

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/285701936>

Personalità del paziente e risposte emotive del terapeuta

Article in SETTING · November 2014

DOI: 10.3280/SET2013-035001

CITATIONS

0

READS

4,743

4 authors:



Antonello Colli

University of Urbino

55 PUBLICATIONS 983 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Annalisa Tanzilli

Sapienza University of Rome

89 PUBLICATIONS 1,695 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Giancarlo Dimaggio

Centro di terapia metacognitiva interpersonale

323 PUBLICATIONS 13,296 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Vittorio Lingiardi

Sapienza University of Rome

340 PUBLICATIONS 6,593 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Personalità del paziente e risposte emotive del terapeuta: un'indagine empirica*

Antonello Colli, Annalisa Tanzilli, Giancarlo Dimaggio, Vittorio Lingiardi

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

Concetti fondamentali della disciplina psicoanalitica quali il controtransfert complementare e concordante, il controtransfert oggettivo, l'identificazione proiettiva (e l'enactment) o la responsività di ruolo, suggeriscono, seppur da prospettive teoriche differenti, l'idea che il paziente può indurre il clinico a sperimentare sentimenti e emozioni che riflettono in modo più o meno accurato le sue esperienze del passato e il suo mondo interno, e che le risposte emotive del terapeuta possono essere usate per comprendere meglio le problematiche centrali del funzionamento psicologico del paziente (Bion, 1962; Gabbard, 2001; Kernberg, 1965; Klein, 1946; Ogden, 1982; Racker, 1957; Sandler, 1976; Winnicott, 1949).

I pazienti con disturbi di personalità sono caratterizzati da tratti disfunzionali, pervasivi e tendenzialmente stabili, che coinvolgono varie aree del funzionamento affettivo, cognitivo, comportamentale e interper-

* Questo contributo è una sintesi dell'articolo originale "Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation" di Antonello Colli, Annalisa Tanzilli, Giancarlo Dimaggio, Vittorio Lingiardi (che ringraziamo), pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry* 2014; 171:102-108; doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224.

sonale, tali da investire tutte le relazioni (compresa quella col terapeuta). Essi tendono a riattualizzare nella relazione terapeutica schemi maladattivi, spesso “trascinando” il clinico in interazioni che riproducono modelli disfunzionali (cfr. Kernberg, 1984; McWilliams, 2011). Il terapeuta può pertanto sentirsi spinto a rispondere attraverso modalità specifiche, seguendo un “copione” implicitamente condiviso e rinforzando gli schemi del paziente con il rischio di danneggiare la relazione terapeutica (Bateman, Fonagy, 2006; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006; Gabbard, 2001, 2009a).

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

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

A un campione di clinici italiani (N = 203) di due differenti approcci teorici (N = 103 psicotomici; N = 100 cognitivo-comportamentali) è stato chiesto di compilare il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel, Westen, 2003) per la valutazione delle risposte emotive del terapeuta, e la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (Westen, Shedler, 1999; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) per l’assessment della patologia di personalità e del funzionamento psicologico, relativi a un loro paziente in trattamento e selezionato in base ai seguenti criteri: almeno 18 anni di età; senza diagnosi di disturbi psicotici, piuttosto che sindromi con sintomi psicotici o gravi disturbi clinici; in trattamento da un minimo di 8 sedute a un massimo di 6 mesi (per una seduta a settimana).

I clinici che hanno partecipato a questa ricerca sono stati reclutati da alcune importanti associazioni di psicologi e psicoterapeuti italiani, tra cui l’Associazione di Studi Psicoanalitici (ASP) di Milano e il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma (nell’articolo, a p. 107, un particolare ringraziamento alla Dottoressa Daniela Maggioni e al Gruppo di Ricerca dell’ASP).

I risultati di questo studio hanno messo in evidenza che esistono relazioni significative tra la patologia di personalità dei pazienti e le risposte emotive dei clinici, indipendentemente dal loro orientamento teorico. Più specificamente, i disturbi paranoide e antisociale di personalità sono risul-

tati associati a un controtransfert criticato/maltrattato, mentre il disturbo borderline di personalità correla con i controtransfert impotente/inadeguato, sopraffatto/disorganizzato e speciale/ipercoinvolto. Il controtransfert distaccato è risultato positivamente associato ai disturbi schizotipico e narcisistico di personalità, e negativamente associato ai disturbi dipendente e istrionico. Il disturbo schizoide di personalità ha mostrato un'associazione positiva e significativa con il controtransfert impotente/inadeguato. Un controtransfert positivo è risultato associato con il disturbo evitante di personalità, che correla anche con i pattern controtransferali speciale/ipercoinvolto e genitoriale/protettivo. Il disturbo ossessivo di personalità era negativamente associato con il controtransfert speciale/ipercoinvolto (vedi tabella 1) (cfr. Betan, Heim, Zittel Conklin et al., 2005; Bourke, Grenyer, 2010; Brody, Farber, 1996; Gabbard, 2009b; McIntyre, Schwartz, 1998; Perry, 2005; Røssberg, Karterud, Pedersen et al., 2007; Schwartz, Smith, Chopko, 2007). In generale, le risposte dei clinici sono caratterizzate da intensi sentimenti negativi nel trattamento di pazienti che presentano bassi livelli di funzionamento; in altre parole, quanto più i pazienti sono gravi, tanto più i terapeuti tendono a sentirsi impotenti, inadeguati e confusi/disorganizzati (vedi per esempio Dahl, Røssberg, Bøgwald et al., 2012).

Questo studio suggerisce che, sebbene ogni diade clinico/paziente sia unica, le reazioni emotive dei terapeuti a determinate tipologie di pazienti presentano caratteristiche che possono ripetersi in modo relativamente stabile, clinicamente coerente e prevedibile (Betan, Heim, Zittel Conklin et al., 2005; Røssberg, Karterud, Pedersen et al., 2007). Inoltre, in linea con la ricerca di Betan e colleghi (2005), queste risposte controtransferali non sono diretta conseguenza delle preferenze teoriche e dell'approccio terapeutico dei clinici (vedi tabella 2). Una particolare attenzione a questi pattern relazionali, anche in riferimento alla tipologia di personalità del paziente, aiuterà il clinico a promuovere interventi terapeutici più efficaci.

Tab. 1 – Correlazioni parziali tra i fattori del Therapist Response Questionnaire (TRQ) e i disturbi di personalità della SWAP-200 (N = 203)

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

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

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

Tab. 2 – Descrizioni narrative dei fattori del Therapist Response Questionnaire (TRQ) associati agli specifici disturbi di personalità della SWAP-200 (N = 203)

Disturbi di personalità (SWAP-200^a)	Descrizioni delle risposte controtransferali
Paranoide	I clinici tendono a sentirsi criticati, non apprezzati e svalutati. Hanno paura di dire la cosa sbagliata o devono trattenersi dal fare qualcosa di assertivo/aggressivo per il timore che questi pazienti potrebbero avere reazioni esagerate, perdere il controllo o andare via. I pazienti paranoide tendono a suscitare sentimenti forti e ostilità nei terapeuti che sperimentano risentimento e rabbia, e percepiscono intense reazioni di rifiuto e svalutazione in seduta.
Schizoide	I clinici tendono a sentirsi incompetenti o inadeguati nel lavorare con questi pazienti. Si sentono impotenti e frustrati e hanno molte difficoltà a stabilire una relazione di fiducia, a sintonizzarsi emotivamente e creare un senso di vicinanza affettiva e connessione intima con loro. Si preoccupano di non essere capaci di aiutarli o spesso hanno la sensazione che stanno fallendo come terapeuti. Non sono fiduciosi rispetto ai miglioramenti che i pazienti potrebbero ottenere dal trattamento e possono arrivare a pensare che essi potrebbero trarre maggiori benefici con un altro terapeuta o da un tipo diverso di terapia.
Schizotipico	I clinici tendono a sentirsi annoiati, distratti e irritati con questi pazienti. Non si sentono coinvolti nelle sedute e tendono a ritirarsi/distaccarsi. Per esempio, mentre stanno affrontando un certo argomento con il paziente, possono accorgersi all'improvviso che la loro mente sia altrove; oppure durante la seduta possono guardare l'orologio più insistentemente di quanto ciò non capitasse con altri pazienti.
Antisociale	I clinici tendono a sentirsi maltrattati, criticati o disprezzati, e possono sperimentare una rabbia intensa o una forte irritazione. Spesso si sentono usati o manipolati da questi pazienti che li spingono a stabilire confini molto rigidi del setting. A volte i terapeuti possono sentirsi cattivi o aggressivi nei loro confronti e vorrebbero persino non averli mai presi in terapia.
Borderline	I clinici tendono a sentirsi confusi e sopraffatti da emozioni forti e bisogni intensi. In particolare, più che con altri pazienti, si trovano spesso a pensare o provare cose di cui si rendono conto solo alla fine della seduta. I pazienti borderline possono spaventare i clinici che, nel rapporto con loro, tendono a provare alti livelli di ansia, tensione e preoccupazione. I terapeuti possono anche sentirsi incompetenti o inadeguati e spesso, in seduta, sperimentano uno stato di disorganizzazione, smarrimento e frustrazione. Hanno paura di fallire nell'aiutarli e, a volte, possono sentirsi colpevoli quando soffrono o peggiorano, come se fossero loro i responsabili. I clinici parlano di loro con altri significativi più di quanto non parlino di altri pazienti, e li vivono come "pazienti speciali". Talvolta possono fare per loro più di quanto facciano per altri pazienti (per esempio, prolungare l'orario delle sedute o accordare sedute o telefonate extra).

Tab. 2 – (Segue) Descrizioni narrative dei fattori del Therapist Response Questionnaire (TRQ) associati agli specifici disturbi di personalità della SWAP-200 (N = 203)

Disturbi di personalità (SWAP-200)	Descrizioni delle risposte controtransferali
Istrionico	I clinici non provano noia o distrazione nelle sedute con questi pazienti. Al contrario, tendono a sentirsi molto coinvolti e “assorbiti” nell’interazione con loro. I pazienti istrionici tendono a ricercare attenzione e fare molte richieste ai loro terapeuti che hanno particolari difficoltà a mantenere saldi i confini del setting. Per esempio, più che con la maggior parte dei pazienti, possono prolungare l’orario delle sedute, o accordare sedute e telefonate extra. Oppure possono trovarsi ad esprimere le proprie opinioni e punti di vista, o rivelare i propri sentimenti o alcuni aspetti della loro vita.
Narcisistico	Nelle sedute con questi pazienti i clinici tendono a sentirsi annoiati, distratti e irritati. Non si sentono coinvolti nel lavoro con loro e spesso si sentono frustrati. Alle volte possono anche sentire di essere intercambiabili, inutili, invisibili e incapaci.
Evitante	I clinici tendono ad essere molto protettivi e a prendersi cura di questi pazienti, contenendo le loro paure e ansie. Possono esperire una sorta di ipercoinvolgimento e, per esempio, desiderare di riparare alcune carenze o fallimenti che essi vivono o hanno vissuto con i loro genitori o con altre figure significative. Nel lavoro terapeutico con i pazienti evitanti, i terapeuti possono infatti sentirsi tristi o arrabbiati con le persone che non hanno soddisfatto i loro bisogni affettivi. Allo stesso tempo, i clinici tendono a sentirsi soddisfatti del lavoro con loro e si sentono fiduciosi rispetto ai risultati che questi pazienti possono ottenere dal trattamento.
Dipendente	I clinici tendono ad assumere un atteggiamento protettivo verso questi pazienti e hanno sentimenti affettuosi, quasi genitoriali, verso di loro. Desiderano poter dar loro ciò che gli altri non hanno potuto o saputo dargli e sentono di volersene prendere cura. I terapeuti parlano di questi pazienti con i loro partner o altri significativi più di quanto non facciano rispetto ad altri pazienti. Inoltre, in seduta rivelano i loro sentimenti o parlano di sé e della loro vita privata molto più che con altri pazienti. Si sentono coinvolti nella relazione con loro e, di solito, sono concentrati e non si distraggono in seduta. Alle volte, tuttavia, possono sentirsi ansiosi o frustrati e possono esperire un sentimento di impotenza e incapacità nell’aiutarli.
Ossessivo-compulsivo	I clinici non si sentono impegnati o coinvolti nelle sedute con questi pazienti. Possono anche provare sentimenti di irritazione, noia e ritiro. Più di quanto non gli accada con altri pazienti, considerano non particolarmente stimolante lavorare con loro, né tantomeno parlare di loro con supervisori o altri significativi.

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

Bibliografia

- Bateman A.W., Fonagy P. (2006), *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*, Oxford University Press, Oxford, UK, doi: 10.1093/med/9780198570905.001.0001.
- Betan E., Heim A.K., Zittel Conklin C., Westen D. (2005), "Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation", *American Journal of Psychiatry*, 162: 890-898, doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.890.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Tr. it. Armando, Roma, 1972.
- Bourke M.E., Grenyer B.F.S. (2010), "Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis", *Psychotherapy Research*, 20: 680-691, doi: 10.1080/10503307.2010.504242.
- Brody F., Farber B. (1996), "The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference", *Psychotherapy*, 33, 372-380, doi: 10.1037/0033-3204.33.3.372.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2006), *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Dahl H.S.J., Rössberg J.I., Bøggwald K.P., Gabbard G.O., Høglend, P.A. (2012), "Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58", *Psychotherapy Research*, 22: 12-25, doi: 10.1080/10503307.2011.622312.
- Gabbard G.O. (2001), "A contemporary psychoanalytic model of countertransference", *Journal of Clinical Psychology*, 57, 983-991, doi: 10.1002/jclp.1065.
- Gabbard G.O. (a cura di) (2009a), *Le Psicoterapie*. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Gabbard G.O. (2009b), "Transference and countertransference: Developments in the treatment of Narcissistic Personality Disorder", *Psychiatric Annals*, 39: 129-136, doi: 10.3928/00485713-20090301-03.
- Hayes J.A., Gelso C.J., Hummel A.M. (2011), "Managing countertransference", *Psychotherapy*, 48: 88-97, doi: 10.1037/a0022182.
- Kernberg O.F. (1965), "Notes on countertransference", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13: 38-56, doi: 10.1177/000306516501300102.
- Kernberg O.F. (1984), *I disturbi gravi della personalità*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Klein M. (1946), "Note su alcuni meccanismi schizoidi". Tr. it. in *Scritti: 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978: 409-434.
- McIntyre S.M., Schwartz R.C. (1998). "Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychology*, 54: 923-931, doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F.
- McWilliams N. (2011), *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process (Seconda edizione)*, Guilford Press, New York, NY.
- Ogden, T. (1982), *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson, New York, NY.
- OPD Task Force (a cura di) (2008), *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*, Hogrefe & Huber Publishers, Ashland, OH.
- PDM Task Force (a cura di) (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring, MD.
- Perry J.C. (2005), "Dependent personality disorder", in Gabbard G.O., Beck J.S., Homes J. (a cura di), *Oxford Textbook of Psychotherapy*, Oxford University Press, New York, 321-328.
- Racker H. (1957), "The meanings and uses of countertransference", *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.

- Røssberg J.I., Karterud S., Pedersen G., Friis S. (2007), "An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders", *Comprehensive Psychiatry*, 48: 225-230, doi: 10.1016/j.comppsy.2007.02.002.
- Sandler J. (1976), "Countertransference and role-responsiveness", *International Journal of Psychoanalysis*, 3: 43-47.
- Schwartz R.C., Smith S.D., Chopko B. (2007), "Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory", *American Journal of Psychotherapy*, 61: 375-393.
- Shedler J., Westen D. (2007), "The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful", *Journal of Personality Assessment*, 89: 41-55, doi: 10.1080/00223890701357092.
- Shedler J., Westen D., Lingiardi V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zittel Conklin C., Westen D. (2003), *The Therapist Response Questionnaire*, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, <http://www.psychsystems.net/Manuals/Countertransference/Westen%20countertransference%20questionnaire.pdf>.
- Westen D., Shedler J. (1999), "Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method", *American Journal of Psychiatry*, 156: 258-272.
- Winnicott D.W. (1949), "Hate in the countertransference", *International Journal of Psychoanalysis*, 30: 69-74.

Sommario

L'articolo illustra i risultati di una ricerca sulla relazione tra la patologia di personalità e il livello di funzionamento psicologico del paziente e le risposte emotive del terapeuta.

A un campione italiano casuale di 203 psichiatri e psicologi clinici (tra i quali, alcuni Soci dell'A.S.P.) è stato chiesto di compilare il "Therapist Response Questionnaire" (TRQ; Zittel Conklin, Westen, 2003), per identificare i pattern di risposta emotiva del terapeuta, e la Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP-200; Westen, Shedler, 1999; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014) per valutare il disturbo di personalità ed il livello di funzionamento psicologico di un campione dei loro pazienti in trattamento. La ricerca ha dimostrato la correlazione significativa e specifica tra risposte del terapeuta e patologia del paziente (ad esempio, tra personalità borderline e i controtransfert sopraffatto/disorganizzato, impotente/inadeguato e speciale/ipercoinvolto, oppure tra personalità narcisistica e il controtransfert distaccato, ecc.). In generale, risulta che più forti sono i sentimenti negativi del terapeuta più basso è il funzionamento del paziente.

Summary

The article shows the results of an empirical study on the relationship between patients' pathology and level of psychological functioning and therapists' emotional responses.

A random Italian sample of 203 psychiatrists and clinical psychologists (some of an associated members too) completed the “Therapist Response Questionnaire” (TRQ; Zittel, Conklin, Westen, 2003) to identify patterns of therapists’ emotional response, and Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler, 1999; Shedler, Westen, 2007; Shedler, Westen, Lingardi, 2014) to assess personality disorders and level of psychological functioning in a patient. currently in their care.

The study showed significant and specific relationships between therapists’ responses and patients’ personality pathology (e.g.: between borderline personality and overwhelmed/disorganized, helpless/inadequate, and special/overinvolved countertransferences; or narcissistic personality and disengaged countertransference, and so on). In general, therapists’ stronger negative feelings were associated with lower-functioning patients.

Antonello Colli¹

Annalisa Tanzilli²

Giancarlo Dimaggio³

Vittorio Lingardi²

¹ Dipartimento di Scienze dell’Uomo, Università degli Studi di Urbino, “Carlo Bo”.

² Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

³ Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma. E-mail: vittorio.lingardi@uniroma1.it.