

Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla¹

di Francesco De Bei*, Antonello Colli** e Vittorio Lingiardi***

Negli ultimi decenni molti ricercatori si sono proposti di indagare l'esistenza di un fattore comune, trasversale ai diversi modelli di trattamento, capace di render conto di gran parte dell'efficacia delle psicoterapie. La relazione o, più precisamente, quell'aspetto della relazione tra paziente e terapeuta che va sotto il nome di "alleanza terapeutica", è stata identificata come tale fattore comune (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lingiardi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Nonostante il concetto di alleanza terapeutica abbia una storia relativamente recente (Zetzel, 1958), esso affonda le sue radici nella tradizione psicoanalitica (Freud, 1912; Sterba, 1934) e solo a partire dagli anni settanta è stato traghettato nel campo della ricerca empirica.

Dopo un primo periodo (1912-1965) di teorizzazioni psicoanalitiche (a partire dal "transfert positivo irreprensibile" di Freud, 1912) ed un secondo periodo di ricerca empirica con la costruzione di strumenti ad hoc e indagini mirate allo studio del rapporto tra alleanza e outcome (1970-2000), è seguita una terza fase, che potremmo chiamare "di ricerca clinica", caratterizzata dallo studio delle dinamiche relazionali dell'alleanza, in particolare gli episodi di rottura e riparazione, e delle sue componenti soggettive².

L'interesse odierno per le dinamiche cliniche associate alla qualità della relazione terapeutica nasce dagli sviluppi della riflessione sugli effetti benefici "creati" dal terapeuta, dal riesame del concetto di alleanza e dalla formulazione del concetto di "interazione collaborativa". L'idea di fondo è che sia il terapeuta sia il paziente contribuiscono alla formazione di una collaborazione terapeutica efficace, e che per studiarla è necessario scomporre le componenti dell'alleanza ed identificare altre "variabili della relazione" quali il *transfert*, l'*empatia*, la *relazione reale*, lo stato della mente rispetto all'*attaccamento*, le *caratteristiche individuali*, ecc. (vedi Lingiardi, 2002; Safran & Muran, 2000).

Si è così giunti alla conclusione che l'alleanza non può essere vista come un vestito buono per tutte le occasioni. A seconda dei pazienti e dei terapeuti mostra infatti caratteri particolari: da qui il successo di espressioni quali *matching patients to therapies* (Roth & Fonagy, 2004), *tailoring psychotherapies and therapists to patients* (Horwitz, Gabbard, & Allen, 1996; Lambert, 2004).

La visione dell'alleanza come una caratteristica statica (qualcosa che c'è o non c'è) è stata sostituita da una concezione di qualcosa che si costruisce nel corso del trattamento, attraverso processi di rottura e riparazione (Lingiardi & De Bei, 2005; Safran & Muran, 2000); conseguentemente, è andata dissolvendosi anche l'idea per cui l'alleanza è un fattore che da solo è capace di spiegare il cambiamento. Quello di alleanza è oggi un costrutto generico e aspecifico (e non una panacea), studiato nella sua interazione con altri fattori (sia specifici sia aspecifici; Beutler, Moliero, Malik, & Harwood, 2000), ma soprattutto non più considerato solo una (pre)condizione, bensì anche un fine del cambiamento: raggiungere la possibilità collaborativa può

¹ Questo contributo è in parte ripreso dalla relazione di Vittorio Lingiardi al VI Congresso Nazionale SPR-It di Reggio Calabria (28 settembre - 1 ottobre 2006).

* Dottorato di ricerca, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

** Dottorato di ricerca, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

*** Prof. Ordinario di Fondamenti di Psicopatologia Generale e Valutazione Testologica e Diagnosi.

² L'evoluzione del concetto di alleanza nel modello psicoanalitico ha una storia complessa e articolata che non possiamo riassumere in poche righe. Ci limitiamo a ricordare come, a partire dall'originaria scomposizione freudiana del transfert in una forma "positiva" o "irreprensibile" e in una forma "negativa" (Freud, 1912, pp. 528-529), il concetto di alleanza terapeutica è stato da alcuni minimizzato o apertamente contestato (soprattutto da quegli autori che riconducono al transfert ogni dinamica relazionale), e da altri valorizzato e inserito tra le dimensioni strutturali della relazione terapeutica. Tra i fondatori del concetto vanno annoverati Sterba ("alleanza dell'io", 1934), Zetzel ("l'analista entra nel processo analitico come persona reale e non solo come un oggetto di traslazione", 1958, p. 357) e Greenson (1965, il quale distingue tra alleanza di lavoro, transfert e relazione reale). Fino alla sua recente "dissoluzione" nel movimento relazionale nord americano (vedi Ponsi, 2002). Per una descrizione più dettagliata della storia del costrutto si vedano Lingiardi (2002), Lingiardi e Colli (2003), Safran e Muran (2000).

essere un obiettivo in sé della terapia (in particolare nel trattamento dei disturbi gravi di personalità e delle psicosi) (Bateman & Fonagy, 2004; Dimaggio & Semerari, 2003; Liotti, 2005).

È utile fermarsi a riflettere sulla direzione che ha preso lo studio della relazione terapeutica negli ultimi anni. Come già accennato, la crescente attenzione al concetto di alleanza (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lambert, 2004; Martin, Garske, & Davis, 2000) è in parte una conseguenza degli scarsi risultati delle ricerche volte a valutare l'efficacia comparata delle psicoterapie (Dazzi, 2006; Luborsky, 1976; Wampold, 2001) e dei risultati contraddittori delle indagini sulla rilevanza dei fattori specifici rispetto all'outcome (Colli, 2006; Dazzi, 2006). Sono invece ormai numerosi gli studi che indicano nell'alleanza un fattore con forte (se confrontata ad altri fattori ritenuti responsabili del cambiamento, come per esempio i fattori specifici) capacità predittiva rispetto all'outcome (Horvath & Bedi, 2002). Resta tuttavia difficile riuscire comprendere il successo di questo costrutto solo sulla base dell'evidenza empirica. Ad essere sinceri, infatti, una correlazione attorno al .25 (circa il 6% della varianza dell'esito) non sembra indicativa di un grosso effetto. Altri fattori, per esempio quello dell'*allegiance* del terapeuta (Norcross, Beutler, & Levant, 2005) sembrano render conto di una percentuale maggiore di varianza, superiore al 10% (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990), così come le caratteristiche del terapeuta, che sembrano spiegare il 9% della varianza totale (Wampold, 2001). "Perché allora l'alleanza terapeutica è così popolare tra i ricercatori in psicoterapia?" (Safran & Muran, 2006, p. 286).

È probabile attribuire questa popolarità, almeno in parte, ad un cambiamento di paradigma avvenuto in molte (se non in tutte) le tradizioni psicoterapeutiche: quella "svolta relazionale"³ che, a sua volta, ha promosso nel campo della ricerca lo sviluppo di strumenti volti a rilevare e studiare le caratteristiche del terapeuta, la sua personalità, la qualità dei suoi interventi, l'influenza del genere, ecc⁴.

Sul piano più strettamente empirico, paradigmatica di questo cambiamento di direzione ci sembra anche la risposta della Division 29 dell'American Psychological Association al movimento EST (*Empirically Supported Treatment*; Chambless & Ollendick, 2001; vedi anche Westen, Morrison, & Thompson-Brenner, 2004), con la creazione di una task force (Norcross, 2002) dedicata allo studio del ruolo svolto dalla relazione nella psicoterapia, prima fra tutti l'alleanza terapeutica (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). In breve, la Division 29 ha promosso a livello empirico ciò di cui i terapeuti sono sempre stati convinti a livello clinico e individuale: la dimensione curativa della relazione.

Ancora più importante è l'idea centrale veicolata dal movimento ESR (*Empirically Supported Relationships*): l'alleanza rappresenta una componente, fondamentale, della relazione terapeutica *insieme* ad una serie di altri costrutti interpersonali (come le caratteristiche del terapeuta, la dimensione empatica, le caratteristiche del paziente, il tipo di attaccamento paziente-terapeuta, ecc.). Come ci dicono Roth e Fonagy (2004) piuttosto che *trattare l'alleanza terapeutica come un concetto singolo, essa va vista come un mezzo attraverso il quale differenti aspetti del processo terapeutico operano in differenti momenti della terapia.*

³ Va tuttavia preso nota di come, paradossalmente, se da un lato con l'emergere del paradigma relazionale (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell, 1988, 2000) viene dato sempre maggior risalto alla dimensione della relazione, dall'altro gli autori che aderiscono a tale modello sembrano aver "trascurato" di menzionare in modo esplicito il costrutto dell'alleanza terapeutica. Questo perché "una volta che tutta la situazione analitica viene concepita in un ottica bi-personale, e che la qualità e la regolazione della relazione analitica diventano temi centrali della teoria e della tecnica – scrive la Ponsi (2002, p.79) –, viene in qualche modo a cadere l'esigenza di disporre di un costrutto che invece era apparso necessario in una fase in cui gli aspetti relazionali venivano sottovalutati".

⁴ Va specificato che, di fatto, nell'alveo della ricerca sull'alleanza terapeutica, oggi viene a confluire lo studio di aspetti molteplici della relazione terapeutica finalizzati all'obiettivo, principale, di comprendere come funziona la psicoterapia (Horvath, 2005). Tra questi troviamo, per esempio, lo studio di come il paziente interpreta il comportamento del terapeuta (Beneke, Peham, & Banninger-Huber, 2005), i processi cognitivi che svolgono un ruolo di formazione e mantenimento di una relazione positiva con il terapeuta (Casey, Oei, & Newcombe, 2005; Sexton, Littauer, Sexton, & Tommeras, 2005), e l'individuazione di caratteristiche diagnostiche e di personalità legate alla qualità della relazione instaurata con il clinico (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005).

Il rinnovato interesse per la relazione tra paziente e terapeuta non solo ha riavvicinato clinica e ricerca, fornendo sia un fertile terreno di dialogo sia un luogo su cui far convergere le esigenze di clinici e ricercatori, ma ha anche portato alla consapevolezza dei ricercatori che l'alleanza in se è un costrutto generico che può, e deve, essere studiato congiuntamente ad altre variabili del processo, in cui elementi tecnici e relazionali vanno pensati come aspetti del processo che operano in maniera sinergica.

“Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla” significa quindi indicare non solo la necessità di monitorare la qualità generale del rapporto paziente-terapeuta (alleanza), ma anche la natura di una serie di elementi micro-processuali concomitanti che contribuiscono all'andamento e all'esito della terapia.

Prima di procedere a questa decostruzione è però opportuno tentare di fare il punto su quello che sappiamo oggi sul costrutto dell'alleanza.

Quello che sappiamo sull'alleanza

Castonguay e collaboratori (2006) hanno recentemente indicato una serie di dati centrali per una riflessione clinica sull'alleanza:

1. Il dato più forte, rilevato da numerosi studi, è che l'alleanza correla positivamente con il cambiamento terapeutico (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lingiardi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Diverse meta-analisi hanno evidenziato un *effect size* oscillante tra .22 e .26 (vedi Horvath & Bedi, 2002): valore che, sebbene non ampio, appare robusto. Inoltre, la dimensione dell'effetto sarebbe costante: caratteristica non secondaria se si considera che riguarda una variabile misurata all'interno di un contesto così complesso come quello psicoterapico.
2. In termini generali, l'alleanza, così come viene misurata, è un costrutto correlato ma non del tutto sovrapponibile al concomitante profitto terapeutico (Horvat, 2005). La letteratura indica inoltre che la qualità dell'alleanza correla positivamente con alcune caratteristiche del paziente (per es., capacità di mentalizzazione, aspettative di cambiamento, qualità delle relazioni oggettuali ecc.) e negativamente con altre (per es., evitamento, difficoltà interpersonali, pensieri depressivi ecc.; vedi Costantino, Castonguay, & Schut, 2002).
3. Alcune caratteristiche e comportamenti del terapeuta sono associati negativamente con la qualità dell'alleanza (per es., la rigidità, l'essere critici, self-disclosure inappropriate ecc.; vedi Ackerman & Hilsenroth, 2001). Anche in questo caso vi sono studi (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Piper, Ogrodniczuck, Joyce, & McCullum, 1999) che pongono l'accento sulla capacità del clinico di gestire e negoziare la relazione. È infatti probabile che non siano queste caratteristiche del clinico in sé a incidere negativamente sulla qualità della relazione, ma piuttosto sono aspetti che possono influire indirettamente sulla qualità dell'alleanza: di fronte ad una rottura nell'alleanza o ad un'empasse, il terapeuta può aumentare o irrigidire l'aderenza alla propria tecnica o modello di riferimento, non riuscendo così a riparare la rottura o, anche, esacerbando l'empasse.
4. Vi sono evidenze che suggeriscono come la qualità dell'alleanza sia particolarmente predittiva dell'esito quando misurata nelle fasi precoci del trattamento mentre, di converso, un'alleanza debole può essere predittiva di dropout (vedi Costantino, Castonguay, & Schut, 2002). Clinicamente è un dato che indica la necessità per il clinico di monitorare la relazione fin dal primo momento. “Piuttosto che assumere che problemi iniziali di collaborazione o segni precoci di disimpegno diminuiranno automaticamente con il tempo”, dicono Castonguay et al. (2006, p. 273), “il terapeuta dovrebbe iniziare a sostenere l'alleanza fin dal primo minuto della terapia ed essere preparato a rivolgersi alle rotture non appena si presentano”⁵.
5. Infine, come risultato delle numerose ricerche sull'alleanza, abbiamo ora a disposizione una serie di strumenti per misurare questo costrutto da una varietà di prospettive (paziente, terapeuta, osservatore esterno) (per una descrizione dettagliata dei diversi strumenti rimandiamo a Costantino, Castonguay, & Schut, 2002; De Bei, 2006; Lingiardi, 2002). Tra questi, alcuni sono ancorati alla tradizione psicoanalitica, altri, come il WAI (*Working Alliance Inventory*) di Horvath e Greenberg (1989), sono stati sviluppati a partire da un'ottica transteorica. L'alleanza può essere dunque misurata in ogni forma di terapia. La possibilità di valutare la relazione da prospettive multiple ha prodotto un dato con importanti ricadute cliniche. Sebbene molti terapeuti si sentano generalmente in grado di valutare in maniera accurata la qualità della loro relazione con il paziente, vi sono dati che suggeriscono che la visione

⁵Questo non significa però che il terapeuta dovrebbe limitare la valutazione della qualità dell'alleanza solo alle prime fasi della terapia. Piuttosto è un compito che il terapeuta dovrebbe assumersi per tutto il corso della relazione terapeutica (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002).

dell'alleanza che paziente e terapeuta hanno diverge tra loro, in special modo durante le prime fasi della terapia; e che è la valutazione fatta dal paziente ad essere più predittiva dell'esito (sempre nella fase iniziale del trattamento) (Horvath & Bedi, 2002).

Anche da questa rassegna, sintetica e certo non esaustiva, emerge chiaramente come le variabili relazionali abbiano raggiunto uno status nuovo e più bilanciato nel campo della ricerca in psicoterapia. Le più recenti ricerche sull'alleanza hanno evidenziato come la relazione terapeutica non possa essere semplicemente compresa come variabile non-specifica, ausiliaria alle altri componenti attive del trattamento (Hatcher & Barends, 2006): essa sarebbe piuttosto un elemento attivo dello scambio terapeutico, la cui qualità è dovuta all'interazione tra variabili diverse che chiamano in causa sia il paziente sia il terapeuta.

Piuttosto che considerare l'alleanza come un concetto sovraordinato in grado di tenere al suo interno le variabili dei due partecipanti alla relazione, siamo inclini a considerare *il processo terapeutico come il tentativo di costruire (alleanza terapeutica) una relazione sicura (attaccamento) attraverso una serie relativamente identificabile di vicissitudini (rotture, riparazioni), caratterizzate da dinamiche che coinvolgono la soggettività dei partecipanti* (transfert, controtransfert) (Lingiardi & De Bei, 2007).

Se, quindi, in termini concettuali l'alleanza si delinea come un costrutto a ponte, in grado di legare tra loro diverse dimensioni dello scambio clinico che trovano nella relazione terapeutica (e nella sua qualità) un elemento centrale, in termini valutativi si tratta di guardare alla qualità del rapporto paziente-terapeuta con un occhio di tipo multistrumentale: cogliere le diverse dimensioni sottostanti la relazione e come queste interagiscano con le caratteristiche dei due partecipanti.

In questo contributo indicheremo un elenco di strumenti che abbiamo trovato particolarmente utili per lo studio del processo e dell'esito della psicoterapia. Si tratta di strumenti che, seppure costruiti per valutare un aspetto specifico della relazione terapeutica, rappresentano dei tentativi riusciti di compromesso tra esigenza empirica e complessità clinica.

In breve, si tratta di un tentativo di decostruzione del concetto di alleanza per operationalizzare le componenti relazionali principali:

- Trasnfert/Controtransfert;
- Attaccamento;
- Qualità interventi ↔ contributi (regolazione reciproca della relazione terapeutica);
- Rotture ↔ riparazioni;

Transfert e controtrasfert: il Psychotherapy Relationship Questionnaire e il Countertransference Questionnaire

Il gruppo di Westen ha recentemente esplorato, attraverso la somministrazione di questionari clinici applicati a pazienti in psicoterapia, le dimensioni transferali (Bradley, Heim, & Westen, 2005) e controtransferali (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) della relazione terapeutica per mezzo di due strumenti: il *Countertransference Questionnaire* (CT-Q; Zittel & Westen, 2003) e il *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ; Westen, 2000).

Il CT-Q è un clinical report a 79 item derivati da un esame della letteratura teorica, clinica e di ricerca sul controtransfert. Gli item valutano un'ampia gamma di pensieri, sentimenti e comportamenti espressi dal terapeuta verso i suoi pazienti, e prende in considerazione affermazioni che vanno da sentimenti relativamente specifici ("In seduta con lui/lei mi annoio") a costrutti complessi come quello dell'identificazione proiettiva ("Con lui più che con gli altri pazienti, mi sento pressato a pensare e sentire cose di cui mi rendo conto in pieno solo quando la seduta è finita").

Il PR-Q è un questionario a 90 item che valuta un'ampia gamma di pensieri, sentimenti, motivi e conflitti del paziente nei confronti del terapeuta, incluso ciò che viene tradizionalmente descritto come transfert e/o alleanza terapeutica. Anche in questo caso gli item sono stati ricavati da una rassegna della letteratura sull'argomento (transfert, alleanza terapeutica e costrutti correlati). Gli item sono stati formulati nella maniera più chiara e comprensibile, evitando termini tecnici, al fine di

poterli rendere comprensibili ai clinici di ogni orientamento teorico⁶. Per esempio, per catturare il concetto kohutiano (Kohut, 1968) di transfert “rispecchiante” e “gemellare” nei pazienti con disturbi narcisistici di personalità, sono stati formulati item del tipo “Il/la paziente immagina che il terapeuta condivida il suo punto di vista, le sue credenze, valori ecc. anche quando questo è improbabile” oppure “Il/la paziente immagina che lui/lei e il terapeuta siano molto più simili di quello che in realtà sono; sembra voler essere una ‘cosa unica’ con il terapeuta”.

In tabella 2 e 3 sono descritti i cinque fattori di transfert e gli otto di controtransfert emersi all’analisi fattoriale.

Tabella 2. Fattori del transfert (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

Fattore 1 Arrabbiato/Rivendicativo- Recriminativo	Fattore composto da item che indicano la tendenza a porre eccessive richieste al terapeuta e, al tempo stesso, ad essere arrabbiato e distante. Si tratta di item che si accordano con la descrizione del processo di transfert che tende a svilupparsi con pazienti con disturbi di Asse II, cluster B, in particolare disturbi narcisistici e borderline.
Fattore 2 Ansioso/Preoccupato	Fattore composto da item che descrivono la paura della disapprovazione e del rifiuto da parte del terapeuta, e un’attitudine particolarmente lamentosa e dipendente verso il terapeuta. Lo stile di relazione ricorda molto lo stile di attaccamento “preoccupato”, relato a una classificazione di attaccamento infantile di tipo ansioso/ambivalente (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).
Fattore 3 Sicuro/Impegnato	Fattore composto da item che descrivono la capacità del paziente di contribuire ad un’alleanza terapeutica positiva e ad un’esperienza della relazione terapeutica giocosa, confortevole e sicura.
Fattore 4 Evitante/ Contro-dipendente	Fattore composto da item che descrivono la presenza di uno sforzo di evitare una relazione significativa con il terapeuta o una dipendenza da lui. Concettualmente, questo fattore appare relato sia allo stile di attaccamento adulto di tipo distanziante sia a una dinamica comune nei pazienti ossessivi ed evitanti.
Fattore 5 Sessualizzato	Fattore composto da item che descrivono la presenza di sentimenti sessuali verso il terapeuta, inclusa la tendenza ad agire in maniera seduttiva.

Tabella 3. Fattori del controtransfert (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005).

Fattore 1 Sopraffatto/Disorganizzato	Fattore composto da item che indicano il desiderio di evitare o scappare dal/la paziente, e la presenza di forti sentimenti negativi come paura, risentimento, e repulsione. Gli item si accordano con la descrizione delle reazioni controtransferali con pazienti con disturbi di personalità di cluster B (borderline e narcisistici) e con la descrizione dei pattern di attaccamento disorganizzati (cfr. Solomon & George, 1999).
Fattore 2 Impotente/Inadeguato	Fattore composto da item che descrivono sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, disperazione e ansietà.
Fattore 3 Positivo	Fattore composto da item indicativi della presenza di un’esperienza di alleanza di lavoro positiva e di intimità con il paziente.

⁶L’utilizzo di descrizioni chiare e il più possibile aderenti alla realtà clinica, al fine di renderle comprensibili ai clinici di diversi orientamenti teorici e di minimizzare inoltre la possibilità di salti interpretativi idiosincratici, è una delle caratteristiche che contraddistinguono anche la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler, & Lingardi, 2003).

Fattore 4 Speciale/Ipercoinvolto	Fattore composto da item che descrivono il senso che il/la paziente sia speciale rispetto agli altri pazienti e “leggeri segni” di un problema nel mantenimento del legame; per esempio, nella gestione delle <i>self-disclosure</i> , nel finire la seduta in tempo, e nel sentirsi colpevole, responsabile o eccessivamente preoccupato per il paziente.
Fattore 5 Sessualizzato	Fattore composto da item che descrivono la presenza di sentimenti di natura sessuale o l’esperienza di una tensione sessuale nei confronti del/la paziente.
Fattore 6 Non coinvolto	Fattore composto da item che descrivono la presenza in seduta di un senso di distrazione, ritiro, fastidio, noia.
Fattore 7 Genitoriale/Protettivo	Fattore composto da item che esprimono la presenza di un desiderio di proteggere e curare il paziente in modo genitoriale, in una maniera che va oltre la presenza di normali sentimenti positivi verso il paziente.
Fattore 8 Criticato/Maltrattato	Fattore composto da item che descrivono il sentirsi non apprezzato, distanziato, o svalutato dal paziente.

L'utilizzo fatto dal gruppo di Westen di questi strumenti è stata la verifica di un'eventuale correlazione tra i cluster dell'Asse II del DSM-IV e specifici fattori associati di transfert e controtransfert. L'analisi dei cinque fattori di transfert e degli otto fattori di controtransfert depone per un'effettiva correlazione con specifici disturbi di personalità.

I disturbi del *cluster A* (paranoide, schizoide, schizotipico) sono risultati correlati positivamente, anche se in modo lieve, al fattore di transfert evitante/contro dipendente, e negativamente, in modo significativo, al fattore sicuro/coinvolto; per quanto riguarda il terapeuta, questi fattori transferali si associano invece a dinamiche controtransferali di tipo critico (fattore 8).

I disturbi del *cluster B* (antisociale, borderline, istrionico, narcisistico) sono risultati associati a fattori di transfert arrabbiato/rivendicativo-recriminativo e sessualizzato; ad essi si associano sentimenti controtransferali di tipo sopraffatto/disorganizzato, impotente/inadeguato, sessualizzato, non coinvolto; il cluster B presenta inoltre un'associazione negativa significativa con il fattore di controtransfert positivo.

I disturbi del *cluster C* (dipendente, evitante, ossessivo-compulsivo), infine, risultano associati in modo significativo al fattore di transfert ansioso/preoccupato e a sentimenti controtransferali di tipo genitoriale/protettivo (fattore 7)⁷.

Nel complesso, queste correlazioni ci forniscono non solo una fotografia delle dinamiche relazionali associate a pazienti di una determinata area psicopatologica, ma, soprattutto, ci forniscono anche delle preziose indicazioni sul modo in cui i costrutti di alleanza, attaccamento, transfert e controtransfert possano essere collegati tra loro, clinicamente e concettualmente:

- In generale, sul versante del terapeuta i risultati emersi sembrano indicare come, pur nella singolarità di ogni diade terapeutica, le correlazioni riscontrate tra fattori di controtransfert e disturbi di personalità, suggeriscano una certa coerenza e prevedibilità delle risposte controtransferali. Si potrebbe in questo senso parlare di una “risposta controtransferale media attesa” sviluppata dal clinico, che in molti casi assomiglia alle risposte tipiche provenienti da altri significativi nella vita del paziente (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005).
- Sul versante transferale, un risultato importante e inaspettato è la sovrapposizione dei fattori di transfert emersi con gli stili di attaccamento adulti identificati con l'AAI. È ovvio che non tutte le relazioni terapeutiche possono essere descritte come relazioni di attaccamento (cioè caratterizzate da ricerca di

⁷Una conferma dei fattori emersi e della loro correlazione con l'alleanza proviene anche da altri studi sull'alleanza con pazienti con disturbi di personalità. Lingiardi, Filippucci, Baiocco (2005) hanno per esempio riscontrato come i pazienti schizoidi, schizotipici e paranoide (Cluster A), se confrontati con pazienti del cluster B e C, considerano più problematica la costruzione congiunta con il terapeuta delle strategie di lavoro. I pazienti del cluster B, rispetto a quelli dei cluster A e C, ricevono da parte del terapeuta una valutazione più negativa dell'alleanza. Al contrario, con pazienti dipendenti, evitanti e ossessivi-compulsivi, i terapeuti valutano in modo più ottimistico la qualità dell'alleanza instaurata.

vicinanza o disagio per la distanza fisica o psicologica da una figura di attaccamento), ma questi risultati sostengono la visione secondo cui la relazione terapeutica può essere compresa come una relazione intima, asimmetrica, carica emotivamente e mirata all'accudimento, in grado di attivare pattern di pensiero, sentimento, affetto, regolazione affettiva, ecc. legati all'attaccamento (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

8. Una delle dimensioni emerse (Sicuro/Impegnato) sembra descrivere non soltanto uno stile di attaccamento in cui il paziente si sente a proprio agio, sicuro, in grado di parlare liberamente delle proprie esperienze significative, ma anche una dimensione frequentemente descritta come alleanza di lavoro (Bradley, Heim, & Westen, 2005). Il fatto che gli item che compongono il fattore Sicuro/Impegnato descrivano sia un'alleanza positiva sia uno stile di attaccamento sicuro, sembra riflettere il fatto che alleanza e transfert coinvolgano processi cognitivi e affettivi simili che comportano l'attivazione di rappresentazioni, affetti, e strategie di regolazione affettiva basate sulla concordanza tra la relazione attuale e prototipi di relazioni passate (Westen, Gabbard, 2002). Dunque, "sebbene la distinzione tra alleanza di lavoro e transfert possa essere euristicoamente utile, il paziente sta in entrambi i casi rispondendo sulla base di una combinazione tra delle aspettative a priori e la situazione attuale" (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

Attaccamento: la Patient-Therapist Adult Attachment Interview

La PT-AAI (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001; George, Kaplan, & Main, 1996) è un'intervista semistrutturata, nata come adattamento dell'AAI, mirata a classificare gli stati della mente rispetto all'attaccamento dei pazienti nei confronti dei rispettivi terapeuti (e viceversa). Come l'AAI, la PT-AAI è indirizzata alla valutazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento e alle regole, cosce o inconscie, sviluppate dagli individui per organizzare l'esperienza, i pensieri e i sentimenti connessi all'attaccamento. A differenza dell'AAI, la PT-AAI valuta questi processi così come si evidenziano all'interno della relazione terapeutica, piuttosto che nella relazione con le figure di attaccamento. Lo strumento, così modificato, consente di comprendere e valutare come lo status dell'attaccamento può influenzare sia le dinamiche di transfert/controllotransfert (Dozier, Tyrrell, 1998; Fonagy, Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt 1991a; Fonagy, Steele, & Steele, 1991b, Holmes, 1995; Szajnberg, Crittenden, 1997) sia la qualità e la natura dell'alleanza terapeutica (Harris, 2003; Mackie, 1981; Slade, 1999).

Il protocollo è composto da 28 domande che seguono lo stesso ordine e formato delle domande dell'AAI (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001). Sono state effettuate tuttavia alcune necessarie modifiche nella formulazione delle domande per tener conto del diverso contesto di applicazione, cioè il setting terapeutico. La somministrazione dell'intervista prevede diverse fasi e domande, da generiche a specifiche. Al protocollo originale sono state aggiunte 12 domande, allo scopo di esplorare ulteriormente la relazione terapeutica nonché la capacità di riflettere su di essa⁸.

Come per la AAI, sulla base dei punteggi assegnati ai due gruppi di scale (scale dell'esperienza e scale della mente) a 9 punti, il trascritto viene assegnato ad una categoria. Nella PT-AAI, le scale valutano (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001):

- *Scale dell'esperienza*: nel sistema di *scoring* dell'AAI queste scale valutano le probabili esperienze dell'intervistato con le figure di attaccamento primarie; ciò che ora viene valutato da queste scale è l'esperienza nel setting terapeutico così come viene riferita dal paziente/terapeuta.
- *Scale dello stato della mente*: nell'AAI questo secondo gruppo di scale, su cui si basa in gran parte il tipo di classificazione assegnata, valuta lo stato della mente dell'intervistato rispetto all'attaccamento; nella PT-AAI queste scale vengono impiegate per classificare lo stato della mente del paziente nei confronti del terapeuta e viceversa.

La PT-AAI prevede anche dei punteggi per la funzione riflessiva (per la loro attribuzione si usa la Scala della Funzione Riflessiva; Fonagy, Steele, Steele, & Target, 1997)⁹. L'importanza di questa

⁸ "Secondo lei, il suo paziente/terapeuta come si sente nei suoi confronti?" e "Le capita di pensare al suo paziente/terapeuta al di fuori dal setting terapeutico?" sono degli esempi di tali domande aggiuntive.

⁹ L'AAI prevede una scala per la "capacità metacognitiva" (Main, Goldwyn, 1998). Ricordiamo che i costrutti "funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 2001) e "capacità metacognitiva" (Main, Goldwyn, 1998), spesso usati come sinonimi, in realtà condividono solo alcuni importanti aspetti. Come sottolinea Caviglia (2003, pp. 138-146) che non a caso parla di "una questione da dirimere", la Main usa il termine metacognizione soprattutto

scala, in particolare nel contesto terapeutico, è evidenziata dagli studi sulla mentalizzazione nello sviluppo di un attaccamento sicuro, sia nella relazione genitore-figlio sia in quella terapeuta-paziente (Fonagy, Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt 1991a; Fonagy, Steele, & Steele, 1991b; Fonagy *et al.*, 1996; Fonagy & Target, 2001; Slade, 2002).

Come per l'AAI, anche le interviste PT-AAI vengono trascritte interamente. La classificazione dei soggetti si serve di un adattamento del sistema di classificazione e assegnazione dei punteggi utilizzato nell'AAI, l'*Adult Attachment Scoring and Classification System* (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001). Le interviste, a seconda dei punteggi ottenuti nelle diverse scale, vengono assegnate ad una delle quattro classificazioni primarie, e fanno riferimento alla qualità della relazione d'attaccamento tra paziente e terapeuta: Sicuro/Autonoma, Preoccupato, Distanziante, Non Classificabile¹⁰ (vedi tabella 1).

Tabella 1. Classificazioni dello stato mentale utilizzate dalla PT-AAI (Diamond et al., 2003).

Stato della mente Sicuro/Autonoma (F)	<p>Pazienti: forniscono una descrizione credibile del terapeuta come base sicura durante il trattamento, o se anche quest'ultimo non rappresentasse tale base sicura, descrivono comunque la relazione in maniera coerente.</p> <p>Terapeuti: risultano sicuri/autonomi quando forniscono una descrizione credibile e coerente della relazione col paziente e dimostrano capacità di riflessione circa eventuali aspetti problematici della stessa, comprese le reazioni controtransferali. Terapeuti valutati come sicuri/autonomi hanno inoltre una forte fiducia nella loro capacità di funzionare come base sicura per i loro pazienti.</p>
Stato della mente Distanziante (D)	<p>I pazienti e i terapeuti vengono classificati come distanzianti quando dalle loro interviste emerge una negazione dei sentimenti legati all'attaccamento nella relazione terapeutica, che può al contrario venire idealizzata o svalutata. Nell'esposizione spesso vengono negate le imperfezioni del terapeuta/paziente, andando contro evidenze palesemente contraddittorie. Viceversa, può rivelarsi una svalutazione attiva della relazione terapeutica o della psicoterapia in generale. In queste interviste compaiono spesso delle affermazioni di indipendenza da o di non coinvolgimento con il paziente o terapeuta.</p> <p>Pazienti: descrivono la relazione in maniera moderatamente o fortemente idealizzante, senza portare a sostegno delle loro affermazioni esempi specifici o ricordi di passate esperienze positive.</p> <p>Terapeuti: descrivono la relazione col paziente come globalmente positiva senza fornire episodi specifici o descrivere delle esperienze concrete.</p> <p>Nelle interviste di entrambi emerge anche una constatazione delle difficoltà incontrate nel rapporto con l'altro, ma queste vengono ammesse in una maniera fredda e distaccata, o come un "dato-di-fatto" che denota la presenza di un coinvolgimento emozionale minimo.</p>
Stato della mente Preoccupato (E)	<p>Pazienti e terapeuti assegnati a questa categoria risultano eccessivamente coinvolti nel rapporto con l'altro e manifestano una preoccupazione nei confronti della relazione terapeutica che va oltre quello che può essere considerato come "normale" in psicoterapia. Le narrazioni circa l'esperienza vissuta durante il trattamento sono confusionarie e incoerenti. Possono mostrare un senso d'identità personale confuso e tendere ad organizzare la vita affettiva intorno all'interazione terapeutica.</p> <p>In casi estremi il paziente può esprimere la propria preoccupazione attraverso azioni distruttive e auto-distruttive, finalizzate alla sollecitazione di attenzioni da parte del</p>

nella sua accezione autovalutativa, con funzione di autoregolazione sui propri pensieri e affermazioni, di comprensione del punto di vista dell'altro ecc. Fonagy, invece, utilizza il termine in rapporto alle sue ipotesi sullo sviluppo psicologico del bambino e alla capacità autoriflessiva materna (in un'accezione quindi più interpersonale ed evolutiva piuttosto che valutativa e intrapersonale come fa la Main).

¹⁰ La categoria *non risolto* (U/D) non viene contemplata nel sistema di classificazione della PT-AAI. Questa categoria, a differenza delle altre, non risulta rilevante nel contesto terapeutico in quanto fa diretto riferimento alla presenza di eventuali non risoluzioni di eventi traumatici o perdite delle figure di attaccamento.

terapeuta e al tentativo di punire quest'ultimo per colpe immaginarie. I terapeuti classificati come preoccupati appaiono ipercoinvolti dal paziente e dai suoi progressi e si immergono nella vita emozionale dello stesso, andando contro le regole fondamentali per il mantenimento del setting; a volte esprimono la convinzione che la propria reputazione professionale dipenda dall'esito del trattamento.

Non classificabile (CC) Come avviene nell'AAI (Hesse, 1996). le interviste vengono valutate come CC quando il paziente o il terapeuta utilizzano nel corso dell'intervista due o più strategie discorsive indicative di stati mentali tra loro incompatibili (distanziante e preoccupata).

La PT-AAI può dunque essere considerata una "misura" del tipo di stato mentale rispetto alla relazione terapeutica sviluppato nella diade analitica. Partendo dall'equazione buona alleanza=base sicura, la PT-AAI può essere considerata allo stesso tempo un'applicazione empirica in grado di dare sostanza quantitativa all'idea bowlbyana di "base sicura" ed anche uno strumento di rilevazione del tipo di alleanza instaurata. Va da sé che l'aspetto più rilevante è che la PT-AAI tiene conto e fornisce informazioni su entrambi i partecipanti, mostrando come lo stato della mente rispetto alla relazione terapeutica sia il risultato dell'incontro tra gli stili relazionali del paziente e del terapeuta (vedi anche De Bei, 2006; Lingiardi & De Bei, 2007; Speranza, 2006).

Qualità dei contributi del paziente e degli interventi del terapeuta: Le Analytic Process Scales e l'Adjustment Ratio

Si tratta di due strumenti nati per la valutazione del processo. Le *Scale per il processo analitico* (APS; Scharf, Waldron, Firestein, Goldberger, & Burton, 1999-2003) sono uno strumento nato per valutare i contributi del paziente e del terapeuta allo stabilirsi e al progredire di un *processo analitico* nei diversi tipi di psicoterapia. Le APS si compongono di 36 scale, 14 del paziente, 4 del rater e 18 del terapeuta. Ogni scala è suddivisa in 5 punti, da 0 a 4, e valuta una dimensione diversa e indipendente delle comunicazioni verbali e non verbali di paziente e terapeuta. Presupposto per la valutazione con le APS è il possesso di audio o videoregistrazioni da cui ricavare i trascritti delle sedute.

Pur essendo uno strumento metodologicamente innovativo, le APS si pongono in linea con quegli strumenti che cercano di valutare il processo terapeutico nella convinzione che non sia sufficiente stabilire se una terapia abbia avuto successo o meno, e neppure se sia di stampo analitico o meno. I presupposti delle APS riguardano la necessità di individuare le caratteristiche dei contributi di paziente e terapeuta *che si dimostrano correlate all'outcome* e di pensare al *carattere analitico di una terapia in termini dimensionali più che categoriali* (Kernberg, 2004; Thomä & Kächele, 1987; Wallerstein, 1986). In altri termini, le APS cercano di rispondere fondamentalmente a due domande:

1. Quali sono i fattori di paziente e terapeuta alla base del successo o del fallimento di un processo terapeutico?
2. In che misura in una data terapia si osserva lo stabilirsi di un processo di tipo analitico?

Dal punto di vista empirico, le APS si ispirano ad alcuni strumenti costruiti in precedenza per valutare il processo analitico o dimensioni analitiche del lavoro psicoterapeutico. Tra questi strumenti possiamo citare le *Vanderbilt Psychotherapy Process Scales* (VPPS; O'Malley, Suh, & Strupp, 1983), il *Core Conflict Relational Theme* (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1998), il *Therapist Verbal Intervention Inventory* (TVII; Koenigsberg et al., 1985), lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones & Windolz, 1990), l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996), la *Computerized Referential Activity* (CRA; Mergenthaler & Bucci, 1997) e la *Psychodynamic Intervention Rating Scale* (PIRS; Cooper & Bond, 1992; Milbrath et al., 1999). Le APS sono corredate di un ampio manuale di codifica che fornisce istruzioni dettagliate per procedere alla segmentazione della seduta, una definizione precisa ed una spiegazione dettagliata

di ogni scala e del modo in cui essa si applica, degli esempi di contributi valutati 0, 2 e 4 per ogni scala. L'*interrater reliability* relativa alla segmentazione oscilla attorno all' 80% anche in assenza di training. Con un training addizionale, il livello di accordo relativo alla segmentazione ha raggiunto il 95% con una kappa di .86 (Waldron et al., 2004a; Waldron, Scharf, Hurst, Firestein, & Burton 2004b). Quella relativa alle siglature delle scale è in genere abbastanza buona, attestandosi a una media di .82 per le scale del paziente e di .71 per quelle del terapeuta (Waldron & Helm, 2004). È importante consultare il manuale tutte le volte che si procede alla siglatura di un segmento; una volta presa confidenza con il manuale, la siglatura di una seduta media richiede meno di un paio d'ore. Vediamo più in dettaglio le variabili misurate dalle diverse scale.

Per quanto riguarda i contributi del paziente, le APS permettono di valutare, attraverso 14 scale:

- 1-2) con quanta chiarezza il/la paziente comunica esperienze che permettono al valutatore di delineare i suoi *conflitti* sia all'interno sia all'esterno della situazione terapeutica;
- 3-4) quanto il/la paziente riesce a *riflettere su di sé* in un modo che promuova la sua autocomprensione sia in relazione al terapeuta sia in contesti extraterapeutici;
- 5-6) quanto i *sentimenti* del/la paziente contribuiscano alla percezione che il valutatore ha della sua esperienza nel segmento, sia in relazione al terapeuta e alla situazione terapeutica, sia rispetto ad altre situazioni;
- 7) quanto il/la paziente parli di *argomenti romantici o sessuali*;
- 8) quanto parli o manifesti la propria *assertività, aggressività e ostilità*;
- 9) quanto consideri le proprie *esperienze/espressioni emotive* come qualcosa di *problematico*;
- 10) quanto faccia riferimento al proprio *sviluppo*;
- 11) con che frequenza appaiano problematiche connesse all'*autostima*;
- 12) quanto risponda in modo *terapeuticamente utile* all'intervento del terapeuta;
- 13) quanto le sue *comunicazioni* siano *psicologicamente continue* rispetto a quelle fatte in precedenza nella stessa seduta o in sedute precedenti;
- 14) quale sia la *produttività terapeutica globale* del suo contributo.

Ci sono poi 4 scale che il rater deve utilizzare con gli interventi del terapeuta per valutare in che misura, a suo parere, sarebbe stato opportuno intervenire:

1. con un incoraggiamento all'elaborazione,
2. con una chiarificazione,
3. con un'interpretazione,
4. con un intervento di sostegno.

Infine, le APS presentano 18 scale da applicare ai contributi del terapeuta per valutare in che misura il/la terapeuta:

1. incoraggi l'elaborazione nel segmento,
2. chiarifichi,
3. interpreti,
4. proponga un intervento di sostegno,
5. proponga un intervento centrato sulle difese,
6. sia centrato sulla relazione terapeutica,
7. sia centrato sui conflitti,
8. tratti argomenti romantici o sessuali,
9. tratti i temi dell'assertività, dell'aggressività e dell'ostilità del paziente,
10. sia centrato sullo sviluppo del paziente,
11. sia centrato sulle problematiche di autostima del paziente,
12. proponga un intervento confrontativo,
13. proponga un intervento influenzato o plasmato dai suoi sentimenti,
14. proponga un intervento amichevole,
15. proponga un intervento ostile,
16. proponga un intervento che segue il focus psicologico immediato del paziente,
17. proponga un intervento continuo rispetto agli interventi fatti in precedenza nella stessa seduta o in sedute precedenti,
18. proponga un intervento che può essere considerato un buon intervento.

I primi risultati dell'applicazione delle APS allo studio del processo di tre psicoterapie analitiche (Waldron et al., 2004a; Waldron, Scharf, Hurst, Firestein, & Burton 2004b) mettono in evidenza che la produttività terapeutica globale delle comunicazioni del paziente presenta una correlazione parziale (cioè indipendente dal valore assunto da tutte le altre variabili) positiva e significativa ($r = .44$ con $p < .05$) con la qualità degli interventi fatti dal terapeuta nel segmento immediatamente precedente. In altri termini, è possibile formulare l'ipotesi che interventi di buona qualità del terapeuta favoriscano una migliore partecipazione del paziente alla terapia. L'ipotesi implicita in questi studi, che va ancora verificata empiricamente, è che la produttività terapeutica globale dei segmenti del paziente sia correlata in modo positivo e significativo a un outcome positivo della terapia.

Risultati preliminari ottenuti utilizzando le APS indicano come (Gazzillo & Lingiardi, 2006):

1. La *qualità dei contributi del terapeuta* è correlata in modo positivo e significativo con la *produttività* delle comunicazioni immediatamente successive *del paziente* ($r = .35$, $p < .001$).
2. La *qualità dei contributi del terapeuta* è correlata in modo positivo e significativo con la *qualità* delle comunicazioni immediatamente successive *del paziente* ($r = .74$, $p < .001$).
3. Questa relazione resta positiva e significativa anche se si esclude l'influenza degli altri fattori di paziente e terapeuta ($.28$, $p < .001$).
4. La *qualità degli interventi del terapeuta* può essere pensato come un predittore della *qualità dei contributi successivi* del paziente ($F = 928,23$, $p < .001$; $r^2 = .54$).
5. La *qualità delle comunicazioni del paziente* è correlata in modo positivo e significativo sia con l'alto funzionamento della SWAP sia con il *livello di difensività globale* del paziente misurato con la DMRS ($r = .64$, $p = .03$).

L'*Adjustment Ratio* (d'ora in poi AR) degli interventi del terapeuta rispetto al funzionamento difensivo del terapeuta (Despland, De Roten, Despars, Stigler, & Perry, 2001) può essere considerata una metodologia d'indagine (più che uno strumento vero e proprio) volta ad indagare la qualità degli interventi del terapeuta, intesa come adeguatezza degli interventi del terapeuta rispetto al livello di funzionamento difensivo del paziente. Secondo tale metodologia l'espressività degli interventi del terapeuta viene rapportata al livello di funzionamento difensivo del paziente. La forza di tale metodologia a nostro avviso è riassumibile in due punti:

- 1) gli autori non hanno creato un nuovo ed ennesimo strumento per valutare gli interventi del terapeuta¹¹ bensì sono riusciti a combinare in modo creativo le valutazioni compiute con strumenti già a disposizione quali la *Defense Mechanism Rating Scale* per la valutazione del funzionamento difensivo del paziente (Perry, 1990) e la *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (Cooper & Bond, 1992) per la valutazione degli interventi del terapeuta;
- 2) l'AR rappresenta il tentativo di superare una logica esclusivamente "quantitativa" per lo studio dei fattori specifici del terapeuta avvicinandosi ad una logica di tipo qualitativo¹² attraverso lo studio congiunto di una variabile del terapeuta (gli interventi) e di una variabile del paziente (livello di funzionamento difensivo) in relazione ad una variabile della coppia paziente/terapeuta (alleanza terapeutica).

Per calcolare l'AR degli interventi secondo la metodologia proposta da Despland è necessario innanzitutto compiere una valutazione del funzionamento difensivo del paziente attraverso la DMRS e degli interventi del terapeuta mediante la PIRS.

La DMRS divide le difese del paziente in 7 categorie gerarchicamente ordinate dal livello 1 (Difese altamente immature) al livello 7 (alto-livello difensivo). In maniera analoga, Despland ha ordinato gli interventi terapeutici descritti nella scala PIRS secondo il livello d'espressività degli interventi stessi.

Questa scala gerarchica chiamata ESIL (Espressive Supportive Intervention Level) ordina gli interventi del terapeuta su 7 livelli dal più supportivo – livello 1 – al più espressivo – livello 7.

¹¹ Per una discussione sulla proliferazione di strumenti di valutazione nell'ambito della ricerca in psicoterapia rimandiamo a Dazzi (2006).

¹² Per un approfondimento critico rispetto alle metodologie d'indagine sui fattori specifici e in particolare sugli interventi del terapeuta rimandiamo a Colli (2006).

Interventi	ESIL (PIRS)	ODF (DMRS)
Interpretazione di transfert	7	7 Mature
Interpretazione difese (livelli 3-5)	6	6 Ossessive
Interpretazione difese (livelli 1-2)	5	5 Altre nevrotiche
Domande, Chiarificazioni, Strategie work-enhancing	4	4 Narcisistiche
Riflessione	3	3 Diniego
Strategie supportive Arrangement di contratto	2	2 Borderline
Associazioni, Acknowledgment	1	1 Acting

L'AR degli interventi del terapeuta si ottiene rapportando il livello medio d'intervento espressivo-supportivo del terapeuta (ESIL) con il Livello Generale di Funzionamento Difensivo del paziente (ODF):

Expressive-Supportive Intervention Level

AR =

Overall Defensive Functioning

Il livello di AR sembra esser risultato in relazione al livello dall'alleanza terapeutica (Despland, De Roten, Despars, Stigler, & Perry, 2001) ma anche ai processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica (Colli & Lingiardi, 2006). In particolare ci sembra importante segnalare come il livello di AR sembra correlarsi in modo significativo non solo all'alleanza terapeutica nel suo insieme ma anche al livello dall'alleanza del terapeuta (Colli, Di Meo, Di Pumpo, & Lingiardi, 2006). In questi termini l'AR potrebbe essere considerato anche un indicatore della capacità del terapeuta di sintonizzarsi con il paziente e con le sue risorse.

Le rotture e riparazioni nell'alleanza: l'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica-R

L'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica IVAT (Colli & Lingiardi, 2002; Colli & Lingiardi, 2005) nella sua versione attuale IVAT-R si compone di due scale principali, una dedicata alla valutazione delle comunicazioni del paziente, l'IVAT -P, ed una dedicata alla valutazione delle comunicazioni del terapeuta, IVAT - T. L'IVAT - P permette di valutare il contributo del paziente alla relazione terapeutica sia in termini quantitativi che qualitativi. A livello qualitativo la scala prevede la classificazione e individuazione di tre tipologie differenti di comunicazioni da parte del paziente: i marker di rottura diretti (MD), i marker di rottura indiretti (MI) e i processi collaborativi (PC). Con l'espressione "marker di rottura" ci riferiamo a quegli aspetti (comportamenti, parole, ecc) che possono essere indicativi/predittivi di una rottura più o meno manifesta o comunque di un disagio da parte del paziente rispetto alla terapia e/o alla relazione con il terapeuta. I markers diretti (MD) sono comunicazioni esplicite, dirette, confrontative, mentre quelli indiretti (MI) sono manifestazioni non esplicite e di ritiro dalla relazione terapeutica.

Esempi di MD sono quando il paziente comunica la propria sfiducia rispetto al processo terapeutico e alle sue possibilità di cambiamento, quando attacca verbalmente il terapeuta in riferimento alla sua competenza, alle sue qualità umane ecc. Esempi di MI sono quando il paziente

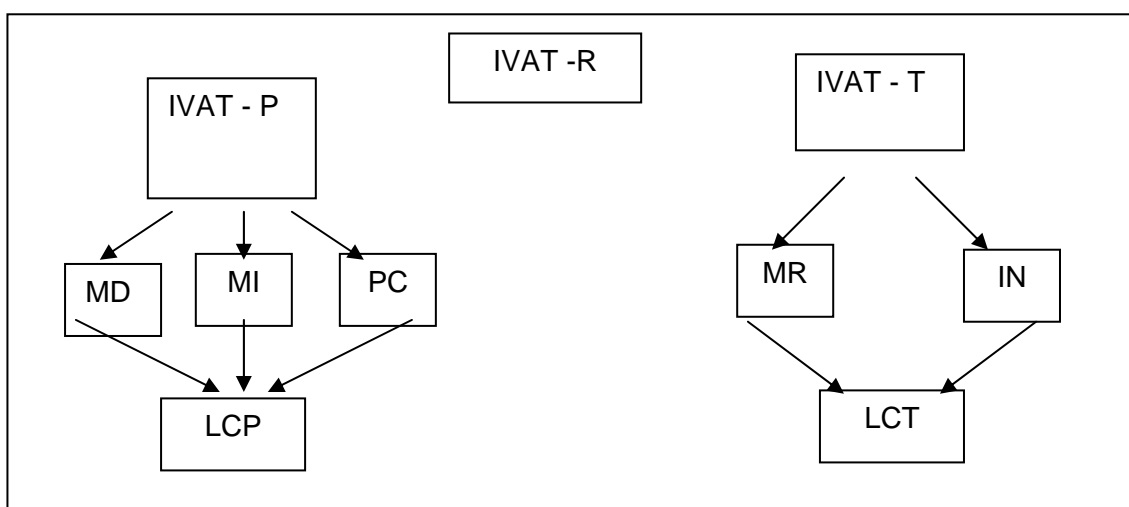
cambia visibilmente argomento per evitare di approfondire tematiche angosciose, quando si dilunga su argomenti non significativi per la terapia.

I PC sono comunicazioni del paziente che non ostacolano il processo terapeutico e che possono in vario modo contribuire positivamente ad esso, in particolare alla costruzione e/o al mantenimento di un adeguato livello di collaborazione con il terapeuta.

In termini quantitativi, le comunicazioni del paziente vengono valutate secondo un continuum collaborazione/non collaborazione attraverso una scala Likert a 7 punti (denominata scala LCP – ovvero scala livello collaborazione paziente) con un ramo positivo e un ramo negativo. Attraverso la scala IVAT – T sono valutati gli interventi del terapeuta che vengono suddivisi in due grandi categorie: gli interventi di risoluzione – siglati MR – che contribuiscono al mantenersi o costituirsi dell'alleanza con il paziente, e gli interventi negativi – siglati IN – che contribuiscono in termini negativi al processo e alla relazione terapeutica. I MR possono essere tentativi del terapeuta di esplicitare markers di rottura indiretti del paziente oppure risposte empatiche volte a facilitare nel paziente l'espressione di sentimenti negativi nei confronti del terapeuta; possono essere interventi mirati a spostare l'attenzione del paziente sul qui e ora della relazione, interventi di chiarificazione o confrontazione, o semplicemente di mantenimento di una buona alleanza.

Gli IN sono interventi del terapeuta che sembrano contribuire in modo negativo al processo. Per esempio consideriamo IN quando il terapeuta sembra in competizione con il paziente, oppure appare confuso rispetto alle strategie da adottare, o si esprime in modo oscuro o incomprensibile, ecc.

Gli interventi del terapeuta sono valutati anche in termini quantitativi a seconda del loro livello di collaborazione con la scala Livello Collaborazione Terapeuta – Scala LCT –, anch'essa a sette punti con un ramo positivo ed uno negativo. Rispetto alla prima versione della scala, l'IVAT permette ora di valutare anche i contributi positivi del paziente al processo terapeutico e i contributi negativi del terapeuta¹³.



La creazione di un nuovo strumento per la valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti di sedute o colloqui nasce sia dall'esigenza di avvicinarsi al costrutto attraverso una visione meno statica (l'IVAT-R non valuta solo l'alleanza terapeutica nel suo insieme, ma anche il processo che porta alla sua formazione e alla sua rottura), sia dalla necessità di studiare ad un livello microanalitico il "ritmo" della relazione terapeutica in linea con i modelli teorici di stampo relazionale, intersoggettivista e cognitivo-interpersonale (Aron, 1996; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000; Safran & Segal, 1990; Stern, 2004). L'attenzione al testo e all'indagine

¹³ I primi dati relativamente all'attendibilità e alla validità convergente della scala mostrano dei livelli di accordo tra giudici abbastanza buoni (ICC medio .72 scala LCP; .73 scala LCT) (Colli & Lingiardi, 2005) e una forte correlazione con la scala Bond del *Working Alliance Inventory* (Colli & Lingiardi, 2005).

microanalitica grazie allo studio del testo ricalca infatti l'enfasi odierna sul dialogo e l'influenza reciproca (Beebe & Lachmann, 2002; Siegel, 2002).

In conclusione

In questo contributo abbiamo cercato di scomporre, servendoci della presentazione di alcuni strumenti di ricerca, gli elementi costitutivi la relazione terapeutica.

È però necessaria una precisazione. Da quando abbiamo iniziato a studiare la psicoterapia per poterla validare empiricamente, gli sforzi dei ricercatori si sono rivolti prevalentemente alla creazione di strumenti per la ricerca più che alla ricerca in sé (Kiesler, 1973). Da qui la preoccupante proliferazione di strumenti di ogni tipo e per ogni costrutto, strumenti spesso utilizzati per una sola ricerca ed esclusivamente a livello locale (Dazzi, 2006).

In un contributo come quello che avete appena letto, dove gli strumenti di ricerca sono il focus della discussione, si corre il rischio di trasmettere l'idea di un'identificazione tra l'oggetto di studio (la psicoterapia) e gli strumenti impiegati per studiarla. La nostra, però, non vuole essere una "lista della spesa" (ecco gli strumenti da utilizzare), ma una proposta più di tipo metodologico (quali strumenti? Come combinarli/integrarli tra loro?) ancorata e, insieme, rivolta ad una ridefinizione di tipo concettuale del costrutto "alleanza terapeutica" (Horvath, 2005).

Il nostro approccio multistrumentale - che combina strumenti per studiare costrutti correlati (transfert, controtransfert, attaccamento, ecc), su materiali (questionari, trascritti) e con vertici di osservazione differenti (osservatore, terapeuta, paziente) - vuole essere un modo per rendere conto della multidimensionalità della relazione terapeutica.

Con tale approccio, inoltre, possiamo studiare congiuntamente gli elementi tecnici (cfr. APS, Adjustment Ratio) e quelli più "specificamente" relazionali (processi di rottura e riparazione, controtransfert, ecc.). Le variabili relazionali e personali dei partecipanti alla relazione sono peraltro fattori indispensabili per la comprensione di come avviene la "gestione" dei fattori tecnici. In altre parole, se la letteratura indica un' "interdipendenza dei fattori tecnici e relazionali", allora è più semplice pensare che "il significato di ogni fattore tecnico può essere compreso solo nel contesto relazionale in cui viene applicato" (Safran & Muran, 2001, p. 166). Con qualche cautela in più, ma sostanzialmente dello stesso avviso, è anche Horvath (2005, p. 6): "forse, con il progredire del dialogo tra il livello concettuale e quello empirico, saremo in grado di andare oltre l'attuale dicotomia tra elementi relazionali vs. elementi tecnici, per giungere a comprendere la relazione e gli interventi come reciprocamente co-determinati".

All'interno di un contesto relazionale, i fattori tecnici possono essere intesi come emergenti dalla relazione terapeutica - avvicinando ancora di più le dimensioni soggettiva e tecnica della relazione. In breve, interventi qualitativamente "buoni" saranno il risultato di una relazione qualitativamente "buona" e viceversa.

Infine, contestualizzare empiricamente i fattori tecnici all'interno della relazione terapeutica significa studiare non più solo il paziente, ma anche il terapeuta, la sua personalità, il suo modo di partecipare alla relazione, di comportarsi ecc (Colli, 2006). Anche a livello empirico, il terapeuta non è più considerato una "costante", ma una variabile vera e propria, responsabile in buon parte delle differenze (o somiglianze) dei risultati delle terapie.

Il terapeuta torna "protagonista" non solo perché anche lui/lei al centro dell'indagine empirica nello studio della relazione terapeutica, ma anche perché strumento, attraverso il giudizio clinico, della ricerca (si vedano il questionario sul controtransfert presentato in questo contributo, o i sistemi di valutazione della personalità come la SWAP 200 che utilizzano il clinico come fonte d'informazione).

Una certa "povertà di risultati" che ha a lungo caratterizzato la ricerca in psicoterapia non è conseguenza di problematiche solo metodologiche, ma anche dialogiche, intendendo con queste la necessità di una maggior integrazione (collaborazione) tra i tre ambiti concettuale, clinico ed empirico, attraverso i quali può essere studiata non solo la relazione terapeutica, ma la psicoterapia nel suo complesso. Il modo in cui variabili intermedie, per esempio il tipo di attaccamento tra paziente e terapeuta, la gestione degli interventi tecnici, il rapporto tra questi e l'uso che ne fa il paziente ecc., interagiscono tra loro nel determinare la qualità osservata della relazione rappresenta un elemento centrale non solo per comprendere come si forma l'alleanza,

ma anche per fornire un quadro concettuale coerente in cui leggere e interpretare i dati empirici oggi disponibili.

Bibliografia

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23,1–33.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (tr. it. *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization Based Treatment*. New York: Oxford University Press (tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2006).

Beutler, L.E., Moliero, C., Malik, M., & Harwood, T.M. (2000). *The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: first results*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, IL, 21-24 June.

Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (tr. it. *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Beneke, C., Peham, D., & Banninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 81-90.

Betan, E., Heim, A., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 890-898.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 16, 252-260.

Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: an empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

Caviglia, G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia*. Roma: Carocci.

Casey, L.M., Oei, T.P.S, & Newcombe, P.A. (2005). Looking beyond the negative: a time period analysis of positive cognition, negative cognition and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 55-68.

Castonguay, L.G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P.J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 497-504.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 271-279.

Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Gli interventi psicologici validati empiricamente: Controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 5-46 (trad. it.). (and retrieved from <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/chamb198.htm>).

Colli, A. (2006). La ricerca sugli interventi del terapeuta. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 369-388). Milano: Raffaello Cortina.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2002). Indice di valutazione dell'alleanza terapeutica. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica e ricerca* (pp.211-223). Milano: Raffaello Cortina.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2005). Valutare i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica: l'IVAT-II. Paper presented at the meeting: *V Convegno SPR Italia*, San Benedetto del Tronto, Italy, 16-18 September 2005.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2006). Therapist's interventions adjustment ratio and relational failures: A pilot study on the way therapist breaks the alliance. Paper presented at the 37th International Meeting "From research to practice" of the Society for Psychotherapy Research" Edinburgh, Scotland, 21-24 June 2006.

Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., De La Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.

Costantino, M. J., Arnow, B.A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203–211.

Constantino, M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: a flagship for the 'scientist-practitioner' model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp.81-131). Boston: Allyn & Bacon.

Cooper, M., & Bond, S. (1992). *Psychodynamic Interventions Rating Scale*. Unpublished Manuscript.

Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 3-27). Milano: Raffaello Cortina.

De Bei, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp.505-534). Milano: Raffaello Cortina.

Despland, J.N., De Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10 (3), 155-64.

Diamond D., Clarkin J.F., Stovall K.C., & Levy K.N. (2001). *Scoring System for the Patient-Therapist Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript.

Diamond D., Clarkin J.F., Stovall-McClough C., Levy K.N., Foelsch P.A., Levine H., et al. (2003). Patient-Therapist attachment: impact on the therapeutic process and outcome. In M. E. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 179-203). London: Whurr Press.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.) (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.

Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationship. In J.A., Simpson & W.S., Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York: Guilford Press.

Fonagy, P. (2001). Attachment theory and psychoanalysis, New York: Other Press (tr. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).

Fonagy, P., Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991b). Maternal Representation of Attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). *Reflective-Functioning Manual: Version 4.1. For Application to the Adult Attachment Interviews*. Unpublished manuscript.

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

Freud S. (1912). Zur dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für psychoanalyse*, 2 (4), 167-73 (trad. it. (1974) Dinamica della traslazione, In *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, Vol. VI, pp. 523-531).

Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2006). *Valutazione multistrumentale di processo ed esito delle psicoterapie: Qualità degli interventi di paziente e terapeuta, modifiche nell'assetto delle difese e cambiamento della personalità*. Paper presented at the national meeting nazionale AIP, sezione di psicologia clinica, Rovereto, Italy, 15-17 September 2006.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview Protocol*. Unpublished manuscript.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press (tr. it. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986).

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Harris, T. (2003). Indication of attachment theory for developing a therapeutic alliance and insight in psychoanalytic psychotherapy. In M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and psychoanalytic process* (pp. 62-91). London: Whurr Press.

Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (2006). How to return a theory could help alliance research. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 292-299.

Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L. S. Greenberg, (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.

Hesse, H. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emergency of cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.

Holmes, J. (1995). Something there is that does not love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinic Perspectives* (pp. 19-45). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Horvat, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.

Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37-70). New York: Oxford.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Horwitz, L.M., Gabbard, G.O., & Allen, J.T. (1996). *Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patients*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (tr. it. *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano, 1998).

Jones, E.E., & Windolz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1016.

Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common therapy, factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184 –188.

Kernberg, O.F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. London: Yale University Press (tr. it. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività*, Raffaello Cortina, Milano, 2006).

Kiesler, D.J. (1973). *The Process of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Haas, G., Lotterman, A., Rockland, L., & Selzer, M. (1985).

- Development of a scale for measuring techniques in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 424-431.
- Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: outline of a systematic approach. *Psychoanalytic Study of the Child*, 86-113.
- Lambert, M.J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (2005). Rotture nell'alleanza: Una lettura sistemico-diadica. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (2), 81-100.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (in press). Una proposta di integrazione delle variabili relazionali nella ricerca empirica in psicoterapia. In S. Salvatore & G. Nicolò (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Materiali di studio e prospettive dal contesto italiano*. Roma: Carlo Amore.
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2003). Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale, scienze umane*, 38, 178-217.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (12), 45-53.
- Liotti, G. (2005). *La natura interpersonale della coscienza* (2nd ed.). Roma: Carocci.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunnel/Mazel.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mackie, A.J. (1981). Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 201-212.
- Main M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment scoring and classifications system*. Unpublished scoring manual.
- Martin, D.J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Psychology*, 68, 438-450.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non verbal representations: Computer Analysis Activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 339-354.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H.J., Horowitz, M.J., & Perry, J.C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of psychotherapy and practice research*, 8 (1), 40-54.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. London: Harvard University Press (tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Verso un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993).
- Mitchell, S.A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York: The Analytic Press (tr. it. *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).
- Norcross, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: New York.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (2005) (Eds). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: American Psychological Association (tr. It. *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*, Giusti, Milano, 2006).
- O'Malley, S.S., Suh, C.S., & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51,

581-586.

Perry, J.C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) (2002), *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.

Piper, W.E., Ogradniczuck, J.S., Joyce, A.S., & McCullum, M. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretative individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36 (2), 114-122.

Ponsi, M. (2002). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In V. Lingiardi, *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca* (pp.63-87). Milano: Raffaello Cortina.

Robinson, L.A., Berman, J.S., & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press (tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Roma-Bari, 2003).

Safran, J.D., & Muran, J.C., (2006). Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 286-291.

Safran, J.D, Muran, J.C., Samstag L.S., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp.235-244). New York: Oxford University Press.

Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

Scharf, R.D., Waldron jr, S., Firestein, S.K., Goldberger, M., & Burton, A.M. (1999-2003). *The Analytic Process Scales (APS) Coding Manual*. Unpublished manuscript.

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, M., & Tommeras, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 103-117.

Siegel, D.J. (2002). Foreword. In L. Cozolino (Ed.). *The neuroscience of Psychotherapy: building and rebuilding the human brain* (pp. IX-XII). New York-London: Norton & Company.

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for theory and practice of individual Psychotherapy. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford Press (tr. it. *Teoria dell'attaccamento e ricerca clinica: implicazioni per la teoria e la pratica della psicoterapia individuale con adulti*. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Giovanni Fioriti, Roma, 2002, pp.652-673).

Slade, A. (2002). Moments of Regulation and the development of self-narratives. *Journal of Infant, Child, and Adult Psychotherapy*, 2, 1-10.

Speranza, A. M. (2006). La valutazione dell'attaccamento della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 539-566). Milano: Raffaello Cortina.

Sterba, R. (1934). Il destino dell'lo nella terapia analitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 28 (2), pp. 109-118 (trad. it.).

Stern, D.N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton & Company (Tr. it. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina, Milano, 2005).

Szajnberg, N.M., & Crittenden, P.M. (1997). The transference refracted through the lens of attachment. *Journal of the America Academy of Psychoanalysis*, 25 (3), 409-438.

Thomä, H., & Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic Practice* (Vol. 1). New York: Springer Principles.

Waldron, S., & Helm, F.L. (2004). Psychodynamic features of two cognitive-behavioural and one psychodynamic treatment compared using the Analytic Process Scales. *Canadian Journal of*

Psychoanalysis, 12 (2), 346-368.

Waldron, S., Scharf, R.D., Crouse, J., Firestein, S.K., Burton, A., & Hurst, D. (2004a). Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1079-1125.

Waldron, S., Scharf, R.D., Hurst, D., Firestein, S.K., & Burton, A. (2004b). What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *International Journal of Psychoanalysis*, 85 (2), 443-466.

Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah NJ: Erlbaum.

Westen, D. (2000). *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*. Unpublished manuscript.

Westen, D., & Gabbard, G.O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 53-98.

Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). Lo statuto empirico delle psicoterapie empiricamente validate: Assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39 (1), 7-90 (Tr. It.).

Westen, D., Shedler, J., & Lingiardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Zetzel, E.R. (1958). *Basic concepts of psychoanalytic psychoatry*. (trad. it. *Psichiatria Psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976).

Zittel, C., & Westen, D. (2003). *The countertransference questionnaire*. Unpublished manuscript.