson's r, two-tailed) tra il Global Severity Index (GSI) delle SCL–90–R e i fattori del Therapist Response Questionnaire (TRQ).

Pe verificare se questa relazione tra gravità sintomatologica e dimensioni controtransferali potesse essere in parte spiegata da alcune variabili dei terapeuti – il loro orientamento teorico in primo luogo, e poi anche l'età, il genere, la professione e l'esperienza – è stata condotta una serie di regressioni gerarchiche multiple. Tutte le regressioni multiple – una per ogni fattore del Therapist Response Questionnaire (TRQ) come variabile dipendente – sono state stimate in tre differenti step. Il primo conteneva il genere e l'età dei clinici. La professione, l'esperienza e l'orientamento teorico sono stati aggiunti nel secondo step. Il Global Severity Index (GSI) of SCL–90–R è entrato nel terzo step. I

cambiamenti dell'R^2 sono stati presi in considerazione per testare la significatività di ogni step. Il test-F, che si riferisce alle variazioni della F, è stato usato per verificare se l'incremento dell'R^2 fosse statisticamente significativo. Gli effect sizes sono stati interpretati secondo i parametri di riferimento proposti da Cohen (1988), per cui un effetto è piccolo, medio o grande se è rispettivamente di circa .20, .50 e .80.

Per verificare se la gravità sintomatologica dei pazienti mediasse la relazione tra la patologia della personalità (valutata con le scale PD della SWAP-200) e i pattern di risposta controtransferale del Therapist Response Questionnaire (TRQ), è stata condotta un'analisi mediazionale.

Secondo Baron e Kenny (1986) (Figura 1), una (terza) variabile agisce come *mediatore* se: (1) il predittore è associato alla variabile criterio (path *c* or *total effect*); (2) il predittore è associato al mediatore (path *a*); (3) il mediatore è significativamente associato alla variabile criterio dopo aver messo a controllo il predittore (path *b*) e (4) l'associazione tra il predittore e la variabile criterio si riduce in modo statisticamente significativo controllando l'effetto del mediatore (path *c'* or *direct effect*) (Figura 1; Grafico 2).

Figura 1. Il path diagram di Baron e Kenny (1986) usato in questo studio

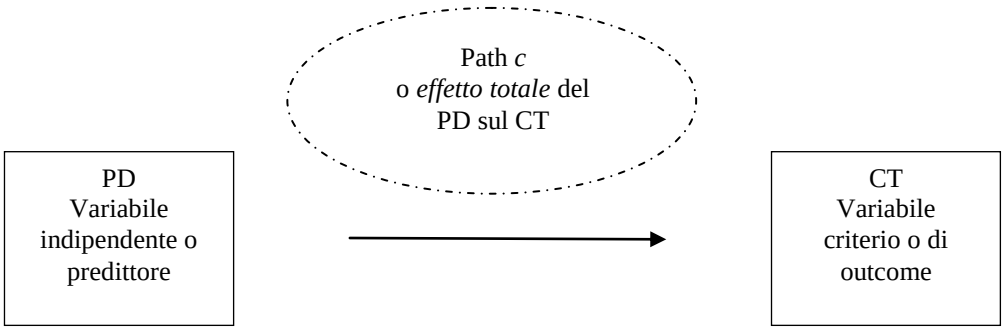


Grafico 1: Modello senza mediatore

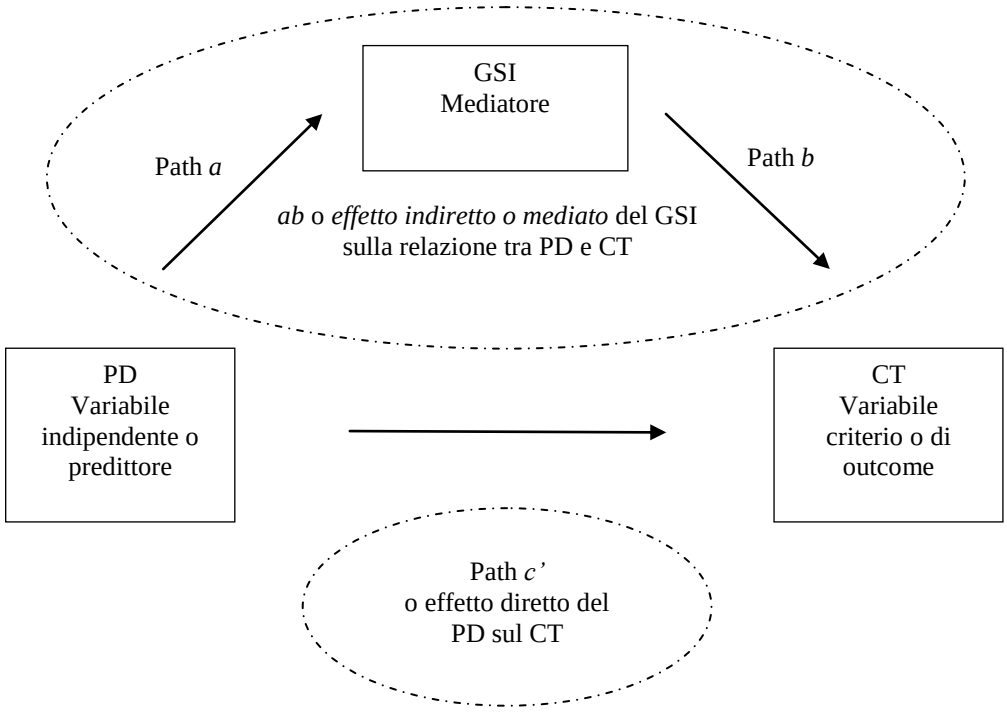


Grafico 2: Modello di mediazione

Note: PD=scala dei disturbi di personalità della Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200); CT=fattori controtransferali del Therapist Response Questionnaire (TRQ); GSI=Global Severity Index della Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

Nel path diagram sopra riportato, l'effetto totale (or path *c*) è l'effetto della variabile indipendente o predittore (PD) sulla variabile criterio o di outcome (CT) in un modello senza mediazione (in cui non è inclusa alcuna variabile che agisce da mediatore) (Grafico 1).

In un modello che include la variabile mediatore (GSI), l'effetto indiretto o mediato è il prodotto dei path *a* e *b* (*ab*).

L'effetto diretto è il path *c'*. In un modello di mediazione, l'effetto totale è uguale alla somma degli effetti diretto e indiretto: $c=(c' + ab)$ (Grafico 2).

Abbiamo pertanto condotto una serie di analisi della regressione tra le scale dei disturbi di personalità della SWAP-200 (variabili indipendenti o predittori), il GSI dell'SCL-90-R (il mediatore) e i fattori del TRQ (variabili criterio o di outcome) seguendo alcuni step dell'approccio di Baron e Kenny, in cui la significatività dei coefficienti di regressione è stata esaminata e confrontata. Gli step di questa procedura sono i seguenti:

Step 1: il coefficiente *c è* stato stimato conducendo una regressione tra la variabile indipendente (PD) e la variabile criterio (CT) allo scopo di verificare che la variabile indipendente sia un predittore significativo della variabile criterio (Path *c*);

Step 2: il coefficiente *a è* stato stimato conducendo una regressione tra la variabile indipendente e il mediatore allo scopo di confermare che la variabile indipendente sia un predittore significativo del mediatore. Se il mediatore non è associato alla variabile indipendente non c'è mediazione (Path *a*);

Step 3 e 4: i coefficienti *b* e *c'* sono stimati mediante una regressione multipla in cui la variabile indipendente e il mediatore sono stati posti come predittori rispetto alla variabile criterio.

Se presente, la mediazione può essere di tre tipi:

- "perfetta" o "completa" quando, controllando il mediatore, il predittore non predice più in modo statisticamente significativo la variabile criterio; in altre parole, la precedente associazione non è più significativa (path *c'* è zero);

- "parziale" quando, controllando il mediatore, l'associazione tra il predittore e la variabile dipendente decresce ma non fino a zero (path *c'* < path *c*).

- infine è possibile trovare una "mediazione incoerente" quando il mediatore agisce da "soppressore" (MacKinnon, Fairchild, Fritz, 2007). La mediazione incoerente tipica si verifica quando, controllando il mediatore, l'effetto del predittore sulla variabile criterio è più grande dell'effetto totale (path *c'* > path *c*).

Per stabilire la significatività del modello della mediazione, è stato usato il Sobel test (Sobel, 1982). Infine, per determinare le proporzioni dell'effetto indiretto, abbiamo calcolato la percentuale dell'effetto mediato (o il prodotto dei path *a* e *b*) sull'effetto totale (o path *c*): $100(ab/c)$.

Risultati

Risposte del terapeuta e gravità sintomatologica del paziente

Il primo scopo di questo studio è stato indagare l'associazione tra la gravità sintomatologica del paziente e le risposte emotive del terapeuta. Il GSI dell'SCL-90-R è risultato positivamente associato ai

pattern controtransferali criticato/maltrattato (r=0.21, p≤0.01), impotente/inadeguato (r=0.72, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (r=0.82, p≤0.001) e speciale/ipercoinvolto (r=0.14, p≤0.05), e negativamente associato ai fattori genitoriale/protettivo (r=–0.41, p≤0.001), positivo (r=–0.43, p≤0.001), e distaccato (r=–0.38, p≤0.001). Non sono state trovate correlazioni con il controtransfert sessualizzato.

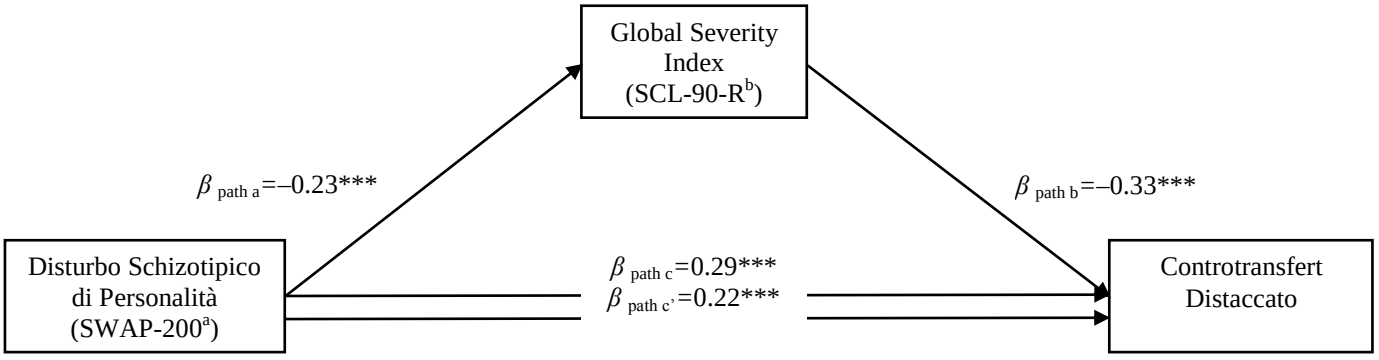
Per verificare se questi risultati dipendevano dall'approccio teorico dei clinici, è stata effettuata una serie di regressioni gerarchiche multiple ma non sono state rilevate differenze.

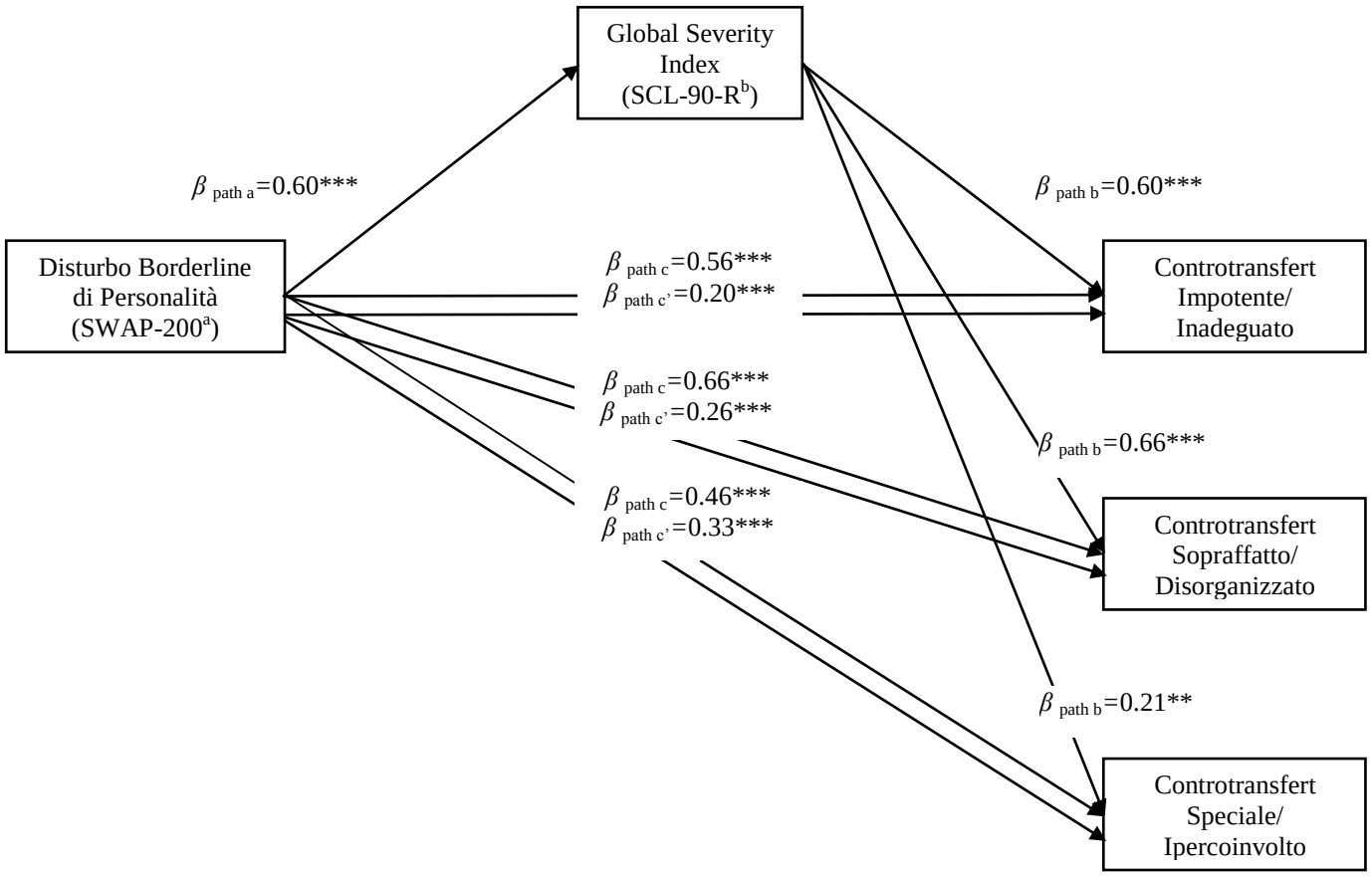
Risposte del terapeuta, patologia di personalità e gravità sintomatologica del paziente: un'analisi mediazionale

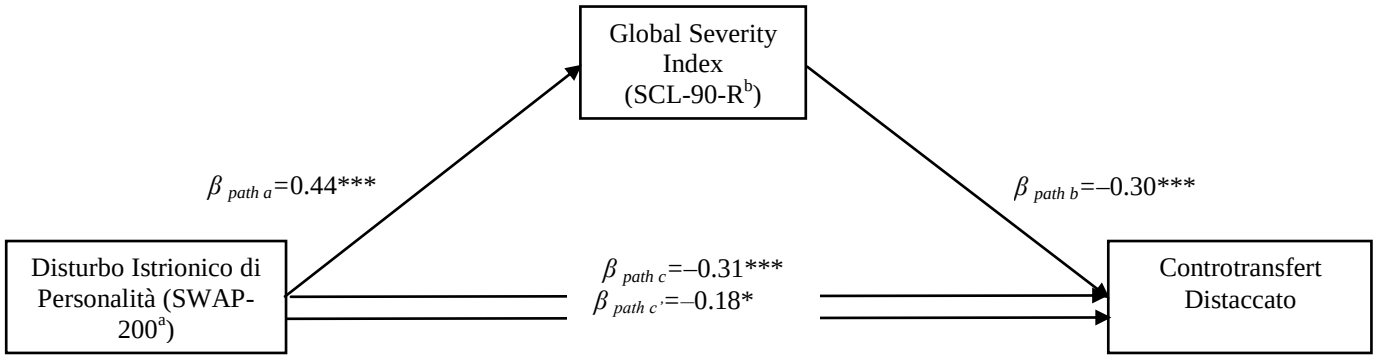
Il nostro secondo obiettivo era verificare se la gravità sintomatologica del paziente mediava la relazione tra i loro disturbi di personalità e le risposte controtransferali. Secondo il path diagram di Baron e Kenny (1986) (Figure 1), è importante sottolineare che tutte e tre le variabili del modello (scale dei disturbi di personalità della SWAP-200, il GSI dell'SCL-90-R e i fattori del TRQ) devono essere associate in modo significativo (Figura 1).

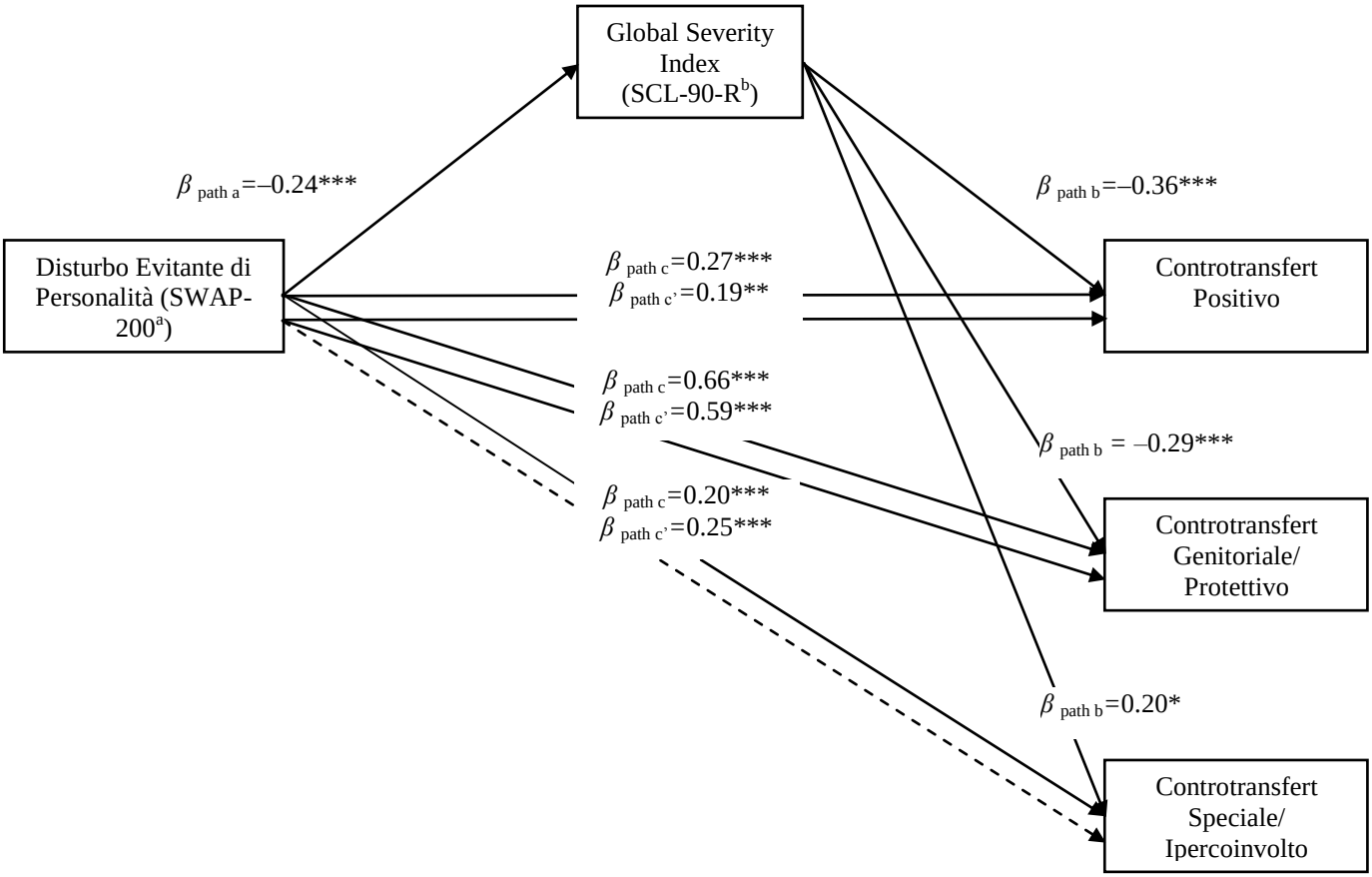
Sono state pertanto escluse le analisi relative ai disturbi paranoide, schizoide, antisociale, narcisistico, dipendente e ossessivo poiché non erano associate al GSI dell'SCL-90-R (contravvenendo allo step 2 della procedura di Baron e Kenny).

Figura 2. Modelli di mediazione della gravità sintomatologica dei pazienti (GSI of SCL-90-R) sulla relazione tra i fattori del Therapist Response Questionnaire (TRQ) e i disturbi di personalità della SWAP-200 (N=198)




Global Severity Index (SCL-90-R[b])
β path a=0.60***
β path b=0.60***
Disturbo Borderline di Personalità (SWAP-200[a])
β path c=0.56***
β path c'=0.20***
Controtransfert Impotente/ Inadeguato
β path c=0.66***
β path c'=0.26***
β path b=0.66***
Controtransfert Sopraffatto/ Disorganizzato
β path c=0.46***
β path c'=0.33***
β path b=0.21**
Controtransfert Speciale/ Ipercoinvolto


Global Severity Index (SCL-90-R[b])
β path a=0.44***
β path b=–0.30***
Disturbo Istrionico di Personalità (SWAP-200[a])
β path c=–0.31***
β path c'=–0.18*
Controtransfert Distaccato



Note: [a] SWAP-200=Shedler-Westen Assessment Procedure–200.[b] SCL-90-R=Symptom Checklist–90–Revised.

I path significativi del modello di mediazione sono rappresentati dalle linee continue. Il path di un modello di mediazione incoerente è rappresentato da una linea tratteggiata.

I path diagram di Baron e Kenny in questo studio mostrano tutti i coefficienti standardizzati ottenuti attraverso una serie di regressioni multiple atte a costruire i modelli di mediazione. Abbiamo riportato tutti i diversi step di questa procedura:

- Step 1: Regressione con il controtransfert (CT) come variabile criterio e il disturbo di personalità (PD) della SWAP-200 come variabile indipendente (Path *c*);
- Step 2: Regressione con il GSI come mediatore/variabile criterio e il disturbo di personalità (PD) della SWAP-200 come variabile indipendente (Path *a*);
- Step 3 and 4: Regressione con il controtransfert (CT) come variabile criterio e GSI come mediatore e il disturbo di personalità (PD) della SWAP-200 come variabili indipendenti (Path *b* and *c'*).

*$p \leq 0.05$ **$p \leq 0.01$ ***$p \leq 0.001$

È risultato che la scala del disturbo schizotipico di personalità della SWAP-200 aveva un effetto significativo sia sul pattern controtransferale distaccato (β=0.29, t=4.31, p≤0.001) sia sul GSI (β=–0.23, t=–3.35, p≤0.001). Nell'ultima regressione, l'inclusione del GSI come mediatore ha prodotto una moderata riduzione dell'effetto totale della personalità schizotipica sulla risposta distaccata del terapeuta che però resta significativo (β=0.22, t=3.28, p≤0.001). Il Sobel test ha confermato la significatività dei nessi causali nel modello di mediazione parziale: Sobel z-value=2.65, SE=0.002,

p≤0.01. La percentuale dell'effetto mediato dal GSI sull'effetto totale della personalità schizotipica sul controtransfert distaccato era 26.17%.

La scala del disturbo borderline di personalità della SWAP-200 aveva un effetto sui pattern controtransferali impotente/inadeguato (β=0.56, t=9.63, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (β=0.66, t=12.57, p≤0.001) e speciale/ipercoinvolto (β=0.46, t=7.31, p≤0.001), oltre che sul GSI (β=0.60, t=10.55, p≤0.001). Nell'ultima regressione, l'inclusione del GSI come mediatore ha prodotto una diversa riduzione degli effetti totali della personalità borderline sulle specifiche risposte del terapeuta: impotente/inadeguato (β=0.20, t=3.47, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (β=0.26, t=5.79, p≤0.001) e speciale/ipercoinvolto (β=0.33, t=5.04, p≤0.001). Il Sobel test ha confermato che la gravità sintomatologica mediava parzialmente la relazione tra la personalità borderline e i controtransfert impotente/inadeguato (Sobel z-value=7.38, SE=0.004, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (Sobel z-value=8.20, SE=0.002, p≤0.001) e speciale/ipercoinvolto (Sobel z–value=2.58, SE=0.003, p≤0.01). Le percentuali degli effetti mediati dal GSI sull'effetto totale della personalità borderline su ciascuno dei pattern di risposta emotiva del terapeuta erano le seguenti: 63.45% per l'impotente/inadeguato, 58.38% per il sopraffatto/disorganizzato e 27.39% per lo speciale/ipercoinvolto.

La scala del disturbo istrionico di personalità della SWAP-200 aveva un effetto sia sul pattern controtransferale distaccato (β=–0.31, t=–4.64, p≤0.001) sia sul GSI (β=0.44, t=6.88, p≤0.001). Nell'ultima regressione, l'inclusione del GSI come mediatore ha prodotto una moderata riduzione dell'effetto totale della personalità istrionica sulla risposta del terapeuta distaccata che però resta significativo (β=–0.18, t=–2.51, p≤0.05). Il Sobel test ha confermato la significatività dei nessi causali nel modello di mediazione parziale: Sobel z-value=–3.46, SE=0.003, p≤0.001. La percentuale dell'effetto mediato dal GSI sull'effetto totale della personalità istrionica sul controtransfert distaccato era 42.58%.

La scala del disturbo evitante di personalità della SWAP-200 aveva un effetto sui pattern controtransferali positivo (β=0.27, t=4.02, p≤0.001), genitoriale/protettivo (β=0.66, t=12.41, p≤0.001) e speciale/ipercoinvolto (β=0.20, t=2.95, p≤0.01), oltre che sul GSI (β=–0.24, t=–3.49, p≤0.001). Nell'ultima regressione, l'inclusione del GSI come mediatore ha prodotto una diversa riduzione degli effetti totali della personalità evitante sulle specifiche risposte del terapeuta: positiva (β=–0.36, t=–5.59, p≤0.001) e genitoriale/protettiva (β=–0.29, t=–5.63, p≤0.001). Il Sobel test ha confermato che la gravità sintomatologica mediava parzialmente la relazione tra la personalità evitante e i controtransfert positivo (Sobel z-value=3.01, SE=0.003, p≤0.01) e genitoriale/protettivo (Sobel z-value=2.91, SE=0.002, p≤0.01). Le percentuali degli effetti mediati dal GSI sull'effetto totale della personalità evitante su ciascuno dei pattern di risposta emotiva del terapeuta erano le seguenti: 31.60% per il positivo e 10.25% per il genitoriale/protettivo.

Rispetto all'effetto del GSI sulla relazione tra la scala del disturbo evitante di personalità della SWAP-200 e il controtransfert speciale/ipercoinvolto, abbiamo rilevato una mediazione incoerente. Il GSI agisce come "soppressore". Nell'ultima regressione, l'inclusione del GSI ha prodotto un incremento dell'effetto della personalità evitante sulla risposta speciale/ipercoinvolta del terapeuta(β=0.25, t=3.59, p≤0.001). Il Sobel test ha confermato la significatività dei nessi causali in questa mediazione incoerente: Sobel z–value=–2.11, SE=0.001, p≤0.05. La percentuale dell'effetto mediato del GSI sull'effetto totale della personalità evitante sul controtransfert speciale/ipercoinvolto (considerando il valore assoluto degli effetti diretto e indiretto; vedi Alwin, Hauser, 1975) era 24%.

Discussione

I risultati di questo studio consentono alcune riflessioni. Innanzitutto, la gravità sintomatologica tende a evocare per lo più sentimenti intensi e negativi di sopraffazione/disorganizzazione, impotenza e frustrazione nei clinici di differenti approcci teorici. Essi riportano forti reazioni emotive caratterizzate da apprensione, paura, ansia e alcune difficoltà nello sperimentare sentimenti positivi e protettivi nei confronti di pazienti che manifestano una marcata sofferenza psicopatologica. Rispetto invece all'ipercoinvolgimento, anch'esso associato - sebbene in misura minore - alla gravità dei sintomi del paziente, è possibile supporre una sorta di circolarità nelle risposte dei terapeuti. Essi potrebbero sperimentare confusione e sentirsi sopraffatti in reazione alla presenza di gravi sintomi psicopatologici; queste stesse reazioni potrebbero poi portarli a sentire un senso di sconforto e sfiducia. Pertanto, per superare questi sentimenti molto forti, essi si ipercoinvolgerebbero nella relazione terapeutica, sviluppando un'eccessiva vicinanza che potrebbe aumentare il loro originario senso di disorganizzazione e confusione.

I risultati ottenuti in questo studio sono coerenti con quelli di altre ricerche che hanno evidenziato correlazioni positive tra il livello di gravità sintomatologica sperimentata soggettivamente dal paziente e i sentimenti dei terapeuti di inadeguatezza, ansia e rifiuto (Røssberg et al., 2010).

Soprattutto, clinici di diversi approcci terapeutici (piuttosto che età, genere, professione o esperienza) hanno mostrato reazioni emotive simili nel trattamento di pazienti caratterizzati da alti livelli di gravità sintomatologica, suggerendo che le loro preferenze teoriche e altre caratteristiche non influenzano di fatto l'esperienza affettiva che realmente vivono nella loro pratica clinica.

In questo studio, è stato rilevato inoltre che in un'ampia gamma di disturbi di personalità (paranoide, schizoide, antisociale, narcisistico, dipendente e ossessivo) i sintomi psicopatologici non giocavano alcun effetto di mediazione. L'assenza dell'effetto di mediazione sembra suggerire che le caratteristiche di personalità e il funzionamento interpersonale dei pazienti siano sufficienti di per sé ad elicitare differenti reazioni emotive nei clinici. D'altra parte, quando l'effetto di mediazione della

sintomatologia c'è (come per i disturbi di personalità schizotipico, borderline, istrionico e evitante), l'impatto medio è abbastanza moderato (il 30% circa). Pertanto, il livello di gravità sintomatologica del paziente media parzialmente il rapporto tra la sua patologia di personalità e le reazioni controtransferali, ma in generale il suo effetto è meno consistente rispetto a quello della personalità.

È importante osservare che l'effetto mediato della sintomatologia non è uniforme e può variare in modo considerevole in base al disturbo di personalità e alle reazioni emotive del terapeuta. Per esempio, il rapporto tra la personalità borderline e i controtransfert impotente e disorganizzato è risultato in gran parte mediato dai sintomi psicopatologici (spiegando il 63% e il 58% degli effetti totali). Questo risultato sembra supportare l'idea che questi pattern di risposta del clinico, tipicamente associati al disturbo borderline di personalità (vedi per esempio Kernberg, 1984; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 1992), sono per lo più elicitati da livelli più alti di gravità sintomatologica piuttosto che dalla struttura di personalità del paziente. La personalità borderline, caratterizzata da modelli operativi interni multipli e da rappresentazioni di sé e dell'altro contraddittorie e non integrate (Bateman, Fonagy, 2006; Kernberg, 1984; Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006), ha probabilmente un forte impatto sull'esperienza controtransferale dei clinici, principalmente per l'eterogeneità e la gravità dei sintomi. Al contrario, le risposte emotive dei clinici evocate da altri disturbi di personalità sembrano influenzate in misura minore dalla sintomatologia dei pazienti. Per esempio, le reazioni controtransferali positiva e genitoriale/protettiva sono per lo più suscitate dalla caratteristiche della personalità evitante piuttosto che dai sintomi psicopatologici presentati dai pazienti.

In questo studio, è stato possibile riscontrare che la gravità dei sintomi agisce anche come soppressore in un modello di mediazione incoerente: livelli più alti di sintomatologia hanno un forte impatto sulla relazione tra controtransfert speciale/ipercoinvolto e disturbo evitante di personalità. In questo caso, infatti, i sintomi sembrano innescare una "over-reaction" nei terapeuti. Pertanto, potrebbe essere che essi sperimentino sentimenti più intensi di ansia e preoccupazione nei confronti del paziente evitante qualora egli presenti una sintomatologia particolarmente grave.

Questo studio ha alcuni limiti. La desiderabilità sociale potrebbe aver in parte influenzato le risposte dei clinici: per esempio, non è emersa alcuna correlazione significativa con il pattern controtransferale sessualizzato. Questo dato non è molto coerente con l'esperienza e la letteratura clinica, in cui sentimenti romantici o erotizzati nei confronti dei pazienti sono ampiamente discussi, specialmente con i pazienti con patologia di personalità (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2009; McWilliams, 2011; PDM Task Force, 2006). Un altro limite è rappresentato dal fatto che i terapeuti hanno valutato le loro stesse reazioni controtransferali. Sebbene i clinici, che sono "esperti" nell'esplorazione di sé, siano più che "autorizzati" a descrivere accuratamente ciò che provano nei confronti dei loro pazienti, lo strumento di misura del controtransfert che abbiamo usato condivide gli stessi limiti intrinseci agli strumenti self-report. Certamente, indagini future potrebbero beneficiare di

disegni di ricerca più rigorosi in cui le risposte emotive del terapeuta in psicoterapia sono esaminate attraverso altri metodi di valutazione e differenti vertici di osservazione.

In conclusione, questo studio sostanzialmente ha verificato un modello lineare di relazione, assumendo che la patologia di personalità del paziente induce specifiche risposte controtransferali del terapeuta. In future ricerche sarebbe importante indagare un modello più complesso, olistico, di relazione terapeutica, assumendo che dall'interazione e dalla reciproca influenza delle caratteristiche di paziente e terapeuta, vale a dire che è dalla matrice relazionale in cui le risposte controtransferali sono inserite, che è possibile ottenere informazioni diagnostiche e terapeutiche di grande valore.

Studio 3
La validazione italiana del
Therapist Response Questionnaire (TRQ)

Obiettivi

Obiettivo di questo terzo studio è stato validare il Therapist Response Questionnaire (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) nel contesto italiano al fine di verificare:

- la solidità della struttura fattoriale;
- la qualità delle caratteristiche psicometriche e l'applicabilità clinica rispetto allo specifico raggruppamento diagnostico dei disturbi di personalità.

Metodo

Campione

Dagli elenchi di due grandi associazioni italiane di psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale e da altri centri specializzati nel trattamento dei disturbi di personalità, è stato reclutato un campione casuale di clinici che avevano almeno 3 anni di esperienza clinica post-specializzazione e svolgevano attività clinica per almeno 10 ore alla settimana. E' stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) almeno 18 anni di età; (2) senza diagnosi di disturbi psicotici, piuttosto che sindromi con sintomi psicotici o gravi disturbi clinici; (3) in trattamento da un minimo di 8 sedute a un massimo di 6 mesi (per una seduta a settimana), e (4) che accettasse di partecipare a un protocollo di ricerca sull'assessment psicologico. Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, ai clinici è stato detto di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente che avessero visto in seduta la settimana prima e che soddisfacesse i criteri dello studio. Per minimizzare i bias rater-dipendenti, ad ogni clinico è stato consentito di valutare un solo paziente. Clinici e pazienti non hanno ricevuto alcuna remunerazione. Rispetto al totale di clinici contattati, è stata ottenuta una percentuale di risposta pari all'85% circa (N=332). La percentuale di risposta dei pazienti che sono stati coinvolti direttamente nella ricerca è inferiore (79%) e attualmente sono stati raccolti e analizzati i dati di un sotto-campione di 198 pazienti. Tutti i partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto per la partecipazione al progetto di ricerca.

Terapeuti. Il campione è costituito da 332 clinici, 180 donne e 152 uomini; 70% psicologi e 30% psichiatri. La loro età media era 45 anni (DS=9.8; range=34-62). Sono rappresentati due principali approcci teorico-clinici: quello psicodinamico (N=169) e quello cognitivo-comportamentale (N=163). L'esperienza clinica media di esercizio della psicoterapeuta era 10 anni (SD=4.5; range=3-25) e la media delle ore settimanali dedicate alla pratica clinica era di 16 ore circa (SD=5.2; range=13-30). Il 65% dei pazienti descritti provenivano da setting provati e il 35% dai servizi pubblici di salute mentale del territorio nazionale.

Pazienti. Il campione è costituito da 332 pazienti, 174 donne e 158 uomini. La loro età media era 40 anni (SD=6.2; range 25-51). 150 pazienti avevano solo una diagnosi di disturbi clinici del DSM (ex-Asse I del DSM), 79 avevano solo una diagnosi di disturbi di personalità (ex-Asse II), 48 avevano una comorbilità tra diagnosi di disturbi clinici e di personalità, e 55 avevano una comorbilità tra più di due diagnosi di disturbo di personalità. Tra i pazienti con diagnosi di disturbi clinici (sola e in comorbilità con disturbi di personalità), 48 avevano un disturbo d'ansia generalizzata, 47 un disturbo del comportamento alimentare, 45 un disturbo di panico, 27 un disturbo distimico, 16 un disturbo dell'adattamento, e 15 un disturbo da uso di sostanze (cannabis). Il punteggio medio ottenuto alla Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (GAF) era 54 (SD=12.1). La lunghezza media dei trattamenti (una seduta a settimana) era 4-5 mesi (SD=0.8; range=2-6).

Strumenti

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). La SWAP-200 (Westen, Shedler, 1999a,1999b; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) è uno strumento di valutazione dei tratti e degli stili, sani e patologici, della personalità derivato dall'implementazione di una procedura Q-sort (Block, 1961, 1978). È costituita da 200 item, affermazioni descrittive delle caratteristiche di personalità del paziente, che il clinico deve organizzare gerarchicamente in funzione del loro livello di descrittività rispetto al paziente e collocare in 8 pile che vanno da 0 a 7 (0 implica che l'item non è per niente descrittivo; 7 che è molto descrittivo) seguendo una distribuzione fissa.
La SWAP consente di ottenere due tipi di diagnosi (sia categoriale sia dimensionale): una valutazione diagnostica in *scale PD* e una in *fattori-Q*. La prima fa riferimento alla classificazione nosografica delle categorie dell'Asse II del DSM-IV riformulate con i 200 item della SWAP e ottenuta attraverso una procedura *matching prototype* (Westen, Shedler, 2000). Secondo questo meccanismo la presenza di un certo stile/disturbo di personalità non deriva dal conteggio di un numero *n* di criteri specifici, bensì da quanto il profilo del paziente (delineato attraverso i 200 item della SWAP, selezionati in base

al loro diverso grado di descrittività) si avvicina al quadro complessivo di un certo disturbo (o *prototipo ideale*). Il sistema di classificazione delle *scale PD* della SWAP-200 comprende 10 categorie di disturbi di personalità: paranoide, schizoide, schizotipico, borderline, istrionico, narcisista, antisociale, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente; più un prototipo di personalità ad alto funzionamento.

L'altra nosografia della SWAP fa riferimento a una tassonomia di 13 stili di personalità: i fattori-Q disforico, antisociale-psicopatico, schizoide, paranoide, ossessivo, istrionico, narcisistico, disforico-evitante, disforico-dipendente-masochistico, disforico-depressivo ad alto funzionamento; disforico emotivamente disregolato, disforico-con esteriorizzazione dell'ostilità. Si tratta di un sistema nosografico nuovo, derivato empiricamente sottoponendo le descrizioni SWAP di pazienti reali con disturbo della personalità alla *Q-factor analysis*, una procedura di analisi fattoriale che permette di mettere insieme gruppi di soggetti che presentano caratteristiche simili e che si presuppone siano riconducibili alla stessa configurazione di tratti della personalità.

La procedura SWAP ha mostrato buoni indici di attendibilità e validità. I punteggi di inter-rater reliability oscillano da r = 0.71 a r = 0.85, punteggi superiori a quelli ottenuti dalle diagnosti DSM (Westen, Shedler, 1999a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007).

Therapist Response Questionnaire (TRQ). Il TRQ (Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) è uno strumento clinician-report designato a valutare i pattern controtransferali in psicoterapia. È costituito da 79 item che misurano un ampio range di reazioni cognitive, affettive e comportamentali del clinico verso il paziente (si veda: http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf). Gli item sono scritti in un linguaggio non gergale affinché possa essere impiegato da clinici di differenti orientamenti senza bias derivati dall'approccio terapeutico di preferenza. Presenta una struttura fattoriale a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il sopraffatto/disorganizzato, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'impotente/inadeguato, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il positivo, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo speciale/ipercoinvolto, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il sessualizzato, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il distaccato, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro

o irritazione in seduta; 7) il genitoriale/protettivo, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il criticato/maltrattato, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto.
In questo studio, le 8 scale derivate dall'analisi fattoriale mostrano livelli eccellenti di coerenza interna (Streiner, 2003): sopraffatto/disorganizzato (coeff. alpha=0.77); impotente/inadeguato (coeff. alpha=0.87), positivo (coeff. alpha=0.84), speciale/ipercoinvolto (coeff. alpha=0.75), sessualizzato (coeff. alpha=0.72), distaccato (coeff. alpha=0.79), genitoriale/protettivo (coeff. alpha=0.80); criticato/maltrattato (coeff. alpha=0.83).

Symptom Checklist-90-Revised. L'SCL-90-R (Derogatis, 1994) è uno strumento self-report diffusamente impiegato per misurare il cambiamento in psicoterapia. Esso valuta un ampio spettro di problemi psicologici e sintomi psicopatologici su una scala Likert a 5 punti che va da 0 (per niente presente) a 4 (estremamente presente) sulla base di quanto il paziente abbia vissuto con disagio la sua sintomatologia nel corso dell'ultima settimana dal momento della somministrazione. Il Global Severity Index (GSI) è un indicatore globale del livello di disagio psichico vissuto soggettivamente dall'individuo. Gli studi sull'SCL-90-R mostrano livelli di validità concorrente, convergente, discriminate e di costrutto simili a quelli di altre misure self-report.

Questionario clinico. È stato costruito un questionario *ad hoc* per ottenere dai clinici informazioni generali su loro stessi, i pazienti e le terapie fornite da essi fornite. I clinici hanno prodotto indicazioni demografiche e specifiche rispetto alla loro professione (anni di esperienza clinica, appartenenza all'albo degli psicologi o medici-psicoterapeuti, approccio teorico, ore settimanali di psicoterapia effettuate, numero dei pazienti in trattamento ecc.). Sono state richieste informazioni sui pazienti da loro selezionati (età anagrafica, genere, status socioeconomico, livello di scolarizzazione, presenza di eventuali diagnosi di disturbi clinici) e sulla terapia (durata, frequenza e lunghezza del trattamento).

Procedure

Dopo aver ricevuto il consenso di clinici e pazienti a partecipare, ai clinici sono stati forniti i materiali per condurre lo studio. Ad essi è stato chiesto dapprima di valutare con il Therapist Response Questionnaire le risposte emotive relative a un paziente selezionato secondo i criteri di inclusione/esclusione della ricerca e, entro 1-3 settimane dopo, di valutare con la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 la personalità del paziente designato. Questo intervallo è stato mantenuto principalmente per la differenza dei tempi necessari alla compilazione dei due strumenti. Mentre il Therapist Response Questionnaire, veloce e user-friendly, è stato compilato immediatamente dopo la

seduta con il paziente designato, la SWAP-200, metodo di assessment più complesso e articolato, è stata completata dopo. Un altro scopo che giustifica questo intervallo nella somministrazione è stato ridurre eventuali bias derivati dalla valutazione delle risposte emotive da parte dei clinici e dalla valutazione concorrente della personalità dei loro pazienti. Ai terapeuti è stato chiesto di consegnare ai pazienti la Symptom Checklist-90-Revised alla fine della settimana scelta per valutare le loro risposte controtransferali. I clinici a loro volta hanno chiesto ai loro pazienti di riportare il test compilato la settimana successiva. In questo modo, tutte le valutazioni di terapeuti e pazienti sono state effettuate nello stesso periodo di tempo. Attualmente, sono stati raccolti e analizzati i dati di un sotto-campione di pazienti (N=198) che hanno compilato e riconsegnato l'SCL-90-R.

Analisi statistiche

Tutte le analisi sono state condotte con SPSS 20 per Windows (IBM, Armonk, N.Y.) e LISREL 8.8 (Jöreskog, Sörbom, 2006).

Al fine di verificare la stabilità della struttura fattoriale del Therapist Response Questionnaire (TRQ), è stata effettuata un'analisi fattoriale esplorativa e, più specificatamente, l'analisi delle componenti principali (PCA) su un campione randomizzato di clinici (N=181). Per identificare il numero di fattori latenti, la procedura ha previsto i seguenti passaggi: (1) tener conto del criterio di Kaiser (autovalore > 1), (2) utilizzare lo scree plot, (3) rilevare la percentuale di varianza spiegata dalla soluzione fattoriale, (4) effettuare le analisi parallele (Horn, 1965) e (5) considerare l'interpretabilità dei risultati. I fattori emersi sono stati sottoposti a rotazione *promax*. Al contrario della rotazione *varimax*, infatti, la *promax* presuppone che i fattori latenti siano correlati tra loro e, studiando costrutti psicologici, è più che plausibile assumere che le risposte emotive del clinico nei confronti del paziente siano effettivamente inter-correlate tra loro (Fabrigar, Wegener, MacCallum, Strahan, 1999). Ad ogni modo, per verificare se la struttura fattoriale e i fattori identificati si differenziassero, sono stati applicati entrambi i tipi di rotazioni e confrontate le soluzioni fattoriali.

Per massimizzare la coerenza interna dei fattori, come raccomanda Bühner (2010), sono stati eliminati dalla matrice fattoriale tutti gli item con un factor loading inferiore a $\lambda = 0.45$ e con una differenza di saturazione fattoriale inferiore a .15 rispetto al primo item del fattore latente immediatamente successivo (nella matrice). È stata quindi ottenuta la soluzione fattoriale finale e calcolata la coerenza interna (misurata attraverso il coefficiente alpha di Cronbach) delle sottoscale della versione italiana del Therapist Response Questionnaire. Sono state calcolate anche le intercorrelazioni tra le sottoscale.

Allo scopo di confermare il modello emerso dall'analisi fattoriale esplorativa, è stata condotta un'analisi fattoriale confirmativa (CFA) sull'altra parte di clinici (N=151). La numerosità del gruppo di terapeuti risulta adeguata. Per l'applicazione della CFA, infatti, Bühner (2010) e Backhaus, Erichson, Plinke, e Weiber (2010) raccomandano che il campione sia costituito da almeno 100 soggetti. Per

testare il modello fattoriale, abbiamo tenuto conto degli indici di fit e dei rispettivi cut off indicati da Hu e Bentler (1999): il Comparative Fit Index (CFI) ~ 0.95, il Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ≤ 0.08, e il Standardized Root Mean Residual ≤ 0.11.

Per studiare la validità di costrutto, sono state calcolate dapprima le intercorrelazioni tra i fattori delle versioni americana e quelli della presente versione italiana del Therapist Response Questionnaire. Successivamente, il campione totale di pazienti è stato suddiviso in tre gruppi (con disturbi di personalità, con forti tratti, senza patologia di personalità) e è stata condotta l'Analisi della Varianza (ANOVA) per valutare se i pattern controtransferali fossero in grado di discriminare con un sufficiente grado di precisione le tre differenti popolazioni clinico-diagnostiche. Ogni ANOVA conteneva i tre gruppi di pazienti e i fattori della versione italiana del Therapist Response Questionnaire (TRQ). È stata impiegata la procedura di Bonferroni come metodo di correzione statistica per l'ANOVA (Backhaus et al., 2010).

Per testare la validità convergente, sono state calcolate dapprima le correlazioni parziali (partial r, two-tailed) tra i fattori della versione italiana del Therapist Response Questionnaire e ciascuna scala dei disturbi di personalità della Shedler-Westen Assessment Procedure-200, rimuovendo l'effetto degli altri nove disturbi in ogni analisi. Inoltre, per verificare se queste specifiche associazioni dipendessero dall'orientamento teorico-clinico dei terapeuti, le correlazioni parziali tra i pattern di risposta emotiva del terapeuta e ciascun disturbo di personalità del paziente sono state effettuate una seconda volta, eliminando però dal campione totale tutti i terapeuti psicodinamici (e rimanendo con N=163 terapeuti cognitivo-comportamentali). Infine, sempre per verificare la validità convergente sono state calcolate le correlazioni bivariate (Pearson's r, two-tailed) tra i fattori della versione italiana del Therapist Response Questionnaire e la scala di alto funzionamento della SWAP-200 e il Global Severity Index dell'SCL-90-R (quest'ultime effettuate su un sotto-campione di 198 valutazioni).

Risultati

Il Therapist Response Questionnaire – Versione Italiana: Analisi fattoriali esplorativa e confirmativa

L'analisi fattoriale esplorativa è stata effettuata sulle valutazioni (TRQ) di 181 clinici. Il punteggio Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Tabachnick, Fidell, 2007) di 0.80 ha confermato l'adeguatezza campionaria necessaria per condurre l'analisi fattoriale. Inoltre, il test di sfericità di Bartlett χ^2 (3081) = 8309.45, p <0.001 ha indicato che le correlazioni tra gli item erano sufficientemente ampie da consentire l'analisi delle componenti principali (PCA).

La PCA ha rilevato nove componenti che forniscono la migliore soluzione fattoriale e consentono un'adeguata interpretabilità dei dati. Le nove sottoscale spiegano circa il 60% della varianza e sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. Struttura fattoriale del Therapist Response Questionnaire – Versione Italiana (N=181)

Factors	Items	λ
Impotente/ Inadeguato	Sento di non riuscire ad aiutarlo/a o sono preoccupato di non essere in grado di poterlo/a aiutare. (31)	0.91
	Nel lavoro con lui/lei mi sento impotente. (52)	0.83
	Penso che potrebbe andare meglio con un altro terapeuta o con un altro tipo di terapia. (54)	0.81
	Lavorare con lui/lei mi fa sentire incompetente o inadeguato. (36)	0.78
	Più che con gli altri pazienti, mi sento meno efficace nell'aiutarlo. (68)	0.74
	Durante la seduta mi sento frustrato. (22)	0.64
	Mi sento le mani legate, o come se fossi messo in scacco. (59)	0.61
	Mi sento intercambiabile – come se per lui/lei potessi essere chiunque. (38)	0.55
	Durante la seduta mi deprimo. (18)	0.53
Sopraffatto/ Disorganizzato	Quando ascolto la mia segreteria telefonica sono angosciato o spaventato dall'idea che ci possa essere un suo messaggio. (60)	0.85
	Mi sento sopraffatto dalle sue forti emozioni. (26)	0.76
	Parlo di lui/lei al mio/a partner o a un'altra persona significativa della mia vita, più di quanto non sia solito fare per gli altri pazienti. (79)	0.72
	Scopro di parlare di lui/lei con i miei colleghi o supervisori più di quanto non faccia con gli altri miei pazienti. (73)	0.68
	Dopo le sedute con lui/lei sono preoccupato più di quanto accada con gli altri pazienti. (66)	0.64
	Durante la seduta mi sento confuso. (10)	0.59
	Mi sento sopraffatto dai suoi bisogni. (51)	0.58
	Mi sento usato o manipolato. (33)	0.57
	Lavorare con lui/lei mi fa sentire ansioso. (30)	0.55
	Tende a evocare in me sentimenti forti. (29)	0.54
	Con lui/lei mi sento spinto a stabilire dei limiti precisi. (55)	0.53
Positivo	Dopo una seduta con lui/lei mi sento compiaciuto o soddisfatto. (53)	0.81
	È uno dei miei pazienti (o delle mie pazienti) favoriti/e. (74)	0.77
	Lavorare con lui/lei è stimolante. (3)	0.76
	Mi fa sentire bene con me stesso. (23)	0.74
	Mi piace molto. (65)	0.72
	Sono molto fiducioso dei risultati che sta ottenendo o che probabilmente otterrà in terapia. (1)	0.71
	Se non fosse un/a mio/a paziente, credo che potrei essergli/le amico/a. (7)	0.64
	Sento di riuscire a comprenderlo/a. (40)	0.54
Ostile/ Arrabbiato	Durante la seduta mi sento irritato con lui/lei. (8)	0.82
	Mi sono arrabbiato con lui/lei. (27)	0.81
	Gli/le ho detto di essere arrabbiato con lui/lei. (41)	0.78
	Certe volte lo/la trovo proprio antipatico/a. (2)	0.70
	Mi sento arrabbiato con lui/lei. (15)	0.69
	Ho dovuto fermarmi dal dire o fare qualcosa di aggressivo o critico. (39)	0.58
	Con lui/lei perdo la calma. (48)	0.45
Criticato/ Svalutato	Durante la seduta mi sento criticato. (12)	0.81
	Mi sento ignorato o svalutato. (6)	0.81
	Mi sento respinto. (62)	0.79
	Ho paura delle sedute con lui/lei. (13)	0.70
	Non mi sento apprezzato. (63)	0.64
	Mi sento come se "stessi camminando sulle uova", spaventato dal poter dire una cosa sbagliata che lo/la faccia esplodere, crollare o andarsene. (34)	0.61
	Con lui/lei, più che con gli altri pazienti, sono spinto a pensare e sentire cose di cui mi rendo conto in pieno solo quando la seduta è finita. (77)	0.53
Genitoriale/	Mi sento come se lo/la volessi proteggere. (42)	0.86

Protettivo	Mi sento capace di dargli/le accudimento e affetto. (47)	0.78
	Mi sento arrabbiato con alcune persone che fanno parte della sua vita. (14)	0.77
	Nei suoi confronti ho sentimenti calorosi, quasi familiari. (64)	0.67
	Vorrei dargli/le ciò che altri non potrebbero mai dargli/le. (21)	0.66
Speciale/ Ipercoinvolto	Rivelo i miei sentimenti per lui/lei più di quanto non faccia con gli altri pazienti. (71)	0.82
	Gli/le ho detto di volergli/le bene. (50)	0.80
	Gli/le rivelo aspetti della mia vita personale più spesso di quanto non faccia con gli altri pazienti. (76)	0.78
	Tra una seduta e l'altra gli/le telefono più di quanto non faccia con gli altri pazienti. (72)	0.72
	Attendo con impazienza le sedute con lui/lei. (19)	0.51
Sessualizzato	Sento una tensione sessuale nella stanza. (61)	0.82
	Mi sento sessualmente attratto da lui/lei. (17)	0.81
	Mi scopro a flirtare un po' con lui/lei. (56)	0.79
	I suoi sentimenti sessuali verso di me mi rendono ansioso o imbarazzato. (32)	0.67
Distaccato/ Non coinvolto	Durante la seduta mi annoio. (16)	0.82
	Con lui/lei più che con gli altri pazienti, inizio la seduta in ritardo. (78)	0.78
	Durante la seduta non mi sento pienamente coinvolto. (9)	0.72
	La mia mente spesso si trova a pensare cose diverse da quelle di cui mi sta parlando. (25)	0.61
	Con lui/lei guardo l'orologio più spesso di quanto non faccia con gli altri pazienti. (75)	0.53

Le intercorrelazioni tra i nove fattori variavano da -0.07 a 0.40 con una mediana di 0.14.

I fattori emersi hanno mostrato livelli eccellenti di coerenza interna e sono stati denominati:

1) *impotente/inadeguato* (alpha di Cronbach=0.88): spiega il 9.47% della varianza e include item che indicano forti sentimenti di inadeguatezza, impotenza e un senso di inefficacia e sfiducia rispetto alla possibilità del clinico di aiutare il paziente.

2) *sopraffatto/disorganizzato* (alpha di Cronbach=0.86): spiega l'8.25% della varianza e include item che descrivono intensi sentimenti di sopraffazione e confusione rispetto alle emozioni e ai bisogni manifestati dal paziente, oltre ad angoscia, repulsione e terrore.

3) *positivo* (alpha di Cronbach=0.87): spiega il 6.78% della varianza e include item che indicano vicinanza affettiva, fiducia e collaborazione con il paziente, riconducibili a una buona alleanza terapeutica.

4) *ostile/arrabbiato* (alpha di Cronbach=0.85): spiega il 6.87% della varianza e include item che indicano la presenza di sentimenti di rabbia, ostilità e irritazione nei confronti del paziente.

5) *criticato/maltrattato* (alpha di Cronbach=0.84): spiega il 7.26% della varianza e include item che descrivono un senso di svalutazione, critica e disprezzo da parte del paziente.

6) *genitoriale/protettivo* (alpha di Cronbach=0.83): spiega il 5.43% della varianza e include item che descrivono il desiderio del clinico di proteggere, accudire e fornire affetto al paziente come un genitore.

7) *speciale/ipercoinvolto* (alpha di Cronbach=0.78) spiega il 4.61% della varianza e include item che indicano un ipercoinvolgimento del clinico nei confronti del paziente; ciò implica la presenza di forti sentimenti di preoccupazione e ansia, oltre alla difficoltà di mantenere ben delimitati i confini del setting.

8) *sessualizzato* (alpha di Cronbach=0.82) spiega il 4.59% della varianza e include item che indicano la presenza di tensione/attrazione sessuale nei confronti del paziente.

9) *distaccato* (alpha di Cronbach=0.79) spiega il 4.84% della varianza e include item che descrivono sentimenti di noia, distrazione o mancanza di coinvolgimento nella seduta.

Per confermare il modello fattoriale esplorativo, è stata condotta un'Analisi Fattoriale Confirmativa (CFA) e tutti gli indici di fit sono risultati adeguati: χ^2 (1793) = 2342.05, $p \leq 0.001$; CFI (*Comparative Fit Index*) = 0.93; RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) = 0.04; Standardized RMR (*Standardized Root Mean Residual*) = 0.08.

Confronto tra tre gruppi di pazienti – Validità di criterio

Nella Tabella 2 sono state riportate le intercorrelazioni tra i fattori del Therapist Response Questionnaire di Betan e colleghi (2005) e quelli della versione italiana presentata in questo studio.

Tabella 2: Correlazioni bivariate tra i fattori del Therapist Response Questionnaire[a] e quelli della versione italiana (N=332)

Fattori contro-transferali (versione italiana)	Fattori controtransferali[a]							
	Impotente/ Inadeguato	Sopraffatto/ Disorganiz-zato	Positivo	Criticato/ Maltrattato	Genitoriale/ Protettivo	Speciale/ Ipercoin-volto	Sessualizzato	Distaccato
Impotente/ Inadeguato	**0.96*** **	0.39***	–0.16**	0.33***	–0.25***	–0.12*	–0.17***	0.32***
Sopraffatto/ Disorganizzato	0.42***	**0.91*** **	–0.17***	0.38***	–0.22***	–0.16**	–0.14*	0.15**
Positivo	–0.17***	–0.18***	**0.98*** **	–0.25***	0.27***	0.09	–0.06	–0.23***
Ostile/ Arrabbiato	0.22***	0.23***	–0.23***	**0.80*** **	–0.11*	–0.13*	–0.15**	0.29***
Genitoriale/ Protettivo	–0.24***	–0.25***	0.27***	–0.18***	**0.97*** **	0.18***	–0.13*	–0.12*
Speciale/ Ipercoinvolto	–0.09	–0.13*	0.10	–0.14*	0.16**	**0.76*** **	0.17***	–0.10
Sessualizzato	–0.16**	–0.12*	–0.08	–0.12*	–0.10	0.16**	**0.93*** **	–0.21***
Distaccato	0.30***	0.22***	–0.20**	0.29***	–0.12*	–0.11*	–0.22***	**0.98*** **
Criticato/ Svalutato	0.33***	0.34***	–0.11*	**0.79*** **	–0.12*	–0.21***	–0.17***	0.27***

[a] = Therapist Response Questionnaire (Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005)

*p≤0.05 **p≤0.01 ***p≤0.001

Successivamente, è stato verificato che i fattori controtransferali differenziassero gruppi di pazienti distinti in base alla: (1) presenza di disturbi di personalità ($T_{PD\ SWAP\text{-}200} \geq 60$); (2) presenza di forti tratti di personalità ($55 \leq T_{PS\ SWAP\text{-}200} < 60$), e (3) assenza di disturbi di personalità.

Non sono state rilevate differenze significative tra i gruppi rispetto ai seguenti pattern di risposta emotiva del terapeuta: protettivo/genitoriale, speciale/ipercoinvolto e sessualizzato. Al contrario, sono

risultati significativamente più alti nel gruppo di pazienti con disturbi di personalità *vs*. quelli degli altri due gruppi i seguenti controtransfert: maltrattato/svalutato, $F(2, 329) = 8.45$, $p \leq 0.001$; impotente/inadeguato, $F(2, 329) = 11.15$, $p \leq 0.001$; sopraffatto/disorganizzato, $F(2, 329) = 6.87$, $p \leq 0.001$; ostile/arrabbiato, $F(2, 329) = 9.53$, $p \leq 0.001$; e distaccato, $F(2, 329) = 6.72$, $p \leq 0.001$. Il pattern controtransferale positivo era significativamente più alto nel gruppo di pazienti senza patologia di personalità, $F(2, 329) = 37.20$, $p \leq 0.001$.

Risposte emotive del terapeuta, patologia di personalità e funzionamento psicologico del paziente – Validità convergente

Al fine di testare la validità convergente, è stato verificato che specifici disturbi di personalità evocassero determinate reazioni emotive del terapeuta. I risultati hanno confermato questa ipotesi e, in particolare, i disturbi paranoide e antisociale di personalità sono risultati associati positivamente ai pattern controtransferali ostile/arrabbiato e criticato/maltrattato e negativamente a quello positivo. Il disturbo borderline di personalità è risultato correlato ai controtransfert sopraffatto/disorganizzato, impotente/inadeguato, speciale/ipercoinvolto e criticato/svalutato. Il controtransfert distaccato era associato positivamente ai disturbi schizotipico e ossessivo-compulsivo di personalità. Inoltre, questo specifico pattern di risposta emotiva del clinico è risultato correlato positivamente anche al disturbo schizoide di personalità insieme al controtransfert impotente/inadeguato; al disturbo narcisistico di personalità insieme ai pattern criticato/maltrattato e genitoriale/protettivo; e negativamente al disturbo istrionico di personalità insieme al controtransfert sessualizzato. I disturbi evitante e dipendente di personalità sono risultati entrambi correlati ai controtransfert protettivo/genitoriale e speciale/ipercoinvolto; inoltre, mentre il primo ha mostrato una correlazione con il pattern positivo, il secondo è risultato altresì associato al fattore impotente/inadeguato (Tabella 3).

Tabella 3. Correlazioni parziali tra i fattori del Therapist Response Questionnaire – Versione Italiana e i Disturbi di Personalità della SWAP-200 (N=332)

Disturbi di personalità (SWAP-200[a])	Fattori controtransferali								
	Impotente/ Inadeguato	Sopraffatto /Disorganiz -zato	Positivo	Ostile/ Arrabbiato	Criticato/ Svalutato	Genitoriale /Protettivo	Speciale/ Ipercoin- volto	Sessualiz- zato	Distaccato
Paranoide	0.06	–0.03	–0.15**	0.19***	0.12*	–0.09	–0.04	–0.03	–0.06
Schizoide	0.21***	–0.03	–0.09	–0.02	0.01	–0.02	–0.04	–0.08	0.11*
Schizotipico	0.05	–0.02	–0.09	–0.08	–0.03	–0.07	–0.04	–0.07	0.22***
Antisociale	0.07	0.09	–0.11*	0.23***	0.27***	–0.05	–0.06	–0.03	0.08
Borderline	0.15**	0.32***	–0.04	0.08	0.11*	–0.07	0.12*	0.04	–0.03
Istrionico	0.08	0.05	–0.07	–0.03	0.02	–0.09	0.09	0.17**	–0.12*
Narcisistico	0.07	–0.06	–0.06	0.12*	0.11*	0.12*	0.09	0.08	0.15**

Evitante	–0.09	–0.06	0.11*	–0.05	–0.02	0.28***	0.12*	–0.06	–0.08
Dipendente	0.13*	0.07	0.02	–0.01	–0.06	0.22***	0.11*	–0.04	–0.03
Ossessivo	0.04	–0.04	–0.06	0.01	0.07	–0.04	–0.09	–0.04	0.11*

SWAP-200=Shedler-Westen Assessment Procedure-200. La tabella elenca i coefficienti di correlazione parziale (partial r, two tailed).

*p≤0.05 **p≤0.01 ***p≤0.001

È stato inoltre verificato se le associazioni tra le risposte controtransferali e la patologia di personalità dei pazienti dipendessero dall'orientamento dei clinici. Confrontando i coefficienti delle correlazioni parziali calcolate sul campione di terapeuti cognitivo-comportamentali (N=163), non sono state rilevate differenze rispetto al campione totale (che includeva anche i clinici psicodinamici), suggerendo che i risultati non erano influenzati dall'approccio teorico dei terapeuti.

Infine, sono state rilevate associazioni significative tra le risposte emotive del terapeuta e il funzionamento psicologico dei pazienti. Nello specifico, livelli più alti di funzionamento sono risultati correlati positivamente al pattern controtransferale positivo (r=0.53, p≤0.001) e negativamente ai pattern criticato/svalutato (r=–0.26, p≤0.001), ostile/arrabbiato (r=–0.33, p≤0.001), impotente/inadeguato (r=–0.38, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (r=–0.42, p≤0.001) e distaccato (r=–0.19, p≤0.01). Sono state inoltre rilevate associazioni significative tra le risposte controtransferali del Therapist Response Questionnaire – Versione Italiana e la gravità sintomatologica dei pazienti. Livelli più elevati di gravità sintomatologica sono risultati associati positivamente ai pattern ostile/arrabbiato (r=0.21, p≤0.01), impotente/inadeguato (r=0.69, p≤0.001), sopraffatto/disorganizzato (r=0.78, p≤0.001) e speciale-ipercoinvolto (r=0.15, p≤0.05), e negativamente ai pattern genitoriale/protettivo (r=–0.39, p≤0.001), positivo (r=–0.44, p≤0.001) e distaccato (r=–0.38, p≤0.001). Nessuna correlazione è stata trovata con il controtransfert sessualizzato.

Discussione

Il primo obiettivo di questo studio è stato verificare la solidità della struttura fattoriale del Therapist Response Questionnaire nel contesto italiano. Abbiamo identificato nove fattori che corrispondono ad altrettante dimensioni controtransferali clinicamente coerenti e psicometricamente solide: (1) il *sopraffatto/disorganizzato*, (2) l'*impotente/inadeguato*, (3) il *positivo*, (4) lo *speciale/ipercoinvolto*, (5) il *sessualizzato*, (6) il *distaccato*, (7) il *genitoriale/protettivo*, (8) il *criticato/svalutato* e (9) l'*ostile/arrabbiato* (Tabella 1).

Rispetto ai pattern di risposta emotiva del clinico individuati da Betan e colleghi (2005), non sono state rilevate sostanziali differenze (Tabella 2) eccetto che, in questo studio, il pattern

criticato/maltrattato si splitta in due fattori caratterizzati da rabbia e irritazione l'uno, e da sentimenti di svalutazione, rifiuto e disprezzo l'altro. Una spiegazione concettualmente e clinicamente plausibile rispetto a questo risultato potrebbe essere che i vissuti controtransferali del pattern criticato/maltrattato identificato da Betan e colleghi (*ibidem*) fanno riferimento a stati emotivi distinti del terapeuta e possono dunque declinarsi in maniera differente nei confronti del paziente. Il clinico può esternalizzare/esplicitare in seduta i propri sentimenti aggressivi (come nel fattore ostile/arrabbiato) oppure viverli come critiche o svalutazioni del sé (come nel fattore criticato/svalutato).

Ad ogni modo, la soluzione fattoriale della versione italiana del Therapist Response Questionnaire emersa in questo lavoro convalida quella dello studio di Betan e colleghi (*ibidem*). Il quadro di processi controtransferali è sostanzialmente più articolato rispetto alla distinzione "classica" tra controtransfert "positivo" e "negativo" e evidenzia le diverse sfumature di risposta emotiva del terapeuta verso il paziente. Sono state identificate forme diverse di controtransfert negativo – riconducibili a esperienze di confusione/sopraffazione, impotenza e senso di inadeguatezza, distacco, noia e ritiro, rabbia e irritazione, svalutazione e disprezzo –, così come pattern di risposta emotiva più positivi – come quelli protettivo/genitoriale, speciale/ipercoinvolto e sessualizzato – che da un lato implicano vicinanza ma dall'altro comportano un tipo di coinvolgimento eccessivo da parte del clinico, tale da rappresentare una potenziale insidia per il trattamento.

Se la letteratura clinica è ricca di descrizioni complesse sulle reazioni emotive dei terapeuti verso i loro pazienti, la ricerca empirica sul controtransfert è piuttosto limitata. Le teorie cliniche sui fenomeni controtransferali si sono basate per lo più su *case studies*, in cui singoli terapeuti si proponevano di descrivere e classificare i propri vissuti emotivi nei confronti di un caso specifico o di un numero piuttosto ristretto di pazienti. Il Therapist Response Questionnaire, basato su un *practice network approach* (Audin, Mellor-Clark, Barkham et al., 2001; Westen, Shedler, 1999a; Westen, Weinberger, 2004), permette di mettere insieme l'esperienza di decine di clinici e individuare pattern comuni di risposte controtransferali che non potrebbero essere immediatamente riconosciuti né dal punto di vista di un osservatore esterno, né attraverso un esame approfondito della letteratura clinica (Kächele, Erhardt, Seybert, Bucholz, 2013).

Il secondo obiettivo di questo studio è stato verificare le caratteristiche psicometriche del Therapist Response Questionnaire – Versione Italiana e la sua applicabilità al raggruppamento diagnostico dei disturbi di personalità.

I risultati hanno dimostrato la validità empirica e le potenzialità cliniche dello strumento e delle scale soggiacenti che lo costituiscono. Alcuni pattern controtransferali sono risultati capaci di discriminare popolazioni clinico-diagnostiche differenti; in particolare, rispetto a pazienti con altri disturbi psicopatologici, quelli con patologie di personalità tendono a evocare risposte emotive più negative e intense nei loro terapeuti. Questo dato sembra supportare la concettualizzazione teorico-

clinica per cui le reazioni controtransferali sono particolarmente utili per comprendere le dinamiche interpersonali del paziente, in particolare quelli con disturbi di personalità caratterizzati da pattern relazionali maladattivi e ripetitivi (Bateman, Fonagy, 2006; Beck, Davis, Freeman, 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2001, 2009a; McWilliams, 2011).

Inoltre, le correlazioni significative tra i fattori controtransferali e di sturbi di personalità (Tabella 3) suggeriscono che, malgrado ogni diade clinico/paziente sia unica, le risposte emotive dei terapeuti a determinate tipologie di pazienti non sono idiosincratiche ma presentano caratteristiche che possono ripetersi in modo relativamente stabile, clinicamente coerente e mediamente prevedibile (Betan et al., 2005). Inoltre, i pattern controtransferali associati alla patologia di personalità non sono diretta conseguenza delle preferenze teoriche e dell'approccio terapeutico dei clinici. Ne consegue che il riconoscimento dei sentimenti controtransferali può fornire ai professionisti della salute mentale di diverso orientamento informazioni indispensabili ai fini di un adeguato inquadramento diagnostico e utili per la promozione di interventi terapeutici più mirati e efficaci (Hayes, Gelso, Hummel, 2011).

In linea con lo studio di Dahl e colleghi (2012) e Rossberg e colleghi (2010), i risultati del nostro studio hanno confermato che i pazienti che presentano livelli più bassi di funzionamento e alti livelli di gravità sintomatologica tendono a evocare risposte emotive nei terapeuti intense e più negative. I clinici, sentendosi per lo più inadeguati, confusi/disorganizzati, arrabbiati, frustrati o ritirati, hanno maggiori difficoltà a gestire questi vissuti e sviluppare una buona alleanza terapeutica (*cfr*. Smith, Barrett, Benjamin, Barber, 2006).

Approfondendo nello specifico i risultati, la nostra ricerca ha mostrato che i pazienti con disturbi di personalità del cluster B sembrano elicitare risposte controtransferali più eterogenee e negative rispetto a quelli dei cluster A e C. Sono dunque confermati gli precedenti studi che hanno evidenziato come questi pazienti evochino nei clinici emozioni più intense e difficili da contenere e gestire nella pratica clinica (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007; Brody, Farber, 1996; McIntyre, Schwartz, 1998; Gunderson, 2009; Bourke, Grenyer, 2010). In particolare, i pazienti borderline tendono a suscitare sentimenti di sopraffazione e confusione associati ad alti livelli di angoscia, tensione e preoccupazione. I clinici riportano sentimenti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione in seduta. Temono di non poter fornire un aiuto efficace e si sentono frustrati, incapaci e depressi; alle volte, anche svalutati e criticati. Allo stesso tempo, si sentono ipercoinvolti e possono mostrare qualche difficoltà nel mantenere ben delimitati i confini del setting (Gabbard, 1992; Kernberg, 1984). Anche con i pazienti istrionici i terapeuti tendono a essere molto coinvolti e spesso possono provare tensione/attrazione sessuale nei confronti del paziente (Betan, Westen, 2009; Gabbard, 2010; McWilliams, 2011).

Con i pazienti narcisistici i clinici tendono a sentirsi per lo più annoiati, distaccati, irritati e, alle volte, svalutati. Questi sentimenti potrebbero spingere il terapeuta a non sintonizzarsi emotivamente con loro, mostrando noia, disinteresse e mancanza di empatia (Gabbard, 2009b; McWilliams, 2011).

Tuttavia, i nostri risultati mostrano anche la correlazione con il pattern controtransferale protettivo-genitoriale. Questo dato sembrerebbe suggerire che una popolazione di pazienti narcisistici presenta caratteristiche tali da evocare nel clinico un senso di protezione e accudimento (evocato anche dai pazienti con disturbi evitanti e dipendenti di personalità). La letteratura clinica sul disturbo narcisistico di personalità contempla due possibili tipologie: il sottotipo "grandioso", caratterizzato da un senso esagerato della propria importanza, assorbimento in fantasie grandiose, atteggiamento arrogante o svalutante, costante ricerca di attenzione, mancanza di empatia, condotte di sfruttamento e forti sentimenti di invidia [*cfr.* il "carattere fallico narcisistico" (Reich, 1933), il "narcisista inconsapevole" (Gabbard, 1989), il "narcisista a pelle spessa" (Rosenfeld, 1987), il narcisista "overt" (Akhtar, 1989), descritto anche da Cooper e Ronningstam (1992), e il narcisista "arrogante/che crede di avere tutti i diritti" (PDM Task Force, 2006)], e il sottotipo "vulnerabile", caratterizzato da sentimenti di inadeguatezza, vuoto interiore e vergogna, sensibilità alle opinioni o critiche altrui, atteggiamento timido e inibito, tendenza all'evitamento interpersonale, presenza di fantasie grandiose, sentimenti di invidia e rabbia, bisogno di continue conferme sul proprio valore [*cfr.* il "narcisista ipervigile" (Gabbard, 1989), il "narcisista a pelle sottile" (Rosenfeld, 1987), il narcisista "covert" (Akhtar, 1989), il "narcisista timido" (Cooper, Ronningstam, 1992), e il "narcisista depresso/svuotato (PDM Task Force, 2006)]. È possibile ipotizzare che questa reazione controtransferale protettivo/genitoriale sia per lo più associata al narcisista "vulnerabile", mentre gli altri pattern di risposta emotiva – distaccato, criticato/svalutato o ostile/arrabbiato – siano caratteristici della dinamica interpersonale sviluppata con il narcisista "grandioso" (Ogrodniczuk, 2013).

Riguardo ai pazienti del Cluster A, abbiamo rilevato in accordo con la letteratura clinica ed empirica (Betan et al., 2005; McWilliams, 2011) che i pazienti schizoidi e schizotipici tendono a evocare distacco, ritiro e noia nel clinico. In particolare, con i pazienti schizoidi il terapeuta sente anche un senso di impotenza, inefficacia, inadeguatezza, provocato probabilmente dalla difficoltà di costruire una relazione di intimità e vicinanza affettiva (Betan, Westen, 2009). Estremamente difficili da trattare in terapia, i pazienti paranoidi tendono a evocare pattern di risposta controtransferale molto intensi e negativi, caratterizzati da vissuti di rabbia e irritazione, oltre a un senso di svalutazione e disprezzo. Probabilmente, la particolare combinazione tra sospettosità, meccanismi di diniego e proiezione del paziente paranoide possono compromettere seriamente lo stabilirsi di una buona alleanza e, più in generale, il trattamento (PDM Tak Force, 2006; Shapiro, 1981).

Rispetto ai pazienti con disturbi del cluster C, i clinici tendono a provare prevalentemente sentimenti di protezione, sperimentando una sorta di ipercoinvolgimento associato al desiderio di riparare alle mancanze affettive da loro vissute nel contesto di relazioni (attuali o passate) con altri significativi. Contrariamente a studi precedenti, i nostri risultati sembrano disconfermare il dato per cui i pazienti con diagnosi di cluster C non suscitano sentimenti negativi (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007).

In questo studio, per esempio, le risposte emotive dei clinici ai pazienti con disturbo dipendente della personalità sono caratterizzate da un senso di protezione e sentimenti positivi ma, al tempo stesso, i terapeuti riportano anche vissuti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione (PDM Task Force, 2006; Perry, 2005; McWilliams, 2011).

Questo studio presenta alcuni limiti. Innanzitutto, i clinici forniscono le valutazioni relative sia alla patologia di personalità dei loro pazienti, sia alle loro risposte controtransferali e ciò potrebbe essere fonte di potenziali bias. Un disegno di ricerca più rigoroso avrebbe potuto includere la valutazione dei disturbi di personalità del paziente da parte di un valutatore indipendente, oppure l'analisi *observer-rated* delle risposte emotive del terapeuta, o entrambe le procedure. In secondo luogo, la popolazione di pazienti contiene una percentuale molto alta di disturbi di disturbi di personalità rispetto alla porzione più ristretta di disturbi clinici del DSM.

Alcuni importanti elementi di questo studio, tuttavia, contribuiscono a mitigare e a ridimensionare la preoccupazione che questi risultati riflettano soltanto i bias dei terapeuti, in particolare rispetto alla diagnosi dei disturbi della personalità. Precedenti ricerche hanno suggerito che i clinici tendono a fornire giudizi validi e attendibili se le loro osservazioni e le loro inferenze possono essere quantificate attraverso strumenti di valutazione psicometricamente solidi e sofisticati come quelli che sono stati utilizzati in questo progetto (Betan et al., 2005; Westen, Shedler, 1999a; Hilsenroth et al., 2000; Westen, Muderrisoglu, 2006). Per di più, la validità delle diagnosi SWAP si basa sull'esperienza dei terapeuti piuttosto che su uno specifico training (Shedler, Westen, 2007; Westen, Shedler, 2007). Per ulteriori indagini o ricerche, sarebbe utile che l'indagine delle reazioni controtransferali fosse basata sulla valutazione di trascritti di sedute di psicoterapia o di videoregistrazioni, che implicherebbe il coinvolgimento di un osservatore esterno. Rispetto alla prevalenza di disturbi di personalità rispetto alle sindromi cliniche, è importante osservare che ciò sia dovuto alla strategia di reclutamento del campione che ha coinvolto molte associazioni specializzate nel trattamento delle patologie della personalità e, per questa ragione, tali disturbi risultano maggiormente rappresentati rispetto ad altre popolazioni clinico-diagnostiche.

Alcuni clinici riportano che il Therapist Response Questionnaire sia uno strumento molto agile da compilare e utile clinicamente, ma allo stesso tempo eccessivamente lungo. In questo studio, ogni clinico ha compilato un solo questionario, ma se lo scopo della ricerca fosse stato catturare l'esperienza interna dei terapeuti nel corso di un trattamento, una short form sarebbe stata molto più appropriata. In linea con altri studi, sarebbe infatti interessante se future ricerche si focalizzassero sul rapporto tra risposte controtransferali e outcome, soprattutto dei pazienti con disturbi di personalità (Hayes, Gelso, Hummel, 2011).

Studio 4

Disturbo narcisistico di personalità del paziente e risposte emotive del terapeuta

Introduzione

I pazienti con disturbo narcisistico di personalità sono tra i più difficili da trattare in psicoterapia (Kernberg, 2007). Questa patologia è spesso associata ad altre sindromi psicopatologiche (per esempio, l'uso di sostanze, i disturbi bipolari e altri disturbi di personalità) e a prognosi piuttosto negativi (Stinson, Dawson, Goldstein, et al., 2008; Stomberg, Ronningstam, Gunderson, et al., 1998; Pulay, Grant, 2013). La presenza di una patologia narcisistica ha infatti un impatto molto importante sul decorso del trattamento di differenti orientamenti teorico-clinici (Ellison et al., 2013; Madigson, Collado-Rodriguez, Madan, et al., 2012): maggiori difficoltà nello stabilire un adeguato coinvolgimento emotivo nel trattamento, un maggior tasso di drop-out e, in generale, esiti terapeutici tendenzialmente peggiori (Hilsenroth, Holdwick, Castlebury, et al., 1998; Pincus, Ansell, Pimentel, et al., 2009; Campbell, Waller, & Pistrang, 2009).

Nonostante queste criticità, il disturbo narcisistico di personalità è uno dei meno indagati empiricamente (Levy et al., 2009). Due le principali problematiche: la mancanza di un chiaro inquadramento delle sue presentazioni cliniche e l'assenza di linee guida per il trattamento adeguatamente condivise (Levy, Chauhan, Clarkin, et al., 2009; Ogrodniczuk, 2013).

Rispetto alla definizione concettuale di questa patologia, caratterizzata da una marcata compromissione nella regolazione dell'autostima, il DSM (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; vedi anche Skodol, Bender, & Morey, 2013) sembra cogliere una specifica tipologia di pazienti. Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ormai alla sua quinta edizione, infatti, il disturbo narcisistico di personalità è descritto come un pattern pervasivo di grandiosità, senso esagerato della propria importanza, assorbimento in fantasie grandiose, atteggiamento arrogante o svalutante, costante ricerca di attenzione, mancanza di empatia, condotte di sfruttamento e forti sentimenti di invidia.

Questi criteri sembrano definire principalmente la forma "grandiosa" della patologia [*cfr*. il "carattere fallico narcisistico" (Reich, 1933), il "narcisista inconsapevole" (Gabbard, 1989), il "narcisista a pelle spessa" (Rosenfeld, 1987), il narcisista "overt" (Akhtar, 1989), descritto anche da Cooper e Ronningstam (1992), e il narcisista "arrogante/che crede di avere tutti i diritti" (PDM Task Force, 2006)], ignorando quella "vulnerabile", caratterizzata da sentimenti di inadeguatezza, vuoto

interiore e vergogna, sensibilità alle opinioni o critiche altrui, atteggiamento timido e inibito, tendenza all'evitamento interpersonale, oltre a un nucleo interiore di fantasie grandiose, sentimenti di invidia e rabbia, bisogno di continue conferme sul proprio valore [*cfr*. il "narcisista ipervigile" (Gabbard, 1989), il "narcisista a pelle sottile" (Rosenfeld, 1987), il narcisista "covert" (Akhtar, 1989), il "narcisista timido" (Cooper, Ronningstam, 1992), e il "narcisista depresso/svuotato (PDM Task Force, 2006)].

Molti autori, infatti, sostengono l'idea che sia possibile riconoscere due principali tipologie di pazienti con disturbo narcisistico (vedi per esempio Cain et al., 2008; Levy, 2012; Pincus, Roche, 2011). Questa ipotesi sembra essere supportata anche da alcune ricerche empiriche. In particolare, Russ, Shedler, Bradley e Westen (2008) hanno identificato tre sottotipi chiamati: *grandioso/maligno*, *fragile* e *esibizionista/ad alto funzionamento* (quest'ultimo grandioso, competitivo, bisognoso di attenzione e sessualmente seduttivo, ma anche caratterizzato da punti di forza: abilità psicologiche, energia, capacità di muoversi sul piano interpersonale, spinta al raggiungimento dei suoi obiettivi).

Aldilà di queste differenti definizioni, l'elemento trasversale alle diverse manifestazioni del narcisismo patologico è la compromissione del funzionamento interpersonale (Ogrodniczuk, Kealy, 2013). I problemi relazionali di questi pazienti includono sia la tendenza a essere dominanti, vendicativi e intrusivi, come nel caso del sottotipo grandioso (Dickinson, Pincus, 2003; Miller, Campbell, & Pilkonis, 2007), sia la tendenza a essere socialmente evitanti, freddi, come nel caso del sottotipo vulnerabile (Kealy, Ogrodniczuk, 2011). Soprattutto, questi individui presentano distacco empatico e insensibilità (Baskin-Sommers, Krusemark, & Ronningstam, 2014) e difficoltà nello stabilire un'adeguata alleanza in psicoterapia (Bender, 2005; Ronningstam, 2012). Infatti, i pattern relazionali maladattivi dei pazienti vengono ricreati anche nel contesto della relazione terapeutica, provocando intense e spesso dirompenti reazioni emotive nei clinici. Per queste ragioni, una maggiore comprensione delle risposte controtransferali sembra essere particolarmente importante nel trattamento di questi pazienti (Ogrodniczuk, Kealy, 2013).

Dal punto di vista clinico, alcuni autori come Kohut (1971), Kernberg (1975) e Gabbard (2009; 2013) hanno sottolineato che nel trattamento di questi pazienti sono molto frequenti i sentimenti di distacco, ritiro, impazienza e frustrazione. Anche autori di impostazione cognitivo-comportamentale sembrano concordi nel ritenere che questi pazienti suscitano reazioni intense e negative nei clinici: noia, atteggiamenti difensivi, stati ansiosi, errori di giudizio, scoraggiamento, e difficoltà nel costruire una relazione terapeutica realmente collaborativa (Beck et al., 2004; Freeman, Fox, 2013).

A livello empirico, poche ricerche hanno indagato il controtransfert con pazienti con disturbi di personalità. Rossberg e colleghi (2007) hanno riscontrato che pazienti con disturbi del cluster A e B tendono a elicitare reazioni più negative nei terapeuti rispetto a pazienti con disturbi del cluster C; inoltre, tratti di personalità del paziente come l'essere dominanti, vendicativi e freddi correlano con sentimenti più intensi e negativi del terapeuta, come il sentirsi sopraffatti, rifiutati, inadeguati e meno

sicuri di sé (Rossberg et al., 2008; Dahl et al., 2012). Questi risultati sono in linea con altri studi che indicano la presenza di reazioni negative di rabbia, irritazione, così come livelli più bassi di empatia, apprezzamento e sentimenti positivi/parentali verso pazienti con disturbi del cluster B (Brody, Farber, 1996; McIntyre, Schwartz, 1998; Dahl, et al., 2014). Particolarmente interessante è lo studio di Betan e colleghi (2005) che si sono concentrati sulle risposte emotive dei clinici nei confronti di pazienti con disturbo narcisistico di personalità, caratterizzate per lo più da ritiro, distacco e irritazione.

Obiettivo

Obiettivo di quest'ultimo studio è stato indagare l'associazione tra le risposte emotive dei clinici e la patologia narcisistica di personalità dei pazienti, al fine di:

1) Indagare la relazione esistente tra specifiche risposte emotive del terapeuta e il disturbo narcisistico di personalità del paziente;
2) Fornire un prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale che tende a manifestarsi nel corso della terapia con i pazienti con questa patologia di personalità.

Metodo

Campione

Dagli elenchi di due grandi associazioni italiane di psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale e da altri centri specializzati nel trattamento dei disturbi di personalità, è stato reclutato un campione casuale di clinici che avevano almeno 3 anni di esperienza clinica post-specializzazione e svolgevano attività clinica per almeno 10 ore alla settimana. E' stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) almeno 18 anni di età; (2) senza diagnosi di disturbi psicotici, piuttosto che sindromi con sintomi psicotici o gravi disturbi clinici; e (3) in trattamento da un minimo di 8 sedute a un massimo di 6 mesi (per una seduta a settimana). Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, ai clinici è stato detto di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente che avessero visto in seduta la settimana prima e che soddisfacesse i criteri dello studio. Per minimizzare i bias rater-dipendenti, ad ogni clinico è stato consentito di valutare un solo paziente. I clinici non hanno ricevuto alcuna remunerazione ed è stata ottenuta una percentuale di risposta pari all'85% circa (N=332). Tutti i partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto per la partecipazione al progetto di ricerca.

Ai fini di questo studio è stato selezionato un sotto-campione di 42 terapeuti che avevano in trattamento un paziente con disturbo narcisistico di personalità.

Terapeuti. Il campione è costituito da 42 clinici, 24 donne e18 uomini; 30 psicologi e 12 psichiatri. La loro età media era 42 anni (DS=5,3; range=34-62). Sono rappresentati due principali approcci teorico-clinici: quello psicodinamico (N=29) e quello cognitivo-comportamentale (N=13). L'esperienza clinica media di psicoterapeuta era 10 anni (SD=1,5; range=3-17) e la media delle ore settimanali dedicate alla pratica clinica era di 15 ore circa (SD=2; range=13-25). 27 pazienti descritti provenivano da setting provati e 15 dai servizi pubblici di salute mentale del territorio nazionale.

Pazienti. Il campione è costituito da 42 pazienti, 22 donne e 20 uomini. La loro età media era 36 anni (SD=4; range 29-42). Tutti avevano un disturbo narcisistico di personalità (PD $_{SWAP-200} \geq 60$ e AF $_{SWAP-200} < 60$). 21 pazienti avevano in comorbilità una diagnosi di disturbo clinico (ex-asse I del DSM-IV): 14 un disturbo del comportamento alimentare; 3 un disturbo di panico; 2 un disturbo da uso di sostanze; 2 un disturbo d'Ansia Generalizzato). 10 avevano una doppia diagnosi di disturbo di personalità (ex-asse II). La lunghezza media dei trattamenti (una seduta a settimana) era 5 mesi circa (SD=0.5; range=2-6).

Strumenti

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). La SWAP-200 (Westen, Shedler, 1999a,1999b; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) è uno strumento di valutazione dei tratti e degli stili, sani e patologici, della personalità derivato dall'implementazione di una procedura Q-sort (Block, 1961, 1978). È costituita da 200 item, affermazioni descrittive delle caratteristiche di personalità del paziente, che il clinico deve organizzare gerarchicamente in funzione del loro livello di descrittività rispetto al paziente e collocare in 8 pile che vanno da 0 a 7 (0 implica che l'item non è per niente descrittivo; 7 che è molto descrittivo) seguendo una distribuzione fissa.

La SWAP consente di ottenere due tipi di diagnosi (sia categoriale sia dimensionale): una valutazione diagnostica in *scale PD* e una in *fattori-Q*. La prima fa riferimento alla classificazione nosografica delle categorie dell'Asse II del DSM-IV riformulate con i 200 item della SWAP e ottenuta attraverso una procedura *matching prototype* (Westen, Shedler, 2000). Secondo questo meccanismo la presenza di un certo stile/disturbo di personalità non deriva dal conteggio di un numero *n* di criteri specifici, bensì da quanto il profilo del paziente (delineato attraverso i 200 item della SWAP, selezionati in base al loro diverso grado di descrittività) si avvicina al quadro complessivo di un certo disturbo (o *prototipo ideale*). Il sistema di classificazione delle *scale PD* della SWAP-200 comprende 10 categorie di disturbi di personalità: paranoide, schizoide, schizotipico, borderline, istrionico, narcisista, antisociale, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente; più un prototipo di personalità ad alto funzionamento.

L'altra nosografia della SWAP fa riferimento a una tassonomia di 13 stili di personalità: i fattori-Q disforico, antisociale-psicopatico, schizoide, paranoide, ossessivo, istrionico, narcisistico, disforico-evitante, disforico-dipendente-masochistico, disforico-depressivo ad alto funzionamento; disforico emotivamente disregolato, disforico-con esteriorizzazione dell'ostilità. Si tratta di un sistema nosografico nuovo, derivato empiricamente sottoponendo le descrizioni SWAP di pazienti reali con disturbo della personalità alla *Q-factor analysis*, una procedura di analisi fattoriale che permette di mettere insieme gruppi di soggetti che presentano caratteristiche simili e che si presuppone siano riconducibili alla stessa configurazione di tratti della personalità.

La procedura SWAP ha mostrato buoni indici di attendibilità e validità. I punteggi di inter-rater reliability oscillano da r = 0.71 a r = 0.85, punteggi superiori a quelli ottenuti dalle diagnosti DSM (Westen, Shedler, 1999a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007).

Therapist Response Questionnaire (TRQ). Il TRQ (Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan, Heim, Zittel Conklin, Westen, 2005) è uno strumento clinician-report designato a valutare i pattern controtransferali in psicoterapia. È costituito da 79 item che misurano un ampio range di reazioni cognitive, affettive e comportamentali del clinico verso il paziente (si veda: http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf). Gli item sono scritti in un linguaggio non gergale affinché possa essere impiegato da clinici di differenti orientamenti senza bias derivati dall'approccio terapeutico di preferenza. Presenta una struttura fattoriale a 8 dimensioni, riconducibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti: 1) il *sopraffatto/disorganizzato*, che descrive il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e indica la presenza di intensi sentimenti negativi come paura, repulsione e risentimento; 2) l'*impotente/inadeguato*, che descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, impotenza e ansia; 3) il *positivo*, che descrive l'esperienza di una buona alleanza terapeutica e di una intima vicinanza affettiva al paziente; 4) lo *speciale/ipercoinvolto*, che include item che descrivono la sensazione che il paziente sia "speciale" rispetto agli altri e indica la presenza di "indicatori lievi" della difficoltà nel mantenere il legame e i confini del setting (come le self-disclosure, il terminare le sedute in tempo, o il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupati per il paziente); 5) il *sessualizzato*, che descrive la presenza di attrazione/tensione sessuale nei confronti del paziente; 6) il *distaccato*, che è caratterizzato dalla presenza di noia, distrazione, ritiro o irritazione in seduta; 7) il *genitoriale/protettivo*, che è caratterizzato dalla presenza del desiderio di proteggere e accudire il paziente come farebbe un genitore, in un modo che va aldilà dei normali sentimenti positivi nei confronti del paziente; 8) il *criticato/maltrattato*, che descrive sentimenti di svalutazione, mancanza di apprezzamento, disprezzo e rifiuto.

In questo studio, le 8 scale derivate dall'analisi fattoriale mostrano livelli eccellenti di coerenza interna (Streiner, 2003): *sopraffatto/disorganizzato* (coeff. alpha=0.83); *impotente/inadeguato* (coeff. alpha=0.81), *positivo* (coeff. alpha=0.78), *speciale/ipercoinvolto* (coeff. alpha=0.76), *sessualizzato* (coeff. alpha=0.71), *distaccato* (coeff. alpha=0.79), *genitoriale/protettivo* (coeff. alpha=0.73), *criticato/maltrattato* (coeff. alpha=0.81).

Questionario clinico. È stato costruito un questionario *ad hoc* per ottenere dai clinici informazioni generali su loro stessi, i pazienti e le terapie fornite da essi fornite. I clinici hanno prodotto indicazioni demografiche e specifiche rispetto alla loro professione (anni di esperienza clinica, appartenenza all'albo degli psicologi o medici-psicoterapeuti, approccio teorico, ore settimanali di psicoterapia effettuate, numero dei pazienti in trattamento ecc.). Sono state richieste informazioni sui pazienti da loro selezionati (età anagrafica, genere, status socioeconomico, livello di scolarizzazione, presenza di eventuali diagnosi di disturbi clinici) e sulla terapia (durata, frequenza e lunghezza del trattamento).

Procedure

Dopo aver ricevuto il consenso dei clinici a partecipare, è stato fornito loro i materiali necessari a condurre lo studio. Gli è stato chiesto innanzitutto di valutare le risposte emotive relative a un proprio paziente selezionato in base ai criteri di inclusione/esclusione della ricerca con il Therapist Response Questionnaire, e entro 1-3 settimane dopo, di valutare la personalità dello stesso paziente con la Shedler-Westen Assessment Procedure-200. Questo intervallo di tempo è stato mantenuto per due principali questioni: 1) per la differenza dei tempi necessari alla compilazione dei due strumenti (il TRQ è più agevole e richiede tempi più brevi rispetto alla SWAP-200); 2) per minimizzare/ridurre i bias potenziali che la valutazione delle reazioni controtransferali dei clinici avrebbero potuto avere sulla valutazione della personalità fatta dalla medesima prospettiva (quella del terapeuta per l'appunto). In questo modo, si è cercato di limitare l'impatto del controtransfert dei clinici sulle valutazioni della personalità dei loro pazienti.

Analisi statistiche

Tutte le analisi sono state condotte con SPSS 20 per Windows (IBM, Armonk, N.Y.). Per studiare la relazione tra pattern controtransferali e patologia narcisistica di personalità, sono state utilizzate le correlazioni parziali (partial r, two-tailed) tra i fattori del Therapist Response Questionnaire e la scala del disturbo narcisistico di personalità della SWAP-200, rimuovendo l'effetto degli altri nove disturbi. Le correlazioni parziali sono state impiegate per ottenere risultati specifici e univoci per ogni combinazione controtransfert/disturbo di personalità, controllando l'effetto delle altre diagnosi di personalità.

Infine, per costruire un prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato alla patologia narcisistica di personalità, abbiamo individuato gli item del Therapist Response Questionnaire che presentavano media più alta.

Risultati

Risposte del terapeuta e patologia narcisistica di personalità del paziente

La prima ipotesi di questo studio era verificare se determinate reazioni emotive del terapeuta fossero associate alla patologia narcisistica di personalità. I risultati hanno confermato questa ipotesi e, in particolare, i risultati mostrano che esiste un'associazione significativa e coerente con alcuni pattern controtransferali specifici: criticato/maltrattato ($r=0.37$, $p\leq0.05$) e distaccato ($r=0.42$, $p\leq0.01$).

Prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato ai pazienti con disturbo narcisistico di personalità

La Tabella 1 mostra il prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato al disturbo narcisistico di personalità del paziente.

Tabella 1. Prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato al disturbo narcisistico di personalità del paziente

ITEM TRQ (più descrittivi)	Media
Durante la seduta mi annoio.	1.67
La mia mente spesso si trova a pensare cose diverse da quelle di cui mi sta parlando.	1.59
Durante la seduta mi sento frustrato.	1.55
Durante la seduta mi sento criticato.	1.52
Certe volte lo/la trovo proprio antipatico/a.	1.46
Mi sento usato o manipolato.	1.41
Mi sento intercambiabile – come se per lui/lei potessi essere chiunque.	1.39
Mi sento ignorato o svalutato.	1.27
Con lui/lei guardo l'orologio più spesso di quanto non faccia con gli altri pazienti.	1.21
Durante la seduta non mi sento pienamente coinvolto.	1.21
Mi sento respinto.	1.17
Lavorare con lui/lei mi fa sentire ansioso.	1.09
Mi sento arrabbiato con lui/lei.	0.95
Durante la seduta mi sento irritato con lui/lei.	0.93
Penso o fantastico sul porre fine al trattamento.	0.91
Mi sono arrabbiato con lui/lei.	0.89
Mi sento pieno di risentimento.	0.89

Mi sento come se "stessi camminando sulle uova", spaventato dal poter dire una cosa sbagliata che lo/la faccia esplodere, crollare o andarsene.	0.87
Sento di non riuscire ad aiutarlo/a o sono preoccupato di non essere in grado di poterlo/a aiutare.	0.81
Mi sento le mani legate, o come se fossi messo in scacco.	0.81
Lavorare con lui/lei mi fa sentire incompetente o inadeguato.	0.79
Non mi fido di quello che mi racconta.	0.78
Sento una tensione sessuale nella stanza.	0.77

Discussione

Il primo obiettivo di questo studio è stato indagare la relazione tra le risposte emotive del terapeuta e un disturbo narcisistico della personalità del paziente. I risultati hanno evidenziato la presenza di un'associazione significativa e coerente con alcuni pattern controtransferali (criticato/maltrattato e distaccato) confermando i risultati delle ricerche di Betan e colleghi del 2005.

I clinici che hanno in trattamento un paziente con disturbo narcisistici di personalità tendono a sperimentare nella relazione con il paziente sentimenti di ostilità, rabbia, risentimento; si sentono frustrati, impotenti inadeguati e spesso si distraggono o si deconcentrano ritirandosi difensivamente in pensieri lontani dai contenuti della seduta. Mostrano dunque fatica a prestare attenzione a ciò che il paziente dice e a quello che sta accadendo nell'*hic et nunc* della relazione terapeutica. Pertanto è possibile ipotizzare una reazione "mediamente attesa" del terapeuta nei confronti del paziente con questa specifica patologia.

Inoltre, è stato costruito una prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato alla patologia narcisistica della personalità. Il prototipo è molto simile a quello individuato nello studio di Betan e colleghi del 2005, ma è anche in linea con la letteratura clinica.

Kohut (1971) sottolineava la necessità di gestire adeguatamente la caratteristica tendenza a idealizzare e ad attribuire al clinico qualità così esagerate da rasentare la perfezione (transfert idealizzante), così come quei sentimenti di frustrazione, noia e impazienza, o l'attivazione dei personali bisogni narcisistici del terapeuta, nei casi in cui il soggetto per mantenere la fragile autostima esprime il bisogno costante di essere ammirato, approvato o apprezzato (transfert speculare). Kernberg (1975) sottolineava invece l'importanza degli intensi sentimenti di invidia del paziente narcisistico verso il proprio terapeuta, che possono portare all'espressione di aperto disprezzo e quindi a reazioni controtransferali negative; oppure a una sua idealizzazione difensiva tale da far sentire il clinico sotto pressione, "costretto" a mostrarsi brillante e competente (ma non tanto da minacciare l'autostima del soggetto). In un contributo clinico più approfondito, Gabbard (1998; 2009) descrive alcuni pattern controtransferali che tendono a svilupparsi più frequentemente nel lavoro clinico con pazienti aventi un disturbo narcisistico di personalità:

1) Noia: la tendenza dei pazienti narcisistici "inconsapevoli" a relazionarsi in modo superficiale, come se l'altro fosse una "cassa di risonanza" o un osservatore privo di una soggettività autonoma, può provocare nel clinico sentimenti di esclusione, invisibilità, inefficacia e incapacità, che portano all'emergere (difensivo) di sensazioni di noia, disimpegno, agitazione quando l'incontro con il paziente sta per cominciare, o desiderio che la seduta abbia fine.

2) Sottomissione: i terapeuti possono sentirsi sottomessi e assoggettati al controllo onnipotente di questi pazienti (soprattutto quelli definiti "ipervigili"), con la sensazione di avere un range limitato di espressioni verbali o ideative e di essere sottoposti a un continuo "scrutinio" e giudizio di ogni parola o comportamento manifestato nel corso delle sedute, sperimentando anche la costante preoccupazione di incrinare la fragile autostima del soggetto.

3) Essere oggetto di disprezzo: la sensazione di sentirsi oggetto di disprezzo e svalutazione può provocare l'emergere di sentimenti di rabbia, risentimento, odio o timore, così come atteggiamenti critici e ostili; in alcuni casi può crearsi una pericolosa spirale negativa per cui il terapeuta, attraverso il meccanismo difensivo della formazione reattiva, può negare i sentimenti di rabbia e dolore dovuti ai commenti sprezzanti del paziente e mostrarsi eccessivamente empatico e comprensivo, producendo però un aumento dei sentimenti di rabbia e invidia nel soggetto.

4) Essere oggetto di idealizzazione: il clinico può percepire erroneamente questo atteggiamento non come un fenomeno transferale, ma come un riconoscimento e una validazione del proprio talento, della propria capacità di empatizzare e dello sviluppo di un buon livello di alleanza terapeutica; l'attivazione delle fantasie grandiose e dei bisogni di gratificazione narcisistica del terapeuta può provocare in quest'ultimo anche sentimenti conflittuali e di disagio.

5) Mutua ammirazione: con i pazienti definiti "ad alto funzionamento/esibizionistici" il terapeuta può essere "sedotto" e sentirsi onorato per il fatto di essere stato scelto, provare ammirazione e invidia, o partecipare inconsciamente alle loro fantasie grandiose; questi sentimenti influenzano negativamente l'interpretazione delle strategie interpersonali disfunzionali, il riconoscimento del fatto di essere trattato come un'estensione del sé narcisistico, portano a colludere con i caratteristici bisogni di affermazione e validazione, e causare una situazione di impasse all'interno della quale il clinico e il paziente si ammirano a vicenda, con una complementarietà che impedisce un autentico progredire del trattamento.

Questa ricerca presenta dei limiti. Tutti gli strumenti inclusi nello studio presuppongono che il clinico sia la principale fonte di informazioni (clinician-report). Questa scelta metodologica non intende negare l'importanza fondamentale dell'esperienza soggettiva del paziente, ma tiene conto del fatto che l'utilizzo dei self-report nella valutazione della patologia di personalità sembra essere abbastanza problematico (Klonsky, Oltmanns, Turkheimer, 2002). Spesso, infatti, non sono presenti adeguate capacità di introspezione psicologica o interpersonale da parte dell'individuo: si deve tenere

conto di possibili bias difensivi (diniego difensivo, desiderabilità sociale) e del fatto che alcuni sintomi sono prevalentemente egosintonici (APA, 2000). I pazienti con disturbo narcisistico della personalità, in particolare, presentano una costellazione sintomatologica che sembra inficiare la validità e l'accuratezza delle loro auto-valutazioni: un paziente "overt" potrebbe infatti sovrastimare le proprie capacità e qualità, mentre un paziente "covert" potrebbe essere eccessivamente interessato a fornire una rappresentazione positiva di sé (Cooper, Balsis, Oltmanns, 2012). D'altra parte, nonostante anche le valutazioni dei clinici siano soggette ad alcuni bias, se condotte con strumenti adeguati sul piano psicometrico possono fornire dei giudizi sufficientemente validi e attendibili (Westen, Weinberger, 2004).

Conclusioni

Il presente lavoro di ricerca si è proposto di indagare il rapporto tra le risposte emotive del clinico e la personalità del paziente partendo dall'assunto che le risposte controtransferali possono fornire informazioni utili sulla personalità e sul funzionamento interpersonale del paziente in base alle quali il clinico può calibrare e promuovere interventi terapeutici più efficaci (Gabbard, 2001, 2009; Hayes, Gelso, Hummel, 2011; Kernberg, 1984; McWilliams, 2011; OPD Task Force, 2008; PDM Task Force, 2006).

Quattro sono gli studi che si sono articolati all'interno di questo progetto:

- Nel primo è stata indagata la relazione tra le risposte emotive del terapeuta e la personalità del paziente. I risultati supportano l'ipotesi che esistono relazioni significative tra reazioni controtransferali e specifici disturbi della personalità del paziente Sebbene ogni diade clinico/paziente sia unica, le risposte emotive dei terapeuti a determinate tipologie di pazienti presentano caratteristiche che possono ripetersi in modo relativamente stabile, clinicamente coerente e mediamente prevedibile (Betan et al., 2005). Inoltre, in linea con la ricerca di Betan e colleghi (*ibidem*), i pattern controtransferali associati alla patologia della personalità non sono diretta conseguenza delle preferenze teoriche e dell'approccio terapeutico dei clinici. Ciò dimostra che, se riconosciuti, i sentimenti controtransferali possono fornire informazioni utili ai clinici su loro stessi e sulle dinamiche interpersonali dei loro pazienti.

Rispetto alla relazione tra risposte del terapeuta e livello di funzionamento psicologico del paziente, i risultati sono coerenti con quelli dello studio di Dahl e colleghi (2012) e suggeriscono che i terapeuti tendono a sentirsi più impotenti, inadeguati e confusi/disorganizzati con pazienti che presentano livelli più bassi di funzionamento.

Entrando più nello specifico, questo studio ha rilevato che i pazienti con disturbi di personalità del cluster B sembrano elicitare risposte controtransferali più eterogenee e negative rispetto a quelli dei cluster A e C. I risultati confermano precedenti studi che hanno evidenziato come questi pazienti evochino nei clinici emozioni più intense e difficili da contenere e gestire nella pratica clinica (Bateman, Fonagy, 2006; Betan et al., 2005; Bourke, Grenyer, 2010; Brody, Farber, 1996; Clarkin et al., 2006; Gunderson, 2009; McIntyre, Schwartz, 1998; Røssberg et al., 2007;). In particolare, i pazienti borderline tendono a suscitare sentimenti di sopraffazione e confusione associati ad alti livelli di angoscia, tensione e preoccupazione. I clinici riportano sentimenti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione in seduta. Temono di non poter fornire un aiuto efficace e si sentono in colpa quando questi pazienti vivono momenti particolarmente dolorosi nel corso del trattamento. Questa eterogeneità

delle risposte emotive dei clinici potrebbe riflettere la contraddittorietà e la non integrazione delle rappresentazioni di sé e degli altri, caratteristiche di questi pazienti (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1984). Inoltre, questi sentimenti potrebbero indurre i terapeuti a fornire interventi poco mirati ed efficaci: per esempio, un clinico potrebbe mostrare difficoltà nel mantenere i confini del setting, accordando sedute extra o terminando le sedute oltre l'orario stabilito, e in seguito sentirsi spinto a strutturare in modo molto rigido il setting. In altri momenti, egli potrebbe esitare a comunicare un proprio pensiero al paziente per timore che possa reagire con rabbia e poi, all'improvviso, fornire interpretazioni o fare confrontazioni aggressive. Allo stesso tempo, con i pazienti narcisistici i terapeuti tendono a sentirsi annoiati, distratti, distaccati e irritati. Questo tipo di sentimenti potrebbe spingere il terapeuta a non sintonizzarsi emotivamente con loro, mostrando noia, disinteresse e mancanza di empatia (Gabbard, 2009b; McWilliams, 2011).

Rispetto ai pazienti con disturbi del cluster C, i clinici tendono a provare prevalentemente sentimenti di protezione, sperimentando una sorta di ipercoinvolgimento associato al desiderio di riparare alle mancanze affettive da loro vissute nel contesto di relazioni (attuali o passate) con altri significativi. Questi sentimenti potrebbero spingere il terapeuta ad analizzare meno in profondità tematiche particolarmente dolorose o a escludere dall'esplorazione sentimenti aggressivi o rabbiosi, tenendo conto delle vulnerabilità e delle fragilità di questi pazienti.

Contrariamente a studi precedenti, i risultati di questo lavoro sembrano disconfermare il dato per cui i pazienti con diagnosi di cluster C non suscitano sentimenti negativi (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007). Le risposte emotive dei clinici ai pazienti con disturbo dipendente della personalità, per esempio, sono caratterizzate da un senso di protezione e sentimenti positivi ma, al tempo stesso, i clinici riportano anche vissuti di impotenza, inadeguatezza e frustrazione. Ciò potrebbe suggerire che in un primo momento i terapeuti "aderiscono" in qualche modo alla visione che il paziente con disturbo dipendente di personalità ha di se stesso, di una persona fragile, impotente e incapace. È probabile che in prima istanza essi percepiscano sentimenti affettuosi e protettivo/genitoriali che poi, in un secondo momento, lasciano il passo a reazioni emotive più negative (McWilliams, 2011; PDM Task Force, 2006; Perry, 2005;).

Inoltre, studi precedenti hanno indagato le risposte emotive del terapeuta ai pazienti con disturbi d'Asse II del DSM-IV (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007) aggregati in base ai cluster diagnostici piuttosto che esaminarle tenendo conto dei singoli disturbi come è stato fatto in questa ricerca. L'approccio impiegato in questo lavoro potrebbe aver fatto emergere informazioni relative a specifiche risposte controtransferali associate a determinate patologie della personalità. I risultati mostrano infatti somiglianze tra disturbi appartenenti a cluster differenti. Per esempio, le reazioni emotive dei clinici ai disturbi borderline e dipendente, per esempio, sono abbastanza simili nella capacità di queste due tipologie di pazienti di suscitare vissuti di impotenza e ipercoinvolgimento nei terapeuti. Nonostante

appartengano a raggruppamenti diagnostici diversi, i pazienti borderline e dipendenti condividono dinamiche patologiche centrali, come l'urgente bisogno degli altri "usati" come regolatori di emozioni forti e difficilmente contenibili, oppure rispetto a un pattern di attaccamento di tipo ansioso/ambivalente (Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin et al., 2006; Dimaggio, Carcione, Semerari et al., 2007; Gabbard, 2009; PDM Task Force, 2006; Perry, 2005).

- Nel secondo studio è stata indagata la relazione tra la gravità sintomatologica e le risposte controtransferali. In linea con la letteratura (Røssberg et al., 2010), i risultati mostrano che essa tende a evocare per lo più sentimenti intensi e negativi di sopraffazione/disorganizzazione, impotenza e frustrazione nei clinici di differenti approcci teorici. Essi riportano forti reazioni emotive caratterizzate da apprensione, paura, ansia e alcune difficoltà nello sperimentare sentimenti positivi e protettivi nei confronti di pazienti che manifestano una marcata sofferenza psicopatologica. Soprattutto, clinici di diversi approcci terapeutici (piuttosto che età, genere, professione o esperienza) hanno mostrato reazioni emotive simili nel trattamento di pazienti caratterizzati da alti livelli di gravità sintomatologica. Sembra dunque che le loro preferenze teoriche e altre caratteristiche legate alla loro specifica formazione non influenzino di fatto l'esperienza affettiva che realmente vivono nella loro pratica clinica. In questo studio, è stato rilevato inoltre che in un'ampia gamma di disturbi di personalità (paranoide, schizoide, antisociale, narcisistico, dipendente e ossessivo) i sintomi psicopatologici non giocavano alcun effetto di mediazione. L'assenza dell'effetto di mediazione sembra suggerire che le caratteristiche di personalità e il funzionamento interpersonale dei pazienti siano sufficienti di per sé ad elicitare differenti reazioni emotive nei clinici. D'altra parte, quando l'effetto di mediazione della sintomatologia c'è (come per i disturbi di personalità schizotipico, borderline, istrionico e evitante), l'impatto medio è abbastanza moderato (il 30% circa). Pertanto, il livello di gravità sintomatologica del paziente media parzialmente il rapporto tra la sua patologia di personalità e le reazioni controtransferali, ma in generale il suo effetto è meno consistente rispetto a quello della personalità.

- Nel terso studio, di impostazione più metodologica, è stata verificata la solidità della struttura fattoriale del *Therapist Response Questionnaire* (Zittel Conklin, Westen, 2003; Betan et al., 2005) nel contesto italiano. Sono stati identificati nove fattori che corrispondono ad altrettante dimensioni controtransferali clinicamente coerenti e psicometricamente solide: (1) il *sopraffatto/disorganizzato*, (2) l'*impotente/inadeguato*, (3) il *positivo*, (4) lo *speciale/ipercoinvolto*, (5) il *sessualizzato*, (6) il *distaccato*, (7) il *genitoriale/protettivo*, (8) il *criticato/svalutato* e (9) l'*ostile/arrabbiato*. Rispetto ai pattern di risposta emotiva del clinico individuati da Betan e colleghi (2005), non sono state rilevate sostanziali differenze eccetto che, in questo studio, il pattern *criticato/maltrattato* si è splittato in due fattori caratterizzati da rabbia e irritazione l'uno, e da sentimenti di svalutazione, rifiuto e disprezzo l'altro. Una spiegazione concettualmente e clinicamente plausibile rispetto a questo risultato potrebbe

essere che i vissuti controtransferali del pattern criticato/maltrattato identificato da Betan e colleghi (*ibidem*) fanno riferimento a stati emotivi distinti del terapeuta e possono dunque declinarsi in maniera differente nei confronti del paziente. Il clinico può esternalizzare/esplicitare in seduta i propri sentimenti aggressivi (come nel fattore ostile/arrabbiato), oppure viverli come critiche o svalutazioni del sé (come nel fattore criticato/svalutato). Ad ogni modo, la soluzione fattoriale della versione italiana del *Therapist Response Questionnaire* emersa in questo lavoro convalida quella dello studio di Betan e colleghi (*ibidem*). Ne consegue che il quadro di processi controtransferali è sostanzialmente più articolato rispetto alla distinzione "classica" tra controtransfert "positivo" e "negativo" e si evidenziano molteplici sfumature di risposta emotiva del terapeuta verso il paziente. I risultati di questo studio hanno dimostrato anche la validità empirica e le potenzialità cliniche dello strumento e delle scale soggiacenti che lo costituiscono. Alcuni pattern controtransferali sono risultati capaci di discriminare popolazioni clinico-diagnostiche differenti. Questo dato sembra supportare la concettualizzazione teorico-clinica per cui le reazioni controtransferali sono particolarmente utili per comprendere le dinamiche interpersonali dei pazienti, in particolare quelli con disturbi di personalità caratterizzati da pattern relazionali maladattivi e ripetitivi (Bateman, Fonagy, 2006; Beck, Davis, Freeman, 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2001, 2009a; McWilliams, 2011). Infine, degno di nota è il fatto che alcuni clinici che hanno partecipato alla ricerca hanno riportato che il *Therapist Response Questionnaire* sia uno strumento molto agile da compilare e utile clinicamente, ma allo stesso tempo eccessivamente lungo. In questo studio, ogni clinico ha compilato un solo questionario, ma se lo scopo della ricerca fosse stato catturare l'esperienza interna dei terapeuti nel corso di un trattamento, una *short form* sarebbe stata molto più appropriata. In linea con altri studi, sarebbe altresì interessante se future ricerche si focalizzassero sul rapporto tra risposte controtransferali e outcome (Hayes, Gelso, Hummel, 2011).

- Nel quarto e ultimo studio, è stata indagata la relazione tra risposte emotive del terapeuta e la patologia narcisistica di personalità del paziente. I risultati hanno evidenziato la presenza di un'associazione significativa e coerente con i pattern controtransferali criticato/maltrattato e distaccato, confermando i risultati delle ricerche di Betan e colleghi (2005). I clinici che hanno in trattamento un paziente con disturbo narcisistico di personalità tendono a sperimentare sentimenti di ostilità, rabbia, risentimento; si sentono frustrati, impotenti, inadeguati, e spesso si distraggono o si deconcentrano ritirandosi difensivamente dai contenuti della seduta. Mostrano dunque fatica a prestare attenzione a ciò che il paziente dice e a quello che sta accadendo nell'*hic et nunc* del processo terapeutico. In questo studio è stato costruito un prototipo empiricamente derivato del pattern controtransferale associato alla patologia narcisistica della personalità. Il prototipo è molto simile a quello individuato nello studio empirico di Betan e colleghi (2005), ma presenta caratteristiche individuate da analisti che si sono occupati di questa patologia come Kohut (1971), Kernberg (1975) e Gabbard (1998, 2009).

In conclusione, sebbene la ricerca empirica sul controtransfert sia ancora agli inizi, sarebbe importante che ulteriori studi valutassero l'impatto delle risposte emotive del terapeuta e lo stile di personalità del paziente rispetto ad altre variabili direttamente associate al processo terapeutico, per esempio le *strutture di interazione* (Jones, 2008), l'uso di *interventi tecnici specifici*, o le *rotture e alle riparazioni dell'alleanza terapeutica* (Colli, Lingiardi, 2009; Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011). Sarebbe inoltre interessante che ricerche future esplorassero con maggiore profondità il rapporto tra le reazioni controtransferali e *l'outcome* dei trattamenti, tenendo conto che alcuni studi abbiano rilevato che una più consapevole gestione da parte del terapeuta delle proprie risposte emotive negative sia associata a un esito più positivo delle psicoterapie. Infine, è importante segnalare che in questo studio è stato studiato un modello lineare di relazione, assumendo che la patologia di personalità del paziente indice specifiche risposte controtransferali del terapeuta. In futuro sarebbe importante indagare un modello più complesso, olistico, di relazione terapeutica, in cui il focus dell'indagine è l'interazione e la reciproca influenza tra le caratteristiche di paziente e terapeuta.

Bibliografia

Alwin, D. F., Hauser, R. M. (1975). The decomposition of effects in path analysis. *American Sociological Review, 40*, 37–47.

American Psychiatric Association (2000), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Tr. it. Masson, Milano 2001.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5).* American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Aron, L. (1996). *Menti che si incontrano*. Tr. it Raffaello Cortina, Milano 2004.

Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173–1182.

Barron, J. M., Lingiardi, V. (2005), Prefazione all'edizione italiana. In Barron, J. M. (1998), *Dare un senso alla diagnosi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, pp. I-VIII.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (1999), Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 10, 1563-1569.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2000), Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders". *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2001), Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 36-42.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Beck, A. T., Dozois, D. J. A. (2011), Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397-409.

Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. and Associates (2004), *Cognitive Therapy of Personality Disorders. Second Edition*. Guilford Press, New York.

Beck, J. S. (2011), *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Second Edition*. Guilford Press, New York.

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of*

Psychiatry, *162*, 890–898.

Blagov, B., Bi, W., Shedler, J., Westen, D. (2012). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Evaluating psychometric questions about its reliability, validity, and fixed score distribution. *Assessment*, *19*, 370-382.

Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza.* Tr. it. Armando, Roma 1972.

Bion, W. R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Tr. it. Armando, Roma 1973.

Bion, W. R. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Tr. it. Armando, Roma 1979.

Bourke, M. E., Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20, 680-691.

Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., Westen, D. (2007). Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI, *Psychological Assessment*, *19*, 225–229.

Brody, F., Farber, B. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, *33*, 372–380.

Burgoon, J. K., Stern, L. A., Dillman, L. (1995). *Interpersonal adaptation: Dyadic interaction patterns*. New York, NY: Cambridge University Press.

Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., Schwartz, A.R. (2011), *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual*. Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ.

Cain, N. M., Pincus, A. L., Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 638-656.

Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. (2012), *Patologia della personalità di livello superiore. La psicoterapia con pazienti dipendenti, evitanti, isterici, ossessivi, depressi.* Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.

Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J. W., Delaney, J.C., Kernberg, O.F (2001), The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, *15*, 6, 487-495.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2004), The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 1, 52-72.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O. F. (2007), Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 6, 922-928.

Clarkin, J. F., Yeomans F. E., Kernberg O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality:*

Focusing on object relations. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Cogan, R., Porcerelli, J. (2004). Personality Pathology, Adaptive Functioning, and Strengths at The Beginning and end of Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 52*, 1230-1231.

Colli A. (2009). La soggettività nel processo diagnostico. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia. Raffaello Cortina, Milano.

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.

Colli, A., Prestano, C. (2006). La ricerca empirica sul controtransfert. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di), La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti. Milano: Raffaello Cortina.

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*, 102–108.

Cooper, A. M. (1998), Nuovi sviluppi nella diagnosi clinica del disturbo narcisistico della personalità. In Ronningstam, E. (1998), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2001.

Dahl, H. S. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist–58. *Psychotherapy Research, 22*, 12–25.

Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (2006) (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.

Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2009). (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano.

Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). National Computer Systems, Minneapolis, MN.

Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., Pincus, A. L. (2013), "The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early treatment symptom change: a naturalistic investigation". *Journal of Personality Assessment, 95*, 291-300.

Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 16–31.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin L. S. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

Freud, S. (1910), *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. Tr. it. in OSF, vol. 6, pp. 197-206.

Freud, S. (1912), *Dinamica della traslazione*. Tr. it. in OSF, vol. 6, pp. 523-531.

Freud, S. (1914a), *Ricordare, ripetere, rielaborare*. Tr. it. in OSF, vol. 7, pp. 353-361.

Freud, S. (1914b), *Introduzione al narcisismo*. Tr. it. in OSF, vol. 7, pp. 441-473.

Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.

Fonagy, P., Target, M. (2003), *Psicopatologia evolutiva: le teorie psicoanalitiche*. Tr. it. Raffaello Cortina, 2005.

Fonagy, P., Target, M. (2009), La psicoterapia psicodinamica: modelli teorici. In Gabbard, G. O. (2009), *Le Psicoterapie: teorie e modelli d'intervento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010

Gabbard, G. O. (1989), Two subtypes of narcissistic personality disorders. *Bullettin of Menninger Clinic*, *53*, 527-532.

Gabbard, G. O. (1993). An overview of countertransference with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *2*, 7–18.

Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. International *Journal of Psychoanalysis*, *76*, 475–785.

Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 983–991.

Gabbard, G. O. (2005), *Psichiatria psicodinamica. Quarta edizione*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.

Gabbard, G. O. (2009a). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Gabbard, G. O. (2009b), Transference and Countertransference: Developments in the Treatment of Narcissistic Personality Disorder. *Psychiatric Annals*, 39, 129-136.

Gabbard, G. O. (2010), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica: seconda edizione*. Tr. it. Raffaello Cortina, 2011.

Gabbard, G. O., Lester, E. P. (1995), *Violazioni del setting*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1999.

Gabbard, G.O., Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.

Gazzillo, F., Lingiardi, V., Del Corno, F. (2012). Toward the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: the Psychodynamic Diagnostic Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata, 265*, 31–45

Gelso, C. J. Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and Possibilities*. New Jersey, NJ: Erlbaum.

Gill, M.M. (1982), *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1985.

Gill, M.M. (1994), *Psicoanalisi in transizione*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1996.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, *48*, 88–97.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, *31*, 81–84.

Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., Ackerman, S. J. (2012), How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work". In Levy, R.A., Ablon, J.S., Kächele, H. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Humana Press, New York 2012.

Hilsenroth, M. J., Holdwick, D. J., Castlebury, F.D., Blais, M. A. (1998), The effects of DSM–IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 163–176.

Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.P., Sørbye, O., Sjaastad, M.C., Heyerdahl, O. (2006), Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 10, 1739-1746.

Høglend, P., Bøgwald, K.P., Amlo, S., Ulberg, R., Sjaastad, M.C., Sørbye, O., Heyerdahl, O., Johansson, P. (2008), Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects?. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 6, 763-771.

Høglend, P., Dahl, H.S., Hersoug, A.G., Lorenzen, S., Perry, J.C. (2011), Long-term effect of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Psychiatry*, 34, 6, 393-399.

Høglend, P., Gabbard, G.O. (2012), When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. In Levy, R. A., Ablon, J.S., Kaechele, H. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Humana Press, New York 2012.

Holmqvist, R. (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 455-461.

Holmqvist, R., & Armelius, B. (1996a). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 6, 70-78.

Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *13*, 38–56.

Kernberg, O.F. (1984), *I disturbi gravi della personalità*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Kernberg, O.F. (2004), *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Kernberg, O.F. (2010), Narcissistic Personality Disorder. In Clarkin, J. F., Fonagy, P., Gabbard, G. O.

(a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical handbook.* American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

Kernberg, O. F., Caligor, E. (2005), Teoria Psicoanalitica dei Disturbi di Personalità. In Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (a cura di), *I Disturbi di Personalità. Le principali teorie* (II Ed.). Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. Tr. it. in *Scritti: 1921-1958*. Boringhieri, Torino 1978, pp. 409-434.

Kohut, H. (1971), Narcisismo e analisi del Sé. Tr. it. Boringhieri, Torino 1977.

Kohut, H. (1977), La guarigione del Sé. Tr. it. Boringhieri, Torino 1980.

Kohut, H. (1978), La ricerca del Sé. Tr. it. Boringhieri, Torino 1982.

Kohut, H. (1984), La cura psicoanalitica. Tr. it. Boringhieri, Torino 1986.

Lingiardi, V. (2009), "Dalla diagnosi alla formulazione del caso". In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), La diagnosi in psicologia clinica. Raffaello Cortina, Milano.

Lingiardi, V., Amedei, G., Caviglia, G., De Bei, F. (a cura di), *La svolta relazionale. Itinerari italiani*. Raffaello Cortina, Milano.

Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., Tanzilli, A. (2011), "Exploration of the session process: Relationship to depth and alliance". In Psychotherapy, *48*, 4, 391-400.

Lingiardi V., Shedler J., Gazzillo F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment*, *86*, 36–45.

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*, 593–614.

McIntyre, S. M., Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*, 923–931.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Muran, J. C., Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, Guilford Press.

Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 1, 98-102.

Ogden, T. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York, NY: Jason Aronson.

Ogrodniczuk, J. S. (2013) (a cura di), *Understanding and treating pathological narcissism*. American

Psychological Association, Washington DC.

OPD Task Force (Ed.) (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.

PDM Task Force (Ed.) (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R. (2010), Pathological Narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 421-446.

Powers, A. D., Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 164–172.

Preacher, K. J., Kelley, K. (2011). Effect sizes measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods, 16*, 93–115.

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly, 26*, 303–357.

Racker, H. (1960). *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Armando, Roma, 1970.

Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. The *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.

Renik, O. (1998). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. International Journal of Psycho-Analysis., 79, 487-497.

Ronningstam E. (2011). Narcissistic personality disorder in DSM-V in support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *25*, 248–259.

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice, 17*, 89–99.

Ronningstam, E. (2012). Alliance building and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *68*(8), 943–953.

Ronningstam, E. (2012), Narcissistic Personality Disorder: the diagnostic process. In Widinger, T. A. (2012), *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press, New York.

Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, *45*, 332--337.

Rosenfeld, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Røssberg, J. I., Hoffart, A., Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 45–53.

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 225–230.

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different

countertransference reactions an empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*, 702-708.

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, *178*, 191–195.

Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., Westen, D. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1473-1481.

Safran, J. D. (1984), Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, *8*, 333–347.

Safran, J. D., Muran, C. J., Eubanks-Carter, C. (2011), Repairing alliance ruptures. In Norcross, J.C (a cura di), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, New York, pp. 235-254.

Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Journal of Psychoanalysis*, *3*, 43–47.

Schwartz, R. C., Smith, S. D., Chopko, B. (2007). Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory. *American Journal of Psychotherapy*, *61*, 375–393.

Shedler, J. (2006), The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In Levy, R. A., Ablon, J. S., Kächele, H. (2012), *Psychodynamic Psychotherapy Research: evidence-based practice and practice-based evidence*. Humana Press, New York.

Shedler, J., Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1350–1365.

Shedler, J., Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, *89*, 41–55.

Shedler, J., Westen, D., Lingiardi, V. (2014). La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano.

Smith, B. (1990). The origins of interpretation in the countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 89-104.

Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, *13*, 290–312.

Stolorow, R., Atwood, G. (1992). *I contesti dell'essere: le basi intersoggettive della vita psichica*. Bollati Boringhieri, Torino 1995.

Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, *80*, 217–222.

Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 516–524.

Westen, D., Gabbard, G. O., Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger, J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology: Building bridges* (pp. 335–384). New York, NY: Guilford Press.

Westen, D., Muderrisoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: Evaluating an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17, 350-368.

Westen, D., Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte I: Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Tr. it. Westen, D., Shedler, J., Lingiardi V. (a cura di), La valutazione della personalità con la SWAP-200 (pp. 61-94). Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte II: Verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Tr. it. Westen, D., Shedler, J., Lingiardi V. (a cura di), La valutazione della personalità con la SWAP-200 (pp. 95-123). Milano: Raffaello Cortina.

Winnicott, D. W. (1949), Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, *30*, 69-74.

Yulis, S., Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 413-419.

Zittel Conklin, C., Westen, D. (2003). *The Therapist Response Questionnaire*. Atlanta, Emory University, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences. http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf