

Ripensare l'alleanza terapeutica attraverso lo studio del processo terapeutico nella cura del panico. Due terapie ad orientamento psicodinamico

di Maria Teresa Gargano^{*}, Vittorio Lenzo^{**}, Francesca Giannone^{***}, Girolamo Lo Verso^{****}

Cenni clinici e dati epidemiologici

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) è, sul piano clinico, una sindrome acuta e cronica, ad alta incidenza epidemiologica, che costituisce, insieme alla fobia sociale e alla depressione, una delle tre maggiori cause d'invalidità della popolazione e, conseguentemente, una delle maggiori fonti di costi sociali, medici e psichiatrici (DSM-IV-TR, 2000).

Il disturbo si presenta come un quadro psicopatologico a repentina insorgenza, che evidenzia un notevole potere disorganizzante sulla personalità, sulla vita di relazione e sociale (Infrasca, 2000, Ghezzi, 2007, Pozzetti, 2008). Quando si verifica il primo episodio di panico, il soggetto frequentemente giunge in una struttura di Pronto Soccorso dove è importante la prima valutazione diagnostica effettuata, poiché la predominanza e l'irruenza dei sintomi somatici possono condurre ad una diagnosi errata¹ (Allen Frances & Ruth Ross, 2004)².

A livello epidemiologico, le stime che riguardano l'incidenza del disturbo di panico sono attualmente discordi, a causa della mancanza di un'indagine nazionale recente. Le ultime rilevazioni mostrano, tuttavia, che il disturbo è in continua ascesa (Guaraldi & Gatti, 1989) attestandosi intorno al 33% dei soggetti di età compresa tra i 18 e i 25 anni (Alonso et al., 2004)³.

Uno studio da poco pubblicato di Hollander e Simeon (2008) riporta una prevalenza del disturbo di panico del 2-4% su un campione americano con un rapporto 2:1 tra maschi e femmine. Sono indicate, inoltre, nello studio, forti condizioni di comorbidità con il disturbo depressivo oltre che con altri disturbi d'ansia. Per quanto riguarda l'esito della malattia, circa il 33% riporta una guarigione, il 50% ha un peggioramento limitato e il 20% ha un forte peggioramento.

^{*} Psicologo. Psicoterapeuta di gruppo. Dottore di ricerca in psicologia. Università di Palermo.

^{**} Dottorando di ricerca in Scienze Psicologiche. Università di Messina.

^{***} Professore associato di Psicologia Dinamica. Università di Palermo.

^{****} Professore Ordinario di Psicoterapia. Università di Palermo.

E-Mail: mteresa.gargano@libero.it, vittoriolenzo@hotmail.it, frgiann@unipa.it, girolamoloverso@tin.it

¹ Con l'esclusione, ovviamente, dei casi in cui una condizione medica sia la causa diretta degli attacchi di panico ed in questo caso la diagnosi è "Disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale".

² Quando si verifica il primo attacco di panico, con l'aumento della frequenza cardiaca, spesso i soggetti colpiti credono che si tratti di un attacco di cuore recandosi immediatamente al primo pronto soccorso dove gli accertamenti andranno poi ad escludere una patologia medica. In seguito sono spesso somministrate benzodiazepine quando si inizia ad intuire la matrice psicologica di questi sintomi.

³ Anche se le manifestazioni sintomatiche proprie di ciò che oggi definiamo come Attacco di panico siano già state descritte molto prima dell'introduzione dei criteri nel DSM-III (Angst, 1998; APA, 1980)

Alcune note preliminari

Il carattere quasi di pandemia che il DAP ha acquisito nella società attuale ci spinge a compiere alcune considerazioni più generali sul rapporto che lega la cultura nel suo insieme e le malattie mentali. Problematiche di questo tipo erano del resto già presenti negli scritti di Tacito, Plinio il Vecchio e Ippocrate (Coppo, 2003). Oggi è ormai condivisa l'idea che l'epidemiologia della malattia mentale (e anche medica) varia, quantitativamente e qualitativamente da una società all'altra, e in una stessa società che cambia nel tempo (Gaddini, 1984)⁴. In questa prospettiva, le patologie mentali non possono essere considerate né universali né racchiuse all'interno di un singolo individuo ma sono in relazione a ciò che in termini molto generali si può definire come "sociale", espressione della "cultura"⁵.

Rivolgendo uno sguardo alla complessa società attuale è evidente come, per molti versi, si presenti come momento di rottura storica e soprattutto epistemologica rispetto al passato. L'estrema complessità e poliedricità di cambiamenti in atto è rintracciabile in fenomeni come la globalizzazione dei mercati, i mass media, la rete Internet, la crescita dell'individualismo, il consumismo di massa, la recessione economica, la confusione identitaria che stanno dando vita ad una mutazione sociale senza precedenti e con effetti ancora non del tutto chiari. Pertanto, pur non potendo essere valutata come una causa patogenetica, l'attuale società esercita di certo un ruolo di primo piano nell'incidenza e nella prevalenza di diversi disturbi mentali, come nel caso delle depressioni, di alcuni disturbi di personalità e del DAP (Infrasca, 2005, Zuccardi Merlo, 2005; Francesetti, 2005).

I trattamenti psicoterapeutici nello scenario attuale

Il DAP è stato, negli ultimi venti anni, una delle patologie più studiate dal punto di vista etio-fisio-patogenico, fenomenologico, clinico e psicologico (Favarelli et al., 2000). Da un esame della letteratura disponibile però molti studi hanno sostenuto e continuano a sostenere una derivazione prevalentemente biologica dell'attacco di panico (Ascher, 1978; Redmond et al., 1979; Elam et al., 1981; Perna et al., 2001).

Al tempo stesso, allargando lo sguardo, da più parti si sottolineano i legami che intercorrono tra *psiche* e *corpo* e come le distinzioni siano in gran parte solo teoriche superando così il riduttivismo dell'individuo visto come una monade isolata (Lo Verso & Federico, 1994; Damasio, 1995; Kandell, 1999; Siegel, 1999; Le Doux, 2002; Imbasciati, 2005; Giorni & Lo Verso, 2008). Si è ormai dimostrato a partire dalle ricerche nel campo delle neuroscienze, come lo sviluppo del sistema nervoso dell'uomo sia, infatti, imprescindibilmente legato all'esperienza relazionale che compie (Giorni & Lo Verso, 2008). Trascurare queste acquisizioni sui processi psichici comporta il rischio di rimanere ancorati ad un'ottica di causalità lineare o comunque di singole interazioni tra variabili, ignorando l'intreccio complesso che attualmente lega epistemologia e psicoterapia (Ceruti & Lo Verso, 1998).

⁴ Rimandiamo ad altri lavori un'analisi che si basi sulla storicizzazione di un'epoca e di un contesto sociale per individuare le strutture alla base che ne reggono il concetto (Foucault, 1961; 1978).

⁵ In questo senso l'etnopsicoanalisi (Nathan, 1993; Nathan et al., 1998; Nathan, 2003) ha già dimostrato come il termine *psiche* più che un dato di natura, si possa considerare un dato di cultura appartenente in particolare alla cultura occidentale (Nathan et al., 1998).

Inoltre, una riflessione su queste tematiche appare necessaria se si considerano le conseguenze non solo in termini teorici e di ricerca, ma anche a livello di trattamento dei disturbi psichici. Nel caso del DAP, il focalizzarsi esclusivamente su un piano medico-biologico comporta il rischio, in un trattamento terapeutico, di tralasciare tutto ciò che non ha a che fare con gli aspetti sintomatici del disturbo. La cura, in Psicologia Clinica, non può mutuare dall'ambito medico ciò che è definito come modello "ortopedico" (Carli, 2006), poiché ciò impedisce di indagare la valenza relazionale di un sintomo o, comunque, confinarlo all'interno di un singolo individuo. In questa prospettiva, la cura in psicologia clinica non è rivolta alla ricerca di leggi per costruire una visione nosografico-istruttiva del disturbo psichico, ma è legata in primo luogo all'incontro tra persone (Cigoli & Margola, 2006).

In realtà nello specifico campo dei trattamenti psicoterapeutici, la situazione appare più complessa. Sospendendo in questo contesto una disamina sul vasto panorama delle forme di trattamento oggi disponibili, sono due i principali movimenti, diametralmente opposti, che cercano di rispondere al quesito sull'efficacia e il funzionamento delle psicoterapie. Entrambi nascono negli USA in risposta alle esigenze delle compagnie assicurative, di provvedere solo a quei trattamenti (prevalentemente farmacologici e di breve durata) di cui è stata dimostrata la efficacia empirica (Gazzillo & Lingiardi, 2007).

Il primo filone fa riferimento ad un movimento all'interno dell'APA confluito nel volume di Nathan e Gorman (1998). L'approccio ai disturbi psichici è basato sulla trasposizione dei metodi *evidence-based* utilizzati in ambito medico-farmacologico nel campo dei trattamenti psicoterapeutici. Pur rimandando al lavoro sopraccitato per ulteriori approfondimenti, è da sottolineare come fin da subito si affronta il problema di quale *tecnica* sia efficace per un determinato disturbo, equiparando l'azione di un trattamento psicoterapeutico a quella di un trattamento farmacologico.

L'altro movimento fa capo ad un'altra divisione dell'APA e afferma il primato della relazione terapeutica e del terapeuta. Il volume uscito quattro anni dopo e curato da Norcross (2002) raccoglie una *task force* composta da autori che sostengono il principio che ad essere curative non siano tanto le tecniche di trattamento, ma la qualità della *relazione* che si instaura tra paziente/i e terapeuta.

Sulle base di queste considerazioni⁶ vorremmo sottolineare, da un punto di vista epistemologico, la problematicità e i rischi di trasporre nell'ambito della psicoterapia, un paradigma di ricerca pensato per altri campi di osservazione scientifica. Difatti, utilizzare il metodo sperimentale nel campo dei trattamenti psicoterapeutici comporta il rischio di ignorare ciò che caratterizza l'ambito psicologico, ovvero lo psichismo umano da un punto di vista relazionale (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi & Giannone, 1998; Lo Coco & Lo Verso, 2006). Allo stesso tempo, con l'abbandono dell'idea di una realtà "oggettiva" (Morin, 1984), "gli scienziati diventano i responsabili della loro scienza" (Von Foester, 1986) cosicché l'etica di chi fa ricerca si lega indissolubilmente ai presupposti epistemologici della ricerca stessa.

A nostro parere questi temi, oltre che legare ambiti di indagine scientifica diversi, annodano, nel campo stesso della psicologia, la pratica clinica e la ricerca.

⁶ Rimandiamo ad altri lavori per una trattazione più articolata: Barron, 1998; Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006; Gazzillo & Lingiardi, 2007.

Nonostante già da anni si sostenga l'importanza di avvicinare il lavoro clinico a quello della ricerca⁷, rimangono tuttavia alcuni nodi problematici di tipo teorico-metodologico, che portano spesso a risultati di ricerca controversi, come nel caso del DAP.

Se si rivolge lo sguardo in ambito empirico e restringendo il campo alla cura del disturbo di panico, da un lato le metanalisi e i *single-case* effettuati prevalentemente con campioni anglosassoni e nordamericani, hanno avuto il merito di confrontare l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) con le diverse cure farmacologiche che in questi anni si sono succedute (Barlow & Cerny, 1988; Clum, 1989; Klosko et al. 1990; Clark & Salkovskis, 1991; Barlow & Lehman, 1996; Beck et al., 1992; Cox et al., 1996; Borkovec & Costello, 1993; Clum et al., 1993; Gould et al., 1995; Clark & Fairburn, 1997; Teusch et al., 1997; van Balkom et al., 1997; APA, 1998; Barlow et al., 2000). D'altra parte hanno trascurato l'analisi del processo attraverso cui il cambiamento sintomatico è avvenuto e quali sono stati i fattori terapeutici. Quasi tutti gli studi, infatti, si sono limitati a verificare la riduzione sintomatica, utilizzando strumenti *self-report* che non approfondivano e chiarivano il ruolo che la relazione terapeutica ha avuto nel contribuire al miglioramento del paziente.

I pochi studi sul processo fino ad oggi compiuti (Hollon, Evans & DeRubeis, 1990) hanno, per esempio, rivelato che la psicoterapia cognitiva nella cura del DAP è più efficace dei farmaci nel modificare lo stile attribuzionale (cioè la lettura cognitiva della realtà), e che il cambiamento dello stile attribuzionale ha un effetto preventivo sulle ricadute (op. cit.).

Tra le variabili del processo quelle che sembrano essere state approfondite sono state l'alleanza terapeutica (Casey et al., 2005; Ramnero & Ost, 2007) e i meccanismi di difesa (Perry, 1999; Kipper et al., 2005, 2007; Blaya et al., 2006; Heldt et al., 2007), valutati attraverso strumenti *sel-report*. Ancora poca attenzione è stata rivolta, in ambito empirico, alle capacità metacognitive, agli stili interpersonali, ai modelli relazionali interni e agli stili di attaccamento. Sono aumentati, inoltre, nel corso degli anni gli studi di *follow-up* (Stuart, Wade e & Treat, 2000; Kenardy et al., 2003; Addis et al., 2004, 2006).

Considerando che è ancora poco chiaro come avvenga il processo di cambiamento sia nelle terapie TCC (Casey et al., 2005), che psicodinamiche (Milrod et al., 1997) la ricerca ha iniziato a concentrarsi sulle possibili variabili moderatrici di uno scarso *outcome* (Brown & Barlow, 1995). Tra le variabili considerate spicca la presenza di una condizione di comorbidità, che potrebbe spiegare l'alta percentuale di pazienti che continuano al *follow-up* ad avere un basso livello di funzionamento (il 30% per Brown & Barlow, 1995).

Una recente ricerca di Ozkan e Altindag (2005) ha, infatti, riportato che questo disturbo presenta una comorbidità pari all'80,3% con i Disturbi di Asse I e al 33,9% con i Disturbi di Personalità Asse II. La presenza di una comorbidità in Asse I e II influenza gli esiti della terapia farmacologica (Marchesi et al., 2004). La comorbidità riguarda i disturbi dell'umore (Klerman, 1990; Lesser et al., 1988, 1989; Albus et al., 1995; Baldwin, 1998), i disturbi d'ansia (Schneir et al., 1990), i disturbi di personalità (Mavissakalian, Hamann, 1987; Reich, 1988), uso di sostanze (DuPont, 1997), e condizioni mediche generali (Rosenbaum et al., 1996; Maina et al., 2004).

⁷ Ne sono espressione i lavori presentati al IV Congresso Nazionale della SPR-Italia (2003) dal titolo: "La ricerca fa bene alla Clinica".

La presenza di una comorbidità in Asse I o II interferisce anche sull'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale rivolto al disturbo di panico. Sono studi single-case, ma anche metanalitici (Roth e Fonagy, 1997; Craske et al., 2007; Mennin, Heimberg, 2000; Chambless, Ollendick, 2000; Chambless et al., 2000; Hedley et al., 2001; Prasko et al., 2005; Craske et al., 2005; Ozkan, Altindag, 2005; Hicks et al., 2005; Marchesi et al., 2006).

Dall'analisi di questi risultati rimangono, tuttavia, da approfondire sia il ruolo che le variabili del processo hanno nel favorire la riduzione sintomatica, sia gli effetti della comorbidità soprattutto in asse II sull'efficacia della psicoterapia cognitiva.

Per quanto riguarda il trattamento psicodinamico, osserviamo la presenza di un solo studio, che ha dimostrato come la gravità clinica del DAP e la sua cronicità sembrano essere influenzati dalla presenza di una comorbidità in Asse II (Milrod et al., 2007b). Più in generale, mancano studi di efficacia sulla psicoterapia psicodinamica, soprattutto a lungo termine (Gabbard, 2002), anche a causa delle difficoltà metodologiche insite nelle strutture un appropriato disegno di ricerca (Gabbard, 2005). Un po' più numerosi sono gli studi che hanno valutato l'efficacia delle terapie psicodinamiche a breve termine (Anderson & Lambert, 1995; Wilborg & Dahl, 1996; Nosedo et al., 2001) anche se uno solo prevedeva un campione di controllo (Milrod et al., 2007).

Molto limitati gli studi sul processo delle terapie psicodinamiche, considerando anche i limiti che presentano gli strumenti *self-report* nel rilevare gli aspetti più dinamici che caratterizzano la relazione terapeutica. Tra le variabili di processo, come si è detto, l'alleanza terapeutica è una di quelle più approfondite, soprattutto nella sua relazione con gli esiti della terapia. Sebbene la letteratura abbia dimostrato la presenza di una relazione predittiva tra l'alleanza e l'esito della terapia (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002), non riscontriamo studi empirici che esplorino questa relazione nella terapia psicodinamica del disturbo DAP.

Il costrutto di alleanza terapeutica: tra interazione e relazione

Dalle prime sistematizzazioni di Freud rispetto alle componenti del transfert (1912) molte concettualizzazioni si sono succedute nel corso degli anni (Sterba, 1934; Rogers, 1951, 1954; Greenson, 1965; Bordin, 1975; Safran & Muran, 2000)⁸, con effetti, in seguito, anche dal punto di vista della ricerca empirica poiché l'alleanza è stata intesa e quindi valutata, in modi molto diversi (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Per questa ragione, rispondere definitivamente al quesito della definizione dell'alleanza terapeutica appare oggi problematico poiché si rischierebbe di giungere a quanto detto da Boring (1923) a proposito dell'intelligenza ovvero che l'alleanza è ciò che è misurato dai rispettivi strumenti (Hentschel et al., 2005). Oggi il concetto empirico di alleanza non può essere visto come qualcosa di a sé stante, ma è da considerare in relazione alla teoria sottostante e di conseguenza al metodo e alle tecniche adottate nella relazione di cura.

A cominciare dagli studi di Zetzel (1958), l'alleanza terapeutica diviene un elemento su cui si concentra il dibattito, all'interno del modello psicoanalitico, senza, tuttavia, giungere ad una visione condivisa del costrutto stesso. Benché oggi il dibattito teorico in psicoanalisi sia giunto ad una posizione che sembra supportare gli aspetti

⁸ Per una trattazione più sistematica rimandiamo a Lingiardi (2002); De Bei (2006).

relazionali del trattamento, compresi quelli relativi all'alleanza (Stolorow & Atwood, 1996; Mitchell, 2002; Aron, 2004, Stern, 2005), diverso è stato il percorso che ha seguito la ricerca empirica.

A fronte di questi cambiamenti, che riguardano sia i paradigmi epistemologici, sia i metodi di trattamento, la ricerca sembra, infatti, essere in ritardo. Gli strumenti di indagine empirica del processo terapeutico si basano, infatti, su teorie della mente individuali (come i meccanismi di difesa, il transfert, i modelli relazionali interni).

Anche gli strumenti che oggi si propongono di indagare il costrutto di alleanza terapeutica (per citarne alcuni, WAI, CALPAS, TBS), sono di tipo *self-report*, e considerano l'alleanza come un concetto statico ed individuale. Rispetto all'assunzione del concetto di alleanza, come una caratteristica statica della relazione, ci sembra utile citare la considerazione di Horvath (2005): "il progressivo arricchimento nel corso del tempo e la complessità sono caratteristiche di tutte le relazioni intime, perché dovremmo assumere che questo non avviene in terapia? (p. 5)". In questa direzione dell'abbandono del "mito dell'omogeneità (Horvath, 2005)" si inserisce questo lavoro che, adottando un livello di indagine microprocessuale, può aiutarci a ricostruire e comprendere cosa accade nella relazione tra paziente e terapeuta. In questi termini, ricollegandosi al concetto di alleanza da un punto di vista empirico, pensiamo che non sono tanto le definizioni dell'alleanza a far comprendere meglio cosa accade nel processo terapeutico, quanto l'attenzione sulle componenti relazionali dell'incontro terapeutico. A tale proposito si rivela coerente il modello elaborato da Safran e Muran (2000), in cui si sottolinea il carattere negoziativo dell'alleanza e come questo processo, continuamente all'opera, vada incontro a fratture e riparazioni nel corso delle sedute e su cui il terapeuta lavora insieme al paziente. Inoltre questa continua opera di riflessione metacomunicativa del terapeuta non è basilare solo per l'alleanza terapeutica, ma rappresenta l'essenza stessa del cambiamento. Attraverso l'esplorazione nel qui e ora di una frattura nell'alleanza si può esplorare lo schema relazionale o, in altri termini, la configurazione sé-altro (Mitchell, 2000) del paziente e da qui, agire per modificarla.

D'altra parte, se il costrutto di alleanza terapeutica è considerato, dagli autori, come risultato di un processo di negoziazione tra paziente e terapeuta, che si modifica nel corso del tempo, rimane, tuttavia, all'interno di un modello interazionista. Riteniamo infatti, in accordo con quanto affermato recentemente da Carli e collaboratori (2009) che, la tassonomia degli interventi elaborata da Safran e Muran (2000), esclude l'analisi della dinamica inconscia della relazione psicoterapeutica.

Dal punto di vista della ricerca empirica, le teorizzazioni di Safran e Muran (2000), rivisitate dal gruppo di ricerca coordinato da Vittorio Lingiardi sono state operazionalizzate attraverso l'utilizzo dell'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica- versione *revised* (IVAT-R) (Colli & Lingiardi, 2007). A partire dai trascritti di sedute, lo strumento, se consente una valutazione sia quantitativa che qualitativa dell'alleanza terapeutica (da parte del paziente e del terapeuta), e allo stesso tempo permette di seguire l'andamento della costruzione e delle rotture dell'alleanza, rimane, tuttavia, fondato su dimensioni individuali.

La prospettiva di ricerca descritta, si inserisce, più in generale, nell'ambito dell'indagine sulle dinamiche cliniche e dei costrutti associati all'alleanza (De Bei, 2006). Tra le diverse conseguenze di tali posizioni vi è l'importante dato per cui il rinnovato interesse per la relazione tra paziente e terapeuta non solo ha riavvicinato clinica e ricerca, ma ha anche portato alla consapevolezza dei ricercatori che l'alleanza in sé è un costrutto complesso che può, e deve, essere studiato congiuntamente ad altre variabili del processo, e in cui elementi tecnici e

relazionali vanno pensati come aspetti del processo che operano in maniera sinergica (De Bei, Colli & Lingiard, 2007).

La possibilità di tracciare ipotesi esplicative dall'analisi dei due casi clinici presentati in questo lavoro è stata, senza dubbio, favorita dal monitorare l'andamento dell'alleanza terapeutica attraverso il parametro *tempo* (Valsiner, 2001) insieme ad altre variabili di processo⁹. In altre parole si tratta di "decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla" (De Bei, Colli & Lingiard, 2007), focalizzandosi sulla natura di una serie di elementi micro-processuali concomitanti, che contribuiscono all'andamento della relazione terapeutica e al suo esito.

Da queste premesse, appare allo stesso tempo necessario verificare l'efficacia del trattamento psicodinamico rivolto al paziente DAP.

In questo articolo, assumendo il concetto di relazione come elemento caratterizzante il trattamento terapeutico, si cercherà di connettere la manifestazione fenomenologica del panico alle modalità relazionali del soggetto e al loro significato. A tale scopo si cercherà di adottare questo "sguardo" anche in una prospettiva di ricerca attraverso la "lente" dell'alleanza terapeutica. Inoltre si proverà, sulla base dei risultati di ricerca ottenuti attraverso uno studio di tipo osservazionale-descrittivo, a formulare alcune ipotesi sulle modalità attraverso cui la sintomatologia panica può influenzare la costruzione e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica con il paziente, nel corso del trattamento psicodinamico a lungo termine.

La ricerca

I due casi clinici

La ricerca ha preso in considerazione due pazienti affetti da Disturbo da Attacchi di Panico (DSM-IV, APA, 1994), trattati con una psicoterapia gruppoanaliticamente orientata e a lungo termine¹⁰.

Presentiamo brevemente al lettore i due casi presi in esame:

1. La paziente A (che chiameremo Paola) è una giovane donna di 24 anni, che si rivolge al servizio di dipartimento assistenziale di neurologia e psichiatria, U.O. di riabilitazione psichiatrica e psicologia clinica, presso l'azienda ospedaliera universitaria policlinico "P. Giaccone" di Palermo. Manifesta nelle prime sedute un disagio espresso da somatizzazioni e da attacchi di panico sempre più frequenti, accompagnati dal consueto corredo sintomatologico che caratterizza il Disturbo da Attacchi di Panico: instabilità, palpitazioni, nausea (spesso con vomito) e paura di morire. La diagnosi effettuata è quella di DAP, senza agorafobia.

Paola è una ragazza iscritta alla facoltà di Giurisprudenza, scelta strettamente collegata al "desiderio" del padre, noto avvocato e morto circa 4 anni addietro, in seguito ad un carcinoma. Paola cresce come una ragazza "adulmorfata", precocemente responsabilizzata, e investita da forti

⁹ Questo articolo rientra in un progetto di ricerca più ampio (Gargano et al., 2007; 2008a, 2008b) che prevedeva anche il confronto con altre variabili di processo come i meccanismi di difesa e la meta cognizione. Gargano M.T., Pavia L., Giannone F., Inzerillo F. & Oliveri A.M. (2007), Gargano M.T., Giannone F., Inzerillo F. & Oliveri A.M. (2008a), Gargano M.T., Giannone F., Ferraro A.M., Amato L., & Salvatore S. (2008b),

¹⁰ È stata effettuata una valutazione multi strumentale con strumenti sia di esito che di processo. In particolare per l'esito si è utilizzato l'Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2) (Lambert et al., 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano & Lambert, 2006); la SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingiard, 2003) per la valutazione della personalità. Per gli aspetti di processo è stata utilizzata l'IVAT-R (Colli & Lingiard, 2007); la SVaM (Semerari, Carcione & Di Maggio, 2003) per la valutazione della meta cognizione e la DMRS (Perry, 1990, Lingiard, 2002) per i meccanismi di difesa.

aspettative familiari di successo per il suo futuro, tanto da descriversi nel corso delle sedute come “un trofeo da esibire”.

La morte del padre, la crescente ansia ed ipocondriasi della madre, l'appartenenza ad una comunità “chiusa”, come quella di un piccolo paese della Provincia di Palermo, sembrano contribuire ad una “rottura” di questa immagine quasi “perfetta” che Paola ha dovuto modellare sulla base dei vincoli familiari e sociali.

Al momento della richiesta di cura, è trattata con benzodiazepine. La paziente è attualmente seguita dallo stesso psicoterapeuta, che ha concluso il suo percorso formativo presso la scuola di specializzazione in psicoterapia gruppoanalitica.

Attraverso la SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003), da una valutazione categoriale¹¹ della personalità, la paziente non presenta alcun disturbo di personalità, mentre, da una valutazione dimensionale e descrittiva della personalità, presenta forti tratti di personalità disforico-depressivo ad alto funzionamento¹². Raggiunge, altresì, un punteggio vicino ad una deviazione standard sopra la media la categoria Ossessivo¹³.

2. Il paziente B (Paolo) è un giovane uomo di 22 anni, che fa una richiesta di psicoterapia in ambito privato. L'invio viene fatto proprio dal datore di lavoro. Durante una prima fase di valutazione, il terapeuta formulava una diagnosi clinica di Disturbo da Attacchi di Panico con Agorafobia, sulla base delle categorie diagnostiche del DSM-IV-TR (APA, 2000). Dopo la somministrazione della SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingardi, 2003), lo psicoterapeuta (ancora in formazione) associa al DAP la diagnosi di Disturbo di Personalità Dipendente¹⁴. Anche questo paziente verrà trattato con benzodiazepine e sarà seguito da un'altra psicoterapeuta, anche lei specializzata presso la stessa scuola di specializzazione.

Il paziente proviene da uno dei quartieri di Palermo definiti a “rischio” per l'alto tasso di microcriminalità e per il controllo dell'organizzazione criminale mafiosa sul territorio. Paolo riesce a stento a conseguire il diploma di scuola secondaria superiore frequentando “saltuariamente” un istituto tecnico privato di Palermo e occasionalmente lavora come idraulico. Precocemente adultizzato e responsabilizzato, Paolo cresce educato ai valori propri della cultura mafiosa, l'omertà, la fedeltà e l'adesione incondizionata alle regole trasmesse e ai ruoli stabiliti, l'esibizione e l'ostentazione della forza e del coraggio maschile, la negazione di sentimenti legati alla fragilità dell'animo umano, ritenuti esclusivo appannaggio dell'universo femminile. Assieme alle crisi d'ansia Paolo, manifesta subito, nella sua richiesta di una psicoterapia, una sofferenza legata al conflitto con questi valori e codici, da cui si sente oppresso.

Metodologia

Lo studio adotta un disegno naturalistico del tipo *single-case*, centrato sull'osservazione longitudinale di due trattamenti. Tutte le sedute prese in esame sono state audio registrate, trascritte e valutate indipendentemente da due giudici. Infine è stato effettuato un campionamento.

¹¹ Risultato del conteggio del numero di sintomi / criteri presenti in un paziente e vedere se è sufficiente a stabilire una diagnosi di disturbo di personalità da DSM.

¹² Il punteggio è infatti oltre una deviazione standard sopra la media: Q-T Depressivo ad Alto Funzionamento: 61,28.

¹³ Raggiunge, altresì, un punteggio vicino ad una deviazione standard sopra la media la categoria Ossessivo (punteggi Q-T: 57,88).

¹⁴ Il paziente, da una valutazione categoriale della personalità da DSM, presenta un disturbo di personalità Dipendente (Punteggi PD); il punteggio è infatti oltre una deviazione standard sopra la media:

- Punteggi PD-T Dipendente: 61,51

- Alto anche il punteggio nella categoria Istrionico, vicino ad una deviazione standard sopra la media: PD-T Istrionico: 56,79

- Da osservare anche il punteggio alto nella categoria Borderline: PD-T Borderline: 53,86

Per la paziente A sono stati presi in esame i primi 6 mesi di terapia al termine dei quali la paziente interrompe per un arco di tempo di circa un mese il trattamento, ripreso successivamente. Il percorso terapeutico è stato suddiviso in 4 fasi, prendendo in considerazione le principali vicende terapeutiche ed extra terapeutiche occorsi in tale periodo.

Ogni fase, si distanzia l'una dall'altra da un intervallo di 1 mese circa. Di ciascuna fase sono state prese in considerazione le trascrizioni di tre sedute contigue.

Anche per quanto riguarda il paziente B, sono stati presi in esame i primi 6 mesi di terapia. Il percorso terapeutico è stato suddiviso in 3 fasi, prendendo in considerazione le principali vicende terapeutiche ed extra terapeutiche. Anche in questo caso tutte le sedute prese in esame sono state audioregistrate e trascritte e due giudici hanno valutato indipendentemente i trascritti; è stato infine effettuato un campionamento prendendo in esame un totale di 9 sedute.

L'alleanza terapeutica nei due casi: riflessioni cliniche e di ricerca

Un aspetto da tenere in considerazione nel trattamento sia psicoterapeutico che farmacologico di un soggetto con DAP è la sintomatologia stessa. Il "panico" in tutte le sue varianti sintomatologiche tende, infatti, ad occupare l'intero spazio terapeutico soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento. All'interno di un trattamento psicoterapeutico il rischio è di restringere il *focus* esclusivamente sul panico del paziente, trascurando la valenza relazionale che può assumere per un determinato soggetto e che "sostiene" la sintomatologia. A tal proposito, spesso è palese come il paziente porti in terapia (anche fisicamente) l'intera "figura" familiare e le relative modalità relazionali tanto che diviene difficile scindere poi questo livello da quello relativo al singolo individuo. In termini Gruppoanalitici Soggettuali (Lo Verso, 1989, 1994; Pontalti, 1998; Fasolo, 2002; Lo Coco & Lo Verso, 2006; Lo Verso & Di Blasi, *in press*) tutto questo si traduce nella necessità di prendere in considerazione l'intera matrice familiare¹⁵ dell'individuo e che significato assume in essa il panico.

Al contempo, l'alleanza terapeutica è da considerare una categoria non limitata alla relazione duale tra paziente e terapeuta, ma che riguarda una relazionalità multipersonale e multicontestuale difficilmente confinabile al setting terapeutico (Pontalti, 2006).

All'interno di tali prospettive il focus non si riduce al livello diagnostico o di mondo interno della persona, ma alla interazione che si instaura, come in questi due casi presi in esame, tra paziente e terapeuta.

In questo modo l'alleanza terapeutica diviene un importante costrutto "ponte" non solo tra dimensioni diverse della relazione terapeutica ma soprattutto tra l'ambito clinico e quello di ricerca. Nonostante i limiti relativi al tipo di disegno sperimentale utilizzato e agli strumenti oggi in nostro possesso, assume in questo senso un'importanza notevole, la possibilità di poter rivolgere uno sguardo sulla relazione terapeutica da un punto di vista empirico.

Caso A

¹⁵ Per matrice familiare intendiamo il "campo di relazioni tra nodi di condensazione del pensiero (Giannone & Lo Verso, 1994, p.110) che per Pontalti & Menarini (1986) ha il compito di "fondare l'omnizzazione dell'apparato psichico su una trama di relazioni significative-significato biunivoche, con nodi della rete a significazione aperta, cioè come significanti fluttuanti atti a molteplici significazioni su piani logici diversi" (cit. in Giannone & Lo Verso, 1994).

Come già detto il sintomo dei soggetti DAP tende di frequente, per le sue stesse caratteristiche, a “saturare” lo spazio terapeutico creando delle difficoltà per il terapeuta ad indagarne la valenza relazionale. Questi aspetti possono rilevarsi, molto chiaramente, anche nei due casi presi in considerazione, accomunati dal fatto che il terapeuta è ancora in formazione. Difatti un elemento rintracciabile a partire dai dati è la modalità attraverso cui la sintomatologia degli attacchi di panico sembra ostacolare ai due terapeuti l’analisi della simbolizzazione affettiva del contesto di cura, e l’esplorazione delle dinamiche emozionali in atto nella relazione.

Soffermandoci sull’analisi del primo caso, benché i risultati ottenuti attraverso l’IVAT-R non consentano di identificare le motivazioni inconscie, che caratterizzano una possibile dinamica collusiva in atto, segnalano, tuttavia, una interazione, in cui la modalità d’intervento del terapeuta è sbilanciata verso il polo espressivo e presta minore attenzione agli interventi supportivi. Più specificatamente sembra che nel corso della relazione con la paziente, il terapeuta si sia focalizzato troppo sull’esplorazione del sintomo, perdendo così progressivamente di vista i segnali della paziente di rottura dell’alleanza.

All’interno di tale interazione, potrebbero assumere significato i molti interventi di chiarificazione da parte del terapeuta¹⁶ (fino a punte del 58% rispetto al totale dei suoi interventi) e quelli in cui il terapeuta cerca di differenziare tra stati d’animo del paziente per esplorarli separatamente¹⁷, che addirittura aumentano nel tempo.

Da aggiungere che ad alterare il clima di collaborazione tra paziente e terapeuta sembra essere stato non solo il ricorso eccessivo ad interventi di tipo riformulativo, ma anche la precocità con la quale sono stati fatti.

Se nelle prime fasi della terapia, dunque, il terapeuta compie precocemente e in modo intensivo interventi di tipo riformulativo, la paziente esprime il suo disagio in due modi:

a) con interventi che si riferiscono a delle modalità di raccontare accadimenti, esperienze e quant’altro, accomunate dal tentativo di mantenersi ad un livello di analisi molto superficiale, tanto da rendere difficile anche la siglatura differenziale con gli interventi di rottura dell’alleanza.

b) con interventi che implicano il tentativo di sottrarsi alle richieste esplorative del terapeuta. Spesso queste modalità implicite di rottura dell’alleanza terapeutica si concretizzano nello specifico in vari modi come, ad esempio, il fornire una risposta tangenziale ad un intervento preciso del terapeuta¹⁸. Esemplicativa la prima seduta in cui si prova a ricostruire le relazioni della paziente nel periodo in cui si sono manifestati i primi sintomi. Nello specifico, nel seguente fraseggio, si parla del rapporto tra la paziente ed il partner:

T: *hai detto bene, rappresenta nel senso che però sei tu che gliel’hai dato tutte queste rappresentazioni, cioè sei tu che lo insinui, come dire, di significati importanti (RM7)*

P: *sì, e comunque spero che cioè la nostra relazione per ora non è assolutamente stabile o solida, io infatti vorrei, appunto, per ora rappresenta... però vorrei che pian piano, giorno dopo giorno, stando insieme così proprio plasmandoci l’uno sull’altro, si possa costruire qualcosa di più e comunque essere proprio... (MI2)*

Molto utilizzate dalla paziente anche le modalità di rottura dell’alleanza come il rispondere brevemente rispetto una domanda ad ampio raggio del terapeuta (MI3)

¹⁶ Siglati nell’IVAT-R come *Resolution Marker 7 (RM7): Il terapeuta chiarifica e/o confronta una comunicazione incongruente del paziente.*

¹⁷ Siglati nell’IVAT-R come *Resolution Marker 2 (RM2): Il terapeuta cerca di differenziare diversi stati del paziente e li esplora separatamente.*

¹⁸ Siglati nell’IVAT-R come *Marker di Rottura Indiretto 2 (MI2): Il paziente fornisce una risposta tangenziale ad un intervento diretto del terapeuta o cambia visibilmente discorso.*

che, come nel caso precedente, danno sempre la sensazione fin dall'ascolto della registrazione di impedire lo sviluppo di uno spazio analitico, a prescindere se la paziente risponda solo con un'esitazione o articoli un breve periodo. Spesso questi due tipi di interventi quasi si alternano, mentre di pari passo il terapeuta attua comunicazioni rivolte all'esplorazione del sintomo. Ciò sembra confermare come siano delle modalità che hanno molto in comune e che all'inizio del trattamento identificano un *pattern* dinamico nella relazione tra paziente e terapeuta.

Nelle prime sedute si comincia ad osservare anche una modalità molto particolare di rottura dell'alleanza, quasi a metà strada tra l'esplicito e l'implicito che riguarda l'alludere, da parte della paziente, a problemi presenti nella relazione terapeutica esclusivamente facendo riferimento ad altre relazioni tematicamente simili (MI6). Data la notevole inferenza che implica la siglatura di questo *marker*, abbiamo ritenuto necessario l'ascolto della seduta per collocarla nel più ampio clima emotivo in cui è inserita la verbalizzazione. Integrando queste opzioni si sono individuati alcuni elementi molto interessanti, come l'aumento di questo tipo di comunicazioni fino a poco prima dell'utilizzo di interventi molto più espliciti e diretti di rottura nell'alleanza.

La valenza che assume questo *marker* è davvero chiara nella seconda seduta in cui vi è un notevole utilizzo del terapeuta sia di interventi esplorativi sia di interventi in cui sembra "non seguire" la paziente fino all'essere a tratti anche brusco¹⁹. D'altro canto la paziente, oltre ai *marker* descritti in precedenza, ad un certo punto della seduta inizia ad attuare comunicazioni siglabili in questa categoria. Più specificatamente ci riferiamo ad un episodio riferito alla zia che andava troppo "veloce" in autostrada:

P: *quando guido e sono sola, sono molto più tranquilla perché la vedo con /*

T: *con il tuo ritmo*

P: *con il mio ritmo esatto. Invece ora praticamente domenica siamo andati a T. con mia zia perché avevamo un convegno della /, perché noi siamo membri della /*

T: *che cos'è?*

P: *praticamente è un'associazione che ricerca i fondi contro il cancro, fanno la pubblicità /*

T: *sì sì sì*

P: *e niente... noi per la ricerca, insomma, questa attività e c'era un convegno, insomma dove ci aggiornavano sulla nuova ricerca. Insomma una cosa molto di base... niente allora /// siamo andati e poi il ritorno da T. a qua sono tre ore di strada e niente quindi io mi sono stressata parecchio*

T: *ma eravate solo voi due?*

P: *sì al ritorno ho guidato io, però per metà, perché mi sono stressata veramente tanto perché cioè siccome mia zia andava... la verità è questa mia zia andava a centosessanta all'andata ed io volevo eguagliare la sua velocità (p:00:00:02), stupidamente ovviamente e quindi io cercavo di andare veloce, però chiaramente andando più veloce...*

T: *con che macchina eravate?*

P: *una punto, insomma non è comunque un modello proprio nuovo. Quindi cercavo di eguagliare un po' la sua velocità e chiaramente più veloce vai, più devi stare attenta. Mia zia mi diceva "vai più piano" ed io "tu andavi così veloce ed io pure" così stupidamente. Chiaramente io poi mi sono stressata...*

T: *ecco*

P: *poi c'era un incolonnamento, quando sono sola invece me ne frego vado secondo quello che mi va*

¹⁹ Oltre agli RM2 e RM7 di cui si è parlato in precedenza, ci riferiamo agli NI5: *Il terapeuta sembra "non seguire" il paziente, sposta eccessivamente il focus della narrazione*, e agli NI10: *Il terapeuta sembra eccessivamente confrontativo, sembra troppo brusco nella comunicazione*. Entrambe le modalità rientrano nella categoria, nell'IVAT-R, dei *Negative Interventions* ovvero interventi del terapeuta che sembrano contribuire in termini negativi al processo terapeutico.

T: ed è esattamente questo diciamo quello che tu ricalchi attraverso dico questo modello della guida no?

P: uh uh

T: cioè quello che ti è sempre capitato questo dover andare al ritmo di un altro, cioè assecondare a tutti i costi il ritmo che un altro ti richiede, dove per ritmo si possono intendere le aspettative (...) lo penso che ci sia una parte di Paola che ha delle aspettative esagerate

Dall'ascolto di questo brano e da una siglatura integrata con altri aspetti che connotano il processo terapeutico rispetto al parametro tempo, noi ipotizziamo che la paziente stia manifestando il suo disagio rispetto alle "accelerazioni" mosse dal terapeuta nella relazione e alle sue difficoltà ad accedere così precocemente ad un livello analitico profondo. D'altro canto riteniamo che per il terapeuta sia stato difficile cogliere, in quel momento, questi segnali della paziente, ed utilizzarli in modo tale da essere più contenitivo e costruire un'alleanza più "robusta".

Nel frattempo, col procedere della terapia e con una situazione clinica che per la paziente appare sostanzialmente invariata (anche se la frequenza degli attacchi di panico diminuisce), il terapeuta inizia ad essere più "direttivo" nel senso che sembra quasi voler educare la paziente attraverso l'instaurazione di una dinamica maestro/scolaro. Nelle prime tre fasi prese in considerazione nel campionamento delle sedute, aumenta, infatti, la percentuale di questa modalità di intervento che è siglabile, nell'IVAT-R, attraverso uno specifico *marker*²⁰.

Per illustrare questo tipo di comunicazione riportiamo uno stralcio della seduta che risale al terzo mese di terapia in cui queste modalità di comunicazioni sono molto frequenti:

T: ma riesci a resistere per qualche giorno? Cioè riesci ad esistere senza un'appendice maschile in questo momento? (NI10)

P: non lo so (PC 0)

T: ci devi provare P.! P. non è che esiste solo in funzione di questa / che la illumina, ma quando mai! Che poi / P. questo genere di lampadina però resta fulminati o per troppo avvicinamento o per troppo allontanamento. Tu ti stai fulminando e non va bene, non va bene... in più, tra l'altro, ti infili in una situazione di gioco perverso col tuo corpo, cioè facendo delle cose che è vero che ti piacciono, ma non ti piacciono perché in realtà non ti vedo ancora pronta anche per un certo tipo di attività sessuale così disinibita, parliamoci chiaramente io non ti ci vedo pronta (NI8)

P: infatti non è da me proprio (PC 0)

T: io non lo so... può essere pure che sarà da te, ma in questo momento sicuramente no! Allora tu te la giochi su un altro livello e non va bene! Tu te la giochi come arma per o far venire il senso di colpa a una, o fartelo venire tu, o per scatenarlo ad altri! Ma che senso ha? Ti impoverisci, ti impoverisci molto, ti rimane ancora di più un vuoto interno e non va bene. Tu devi per un poco provare a sentirti di nuovo tu... l'unico modo per ricontattare te stessa e quella di non avere appendici maschili, devi stare da sola con te stessa ventiquattro ore al giorno con te stessa. Non significa che non devi vedere nessuno, non dico questo. Però vedi le amiche, studia, fai la tua vita e prova a tenerli lontani. Esci se devi uscire, divertiti, conosci persone ma sei sempre tu l'artefice della tua vita in questo momento (NI8)

La comparsa di questa modalità che contribuisce in termini negativi all'alleanza terapeutica sembra legata al fatto che, in una fase del trattamento, vi è una differenza di prospettive tra il terapeuta e la paziente circa gli obiettivi della terapia. Difatti mentre la frequenza degli attacchi di panico diminuisce, aumentano gli

²⁰ Queste comunicazioni sono siglate nell'IVAT-R come *Negative Intervention 8 (NI8): Il terapeuta sembra voler educare il paziente, sembra proporre una dinamica maestro/scolaro.*

aspetti di dipendenza della paziente e l'impossibilità di creare una relazione gratificante con un partner stabile. D'altro canto il terapeuta continua a rimanere molto concentrato sugli aspetti sintomatologici, prescrivendo, a tratti, il proprio punto di vista.

Tali dinamiche, dunque, paiono essere in relazione all'aumento dei segnali di rottura che attua la paziente rispetto al non sentirsi compresa e sono in accordo con le nostre ipotesi rispetto alla necessità di approfondire il significato relazionale che per un determinato soggetto assume il panico come sintomo.

Il ricorso del terapeuta a questo tipo di interventi segnala, nel caso in esame, la difficoltà ad empatizzare con la sofferenza, intralciando il processo di cura sia sul versante espressivo che supportivo. Ecco in tal senso un altro esempio, nell'ottava seduta, di questo tipo di comunicazione in cui il terapeuta "forza" il processo terapeutico:

T: ce l'hai chiaro? Allora che tipo di operazione anche cognitiva, devi cercare di usare anche per arginare questo mare, cioè questo straripamento di angoscia cosa devi fare che pensieri devi produrre Paola? (NI8)

P: pensieri positivi (PC=0)

Questi elementi sembrano confermare quanto detto in precedenza circa i molti interventi del terapeuta volti ad esplorare la sfera emozionale del paziente ma che ottengono solo risposte che "sfiorano" le conflittualità sottostanti, senza che sia possibile un'esplorazione diretta. Probabilmente il versante espressivo della relazione terapeutica si è innestato su un rapporto terapeutico, a livello emotivo, ancora superficiale e quindi poco solido e che avrebbe necessitato, invece, di un maggiore lavoro sulla costruzione di una buona alleanza tra paziente e terapeuta.

Ecco, come esempio, un fraseggio in cui la paziente parla del rapporto con la madre:

P: beh... insomma, abbiamo fatto pace però lei è sempre un po' nervosa per questo discorso. Insomma, chiaramente mi vede mi vede lontana (tossisce) e comunque (PC=1)

T: ti vede lontana, ma ti vede? (NS)

P: sì mi vede. Ieri sono stata a casa, ho stirato, insomma, poi lei mi ha accompagnato a P. che dovevo andare a teatro, e... (PC=1)

T: ma io ho la sensazione che non sia un problema di aiuto materiale che lei voglia da te, lei vuole altro (00:00:04), può essere? (RM7)

P: (00:00:03) non lo so. Principalmente lei chiede l'aiuto materiale (MI2)

Se, nel corso del trattamento, il terapeuta diventa più direttivo in seduta, osserviamo negli interventi della paziente un aumento della rabbia espressa più esplicitamente nei confronti della terapia. Aumenta, infatti, gradualmente, la percentuale di interventi di rottura diretti ed espliciti rispetto alle prime fasi prese in considerazione nel campionamento. Dunque nelle ultime sedute prese in considerazione, vi è una maggiore presenza di segnali espliciti di rottura (come ad es., il disaccordo rispetto a degli interventi del terapeuta) rispetto alle prime. Riportiamo a tal proposito uno stralcio, dalla decima seduta, in cui il terapeuta prova ad ipotizzare che la gelosia provata dalla paziente per la lontananza del partner sia legata ad una dinamica relazionale di dipendenza e la paziente è irritata da queste ipotesi:

T: (...) non è una gelosia normale, però se ci pensi cioè è come un voler dire, non volere ammettere che questa persona ha una storia...(RM7)

P: no! Io ne sono consapevole e lo ammetto però mi secca sentirne parlare (MD3)

In effetti l'unica modalità di rottura che rimane costantemente in percentuale elevata si riferisce alle molte comunicazioni in cui la paziente rifiuta energicamente un intervento del terapeuta e/o è irritata dalle sue domande (MD3). Ciò traspare anche dall'ascolto delle sedute caratterizzate in molti punti da un atteggiamento inconsolabile che la paziente manifesta nei confronti del terapeuta, rifiutando ogni suo suggerimento o consiglio. Probabilmente la presenza così elevata di questo *marker* che testimonia una rottura esplicita nell'alleanza con il terapeuta, potrebbe essere legata, da una parte, alla percezione un pò brusca che a volte la paziente sembra avere degli interventi del terapeuta e, dall'altra, alle difficoltà proprie della paziente a nominare emozioni e sensazioni, soprattutto di rabbia.

Inoltre nelle sedute immediatamente precedenti all'interruzione della terapia e che vedono la situazione familiare sostanzialmente invariata, vi è la comparsa di nuove modalità di rottura dell'alleanza dirette ed esplicite. La paziente comincia, infatti, ad esprimere sentimenti negativi nei confronti del terapeuta per mezzo del sarcasmo (MD10) e attacca esplicitamente la persona e/o la competenza del terapeuta (MD2).

Ad esempio in una delle ultime sedute prese in esame, la paziente lascia intendere come non si senta compresa dal terapeuta rispetto al proprio disagio:

P: (...) certo, credo che comunque questo malessere... lei l'altra volta mi ha detto una cosa che un po' mi ha turbato, lei mi ha detto "neanche io ho capito perché tu sei stata male". Lei mi ha detto questa frase in un momento... me lo ha detto una sola volta però a me è rimasta impressa (MD2)

T: quando? (NS)

P: l'altra volta parlavamo non mi ricordo di che... parlavamo e lei mi ha detto "io non ho capito nemmeno perché tu sei stata male ancora non mi sono data una spiegazione del perché tu sei stata male questa estate"

L'osservazione di questo aumento, sia qualitativo che quantitativo, della presenza di modalità dirette di rottura dell'alleanza lungo il processo terapeutico pare quasi presagire l'interruzione successiva della terapia da parte della paziente.

Caso B

Il paziente B, Paolo, a differenza del caso appena descritto, presenta un DAP in comorbilità con agorafobia e con Disturbo dipendente di personalità. Come detto in precedenza, dalla letteratura emerge che una condizione di comorbilità con un disturbo di Asse II rende più difficile l'instaurazione di una buona alleanza terapeutica. Questo dato trova riscontro nei risultati, ottenuti attraverso l'applicazione dell'IVAT-R poiché si nota, fin dalle prime sedute, che la frequenza delle modalità di rottura dell'alleanza nel paziente in comorbilità è più elevata. Mentre nella paziente A il ricorso a modalità di rottura dell'alleanza diminuisce nel tempo, nel paziente B si mantiene costante nei 6 mesi di trattamento presi in considerazione²¹. Inoltre, questo risultato sembra confermato anche dal fatto che Paolo salti diverse sedute nel corso del trattamento.

Dunque è plausibile ritenere che, con il paziente DAP in comorbilità con un Disturbo di personalità dipendente, il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica si sviluppi in modo più impervio e necessiti di una maggiore presenza empatica del terapeuta, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento. Il paziente, infatti, esprime subito il proprio disagio nella relazione, attraverso comunicazioni dirette ed esplicite. Particolarmente significativi i valori dell'alleanza, osservati nella terza seduta, in cui sono state individuate sette tipologie di rotture esplicite dell'alleanza. Il paziente dichiara palesemente un disaccordo con il terapeuta sugli

²¹ La ricerca è ancora in corso e si estenderà a periodi di tempo più ampi.

scopi e i compiti della terapia, e manifesta dubbi sulla prosecuzione stessa del trattamento²². Tali aspetti evidenziano una costante modalità di attacco alla possibilità di instaurare con il terapeuta una “robusta” alleanza e ciò continua anche nel decorso del disturbo.

Ritornando alla seduta citata, è stato utile, ancora una volta, non limitarsi alle trascrizioni *verbatim*, ma ascoltarne la registrazione. In questa seduta, infatti, il paziente, in preda ad una forte agitazione psicomotoria, rimane in piedi per i primi 10 minuti continuando a camminare per la stanza. Anche il tono di voce risulta affaticato, e la costruzione dei periodi appesantita da continue pause. Ecco un fraseggio di questa seduta che facilita al lettore la sintonizzazione con il clima “emotivo” della relazione. In questo brano, dinanzi al malessere fisico del paziente, il terapeuta propone di darsi del “tempo” per provare a capire insieme il significato della sua sofferenza:

P: *tempo, questa parola mi fa un'impressione che lei nemmeno può capire* (MD3)

T: *perché?* (RM1)

P: *è un'eternità! Trascorrerà così tanto tempo che dovrò ritornare con i miei figli. (00:00:12) mi devo impegnare, mi sto abbandonando, mi sta dando troppo fastidio, mi sento sopraffatto di gran lunga. Dobbiamo reagire, dobbiamo fermare in tempo questo processo. Non c'è una spiegazione ma devo reagire, mi sto abbandonando nella maniera più assoluta (00:00:05) ma devo rimettermi in sesto. Abbiamo finito?* (MD8)

T: *se ne vuole andare?* (RM1)

Nel corso del trattamento le sette modalità di rottura dirette da parte del paziente prima citate si restringono, e il paziente comunica prevalentemente un rifiuto per gli interventi del terapeuta o mostra irritazione per sue domande. Per fronteggiare a questi attacchi diretti, il terapeuta, contrariamente al caso precedente, è fin dalle prime sedute impegnato nella costruzione dell'alleanza con il paziente. Ciò trova riscontro nella elevata frequenza, nella prima fase del trattamento, di modalità di intervento che focalizzano l'attenzione sul qui ed ora (RM1) della relazione che di solito rappresentano il primo passo verso l'analisi dell'alleanza con il paziente.

In questo fraseggio, ad esempio, il paziente parla del “fastidio” provato rispetto ad alcune abitudini dei suoi familiari e il terapeuta cerca di costruire uno spazio di riflessione nella relazione terapeutica in atto:

T: *perché le dà fastidio?* (RM2)

P: *no, non lo so* (MI3)

T: *Cerchiamo di riflettere?* (RM1)

Il terapeuta cerca parallelamente di differenziare tra stati d'animo diversi del paziente (RM2), come in questo brano della seconda seduta in cui il paziente parla della madre e della sua ragazza che lo accompagnano in terapia, e il terapeuta riporta il focus della discussione sul tema della dipendenza dalle figure familiari:

T: *quindi questo è uno dei pochi momenti in cui sua madre può parlare con S.?* (RM7)

P: *sì. Non è che lo faccio apposta, assolutamente no* (MI1)

T: *che significa “apposta”?* (NS=0)

²² Nello specifico sono state siglate 7 diverse tipologie di *Marker di rottura diretti*: MD3: *Il paziente rifiuta energicamente un intervento del terapeuta e/o è irritato da domande del terapeuta*; MD4: *Il paziente lamenta la mancanza di progressi significativi in terapia*; MD5: *Il paziente manifesta dubbi circa la seduta in corso*; MD6: *Il paziente manifesta dubbi sulla prosecuzione della terapia*; MD7: *Il paziente esprime seri dubbi sulle sue possibilità di cambiamento*; MD8: *Il paziente mostra insofferenza nei confronti di costi, tempi, ecc. della terapia*; MD11: *Il paziente si lamenta delle modalità di intervento del terapeuta e/o richiede un tipo di terapia differente.*

P: cioè... magari che io organizzo di fare venire a mia madre per farle stare assieme, no assolutamente. Lei pensa di sì? (PC=0)

T: io penso che innanzitutto lei soffra (RM3)

P: Ma assai (PC=0)

T: Soffre, soffre anche del fatto che ha difficoltà a venire qua da solo. E mi chiedevo cosa appunto la spingesse a come dire fare chiedere alla sua ragazza di venire qua no? Perché prima diceva è per fare compagnia a sua madre allora mi chiedevo quando sua madre veniva da sola lei come si sentiva? Sapendo che c'era sua madre lì che l'aspettava? (RM2)

P: vabbè certo mi dava fastidio sapere che c'era mia madre là dentro (MI3)

T: perché? (RM2)

P: perché era sola, volevo capire magari... ma non lo so ma come fa lei a mettermi con le spalle al muro quando parliamo? Cioè proprio non lo so, sto male (...) (PC=1)

T: (00:00:07) in che senso la metto con le spalle al muro? (NI3)

P: come adesso! (00:00:05) Come i bambini! ...e perché? ...e perché? E che ne so io perché!? Ti posso dire quello che so, poi non lo so(00:00:05). Perché non so dare una spiegazione più dettagliata non ci riesco, non lo so (MI3)

Alta è anche la frequenza iniziale degli interventi in cui sostiene in modo empatico il paziente per facilitarlo nell'espressione di sentimenti negativi (RM6), come in questo stralcio dalla terza seduta in cui si parla del difficile rapporto con il padre:

T: è importante quello che lei dice, nel senso che è lei che ci sta male, lei sta male. Lei oggi sta portando sofferenza allo stato puro, allora di fronte a questa sofferenza, forse quello che si può fare è provare veramente ad ascoltarsi (RM6)

Osserviamo nell'ultima fase campionata un cambiamento di queste modalità relazionali. Infatti vi è, da parte del paziente, un aumento delle rotture dell'alleanza che si esprimono, da un lato, attraverso l'attacco alla competenza del terapeuta (MD2) e dall'altro, con la richiesta di una terapia differente (MD11).

Di fronte a questi attacchi del paziente, il terapeuta compie degli interventi che cercano di riformulare quanto detto dal paziente per lavorare sulle incongruenze (RM7), ed esplicitare e ridefinire gli scopi e le modalità della terapia (RM12). Parallelamente diminuisce però la percentuale di interventi di tipo supportivo da parte del terapeuta che erano stati molto frequenti nelle prime fasi (RM6). Quindi il terapeuta, pur essendo consapevole delle difficoltà presenti in terapia, rimane sbilanciato sul versante espressivo piuttosto che sostenere empaticamente il paziente.

Riportiamo questo stralcio in cui, a tentativi di comprensione psicodinamica del sintomo, insieme all'esplicitazione dei compiti della terapia, segue un intervento in cui il paziente attacca la competenza del terapeuta:

T: lei mi sta chiedendo se funziona bene...io penso che proverei veramente ad uscire fuori da questa cosa che non funziona bene per cui, prima, Paolo perfetto, figlio perfetto, grande adulto a figlio immaturo, figlio che non riesce a fare le cose, figlio pazzo. Possiamo andare a recuperare veramente quello che c'è stato prima e io proverei a fare una cosa, perché non provare ad avvicinarsi a questa mamma, provando a chiederle proprio che cosa è successo quando lei è nato, visto che comunque c'è anche questo rapporto con la sorella che avrà messo in moto tutta una serie di ricordi. Che cosa succede quando si nasce, come si vive questa nascita, come è cresciuto nei primissimi anni della sua vita? (RM12)

P: io ho bisogno di saperle queste cose? A me non interessa non è una cosa che mi va di saperlo! (MD2)

È probabile che, nell'ultima fase, le difficoltà del terapeuta a sintonizzarsi a livello empatico con il paziente e ad accogliere le sue richieste di contenimento sfocino in una sorta di "sfida" che nasce nella relazione. Mentre il paziente rifiuta le modalità di intervento del terapeuta e richiede un tipo di terapia differente (MD11), il

terapeuta ribadisce ed esplicita gli scopi e i compiti della terapia (RM12) diminuendo, al contempo, gli interventi supportivi (RM6).

Pur tralasciando in questa sede la questione più generale tra il sostenere il paziente o l'esplorare ed interpretare le sue modalità relazionali, riteniamo che, in questo caso, sia necessario prestare un'attenzione continua agli aspetti supportivi e di contenimento empatico nella cura di soggetti che presentano un Disturbo di personalità.

In questo esempio, tratto dall'ultima fase presa in considerazione, si nota come rispetto ad un disagio espresso dal paziente, il terapeuta resti sbilanciato sul versante esplorativo del qui ed ora, non utilizzando l'empatia per favorirlo nell'espressione di questi sentimenti negativi:

P: e quello che voglio dire io, quello che voglio dire io in parole povere... questo è uno di quei problemi che veramente a fine mese, il debito ti fa stare in ansia veramente, per non cadere in depressione. È veramente forte, dottoressa nemmeno può capire lei, non può capire. È così quando una persona le prova in prima persona... è un cosa (MD2)

T: no stiamo tentando di capire il perché lei non si sente compreso da me (RM1)

In alcuni casi, rispetto a modalità del paziente di manifestare disagio, il terapeuta sembra intellettualizzare troppo non concentrandosi, invece, sull'esperienza concreta del paziente, come in questo brano della stessa seduta:

P: allora lei vuole risolvere il mio problema, no? Dobbiamo risolvere il mio problema leggendo dalla prima pagina, mettiamo caso che è un libro, giusto? Facciamo un esempio perché lei vuole risolvere... se lei vede le ultime pagine di questo libro non ne capisce niente! Perfetto! Quindi lei tenta, sta tentando di aiutarmi a leggere questo libro dall'inizio, perfetto! Io invece no! Ho bisogno, ho bisogno di leggere questo libro al contrario, dalla fine all'inizio (MD11)

T: Ulisse ha fatto il suo viaggio partendo dalla prima pagina con ritorno ad Itaca, allora è più importante il viaggio che noi facciamo o il fatto di arrivare subito a destinazione? (N16)

In questi casi pare che il terapeuta perda di vista le difficoltà cognitive ed emotive del paziente ad accedere un livello astratto e metaforico di comunicazione. A tal proposito riportiamo questo fraseggio in cui il paziente quasi violentemente manifesta il suo malessere e il terapeuta pare non cogliere questa necessità di contenimento emotivo:

P: ho paura e ho provato di nuovo quella angoscia di quando stavo con C. (PC=2)

T: questa si chiama autonomia l'autonomia fa paura. Il rischio fa paura. Ulisse quando lasciò la sua terra per andare ad esplorare le altre terre aveva un sacco di paure. È normale. Dico e poi si chiede Ulisse mia moglie e la mia famiglia mi accoglieranno ugualmente se io torno da questo viaggio senza quello che io cerco? (N16)

P: mi sta scoppiando la testa una cosa scioccante (MD5)

Quindi nel caso B, anche se fin da subito il terapeuta lavori molto sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, vi è un aumento, nell'ultima fase, delle modalità dirette ed esplicite di attacco all'alleanza. A nostro parere l'aumento della oppositività e dell'aggressività nel paziente, nell'ultimo periodo di trattamento, è riconducibile a:

a) variabili del paziente, come l'alta frequenza degli attacchi di panico, la caduta dell'idealizzazione paterna, la rabbia ad essa associata e la sopraggiunta crisi d'identità con le molte difficoltà a riconoscere di potere avere desideri, interessi propri e fare le scelte in autonomia.

b) variabili del terapeuta. Il terapeuta spesso ha frustrato eccessivamente il paziente, assumendosi poco la funzione di lo-ausiliario, ovvero aiutandolo nell'integrazione degli aspetti contraddittori di sé. Il terapeuta, nei primi sei mesi di trattamento, pur rimanendo particolarmente consapevole dei sentimenti negativi e di paura del paziente rispetto alla terapia ed esplorando ciò che accadeva nella

relazione nel qui ed ora, non sembra essersi sufficientemente sintonizzato emotivamente rispetto agli indicatori di rotture dell'alleanza, rimanendo sbilanciato su un polo espressivo.

Difatti la concomitante presenza di un Disturbo di personalità, rende più difficile il lavoro di elaborazione psicodinamica lungo il trattamento, anche per la presenza di un forte deficit metacognitivo valutato nel paziente attraverso la SVaM²³. Nonostante le difficoltà del paziente ad integrare aspetti contraddittori di sé e degli altri significativi e ad avere una rappresentazione stabile della mente dell'altro, spesso il terapeuta contribuisce in termini negativi all'alleanza insistendo eccessivamente su un argomento o rilanciando troppo sull'esplorazione della relazione tra variabili, non radicandosi nella storia del paziente, e lavorando precocemente su alcune parti difensive del paziente. Spesso, di fronte ad un evidente deficit di integrazione, il terapeuta attua un intervento che non contiene emotivamente il paziente.

Conclusioni

Anche se non è possibile compiere inferenze causali per i limiti del disegno di ricerca utilizzato, i nostri risultati sembrano mostrare che:

- Il trattamento psicodinamico con i pazienti DAP è efficace²⁴. Gli strumenti utilizzati hanno mostrato una notevole riduzione sintomatica in entrambi i pazienti nei sei mesi presi in considerazione.
- Alla riduzione sintomatica riscontrata non corrisponde un cambiamento nella struttura di personalità²⁵.
- L'alleanza del paziente presenta valori iniziali bassi e peggiora durante il trattamento.
- L'alleanza del terapeuta è positiva in entrambi i casi²⁶.

²³Attraverso la SVaM si è riscontrato, a differenza dell'altro caso preso in considerazione, un deficit della sottofunzione *Integrazione*. Ciò comporta delle difficoltà ad integrare rappresentazioni contraddittorie di sé e delle persone più significative che, come si può intuire, rappresentano un ostacolo in un trattamento psicoterapeutico di tipo psicodinamico. Inoltre è stato rilevato dai dati SVaM anche un deficit nella sottofunzione *Decentramento* che riguarda una difficoltà, da parte del soggetto, a descrivere lo stato mentale altrui fornendo ipotesi indipendenti dall'identità con il proprio funzionamento mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione.

²⁴ Per la paziente A si è passati da un punteggio di 109 a 66 per quanto riguarda l'OQ 45.2 (Lambert et al., 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano & Lambert, 2006) e da un GSI del valore di 1,30 a 0,90 nell'SCL 90-R (Derogatis, 1983, 1991). Per il paziente B si è passati da un GSI di 1.66 circa a 1.11 nell'SCL 90-R (cit.)

²⁵ Rispetto ai risultati ottenuti attraverso la SWAP-200 osserviamo che:

Nel caso A i punteggi Q-T della categoria Disforico-Depressivo ad Alto Funzionamento rimangono sostanzialmente invariati, e si mantengono oltre una deviazione standard sopra la media; da sottolineare anche un aumento dei valori relativi alla categoria Istrionico, che raggiunge un punteggio pari a una deviazione standard dalla media (60,4).

Nel caso B i punteggi P-D della categoria Dipendente rimangono sostanzialmente invariati, e si mantengono oltre una deviazione standard sopra la media; da sottolineare anche un aumento dei valori relativi alla categoria Istrionico, che raggiungono un punteggio vicino a una deviazione standard dalla media (passa da 56,79 a 59,64), e Borderline (che passa da 53,86 a 56,13).

²⁶ Dai dati IVAT-R emerge un indice medio di alleanza del terapeuta pari 0,02 nel caso A e 1,07 nel caso B.

Proveremo ora ad articolare alcuni spunti di riflessione sulla base dei risultati emersi. Come si è accennato, il trattamento psicodinamico si è dimostrato efficace nella riduzione degli attacchi di panico, sebbene a ciò non corrisponda una trasformazione profonda della struttura di personalità dei due pazienti. Sembra ragionevole ritenere che l'arco di tempo di sei mesi preso in considerazione in questo studio, non sia stato sufficiente per incidere ad un livello più profondo rispetto a quello sintomatico.

Se ci rivolgiamo all'analisi dell'alleanza, notiamo che le misurazioni ad intervalli di tempo discreti non riescono ad informare sulle dinamiche processuali avvenute nel corso della relazione terapeutica. In questa ricerca, infatti, la conoscenza dell'indice positivo dell'alleanza terapeutica allontana il ricercatore dalla comprensione dinamica del processo.

In accordo con alcuni attuali sviluppi di ricerca (Horvath, 2005; Lingiardi & De Bei, 2007), riteniamo che non sia possibile considerare l'alleanza come una componente statica ed unitaria del processo terapeutico ma che in realtà rappresenti il risultato dell'intreccio tra diverse componenti della relazione terapeutica.

Spostandosi ad un livello di indagine microprocessuale, l'alleanza terapeutica rappresenta un punto di vista strategico per seguire cosa accade nella relazione tra paziente e terapeuta. In un'ottica di ricerca l'utilizzo dell'IVAT-R, attraverso il modello delle fratture e riparazioni che sottolinea il carattere negoziativo e continuo dell'alleanza (Safran & Muran, 2000), ha consentito un monitoraggio continuo di ciò che avveniva nel corso del trattamento preso in esame.

Inoltre, nella comprensione di ciò che accade nella relazione, si dimostra altrettanto importante procedere ad lettura integrata dei risultati ottenuti dai diversi strumenti impiegati. Da questo punto di vista, il miglioramento sintomatico, seppur importante, ci dice poco su come va e cosa accade nella relazione nel corso della psicoterapia.

Fermandosi a questo livello di osservazione sarebbe stato difficile, infatti, comprendere il motivo per cui la paziente A interrompe la terapia, nonostante la scomparsa degli attacchi di panico. In realtà attraverso l'IVAT-R emerge come il terapeuta non sia stato in grado di cogliere i segnali di rottura dell'alleanza da parte della paziente, ma sia rimasto troppo sbilanciato sul versante espressivo di esplorazione del sintomo.

Nel caso del paziente B abbiamo visto come, sebbene il terapeuta lavori fin da subito per la costruzione dell'alleanza, e manifesta notevoli difficoltà nel contenere la sua ansia e rispondere in modo efficace alle sue richieste di rassicurazione.

Riteniamo che la presenza di un forte deficit metacognitivo nel paziente abbia reso difficile tale compito. La difficoltà nel comprendere e integrare gli stati mentali degli altri impediva la formazione di una rappresentazione stabile della mente dell'altro, ed esasperava il bisogno di continui consigli e rassicurazioni.

L'adozione di un disegno di ricerca di tipo osservazionale cerca di avvicinare il ricercatore alla complessità del mondo clinico, lasciando alcuni quesiti aperti. A tal proposito auspichiamo che ricerche future approfondiscano empiricamente il rapporto predittivo tra il tipo di interventi del terapeuta e la qualità dell'alleanza nel trattamento psicodinamico ricolto a pazienti DAP, con o senza comorbidità.

D'altra parte lo sforzo di individuare la direzionalità tra alcune variabili del paziente, come il quadro sintomatologico, le funzioni metacognitive o i meccanismi di difesa e variabili più legate al processo dinamico, come l'alleanza terapeutica, rischia di produrre inevitabilmente risultati contraddittori e giustapposti, come è stato dimostrato dall'ultimo ventennio di ricerche in questo ambito.

La letteratura attribuisce la contraddittorietà di questi risultati al tentativo di isolare le variabili dalla relazione, utilizzando diversi strumenti di indagine e mutuando metodologie statistiche nate all'interno di altri paradigmi di ricerca.

Ci sembra importante, tuttavia, sottolineare come una particolare direzione di ricerca, di tipo micro-processuale e multi-strumentale, possa aiutarci nel trovare un punto di incontro, per quanto non definitivo, tra le concezioni che vedono la psicoterapia come un atto autoreferenziale e "artistico" e quelle che considerano il trattamento psicoterapeutico l'applicazione rigida di una tecnica.

Bibliografia

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A Review of Therapist Characteristics and Techniques Positively Impacting the Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., & Jacob, K. (2004). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder Versus Treatment as Usual in a Managed Care Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 625-633.

Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., & Jacob, K. (2006). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder Versus Treatment as Usual in a Managed Care Setting: 2-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 373-383.

Albus, M., Scheibe, G., & Scherer, J. (1995). Panic disorder with or without concomitant depression 5 years after treatment: a prospective follow-up. *Journal of affective disorders*, 34, 109-115.

Allen Frances, M.D. & Ruth Ross, M.A. (2001). DSM-IV-TR Case Studies: A Clinical Guide to Differential Diagnosis. American Psychiatric Pub. (Trad. it. DSM-IV-TR Case Studies - Guida clinica alla diagnosi differenziale, Masson, Milano, 2004).

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T.S., et al. (2003). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.

American Psychiatric Association (1980). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-III). Trad.it. Masson, Milano 1984.

American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text revision (DSM-IV-TR)*. Trad. it. Masson, Milano 2002.

Anderson, E., & Lambert, M. (1995). Short-Term Dynamically Oriented Psychotherapy: A Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.

Angst, J., & Vollrath, M. (1998). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 446-452.

Aron, L. (2004). *Menti che si incontrano*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.

Ascher, B.H. (1978). Maternal anxiety in pregnancy and fetal hormones. *Journal of Obstetric and Gynecological Nursing*, 7, 3, 18-21.

Baldwin, D.S. (1998). Depression and panic: comorbidity. *European Psychiatry*, 13, 65-70.

- Barlow, D.H. & Cerny, J.A. (1988). *Psychological Treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3). Client workbook for anxiety and panic* (3th ed.). Graywind/Psychological Corporation: San Antonio.
- Barlow, D.H., & Lehman, C.L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Barron, J.W. (1998) (Eds). *Making diagnosis meaningful*. American Psychological Association: Washington (Trad. it. Dare un senso alla diagnosi. Raffaello Cortina, Milano, 2005).
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark., D.A. et al. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Blaya, C., Dornelles M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., et al. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 179-83.
- Bordin, E., S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borgna, E. (2005). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli.
- Boring, E.G. (1923). Intelligence as the tests test it. *New Republic*, 6, 35-37.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1995). Long-term out come in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Carli, R. (2006). Psicologia clinica: Professione e ricerca. *Rivista Di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. From <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Carli.htm>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R, Paniccia, R.M., Bonavita V., Terenzi, V. & Giovagnoli F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica. *Rivista Di Psicologia Clinica*, 1, 36-49. From http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_09/Carli_Paniccia_Bonavita_Terenzi_Giovagnoli.htm
- 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.
- Ceruti, M., & Lo Verso, G. (1998) (Eds). *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Chambless, D.L., Renneberg, B., Gracely, E.J., Goldstein, A.J., & Fydrich, T. (2000). Axis I and II comorbidity in agoraphobia: prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research*, 10 (3), 279-295.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cigoli, V, & Margola, D. (2006). Per una fondazione relazionale della psicologia clinica: Il caso dell'incontro con la coppia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 24-32.

- Clark, D.M., & Fairburn, C. (1997) (Eds), *Science and Practice of Cognitive Behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M., & Salkovskis, P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondrias*. New York: Pergamon.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G.A., Clum, G.A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317–326
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità della IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie. *Ricerca in Psicoterapia*, 10 (1), 75-97.
- Coppo, P. (2003). *Tra psiche e cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cox, B.J., Cohen, E., Drenfeld, D.M. & Swinson, R.P., (1996), "Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology". *Behavior Research and Therapy*, 33 (7), 833-936.
- Craske, M., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rosea, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095–1109.
- Craske, M.G., Lang, A.J., Aikins, D., & Mystkowski, J. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36, 43–54.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., (2006) (Eds). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bei, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., (2006) (Eds). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bei, F., Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 50-69.
- Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II. *Clinical Psychometric Research*. Towson, MD.
- Derogatis, L. R. (1993). Brief symptom inventory administration scoring and procedures manual (3th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998) (Eds). *Valutare le psicoterapie: La ricerca italiana*. Milano: FrancoAngeli.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- DuPont, R.L. (1997). Panic disorder and addiction: The clinical issues of comorbidity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2A), 54–65.
- Elam, M., Yao, T., Thoren, P., & Svensson, T.H. (1981). Hypercapnia and hypoxia: Chemoreceptor-mediated control of locus coeruleus neurons and splanchnic, sympathetic nerves. *Brain Research*, 222, 281-287.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Favarelli, C., Truglia, E., & Ricca, V. (2000). Epidemiologia, esordio e decorso del Disturbo da Attacchi di Panico. *Noos: Aggiornamenti in Psichiatria*, 6, 313-314.

- Foucault, M. (1961). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli.
- Foucault, M. (1978). *Microfisica del potere*. Torino: Einaudi.
- Francesetti, G. (2005). *Attacchi di panico e postmodernità: La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. OSF, vol. 9.
- Gabbard, G.O. (2002). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Gaddini, E. (1984). Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni (pp.644-662). In E. Gaddini. *Scritti 1953-1985*. Milano: Cortina, 2002.
- Gargano, M.T., Pavia, L., Giannone, F., Inzerillo, F., & Oliveri, A.M. (2007). Il principio della triangolazione delle valutazioni: Alleanza terapeutica ed Esiti nel trattamento del DAP: Uno studio single-case. *Book of abstracts. IX Congresso Nazionale AIP (Associazione Italiana di Psicologia), della Sezione di Psicologia Clinica e dinamica, Perugia, Settembre, 28-30*.
- Gargano, M.T., Giannone, F., Inzerillo, F., & Oliveri, A.M. (2008a). Therapeutic alliance, defence mechanisms and outcome in the treatment of a patient with panic disorder: An analysis of a treatment interruption. *Book of abstracts. 39th Convegno Internazionale SPR, Barcellona, Spagna, Giugno, 18-21*.
- Gargano, M.T., Giannone, F., Ferraro, A.M., Amato, L., & Salvatore, S. (2008b). Funzioni Metacognitive e Panico: Osservazione del trattamento ad orientamento psicodinamico di paziente DAP in comorbidità con Disturbo di Personalità Dipendente. *Book of abstracts. VII Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia: "La ricerca in psicoterapia in Italia: quale sviluppo", Modena, Settembre 25-28*.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.G., & Gagnon, R. (1998). Alliance technique, and their interactions in predicting outcome of behavioural, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- 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*.
- Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2007). Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006). *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 18-32.
- Ghezzi, N. (2008). *La logica dell'ansia: Empatia, ansia e attacchi di panico*. Milano: FrancoAngeli.
- Giannone, F., & Lo Verso, G. (1994). La teoria gruppoanalitica della personalità. In Lo Verso, G., *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Giorgi, A., & Lo Verso, G. (2008). Mente-corpo-relazione: l'unitarietà del vivente. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 285-299.
- Gould, R.A., & Otto, W.O., Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15 (8), 819-844.

- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Q.*, 34, 155-181.
- Guaraldi G.P., & Gatti C., *Il disturbo da attacchi di panico*. Federazione Medica, XLII, 4, 1989, 221-225.
- Hedley L., Hoffart A., & Sexton H. (2001). The Change Process in a Cognitive-Behavioral Therapy: Testing a Cognitive, a Behavioral, and an Integrated Model of Panic Disorder With Agoraphobia. *Psychotherapy Research*, 11, 401-413.
- Heldt E., Blaya C., Kipper L., Salum G., Otto M., & Manfro G. (2007). Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: One-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (6), 540-543.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influence on the therapeutic situation? On links to other construct, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 9-23.
- Hicks, T.V., Gorman J.N., Barlow, D.H., & Shear, M. (2005). Physical, Mental, and Social Catastrophic Cognition as Prognostic Factor in Cognitive-Behavioral and Pharmacological Treatment for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 506-514.
- Hollander E., & Simeon D. (2008). Anxiety Disorder. In Hales, R.E., Yudofsky S.C., Gabbard G.O., & Schatzberg A.F., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing – 2008.
- Hollon, S.D., Evans, M.D., & DeRubeis, R.J. (1990), Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In Ingram, R.E. *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum Press.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38 (4), 365-372.
- Horvath, 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 Norcross, J. (Eds), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Imbasciati, A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo: Una nuova teoria per la psicoanalisi*. Roma: Armando Editore.
- Infrasca R. (2000). *Il disturbo da attacchi di panico: Dalla comprensione alla psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Kandell, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 4.
- Kenardy, J.A., Dow, M., Johnston, D., Newman, M., Thomson, A., & Barr Taylor, C. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1068-1075.
- Kipper L., Blaya C., Teruchkin B., Heldt E., Isolan L., Mezzono K., et al. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (9), 619-24.

Kipper, L., Blaya, C., Wachleski, C., Dornelles, M., Salum, G., Heldt, E., et al. (2007). Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *European Psychiatry*, 22 (2), 87-91.

Klerman, G.L. (1990). Depression and panic anxiety: The effect of depressive co-morbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (2), 27-41.

Klosko J.S., Barlow D.H, Tassinari R., & Cerny J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77-84.

Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.J., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G., et al. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.

Le Doux, J. (2002). *Il Sé Sinaptico: Come il nostro cervello ci fa diventare quello che siamo*. Milano: Cortina Editore.

Lesser, I.M., Rubin, R.T., Pecknold, J.C. et al. (1988). Secondary depression in panic disorder and agoraphobia, 1: frequency, severity, and response to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 430-43.

Lesser, I. M., Rubin, R. T., Rifkin, A., Swinson, R. P., Ballenger, J. C., Burrows, G. D., et al. (1989). Secondary depression in panic disorder and agoraphobia: II. Dimensions of depressive symptomatology and their response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 16, 49-58.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., & De Bei, F. (2007). 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., & Madeddu, F. (1994). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica* (nuova ed). Milano: Raffaello Cortina.

Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2006). *La cura relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Coco, G., Prestano, C., Gullo, S., Di Stefano, G., & Lambert, M. J. (2006). Un primo studio sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *Ricerca in psicoterapia*, 9, 1, 7-19.

Lo Verso, G. (1989). *Clinica della gruppoanalisi e psicologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

Lo Verso, G. (1994), *Le relazioni soggettuali*. Torino: Boringhieri Editore.

Lo Verso, G., & Federico, T. (1994). Il rapporto mente-corpo in psicologia dinamica. In G. Lo Verso, *Le relazioni soggettuali* (pp. 61-72). Torino: Bollati Boringhieri.

Lo Verso, G., & Di Blasi, M. (in press). *La Gruppoanalisi Soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.

Maina, G., Albert, U., Bergesio, C., La Saponara, V., & Bogetto, F. (2004). Disturbo di panico e condizioni mediche generali. *Rivista di psichiatria*, 39 (5), 349-355.

- Marchesi, C., De Panfilis, C., Cantoni, A., Fontò, S., Giannelli, M.R., & Maggini, C. (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1240-1245.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M.S. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356-361.
- Mennin, D.S., & Heimberg, R.G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 339-357.
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 164, 2, 265-72.
- Milrod, B. Leon, Andrew, C., Barber, J., Markowitz, J., & Graf, E., (2007b). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 6, 885-91.
- Mitchell, S. (2000). *Il modello relazionale: Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Morin, E. (1984). *Scienza con coscienza*. Trad.it. Milano: . FrancoAngeli, 1987.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (1998) (Eds). *Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.
- Nathan, T. (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*. Trad.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Nathan, T. (2003), *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T., Blanchet, A., & Ionescu, S. (2000). *Psicoterapie*. Bologna: CLUEB.
- Norcross, J. (2002) (Eds). *Psychotherapy Relationship That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Nosedà, F., Gatta, S., Podio, C., Camarda, P., Cossa, M., Arduini, A., & Landra, S. (2001). Analisi del cambiamento mediante il metodo del CCRT in due single-casa con diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico trattati con psicoterapie psicodinamiche. *Ricerca in Psicoterapia*, 4, 194-207.
- Ozkan, M., & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 1, 20-26.
- Perna, G., Alpini, D., & Casarani, A. (2001). Panic disorder: the role of the balance system. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 279-285.
- Perry, J.C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale (5th edition). Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., & Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa: Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perry, J.C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of nervous and mental disease*, 189, 651-660.
- Pontalti, C. (1998a). Epistemologia familiare ai disturbi di personalità. *Terapia Familiare*, 52, 33-44.

- Pontalti, C. (1998b). I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico". In Ceruti, M., & Lo Verso, G., *Epistemologia e psicoterapia*, Milano: Raffaello Cortina.
- Pontalti, C. (2006). *Prospettiva multipersonale in Psicopatologia-Connessione o lacerazione dei contesti di vita*. Manoscritto inedito.
- Pontalti, C., & De Vecchis, L. (2006). Concepire il campo grupppale: Ovvero del sentirsi esistere in una psicoterapia analitica di gruppo. *Gruppi*, 2, 65-78
- Pontalti, C., & Menarini, R. (1986). La matrice familiare in gruppoanalisi. In Croce, E.B. (Ed), *Funzione analitica e formazione alla psicoterapia di gruppo*. Roma: Borla.
- Pozzetti, R. (2007), *Senza confini: Considerazioni psicoanalitiche sulle crisi di panico*. Milano: FrancoAngeli.
- Prasko, J., Houbová, P., Novák, T., Záleský, R., Espa-Cervená, K., Pasková, B., et al. (2005). Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro Endocrinology Letters*, 26, 6, 667-74.
- Ramnero, J., & Ost, L. (2007). Panic avoidance in panic disorder with agoraphobia: Clinical relevance of change in different aspects of the disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 29-39.
- Reich, J.H. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149–1152.
- Redmond, D.E. (1979). New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety (pp. 234-256). In Faun, W.E., Karacan, I., Pokorny, A.D., Williams, R.L, (Eds.), *Phenomenology and treatment of anxiety*. New York: S.P. Medical & Scientific Books.
- Rogers, C.R. (1951). *La terapia centrata sul cliente*. Trad. it. Firenze: Martinelli, 1970.
- Rosenbaum, J.F., Pollack, M.H., & Pollack, R.A. (1996). Clinical issues in the long-term treatment of panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 10, 44–48.
- Rosenbaum, J.F., Pollack, M.H., & Pollack, R.A. (1996). Clinical issues in the long-term treatment of panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 10, 44–48.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia*. Trad. it. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000), *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Trad. it. Bari: Laterza, 2003.
- Schneier F.R., Liebowitz M.R., Davies S.O., Fairbanks J., Hollander E., Campeas R., et al. (1990). Fluoxetine in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 119–121.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., et al. (2003). The evaluation of meta cognitive functioning in psychotherapy: The metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238-261.
- Siegel, D.J. (1999). *La mente relazionale: Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.
- Sterba, R. (1934). The of the ego in analytic therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 115, 117-126
- Stern, D.A. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.

Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1996). *La prospettiva intersoggettiva in psicoanalisi*. Roma: Borla.

Stuart, G.L., Treat, T.A., & Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: One-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.

Teusch, L., Bohme, H., & Gaspar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experimental approach on a panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioural exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 293-301.

Valsiner, J. (2001). Process structure of semiotic mediation in human development. *Human Development*, 44, 84-97.

Von Foerster, H. (1986), Prefazione a Ceruti, M., *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.

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

Wilborg, I.M., & Dahl, A.A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 689-694.

Zuccardi Merli, U. (Ed) (2005). *Il soggetto alla deriva, Depressioni e attacchi di panico*. Milano: FrancoAngeli.