

La storia di Sara: osservazioni cliniche e di ricerca sul processo di cambiamento in un percorso di psicoterapia time-limited

ELISABETTA MUSI, BARBARA SIMONELLI, SIMONA FASSINA, FILIPPO RUTTO, SILVANA LERDA, ANDREA FERRERO

Summary – SARA'S CLINICAL CASE: CLINICAL AND RESEARCH OBSERVATIONS ON THE CHANGE PROCESS IN A TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPY. The process of change has been guiding research in the psychological field for some decades now. In particular, what stimulates the researchers are the reflection between outcome and process indicators within the psychotherapy pathways and the identification of the factors that determine the change. A process-outcome research on psychotherapies, conducted according to the theoretical-methodological model of the SB-APP, Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, was started at the Psychotherapy Unit of Settimo T.se - ASL TO4 Piedmont Region, a research that is still being published. The many measurement instruments used in this research, some clinician-reports and other patient-reports, have explored different clinical constructs: symptomatology, levels of psychopathological functioning (PFLs), mentalization abilities, therapeutic alliance, quality of countertransference and analysis of the technical instruments used in the different sessions of the therapy. The compilation of these scales, administered at intervals of 5 or 10 sessions, compiled by both the patient and the therapist, made it possible to detect not only the outcomes of the process, but also to observe some aspects of the psychotherapeutic process. This article proposes the clinical history of Sara and her psychotherapy, which is part of the larger research sample, with reference to the naturalistic/observational methodology of conducting a single-case study.

Keywords: SB-APP - SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, PROCESS-OUTCOME RESEARCH, SINGLE-CASE STUDY, PFL - PSYCHOPATHOLOGICAL FUNCTIONING LEVELS, CAMBIAMENTO IN PSICOTERAPIA

I. Introduzione

In questo lavoro clinico e di ricerca viene presentata l'analisi naturalistica / osservazionale del trattamento psicoterapeutico di Sara, una giovane paziente con Disturbo Borderline di Personalità, che fa parte di un campione di pazienti inseriti in una ben più ampia ricerca process-outcome, attualmente in fase di pubblicazione, condotta presso l'Unità di Psicoterapia e Centro DPAA Centro Integrato per la Prevenzione e il

Trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza e dell'Età Adulta ASL TO4 (Settimo T.se TO, Resp. Dr.ssa Silvana Lerda) e presso l'Unità di Prevenzione e Terapia dei Disturbi di Personalità ASL TO3 (Pinerolo TO, Resp. Dr. Sergio Laguzzi), con la preziosa collaborazione del Prof. Antonello Colli e della Dott.ssa Giulia Gagliardini dell'Università Carlo Bo di Urbino e del Prof. Salvo Gullo dell'Università degli Studi di Palermo, ed infine con il coordinamento e la supervisione del Dr. Andrea Ferrero.

Questa ricerca process-outcome, avviata nel 2018, ha visto il reclutamento di 79 pazienti, con disturbi di personalità di differente livello di gravità e con diversi livelli di funzionamento psicopatologico, seguiti complessivamente da 24 terapeuti di diversi orientamenti teorico-metodologici e differenti gradi di esperienza nella conduzione della psicoterapia.

Tutti i pazienti sono stati trattati con la tecnica psicoterapeutica della SB-APP, Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, psicoterapia psicodinamica ad orientamento adleriano, con setting a tempo limitato – 40 sedute per ogni ciclo di trattamento – e con moduli ripetibili fino ad un massimo di 3 cicli condotti da terapeuti differenti [10, 12, 17], adeguatamente formati e/o informati in merito a questa tecnica di trattamento. Obiettivo generale della ricerca è osservare più da vicino “cosa accade” durante le psicoterapie con pazienti con disturbi di personalità gravi, in ordine agli esiti ottenuti.

In questo lavoro, inizialmente viene posta una riflessione sul concetto di cambiamento in psicoterapia, inteso sia come processo e movimento, sia come esito, e come la ricerca in psicoterapia si è mossa nella sua esplorazione [8, 28].

Cambiamento è anche l'arricchimento e l'evolversi degli stessi riferimenti teorici; la Psicologia Individuale, nel rispetto delle solide fondamenta teoriche e metodologiche rispetto alla teoria della tecnica psicoterapeutica [2, 3, 30], ha al suo interno trasformazioni e proposte di approcci teorico-metodologici originali: è in quest'ottica che si inseriscono le APPs [10, 11, 13, 14, 15], anche nella loro declinazione time-limited [5, 9, 12, 16, 18].

Trattandosi di uno studio naturalistico / osservazionale di un single-case, parte di questo lavoro è dedicata alla descrizione dei diversi costrutti clinici osservati e analizzati, agli strumenti di rilevazione e alla metodologia utilizzati. La storia clinica di Sara ed il racconto del suo percorso psicoterapeutico permettono infine di cogliere i movimenti della paziente all'interno della relazione terapeutica.

Allo stesso modo, tali dinamiche possono essere facilmente osservate in relazione alle auto-valutazioni della paziente nel corso della terapia e ai cambiamenti rilevati per ciascuno dei costrutti osservati. Proprio la presentazione di questi dati mostra ‘cosa accade’ durante una psicoterapia, e su quanti livelli differenti possa essere descritto il cambiamento clinico.

II. Il cambiamento in psicoterapia: aspetti teorico-metodologici e prospettive di ricerca

Ogni psicoterapia ha lo scopo primario di cura del paziente, intendendo da un lato offrire sollievo sintomatologico, dall'altro promuovere un funzionamento personologico più adattivo, permettendo al paziente, con le parole di Rovera “nuove possibilità di libertà” [30]. Ciò sottende inevitabilmente un cambiamento, seppur minimo, in qualche direzione.

Il processo del cambiamento è attualmente ciò che guida maggiormente i clinici in ambito di ricerca. L'interesse principale è, infatti, osservare, studiare, scomporre la psicoterapia per individuarne le caratteristiche fondamentali e le variabili che intervengono nel processo di cambiamento [8].

Capire *cosa accade* durante il percorso terapeutico può essere *utile al terapeuta*, soprattutto se in formazione o all'inizio della sua esperienza professionale: egli può 'allenarsi' ad osservarsi, così da avere sia una maggiore consapevolezza del percorso psicoterapeutico che sta conducendo sia una più adeguata competenza degli strumenti tecnici che utilizza nel corso delle sedute.

Il terapeuta può imparare ad ascoltarsi, interrogandosi su ciò che prova e diventando sempre più abile nel riconoscere atteggiamenti e contro-atteggiamenti che si avvicinano durante il percorso [31].

Capire *cosa accade* durante il percorso terapeutico è inoltre *utile al paziente*: nel corso della terapia, se ben accompagnato, il paziente può diventare un 'abile osservatore di sé', utilizzando tale competenza per la comprensione del proprio Stile di Vita nei diversi contesti della propria vita. Una persona in difficoltà, inoltre, che chiede aiuto ad un esperto e decide di affidarsi ad esso, ha il diritto di avere di fronte un terapeuta abile nel districarsi tra aspettative, conflitti, sintomi, sentimenti, e tanto altro ancora.

Capire *cosa accade* durante il percorso terapeutico è infine *utile alla psicoterapia*: l'obiettivo principe vorrebbe essere quello di diffondere la pratica psicoterapeutica in un'ottica non solo curativa, ma anche preventiva (rispetto, per esempio, ad un ragionamento sui costi-benefici delle cure nel servizio pubblico). Non è più oggi sufficiente una riflessione soggettiva del clinico, fortemente radicata in una cornice teorica; per poter promuovere i benefici e l'efficacia dei percorsi psicoterapeutici nei contesti della cura è divenuto necessario avere a disposizione dati scientifici da argomentare e su cui riflettere [8].

Non è stato sempre così. A lungo nella comunità psicoanalitica ha prevalso la convinzione che l'inconscio potesse essere compreso unicamente tramite il metodo analitico e che non fosse possibile, né effettivamente necessario, integrare tale comprensione con strumenti extra-clinici, considerando come “pericolosa” una sua verifica empirica [29].

Obiettivo primario della ricerca in campo psicologico in questa prima fase è stato perciò rispondere ad un bisogno di “giustificazionismo scientifico” e di “legittimazione sociale” [28]. In altre parole: la psicoterapia, considerata nel suo insieme, funziona? Porta a dei cambiamenti? Quale approccio psicoterapeutico funziona meglio? E con quale patologia? [8].

Così, negli anni Cinquanta del secolo scorso, si è sviluppata una metodologia di ricerca improntata sulla valutazione dei risultati delle psicoterapie (*outcome researches*), come tentativo di avvalorare l'efficacia del metodo terapeutico nel suo insieme e/o di verificare quali fossero le psicoterapie più efficaci.

In modo ampiamente riassuntivo possiamo confermare che dagli studi condotti emerge che: la psicoterapia si dimostra efficace, apporta dei cambiamenti non riconducibili ad un effetto placebo e in alcuni casi risulta più efficace delle terapie farmacologiche [25]; nessun orientamento teorico è significativamente più efficace degli altri [27]; i più importanti fattori terapeutici ascrivibili agli outcomes dei trattamenti sarebbero i fattori aspecifici, ovvero quei fattori che non appartengono in modo esclusivo ad uno specifico orientamento teorico-metodologico ma anzi risultano trasversali a tutte le terapie [8].

Ottenuti risultati soddisfacenti rispetto alla validità e all'efficacia delle psicoterapie, in una seconda fase i clinici hanno proseguito gli studi ponendosi domande più specifiche, come ad esempio: in che modo una psicoterapia funziona? Cosa accade? Vi sono variabili del paziente o del clinico che influenzano i risultati? Se sì, quali? Come evolve la relazione tra i due soggetti nel corso della psicoterapia? Gli studi che si sono occupati di cercare risposte a tali quesiti possono essere divisi in due gruppi: gli studi sul processo (*process researches*), che intendono osservare il processo psicoterapeutico e le variabili che intervengono in esso, e gli studi esito-processo (*micro-process researches*), che correlano i risultati con ciò che si verifica durante la psicoterapia.

In quest'ottica, per essere certi che un trattamento sia efficace, diventa fondamentale comprendere come accade che ciò che il terapeuta ‘fa/dice’ nel corso delle sedute e il cambiamento che avviene nel paziente siano collegabili all'outcome [22]. In altre parole, oggetto di studio diventa il *processo di cambiamento*, mirato ad individuare quali fattori specifici ed aspecifici della psicoterapia siano responsabili del cambiamento nel paziente.

Con l'evolversi degli obiettivi nel campo della ricerca, hanno subito una trasformazione anche i metodi di studio delle variabili in campo, e si è assistito ad una progressiva rivalutazione degli *studi single-case* [26, 33, 34, 35], metodo di ricerca più attento alla valorizzazione della ricchezza dell'incontro clinico, pur senza tralasciare gli aspetti metodologici. Considerando i limiti dei resoconti clinici classici (affermazioni teoriche espresse in forma implicita e assenza di ipotesi da verificare), che sono estrema-

mente soggettivi, e dei disegni di ricerca randomizzati e controllati, RCT (campione eccessivamente numeroso, mancanza di attenzione al funzionamento del paziente, bassa specificità), nati dal bisogno di scientificità e oggettività, la *ricerca single-case* si pone come “ponte” tra i due: un’evoluzione del resoconto clinico, più attenta alla dimensione empirica, dove il focus viene posto su un soggetto su cui vengono effettuate numerose osservazioni oggettive e misurazioni, correlate poi alle rilevazioni soggettive del clinico.

Collegamento tra clinica e ricerca, il disegno single-case riconosce e valorizza la complessità dell’incontro tra paziente e terapeuta, soffermandosi sugli aspetti specifici e a-specifici, sulla tecnica e sulla relazione, sulla dimensione qualitativa e su quella quantitativa.

III. *La cornice teorico-metodologica di riferimento: le Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs)*

Pur avendo radici profonde e indispensabili [1, 3, 4, 30, 32], anche le psicoterapie adleriane hanno cominciato a sentire l’esigenza di ridefinirsi e aggiornarsi. Fondate sui paradigmi fondamentali della Psicologia Individuale Comprata, le APPs si caratterizzano come tecniche di psicoterapia, semi-manualizzate, strutturate con setting sia open-ended che time-limited, con specifiche indicazioni tecnico-metodologiche e chiare regole di definizione del setting [10, 11, 13, 14, 15].

Tra le tecniche time-limited, possiamo trovare la *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)* [9], indicata per disturbi dell’umore e dell’ansia, disturbi somatoformi, disturbo post-traumatico e dell’adattamento, disturbi di personalità meno gravi, e la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)* [5, 12, 16, 18], più indicata per pazienti con gravi disturbi di personalità, i quali necessitano di trattamenti più lunghi, di una lenta e progressiva costruzione dell’alleanza terapeutica e possono sviluppare una dipendenza regressiva, con la conseguente necessità di un sostegno costante e prolungato.

Per la sua peculiarità, la SB-APP prevede perciò più moduli di trattamento, ripetibili e in sequenza, ciascuno dei quali con un differente terapeuta.

Gli strumenti e le strategie di trattamento previsti nella SB-APP sono definiti a partire da alcuni principi comuni a tutte le APPs:

- il Modello VEP-PM (Vulnerability, Events, Personality - Psychopathological Model) [14]: si considerano imprescindibili sia l’osservazione delle caratteristiche biologiche e psicosociali in quanto fattori di vulnerabilità, sia la valutazione soggettiva delle esperienze di vita accadute al soggetto, che potrebbero aver influito nella comparsa della sintomatologia presentata;

- tre assi tecnici, utili per orientare il trattamento [11, 13, 15]:
 1. continuum mutativo - conservativo, in ordine agli obiettivi terapeutici;
 2. continuum intensivo - supportivo, in ordine alla posizione relazionale del terapeuta;
 3. continuum esplorativo - validante, in ordine agli strumenti tecnici utilizzati dal terapeuta nel corso delle sedute;
- fase esplorativa, fase trasformativa, fase prospettica: sono da intendersi come “movimenti” del terapeuta piuttosto che come una sequenza rigida che scandisce momenti temporali diversi della psicoterapia [9].

Tali strategie e tecniche di trattamento necessitano nel caso della SB-APP di essere adattate al setting specifico previsto:

- le sedute hanno un numero limitato e deciso apriori: diversamente dalla B-APP, che prevede moduli non ripetibili di 10 sedute, 15 sedute o 24 sedute, la SB-APP prevede cicli di 40 sedute, ripetibili per un massimo di tre volte, e con indicazione di cambiare il terapeuta in ogni ciclo;
- è presente un focus circoscritto su cui concentrarsi: nella SB-APP il focus primario è costruito a partire dal livello di funzionamento psicopatologico della personalità del paziente (Psychopathological Functioning Level – PFL) [18]; viceversa, nella B-APP il focus viene individuato, eventualmente insieme al paziente, a partire da una dinamica/condizione attuale del paziente che sia collegata ad una dinamica profonda [9];
- è presente un secondo focus aggiuntivo, legato alla presenza sin dalla prima seduta del tema della conclusione della terapia e della separazione dal terapeuta [9, 17].

IV. La storia di Sara ed il suo percorso di psicoterapia

Sara è una ragazza di 18 anni, che viene inviata per l'avvio di un percorso di psicoterapia dal Centro di Salute Mentale di competenza, dove è seguita da un punto di vista farmacologico, e dove le è stato diagnosticato un Disturbo Borderline di Personalità.

Accanto ad un ritiro sociale e scolastico (Sara ha deciso di interrompere la frequenza scolastica all'ultimo anno delle superiori, sebbene avesse un rendimento decisamente alto, dicendo che sentiva che non sarebbe stata in grado, per l'ultimo anno, di mantenere la qualità del rendimento degli anni precedenti), a problematiche familiari (i suoi genitori, in rapporto tra loro conflittuale, non sono un supporto per lei) e relazionali (i pochi legami, peraltro molto fragili, sono vissuti in modo totalizzante e/o con intensi sentimenti di abbandono e rifiuto), Sara ha frequenti agiti autolesivi, pensieri anticonservativi e comportamenti sessuali a rischio.

Sara, soprattutto, fatica a descriversi, a riconoscersi, a raccontarsi, a definire le parti di sé; non sa cosa le stia accadendo, non comprende il senso del proprio malessere, non riesce a vedersi proiettata in un futuro, nemmeno prossimo.

Sin dalle prime sedute, emergono molte complessità nella costellazione familiare, sia rispetto a dinamiche attuali, sia nei racconti e nei primi ricordi portati da Sara. Il padre viene descritto come una figura imprevedibile e minacciosa, che sia la paziente che la madre temono per le sue reazioni aggressive; la madre appare invece un genitore ansioso e intrusivo, spesso colpevolizzante e svalutante e complessivamente poco protettiva.

Dal racconto di Sara emerge che le sue difficoltà vengono ritenute dai genitori la causa delle problematiche familiari, e lei prova per questo forti sentimenti di inadeguatezza e di colpa. Sara ha inoltre due sorelle molto più piccole di lei, con cui i genitori avrebbero, secondo lei, un legame affettivo più profondo: a differenza di Sara, le sorelle sarebbero state desiderate e cercate.

Durante la psicoterapia sono state ampiamente trattate le ferite della tenerezza primaria nelle relazioni di attaccamento, le aspettative genitoriali rispetto a Sara e la sua continua paura di disattenderle, e la paziente ha potuto riconoscere questi aspetti e le tracce di vulnerabilità che hanno lasciato dentro di lei e nel suo Stile di Vita, seppur abbia potuto accedere a queste elaborazioni sotto un profilo prevalentemente cognitivo, almeno per una buona metà del suo percorso di psicoterapia.

Il percorso scolastico di Sara si è distinto, fin dalle elementari, per un'eccellenza nei risultati e parallelamente per una forte difficoltà nelle interazioni con i compagni di classe, rispetto ai quali il suo vissuto è di estromissione ed esclusione.

Sara mostra importanti difficoltà nel modulare in modo adeguato la distanza/vicinanza nelle relazioni, come appreso nella relazione di attaccamento. Intensi sentimenti di solitudine e angoscia sono compensati da relazioni idealizzate e totalizzanti in cui spesso la sessualità viene utilizzata come canale d'accesso per l'interazione; la mancata disponibilità totale dell'altro nel momento del bisogno viene interpretata in modo abbandonico, vissuto che rinforza il suo senso di inadeguatezza.

Tra gli obiettivi clinici primari che hanno guidato la prima parte della psicoterapia, vi è stato il lavoro sugli agiti autolesivi e sui comportamenti sessuali a rischio: Sara, al momento della presa in carico, ha spesso pensieri anticonservativi, utilizza tagli e bruciature "a scopo sedativo" rispetto all'emergere delle angosce disindividuate e delle ferite relazionali e agisce la propria sessualità mettendosi continuamente in situazioni di rischio.

Sara racconta di una precedente relazione sentimentale in cui il suo ragazzo le diceva di stare con lei *“solo perché non trovava di meglio”* e di una sessualità agita in modo poco tutelante per sé stessa, con persone conosciute sul web e con cui intrattiene relazioni virtuali idealizzate che si trasformano in brevissimo tempo in relazioni deludenti e ‘abusanti’ nella realtà (incontri che alla fine si rivelano esclusivamente finalizzati all’atto sessuale), esperienze che rinforzano la percezione di Sara di *“essere vittima”* (queste le parole usate da lei stessa per descriversi).

Sara esplicita più volte di non capire perché gli altri si allontanino da lei, mostrando una forte motivazione alla comprensione razionale di ciò che le capita, ma anche una tendenza a proiettare verso l’esterno e prestare maggiore attenzione al mondo esterno piuttosto che al suo mondo interno ed alle complessità che la abitano. Si registra uno schema appercettivo che orienta il pensiero e l’esperienza di sé, dell’altro e del mondo verso ciò che rinforza i suoi sentimenti abbandonici, di solitudine e angoscia, ed anche di essere vittima di esperienze, soprattutto relazionali, di fronte alle quali si sente impotente.

Nel colloquio Sara parla in modo molto lento, con lunghi sospiri e pause; sono palpabili la sua impotenza, la sua rabbia inespressa (se non agita in modo impulsivo e contro di sé) e la sua angoscia, che vengono invece percepite chiaramente dalla terapeuta. Nel corso della psicoterapia Sara esplicita alla terapeuta più volte i suoi dubbi sull’efficacia del percorso, criticando la terapia stessa e mettendo talvolta in dubbio le competenze professionali della terapeuta stessa.

La terapeuta lavora su queste verbalizzazioni proponendo anche interpretazioni di transfert negativo sull’atteggiamento di Sara nella relazione terapeutica: l’ansia di non essere una paziente sufficientemente brava/amata e di deludere la terapeuta, così come accade nelle dinamiche relazionali in famiglia; l’angoscia abbandonica sottostante all’affidarsi ad un’altra persona, entrando in relazione con essa; il bisogno di confermare il suo essere “vittima” anche in questa terapia: sembra evidente infatti il bisogno di Sara di percepirsi come “vittima” di azioni altrui, dove l’essere vittima e “abusata” è ciò che salvaguarda la sua identità precaria.

A circa metà della psicoterapia, Sara inizia a comprendere in modo più autentico cosa la spinge a mantenere i contatti relazionali che non le interessano davvero e all’interno dei quali si offre “di fatto” in modo sessuale (*“è come se avessi un vuoto da riempire: cerco gli altri per distrarmi dal pensiero di essere sola e almeno con il sesso esisto per loro”*); col tempo riesce anche a comprendere, sul piano della buona mentalizzazione, che il comportamento dell’altro può anche essere compreso in relazione al suo stesso modo di approcciarsi, con molte difese, e soprattutto offrendo di fatto esclusivamente il suo corpo (*“adesso riesco a comprendere che, se offro il mio corpo come prima cosa, per sentirmi accettata, forse gli altri penseranno che io sono una facile, che cerca solo il sesso, e dunque non mi penseranno come una persona con cui entrare in relazione”*).

Da questo momento si assiste ad un cambiamento nei comportamenti di Sara, che inizia a tutelarsi nelle relazioni, dapprima opponendosi all'approccio piuttosto aggressivo di un ragazzo in discoteca, successivamente affrontando un periodo in cui non avrà più rapporti sessuali.

In questo momento della terapia, in cui non sono già più presenti gli acting out autole-sivi, compaiono nuovi sintomi, di tipo ansioso e di panico. Accompagnata nell'auto-osservazione dalla terapeuta, Sara fa riemergere sentimenti celati, come la rabbia, la paura, la colpa (difesi in modo più "maturo" da sintomi ansiosi) sperimentati nel contesto familiare.

Sara esplicita ora, più facilmente, la sua rabbia verso i genitori, si concede il senso di colpa rispetto ad essi. In questa fase della terapia viene inoltre esplicitata una parte del conflitto di Sara legato all'autonomia-dipendenza, che la tiene legata al suo nucleo familiare e che può spiegare la sua scelta di interrompere gli studi, per di più con buon rendimento, proprio all'ultimo anno della scuola superiore.

Da questo momento si verificano alcuni episodi che rinforzano la sensazione di Sara di efficacia autoaffermativa, la sua capacità di dare significato e direzione ai suoi compiti vitali; la terapeuta sostiene in modo incoraggiante questi movimenti, sottolineando quello che Sara, per sé stessa, può fare; alcuni aspetti della sua identità e della sua capacità di comprendere l'altro, prima polarizzati in modo anti-ambivalente, iniziano ora ad essere maggiormente mentalizzati sul piano cognitivo-emozionale ed integrati sul piano personologico profondo.

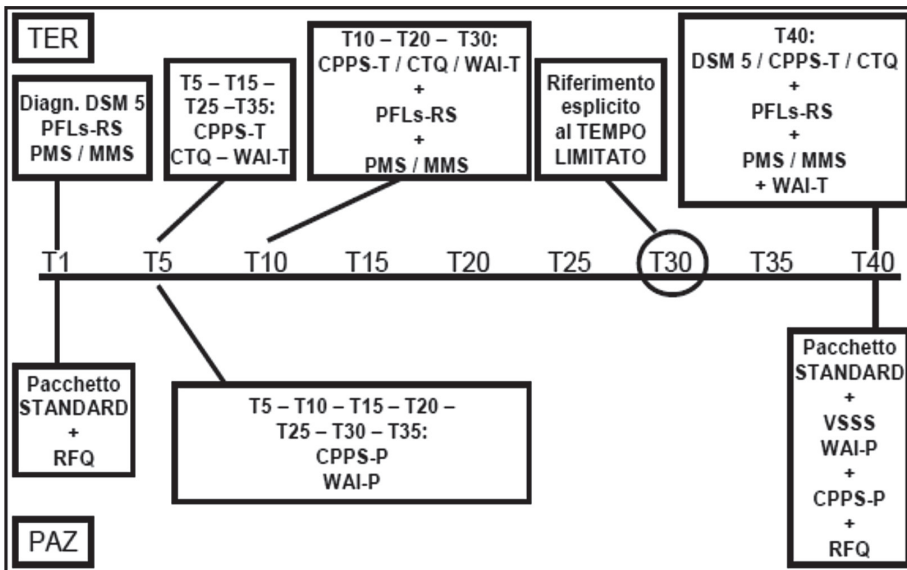
Sara comincia a fare progetti, si prende cura di sé nell'alimentazione e nell'attività fisica, impara a gestire da sola i suoi farmaci; ricomincia la scuola e riesce, a volte, riesce a mettere dei confini con i propri genitori. Non mancano episodi che la mettono in difficoltà e la spaventano, come i primi insuccessi scolastici, la paura di non riuscire a creare legami con i compagni e l'ennesima delusione sentimentale, ma non si scoraggia più a tal punto da rinunciare ai suoi obiettivi.

Alla conclusione della terapia emergono preoccupazioni rispetto ad un possibile "ritornare indietro" e si rileva il bisogno di Sara ancora presente di essere supportata e incoraggiata, ma si osserva anche la presenza in lei di una maggiore fiducia in sé stessa, sebbene ancora talvolta precaria: a fronte dello sconforto iniziale, Sara ha potuto sperimentare la sensazione di potersi fidare della sua terapeuta e "appoggiarsi" alla terapia, recuperando in questo modo un nucleo profondo di sicurezza che possa costituire una iniziale riparazione delle ferite della tenerezza primaria.

Per rinforzare i cambiamenti importanti ottenuti si è proposto alla paziente di effettuare un secondo ciclo di psicoterapia, che qualche mese dopo ha effettivamente preso avvio, con un'altra terapeuta, come da prassi del servizio.

V. Metodologia della ricerca, strumenti di rilevazione e analisi dei dati

Come anticipato, Sara fa parte di un campione in una complessa ricerca process- outcome che è stata avviata presso l'Unità di Psicoterapia e Centro DPAA Centro Integrato per la Prevenzione e il Trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza e dell'Età Adulta ASL TO4 (Settimo T.se TO, Resp. Dr.ssa Silvana Lerda). Il disegno della ricerca ha previsto la somministrazione di una batteria di test a compilazione sia del paziente che del terapeuta, ogni 5/10 sedute, secondo lo schema qui sotto presentato:



Gli esiti sintomatologici sono stati rilevati somministrando alla paziente la stessa batteria di test, prevista dalla prassi clinica del Servizio, al T0 e al T40.

Essa prevede i seguenti test:

TCI (Temperament and Character Inventory) [7], SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R), BDI-II (Beck Depression Inventory-II), STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y), STAXI-2 (State-Trait Anger Expression Inventory - 2), BIS-1.1 (Barratt Impulsiveness Scale - 1.1), TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), SSP (Scala per lo Stress Percepito), CISS (Coping Inventory for Stressful Situations).

In aggiunta, al T1, si è chiesto al paziente di compilare un test specifico sulle competenze riflessive: RFQ (Reflective Functioning Questionnaire) [19].

Alla paziente è stato inoltre chiesto di compilare due test ogni 5 colloqui: la WAI-P (Working Alliance Inventory - Patient Version) [24] per indagare l'alleanza terapeutica percepita e il CPPS-P (Comparative Psychotherapy Process Scale - Patient Version) [23] per valutare la natura degli interventi compiuti dal terapeuta durante il colloquio.

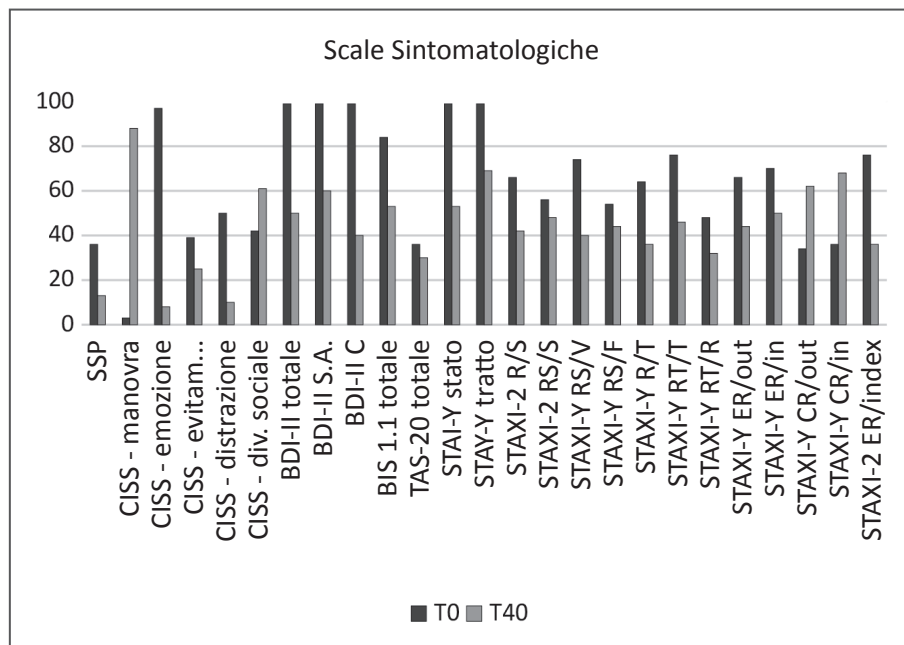
Il terapeuta ha compilato ogni 10 sedute alcuni test: per valutare il costrutto della mentalizzazione sono stati compilati i test MMS (Modes of Mentalization Scale), MIS (Mentalization Imbalances Scale) [20, 21]; per indagare il controtransfert si è utilizzato il CTQ (Countertransference Questionnaire) [6]; il livello di funzionamento personologico del paziente è stato rilevato utilizzando la scala PFLs-RS (Psychopathological Functioning Levels-Rating Scale) [18].

Ogni 5 sedute il terapeuta ha inoltre valutato il livello dell'alleanza terapeutica attraverso la WAI-T (Working Alliance Inventory – Therapist Version) e osservato gli strumenti utilizzati attraverso il CPPS-T (Comparative Psychotherapy Process Scale – Therapist Version).

VI. Analisi naturalistica / osservazionale dei dati

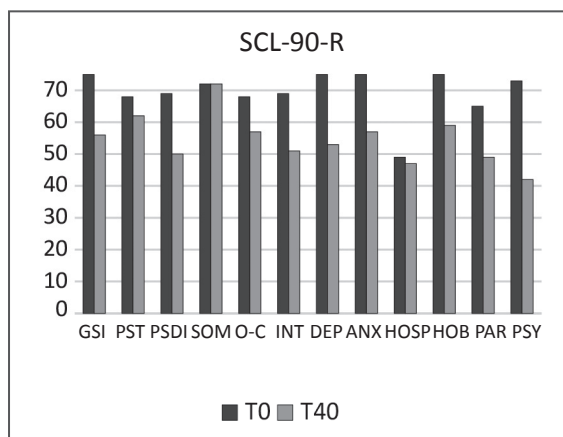
VI. 1. Analisi degli esiti sintomatologici

Per osservare l'evoluzione sintomatologica (ansia, depressione) e di altri costrutti clinici (aggressività, impulsività, strategie di coping) è stata somministrata la stessa batteria testistica a T0, in fase di assessment, e T40. Come si può osservare nel grafico sottostante, l'analisi ha permesso di rilevare come, per la paziente, siano stati percepiti miglioramenti su tutti gli ambiti valutati.

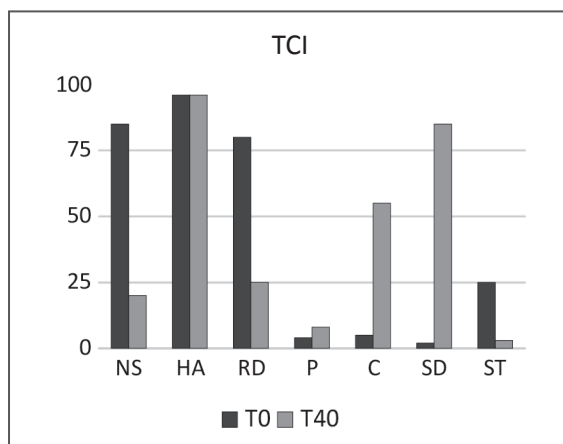


La SCL-90-R conferma i dati ottenuti nelle altre scale, in particolare i punteggi più bassi relativi ai sintomi depressivi e ansiosi, entrambi ai limiti superiori del range normativo a T0 e nella media a T40. Come evidenziato dalla tabella, anche gli indici di controllo indicano un minor disagio complessivo percepito.

Unico indice rimasto invariato tra T0 e T40 è quello facente riferimento alla Somaticizzazione, confermato anche dal punteggio ottenuto nella scala Somatico- Affettiva della Depressione (BDI-II), che porterebbe ad ipotizzare la tendenza di Sara a spostare sul corpo il malessere percepito.



Conferma ulteriore dei cambiamenti avvenuti nel corso della psicoterapia si ottiene osservando il profilo personologico della paziente rilevato dal TCI a T0 e T40.



Complessivamente:

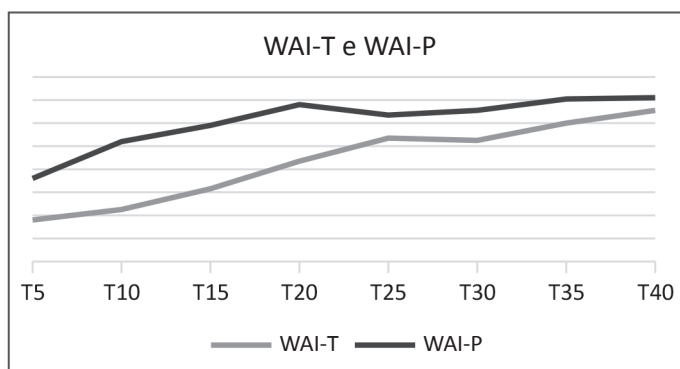
- si osserva un notevole incremento dell'Autodirettività (SD), importante fattore di maturazione della personalità, legato alla sensazione di essere in grado di raggiungere i propri obiettivi e di potersi progettare nel mondo;
- è diminuita la Dipendenza dal Riconoscimento (RD), ad indicare come il bisogno di mantenere "a tutti i costi" una relazione abbia lasciato spazio ad una maggiore autonomia, a cui è legata anche la possibilità di una maggiore tutela del sé nelle relazioni;
- sono aumentate la Cooperatività (C) e la Persistenza (P), a denotare un miglioramento nella capacità di interagire con l'altro, grazie alla tolleranza che i propri bisogni possano non essere soddisfatti ed all'aumento della resistenza alla frustrazione;
- si osserva un netto abbassamento sul versante della Ricerca della Novità (NS), il che può spiegare una maggior cautela complessiva rispetto all'atteggiamento verso il mondo.

Tale cambiamento complessivo sembrerebbe però, al momento, ancora supportato da un alto Evitamento del Danno (HA): forse, per poter rafforzare la propria autostima e la propria spinta autoaffermativa, è necessario per Sara mantenere ancora attenzione e controllo, al fine di evitare situazioni potenzialmente a rischio.

VI. 2. Osservazioni sul processo terapeutico: alleanza terapeutica, controtransfert e strumenti tecnici

I questionari relativi all'alleanza terapeutica, al controtransfert del clinico e agli strumenti utilizzati in colloquio, sono stati somministrati ogni cinque sedute: T5, T10, T15, T20, T25, T30, T35, T40.

Soffermandosi sull'alleanza terapeutica, il confronto dei punteggi ottenuti alla WAI-P (versione paziente) e WAI-T (versione terapeuta) ha permesso di osservare come si sia assistito ad un incremento costante, per entrambe, paziente e terapeuta, dell'alleanza nei primi venti colloqui circa, con una percezione crescente nella paziente di comprensione reciproca e di condivisione degli obiettivi: fin dalla prima rilevazione (T5) il punteggio fornito da Sara è stato più elevato, aumentando inoltre in modo più rapido rispetto a quello della terapeuta nel corso delle rilevazioni.



Ciò che appare interessante nel grafico, da un punto di vista clinico, è ciò che parrebbe essere accaduto nella seduta T25: a fronte di una progressione dell'alleanza per la terapeuta si sarebbe verificato qualcosa che potrebbe aver portato la paziente a percepire un peggioramento relazionale.

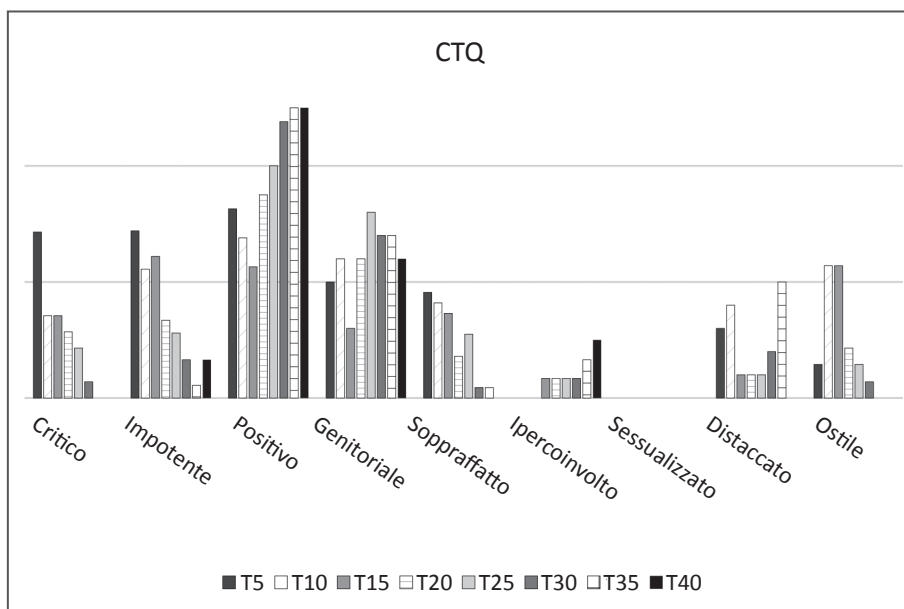
Cosa è accaduto nella seduta T25? La venticinquesima seduta è stata per Sara la più intensiva. Si è affrontato in modo più approfondito, ed esplicito, e con strumenti esplorativi di tipo interpretativo e confrontativo, parte del suo conflitto legato all'autonomia-dipendenza. È possibile, perciò, che Sara abbia vissuto in modo più faticoso, o frustrante gli interventi della terapeuta, rispetto agli altri colloqui. Dal grafico si può osservare come, successivamente a quella seduta, l'alleanza abbia ripreso l'andamento iniziale, crescendo questa volta secondo una progressione più lineare, mostrando una maggiore simmetria nelle percezioni di paziente e terapeuta.

L'analisi del CPPS ha permesso di compiere rilevazioni rispetto alla natura degli strumenti tecnici utilizzati (cognitivi -CB- e psicodinamici -PI-) e, grazie alla duplice versione (per terapeuta e per paziente), ha anche supportato un possibile confronto tra le diverse percezioni rispetto al loro uso o meno in seduta. Dall'analisi emerge una generale tendenza della paziente ad aver percepito come maggiormente presenti gli interventi della terapeuta, rispetto a quanto valutato della stessa, indipendentemente dalla loro natura. Entrambe hanno però valutato come più presenti, per l'intera durata della psicoterapia, gli interventi tecnici di natura psicodinamica.

Confrontando le diverse sedute prese in esame, si può osservare che la T20 e la T35 sono state considerate le più intensive da Sara. Soffermandosi sulla T35, seduta che ottiene uno scarto maggiore nel confronto tra percezione della terapeuta e della paziente, si può notare come Sara abbia valutato come più direttivi gli interventi, facendoli propri in modo cognitivo, sebbene la valutazione della terapeuta sia stata quella di aver utilizzato in maniera predominante strumenti tecnici di tipo psicodinamico.

Questo dato troverebbe spiegazione nel bisogno della paziente, avvicinandosi alla conclusione del percorso, di ripercorrere il lavoro svolto rinforzando i risultati ottenuti, vivendo gli interventi della terapeuta come “compiti cognitivi” su cui riflettere. Tale tendenza si può rilevare anche nell’ultima seduta, T40. Riprendendo il dato emerso al TCI rispetto all’alto Evitamento del Danno, si può ipotizzare che in questo momento la paziente, ridotta l’impulsività e la spinta ad agire, abbia avuto bisogno di riconoscere, spiegarsi e controllare i vissuti emotivi esperiti come “esercizi cognitivi”.

Se per Sara le sedute più “psicodinamiche” vengono considerate la T20 e la T35, la terapeuta ha valutato più intensiva, da un punto di vista psicodinamico, la T25: è interessante notare come invece per la paziente proprio la T25 sia stata valutata come meno intensiva. Riprendendo il dato ottenuto dall’analisi della WAI-P, in cui emergeva un calo dell’alleanza proprio alla T25, si potrebbe ipotizzare una maggior frustrazione (e resistenza) vissuta dalla paziente, probabilmente in risposta agli interventi più mutativi ed intensivi della terapeuta.



Al CTQ, il test sul Controtransfert, emerge un differente andamento nelle diverse sottoscale a seconda del momento terapeutico. Come si può notare nel grafico il controtransfert più stabile tra quelli presenti in ognuna delle rilevazioni è lo stile Genitoriale.

Allo stesso modo si può osservare come i primi colloqui siano stati caratterizzati da un maggior vissuto, nella terapeuta, di difficoltà: accanto, infatti, ad un controtransfert Positivo si rilevano anche le tipologie Critico, Impotente, Ostile e Sopraffatto, inizialmente più elevati e poi diminuiti a partire dal T20.

Effettivamente, la prima parte della psicoterapia è stata caratterizzata da una forte diffidenza e critica della paziente, che ha spesso manifestato tali sentimenti in colloquio (timori di esercizio abusivo di professione, inutilità e inefficacia dell'intervento terapeutico), attivando nella terapeuta aspetti emotivi faticosi ben descritti dai punteggi ottenuti; alcuni di questi vissuti controtransferali già nelle rilevazioni effettuate al T35 non sono più presenti.

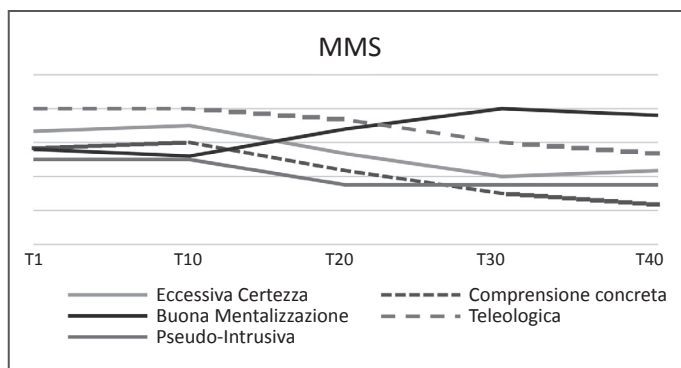
Sempre dal grafico si può osservare come nel corso della terapia (ma sempre a partire dal T20), sia aumentato il controtransfert Positivo, fino a diventare il vissuto più intenso e principale nella terapeuta.

Soffermandosi sulla seduta conclusiva si osserva come i vissuti della terapeuta siano ascrivibili alla circostanza di chiusura del percorso, obbligata dal setting time-limited e vissuta con fatica da entrambe: accanto al controtransfert Positivo e Genitoriale si rilevano anche vissuti controtransferali di Impotenza e Ipercoinvolgimento.

VI. 3. Osservazioni sul rapporto esiti-processo: funzionamento personologico e mentalizzazione

I test relativi alle capacità mentalizzanti nella paziente, RFQ, MMS e MIS, e la scala per la valutazione del livello di funzionamento psicopatologico, la PFL-RS, sono stati compilati dalla terapeuta ogni dieci sedute: T1, T10, T20, T30, T40.

Al T1 è stato compilato dalla paziente il test RFQ per valutare le competenze riflessive iniziali. Dall'analisi emerge uno sbilanciamento nella sottoscala dell'Incertezza, ad indicare la percezione di Sara di non essere sempre in grado di riconoscere e descrivere i propri stati mentali.



Rispetto le capacità pre-mentalizzanti della paziente rilevate attraverso il test MMS, a compilazione del clinico, si può osservare nel grafico, da un punto di vista processuale, come le dimensioni Eccessiva Certezza, Atteggiamento Teleologico, Comprensione Concreta e Atteggiamento Pseudo-Intrusivo siano gradualmente diminuite nell'intensità a partire dal T20 stabilendosi intorno alla media.

Parallelamente, sempre a partire dal T20, si registra un aumento delle competenze mentalizzanti, valutate attraverso la sottoscala della Buona Mentalizzazione. Soffermandosi sugli esiti, confrontando i punteggi ottenuti emerge come modalità pre-mentalizzante prevalente, fin dal T1, un atteggiamento di tipo teleologico con un atteggiamento di eccessiva certezza. La paziente mostrava una forma di pensiero caratterizzata da un focus eccessivo sulle azioni, intese come unica possibile espressione degli stati mentali sottostanti, accanto ad un'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali propri e altrui.

Al T40 si può rilevare come si sia verificata un'inversione di tendenza rispetto al T1, con un punteggio più alto, rispetto alle altre sottoscale, nella Buona Mentalizzazione: sembrerebbe quindi migliorata la funzione riflessiva e la consapevolezza che lo stato mentale altrui possa non essere compreso in modo assoluto e certo.

Allo stesso modo, emerge dal grafico un abbassamento importante del punteggio relativo all'Eccessiva Certezza e al Pensiero Concreto, dimostrando una maggiore capacità nel riconoscere gli stati mentali altrui, tollerando le incertezze nella comprensione del comportamento dell'altro.

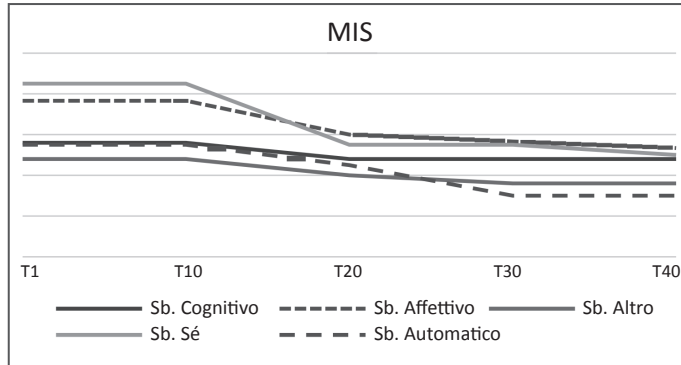
Si rileva comunque, nel momento della chiusura, una lieve regressione delle competenze acquisite: gli ultimi colloqui con Sara si erano focalizzati sui suoi sentimenti abbandonici e sul timore di una ri-acutezza dei sintomi successivamente alla rottura con il fidanzato. Analizzando il funzionamento personologico si può inoltre ipotizzare che al T35 la paziente avesse enfatizzato i suoi progressi, soffermandosi unicamente sugli aspetti positivi e di novità verificatisi (ripresa della scuola, relazione sentimentale).

Per quanto riguarda, invece, gli sbilanciamenti nella mentalizzazione, l'analisi dei test confermerebbe quanto già emerso nel MMS, ovvero un maggiore equilibrio nella comprensione degli stati mentali propri e altrui in Sara a partire dal T20.

Al T1 si rileva dal grafico la presenza di uno sbilanciamento in positivo rispetto all'affettività e al Sé, più bilanciati e poi pressoché stabilizzati da circa metà del percorso psicoterapeutico (T20).

Ciò spiegherebbe sia la difficoltà della paziente a decentrarsi per comprendere il punto di vista altrui, focalizzandosi eccessivamente solo sui propri stati mentali, sia l'enfasi eccessiva sulle emozioni, non bilanciata dalla capacità di riflettere e ragionare sugli stati mentali.

Entrambe queste modalità spiegherebbero l'impulsività e la polarizzazione di Sara, tipiche del disturbo borderline di personalità.



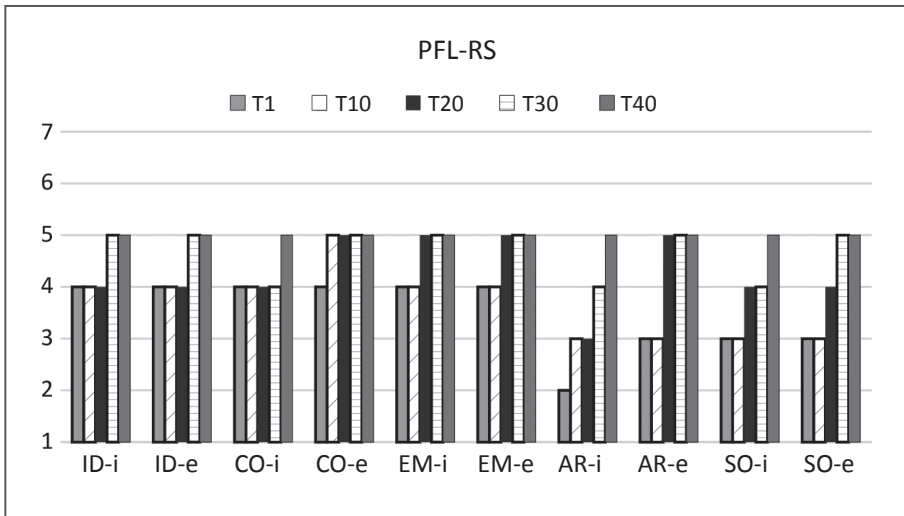
Osservando il grafico si può notare inoltre che la sottoscala dello sbilanciamento cognitivo appare la più costante nel corso della terapia, e ciò supporterebbe quanto ipotizzato nel capitolo precedente. La comprensione razionale e la capacità cognitiva di riflettere sull'esperienza emotiva e sugli stati mentali, propri e altrui, è sempre stata presente fin dal principio e proprio su questa competenza si è lavorato, rinforzando quelle strategie difensive (più mature) che la supportassero.

Potenziando esplicitamente la capacità riflessiva più adattiva della paziente durante la psicoterapia, si è indirettamente ridotto lo sbilanciamento sugli affetti e sul Sé.

Un'ultima riflessione può essere fatta sulla sottoscala che al T40 ha ottenuto, come esito, uno sbilanciamento in negativo: lo sbilanciamento automatico corrisponde alla capacità implicita di leggere e interpretare gli stati mentali altrui non è bilanciata da una riflessione esplicita su di essi.

Il dato qui ottenuto potrebbe significare che Sara ha bisogno, in questo momento, di riflettere attentamente sulle situazioni e comportamenti, per il timore di sbagliare fidandosi esclusivamente del proprio pensiero interpretativo automatico.

Anche il profilo personologico di Sara ottenuto grazie alla compilazione della PFL-RS sembrerebbe rilevare alcuni cambiamenti avvenuti sul piano del funzionamento di personalità.



Al T1 si osserva nel grafico sovrastante un livello complessivo di funzionamento borderline di personalità, caratterizzato da: un'identità caratterizzata dalla minimizzazione o disconoscimento di aspetti divergenti e contraddittori di sé e degli altri, comprensione razionale delle situazioni (ID), difficoltà di comprensione (CO), difficoltà nella regolazione delle emozioni negative (EM), e soprattutto deficit nell'azione-regolazione dei comportamenti (AR) e importanti difficoltà a livello relazionale (SO).

Osservando quanto emerso si può affermare che, se dei primi miglioramenti nella regolazione degli agiti anticonservativi si siano rilevati già dopo i primi dieci colloqui, questi siano troppo pochi per poter rilevare modifiche importanti nella struttura di personalità di Sara.

Primi strutturali cambiamenti nel funzionamento si possono invece rilevare al T20, seduta in cui la terapeuta valuta un miglioramento nella sfera emotiva, nella regolazione dei comportamenti rivolti verso l'esterno e nei rapporti sociali.

È interessante osservare come, invece, modifiche strutturali dell'identità vengano rilevate solo al T30, dimostrando la necessità di un lavoro più lungo e costante per poter essere fonte di cambiamento.

Ugualmente, confrontando la scala dell'identità con le altre, si osserva come tale dimensione della personalità sia più stabile e meno influenzabile da fattori contingenti esterni.

VII. *Riflessioni conclusive, limiti e possibili sviluppi*

Le riflessioni dello studio osservazionale sembrano dimostrare quanto sostenuto dalla letteratura: è limitativo per il clinico basare le proprie valutazioni di esito della psicoterapia unicamente sugli aspetti sintomatologici; avere in mente il funzionamento psicopatologico della personalità del paziente (PFL) e lavorare su questi livelli permette di orientare la psicoterapia verso cambiamenti maturativi sul piano dell'identità profonda, della relazionalità, della comprensione/mentalizzazione, della realizzazione di sé nei compiti vitali, e del Sé-Stile di Vita nel suo complesso.

Nel caso presentato ciò ha permesso di apportare delle modifiche personalologiche che vanno al di là dei comportamenti a rischio agiti dalla paziente al momento della presa in carico.

Punto di svolta nella psicoterapia sembrerebbe essersi verificato intorno alla metà del percorso. Specificatamente nella seduta T20 la paziente percepisce una forte alleanza con la terapeuta (WAI-T e WAI-P), si registra un maggiore bilanciamento nelle dimensioni della mentalizzazione (MIS e MMS) e si rileva un miglioramento nella sfera emotiva, nella regolazione dei comportamenti rivolti verso l'esterno e nei rapporti sociali (PFL-RS). Al tempo stesso si registra un cambiamento in atto anche per il mutare dei vissuti controtransferali della terapeuta, meno ostile e impotente (CTQ). Il momento percepito come più mutativo avviene poco dopo (T25).

Proprio l'alleanza con Sara ed un momento di svolta maturativa della psicoterapia hanno portato la terapeuta a lavorare con un più deciso intento mutativo e con strumenti più esplorativi; sebbene ciò si rilevi nei questionari per una possibile frustrazione della paziente, tali interventi sembrerebbero aver preparato il terreno a cambiamenti più importanti ottenuti individualmente da Sara.

In quanto psicoterapia a tempo limitato si possono identificare alcuni limiti proprio in questa sua declinazione: l'alleanza era molto forte, la relazione buona e si è colta la preoccupazione di Sara rispetto alla chiusura del percorso. Ciò che potrebbe risultare un rischio è stato, in questo caso, una risorsa per la paziente: dal momento in cui, al T30, si è esplicitato che ci sarebbero state solo dieci sedute, è stata Sara stessa a sentire la necessità di rielaborare il suo percorso.

In quanto terapia time-limited, un possibile limite può essere la mancanza di tempo sufficiente per la stabilizzazione dei cambiamenti, soprattutto se avviatisi nell'ultima parte della psicoterapia. Con l'avvio di un secondo ciclo SB-APP si è cercato di avalare tale criticità.

Sul piano della correttezza metodologica della ricerca single-case, si potrebbero individuare alcune criticità:

- 1) poiché la scelta di osservare l'andamento di questa psicoterapia è stata fatta a posteriori (dal momento che Sara era inserita in una ricerca più ampia), non vengono qui riportate ipotesi di ricerca costruite a priori, e non è stato possibile impostare un differente impianto di ricerca e/o utilizzare differenti strumenti di raccolta dati.
- 2) trattandosi di un single case, non è stato di per sé possibile utilizzare metodologie di analisi dei dati tipiche della ricerca quantitativa, nemmeno, per esempio, l'effect size rispetto ad alcuni cambiamenti, che avrebbe potuto, concettualmente, sostenere la effettiva significatività di alcuni cambiamenti osservati rispetto ad un campione standardizzato.
- 3) non è stato infine possibile procedere con un impianto di ricerca qualitativo sui single-case, come opportunamente indicato dalla letteratura di ricerca [26], che avrebbe previsto per esempio la registrazione e la sbobinatura di alcuni colloqui (comunque una criticità se richiesto in un Servizio Pubblico), la compilazione di specifici strumenti qualitativi di analisi del micro-processo terapeutico, e dare seguito alle ipotesi di ricerca con le analisi statistiche più opportune.

Ci sostengono due riflessioni, a fronte di queste criticità.

La prima riguarda l'affermazione di alcuni ricercatori in ambito psicodinamico che anche "semplici" analisi naturalistiche / osservazionali single-case - che prevedano la suddivisione del trattamento in sequenze, la somministrazione di strumenti attendibili e validati utili ad osservare i costrutti clinici, l'analisi e la comparazione dei punteggi ottenuti, la possibilità di rappresentare queste rilevazioni in grafici, le successive osservazioni e interpretazioni cliniche che orientano il terapeuta nella conduzione della terapia - possano costituire un valido approccio alla ricerca nel campo del processo del cambiamento in psicoterapia [34, 35].

La seconda: riteniamo fondamentale la capacità di fare crescere dentro di noi e di alimentare continuamente, come psicoterapeuti, un *"atteggiamento" di curiosità e di ricerca* nel nostro accompagnare i pazienti, nel poter diventare sempre più attenti alla comprensione della loro sofferenza, più capaci di pensare per loro percorsi di conoscenza di sé e/o di cambiamento che siano attenti ai meccanismi ed ai percorsi di cambiamento specifici di ciascuno di loro.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), "Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes", in ADLER, A., FURTMÜLLER C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*, Reinhardt, München.
2. ADLER, A. (1912), *Über der Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma, 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1970.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
6. BETAN, E., HEIM, A.K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation, *Am. J. Psych.*, 162(5): 890-898, validazione italiana a cura di TANZILLI, A., LINGIARDI, V. (2009).
7. CLONINGER, C.R., SVRAKIC, D.M., PRYZBECK, T.R. (1993), A psychobiological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psych.*, 50: 975-990.
8. DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di, 2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
9. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *PanMin. Med.*, 50: 1-11.
10. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-45.
11. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
12. FERRERO, A. (2012), The model of Sequential- Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): specific features in the treatment of Borderline Personality Disorder, *Res. Psychother. Psychopathol. Process and Outcome*, 15(1): 32-45.
13. FERRERO, A. (2014a), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique*, L'Harmattan, Paris.
14. FERRERO, A. (2014b), Updating Adlerian psychopathology according to scientific research: from precarity and its compensation to the "Vulnerability -Events-Personality Psychopathological Model" (VEP-PM), *Lecture, 26th Congress of International Association of Individual Psychology*, Paris.
15. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*, Adlerian Society UK Institute for Individual Psychology, Croydon, London.

16. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): technical issues for the treatment of aggressiveness in patients with Borderline Personality Organization (BPO), *PanMin. Med.*, 51(3, suppl.1):39.
17. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
18. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253-273.
19. FONAGY, P., LUYTEN, P., MOULTON-PERKINS A., LEE YA-WEN, WARREN, F., HOWARD, S., GHINAI, R., FEARON, P., LOWYCK, B. (2016), Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire, *PLOS ONE*, 11(7): 1-28, validazione italiana a cura di MORANDOTTI, N. et al. (2018).
20. GAGLIARDINI, G., COLLI, A. (2019), Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale, *Psychoanalytic Psychology*, 36(3): 249–258.
21. GAGLIARDINI, G., GATTI, L., COLLI, A. (2020), Further data on the reliability of the mentalization imbalances scale and of the modes of mentalization scale, *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome.*, 23(1): 88-98.
22. GREENBERG, L.S., WATSON, J.C. (2005), “Change process research”, in NORCROSS, J.C., BEUTLER, L.E., LEVANT, R.F. (2005), *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 81-89.
23. HILSENROTH, M.J., BLAGYS, M. D., ACKERMAN, S. J., BONGE, D. R., BLAIS, M. A. (2005), Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: development of the Comparative Psychotherapy Process Scale, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3): 340-356, validazione italiana a cura di GENTILE, D., COLLI, A., LINGIARDI, V. (2020).
24. HORVATH, A. O., GREENBERG, L. S. (1989), Development and validation of the Working Alliance Inventory, *Journal of Counseling Psychology*, 36(2): 223–233, validazione italiana a cura di LINGIARDI, V., FILIPUCCI, L. (2002), in LINGIARDI, V., *L'alleanza terapeutica: teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano.
25. LAMBERT, M.J., OGLES, B.M. (2004), “The efficacy and effectiveness of psychotherapy”, in LAMBERT, M.J. (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, Wiley and Sons, New York, pp. 139-93.
26. LINGIARDI, V. (2006), “La ricerca single-case”, in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano, pp.123-147.
27. LUBORSKY, L., SINGER, B. (1975), Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes, *Arch. Gen. Psych.*, 32: 995-1008.

28. MIGONE, P. (1996), La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo, *Riv. Sper. Freniatr.*, CXX 2: 182- 238.
29. PONSÌ, M. (2006), “Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: tradimento o traguardo?”, in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A., *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 715-40.
30. ROVERA, G.G. (1990), La psicologia individuale, in AA.VV., *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
31. ROVERA, G.G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
32. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Di Ipnosi, Min. Med.*, 75: 1- 15.
33. SHEPHERD, M. (2004), Single-Case-Study Methodology and the Contact Function Strategies, *Modern Psychoanalysis*, 29(2): 163-170.
34. TATE, R. L., PERDICES, M., WAKIM, D. (2019), Integrating routine clinical interventions with single-case methodology: Parallels, differences and bridging strategies, *Brain Impairment*, 21: 99–109.
35. WESTEN, D. (2002), The Logic of Psychoanalytic Discourse, *Psychoanalytic Dialogues*, 12(6): 857-898.

Elisabetta Musi
Via Palmanova 2
I-24048 Treviolo (BG)
E-mail: emusi.psicologa@gmail.com