

Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006)¹

a cura di Francesco Gazzillo² e Vittorio Lingiardi³

Il problema delle terapie basate su prove empiriche

Le obiezioni epistemologiche avanzate da alcuni studiosi alla teoria psicoanalitica (Grünbaum, 1984), i dubbi di alcuni ricercatori sulla reale efficacia delle psicoterapie (Eysenck, 1952), lo sviluppo di farmacoterapie efficaci per i disturbi psichiatrici e le richieste delle compagnie assicurative, disposte a finanziare trattamenti la cui efficacia fosse empiricamente fondata e di durata limitata, sono alcuni dei fattori che hanno dato il via a un movimento di ricerca, prevalentemente di matrice cognitivo-comportamentale, teso a elaborare protocolli psicoterapeutici standardizzati, finalizzati a disturbi specifici e dalla efficacia sperimentalmente dimostrata.

Nasce così il movimento degli *Empirically Supported Treatments* (EST) (Kendall, 1998), spinto anche dal movente di ovviare a uno squilibrio presente nel mercato della salute mentale, popolato dalle forme più diverse di terapia, ma privo di dati relativi al rapporto tra problema per cui si cerca una terapia, costi, durata e outcome del trattamento.

In un'epoca in cui un farmaco o una terapia, per essere commercializzabili, devono dimostrare la loro efficacia in studi accuratamente controllati, anche la psicoterapia – assimilata a una terapia medica – deve presentarsi sul mercato delle terapie rivali e al cospetto dei possibili fruitori con un pedigree di prove empiriche della sua efficacia.

Le esigenze della sperimentazione sugli EST

Le esigenze della ricerca e il tipo di epistemologia e modellistica terapeutica cui fanno riferimento i ricercatori EST pongono dei vincoli specifici agli studi finalizzati all'elaborazione e alla valutazione dei trattamenti (Chambless & Ollendick, 2000; Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Shedrick, 1999; Nathan, Stuart, & Dollan, 2000). Eccone alcuni:

1. dagli studi di validazione delle psicoterapie devono essere esclusi i soggetti che minano l'omogeneità del campione sperimentale e di controllo;
2. i trattamenti da valutare devono essere brevi, o comunque devono avere una durata prefissata, perché il protocollo deve essere uguale in tutti i casi e il quadro clinico presentato dai pazienti all'inizio, alla fine della terapia e al follow-up deve essere valutabile a parità di tutte le altre condizioni;
3. i trattamenti devono essere mirati alla cura di un unico disturbo clinico diagnosticabile con i manuali psicopatologici accettati dalla comunità internazionale (Goldfried, 2000) e devono essere specifici per quel disturbo, ragion per cui dai campioni di validazione degli EST vanno eliminati quei pazienti che presentano comorbidità o vanno ignorati lo stato e gli eventuali mutamenti presentati dai disturbi diversi da quello target (Wilson, 1998);
4. i trattamenti da valutare devono essere manualizzati e va controllato il livello di aderenza al protocollo della pratica reale dei professionisti coinvolti negli studi.

¹ In questo articolo abbiamo riassunto, con il consenso di Drew Westen, i principali temi della sua conferenza "Making Clinical Research Empirically Relevant", tenutasi a Roma, il 14 giugno 2006, nell'Aula Magna della Facoltà di Psicologia (Introduzione di Nino Dazzi e Vittorio Lingiardi, traduzione consecutiva di Francesco Gazzillo).

² Dottorando di ricerca di Psicologia Clinica, Dinamica e dello Sviluppo, Facoltà di Psicologia1, Università "La Sapienza", Roma.

³ Professore Straordinario, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Psicologia1, Università "La Sapienza", Roma.

In sintesi, il movimento EST cerca di elaborare trattamenti psicoterapeutici brevi, manualizzati e finalizzati alla cura di disturbi specifici, e li valuta per mezzo di campioni di soggetti omogenei trattati (e/o valutati) in modo identico e per la sola patologia bersaglio.

Gli EST e le esigenze della pratica clinica reale

Per giudicare la rilevanza clinica e la validità ecologica degli EST è necessario rispondere in via preliminare ad una serie di domande.

1. Quali sono i problemi che più spesso portano le persone ad iniziare una psicoterapia? Questi problemi sono quelli alla cui risoluzione sono mirati gli EST? In caso contrario, è come se il movimento EST avesse cercato risposte affidabili a domande poste raramente o da poche persone.
2. I trattamenti di cui valutiamo l'efficacia sono gli stessi che vengono condotti nella pratica clinica reale? In caso contrario, è come se gli EST avessero fatto ricerche empiricamente solide sulla corsa degli unicorni.
3. Qual è la durata ottimale di una psicoterapia in relazione al disturbo che cerca di curare e agli esiti che riesce ad ottenere? Esiste un rapporto dose-effetto in ambito psicoterapeutico?
4. Qual è il rapporto tra i risultati ottenuti nelle ricerche sugli EST e quelli delle terapie effettivamente condotte nella pratica clinica pubblica e privata?
5. In base a quali criteri sosteniamo che un certo tipo di psicoterapia ha un sostegno di tipo empirico e un altro no? Questi criteri, oltre a rispettare le esigenze della ricerca empirica, hanno una qualche rilevanza clinica?⁴
6. In che modo possiamo integrare i risultati delle ricerche EST e le scoperte della psicologia generale e delle neuroscienze?

E il primo grande problema in cui ci imbattiamo, argomenta Westen, è che tutte queste domande non hanno ancora ricevuto risposta.

I problemi portati da chi va in terapia

Rispetto al tipo di patologie psichiche per cui i pazienti cercano un trattamento, la maggior parte delle ricerche indicano che in genere non si inizia una psicoterapia per un singolo disturbo diagnosticabile in DSM, e che anzi circa la metà dei pazienti con un disturbo diagnosticabile in Asse II presenta anche disturbi di Asse I e viceversa (Newman, Moffit, Caspi, & Silva, 1998; Zimmermann, McDermut, & Mattia, 2000). Molti pazienti presentano disturbi di Asse I sotto-soglia, cioè sintomi riferibili ai disturbi maggiori che però non soddisfano gli algoritmi stabiliti dal DSM per fare diagnosi di disturbo; inoltre, la maggior parte dei pazienti che cercano una terapia presentano disturbi di personalità sotto-soglia (Howard, et al., 1996; Messer, 2001). In tutti i casi, non esistono studi EST relativi a patologie sotto-soglia.

Infine, non abbiamo prove empiriche a sostegno dell'ipotesi secondo cui persone diverse cui è diagnosticato uno stesso disturbo possano beneficiare ugualmente dello stesso tipo di trattamento. Ed è poco plausibile, tanto per fare un esempio, che un giovane uomo con sindrome depressiva, confusione rispetto al proprio orientamento sessuale e gravi conflitti familiari possa beneficiare allo stesso modo e dello stesso trattamento che riesce ad

⁴È utile a questo punto ricordare la differenza tra *efficacy* e *effectiveness*. Con *efficacy research* ci si riferisce a studi ben controllati in laboratorio (per esempio, uno studio sulla psicoterapia che monitora, controlla e standardizza le procedure di trattamento e utilizza gruppi tra loro omogenei attraverso la randomizzazione). Si parla invece di *effectiveness research* quando gli sperimentatori privilegiano il fatto che il trattamento venga condotto in un contesto clinico magari meno controllato del laboratorio, ma più valido dal punto di vista ecologico. Per Kazdin (2002), *efficacy* ed *effectiveness* vanno considerate come poli estremi di un *continuum* piuttosto che come categorie discrete, e compito del ricercatore è trovare un buon equilibrio tra le due (ben sapendo che un sacrificio dell'*efficacy* di solito favorisce la rilevanza clinica dei risultati).

aiutare una donna di mezza età con depressione maggiore e da poco entrata in menopausa. La diagnosi DSM in entrambi i casi potrebbe essere di depressione maggiore a episodio singolo, ma le condizioni dei soggetti sembrano piuttosto diverse. È difficile pensare a una stessa psicoterapia, per di più manualizzata, capace di alleviare nello stesso modo la depressione di questi due soggetti.

In breve, non abbiamo prove empiriche a sostegno della rilevanza clinica di ricerche che - come quelle sugli EST - partono dal presupposto che le psicoterapie debbano essere efficaci rispetto a singoli disturbi specifici diagnosticabili in DSM e privi di comorbidità. Mentre esistono prove a sostegno dell'ipotesi che i pazienti che cercano una psicoterapia non lo fanno perché soffrono di un singolo disturbo diagnosticabile con i criteri del DSM.

Il problema del tipo di trattamenti da valutare

Anche rispetto alla scelta dei trattamenti da valutare empiricamente, i dati a nostra disposizione sono piuttosto scoraggianti. Se infatti sarebbe auspicabile che fosse empiricamente verificata l'efficacia dei trattamenti più diffusi all'interno della comunità di pazienti e clinici reali, la maggior parte delle ricerche EST hanno finora valutato quasi esclusivamente l'efficacia di terapie cognitivo-comportamentali e interpersonali a breve termine.

L'assunto di questo tipo di studi è che sia possibile modificare una patologia psichica in un lasso di tempo breve e pre-determinato. Ma anche in questo caso la maggior parte delle ricerche a nostra disposizione evidenzia quanto sia difficile incidere sulle patologie psichiche, soprattutto in un lasso di tempo limitato; e gli alti tassi di ricadute cui vanno incontro le persone sottoposte a psicoterapia segnalano il carattere aleatorio di molti di questi risultati.

Inoltre, se le ricerche sugli EST cercano di ovviare al problema della comorbidità di disturbi di Asse I e Asse II non includendo nei campioni sperimentali soggetti con disturbi di personalità o non monitorando gli eventuali cambiamenti di questi disturbi nel corso delle terapie, le ricerche empiriche indicano in modo inequivocabile che le condizioni personologiche costituiscono la diatesi dei disturbi di Asse I (Westen, Gabbard, & Blagov, 2006), ma le esigenze della sperimentazione EST non permettono di condurre ricerche che tengano conto di questo fatto; la comorbidità viene considerata una semplice giustapposizione di disturbi, e per ogni disturbo andrebbe intrapreso un trattamento diverso. Per i disturbi di Asse II, però, i trattamenti EST a disposizione sono scarsi.

La durata dei trattamenti

Non esistono dati che ci permettano di fare ipotesi sulla durata ottimale di una psicoterapia. Se i trattamenti empiricamente valutati hanno in genere una durata di 4-20 sedute, assimilabile alla durata dei controlli sull'efficacia di un farmaco (Goldfried, 2000); le ricerche indicano che i trattamenti di durata pari o superiore a 24 mesi sono in genere più efficaci di quelli brevi, soprattutto in presenza di problematiche di Asse II (Howard, Kopta, Krauser, & Orlinsky, 1986; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Seligman, 1995). L'elevato tasso di ricadute cui vanno incontro i soggetti trattati con EST è in linea con questo dato.

L'alternativa ottimale agli EST: cosa fa il gruppo di controllo?

Un'altra domanda importante è quella relativa al rapporto tra i risultati ottenuti con gli EST e quelli ottenuti dagli psicoterapeuti esperti che lavorano nella comunità. Anche a questo riguardo, le informazioni a nostra disposizione non permettono conclusioni affidabili; ciò è dovuto in primo luogo al fatto che in genere gli esperimenti per la valutazione empirica dell'efficacia degli EST utilizzano come campioni di controllo delle psicoterapie di sostegno in cui viene esclusa la possibilità di discutere dei sintomi, oppure i pazienti in lista di attesa. In entrambi i casi si tratta di condizioni artificiali con cui nessun professionista della salute mentale si trova a competere e che si presentano esplicitamente come non-terapie.

Date queste premesse, i risultati degli EST potrebbero essere spiegati con un'ipotesi diversa da quella che ne vuole dimostrare l'efficacia, e cioè a partire dal presupposto che una terapia che vuole esercitare un effetto sulle condizioni psichiche di un paziente è più efficace di una terapia che non intende farlo.

Maggiore rilevanza clinica avrebbero esperimenti sugli EST che utilizzassero come gruppo di controllo dei pazienti in terapia con professionisti esperti che lavorano nel modo che gli è più congeniale.

L'efficacia di un trattamento secondo il movimento EST

In genere si considera validato un trattamento su cui è stato condotto un certo numero di ricerche empiriche i cui risultati, valutati mediante *meta-analisi*⁵, evidenzino un cambiamento positivo rispetto alle condizioni cliniche rilevate all'inizio della terapia e/o nel campione di controllo.

L'*effect size*⁶ di questo cambiamento deve essere adeguata; la percentuale di pazienti che alla fine della terapia risulta migliorata o guarita deve essere superiore a quella dei pazienti che hanno abbandonato il trattamento o non ne hanno ricevuto beneficio; i sintomi presenti all'inizio del trattamento devono essere ridotti o assenti alla sua conclusione e i risultati degli studi devono essere generalizzabili. Infine, va tenuto conto della percentuale dei pazienti che, dopo la conclusione della terapia, presenta ricadute o cerca un altro trattamento.

Qualche cifra su tre esempi di Trattamenti Empiricamente Supportati

Per valutare in che misura questi requisiti siano soddisfatti dagli studi finora condotti sugli EST possiamo prendere in considerazione due grandi ambiti di ricerca: i trattamenti manualizzati per gli attacchi di panico e quelli per le depressioni (Westen & Morrison, 2001).

Rispetto ai primi, la percentuale di pazienti con attacchi di panico inclusi nei campioni per la validazione di queste terapie è di circa il 36%; l'86% di queste persone completa la terapia e il 63% dei pazienti che hanno portato a termine il trattamento non presenta più sintomi. Dopo la terapia, i pazienti presentano in media 2 attacchi di panico ogni 4 settimane (0,7 attacchi di panico a settimana con una deviazione standard di 1.2) ma a distanza di due anni dalla conclusione della terapia, solo il 46,4% dei pazienti mantiene inalterato il miglioramento, mentre il 49% dei pazienti presenta ricadute e/o cerca un'altra terapia. In parole povere, su 100 persone con attacchi di panico, solo 20 pazienti possono usufruire di un trattamento empiricamente supportato e alla fine della terapia non presentano più sintomi, e di questi pazienti solo 9 mantengono questo miglioramento nei due anni successivi alla conclusione della terapia.

Rispetto alle terapie manualizzate per il trattamento della depressione, invece, i dati dicono che solo il 36% dei pazienti depressi supera i criteri di inclusione di questi studi; di essi il 74% completa la terapia. Il 54% di questi ultimi risulta migliorato. Non sappiamo quanti di questi casi non presentino più alcun sintomo depressivo a fine terapia, ma a distanza di 12-18 mesi dalla conclusione del trattamento solo il 29% dei pazienti non presenta ricadute, mentre circa il 54% cerca un'altra terapia nei due anni successivi alla conclusione della prima. Su 100 persone depresse, quindi, 15 completano un EST e alla fine presentano dei miglioramenti, ma solo 4 mantengono questi miglioramenti nel successivo anno o due.

⁵La meta-analisi applicata alla ricerca sugli EST è un procedimento che permette di valutare quantitativamente l'efficacia di un certo trattamento sulla base dei risultati di studi condotti in tempi, luoghi e condizioni diverse.

⁶L'*effect size* è una misura della differenza tra le condizioni medie dei sintomi presentati dai pazienti del gruppo sperimentale alla fine della terapia e le condizioni medie del gruppo di controllo (cioè in assenza di terapia) rapportate alla deviazione standard del campione come unità di misura e supponendo una distribuzione normale di questi dati.

Un ultimo caso è quello dei trattamenti empiricamente validati per il disturbo post-traumatico da stress. Nel marzo 2005 il *National Institute for Clinical Excellence* degli USA ha promulgato delle linee guida per il trattamento di questo disturbo, e secondo queste linee guida le uniche terapie che si sono dimostrate valide per il PTSD sono la terapia cognitivo-comportamentale e l'*Eye Movement Desensitization Retraining* (EMDR). Anche in questo caso, però, la generalizzabilità dei risultati è dubbia, soprattutto a causa dell'esclusione dei pazienti polisintomatici e dei pazienti che presentano disturbi della personalità o storie caratterizzate da traumi gravi, soprattutto nell'infanzia - tutte condizioni che si trovano frequentemente associate alla presenza di un PTSD in età adulta. Infine, una quota piuttosto elevata dei pazienti trattati con gli EST per il PTSD presenta sintomi residui alla fine della terapia, i dati di follow-up riguardano periodi di tempo piuttosto limitati e non abbiamo dati empirici sui tassi di miglioramento e guarigione di pazienti trattati con psicoterapie non manualizzate condotte da clinici esperti.

In sintesi, le ricerche del movimento EST ci hanno fornito prove empiriche sufficienti a sostengono di un atteggiamento di estrema *umiltà*: i miglioramenti dovuti a una psicoterapia sono in genere solo parziali, il decorso delle condizioni cliniche è nel lungo periodo altalenante e la maggior parte dei pazienti dopo la conclusione di una psicoterapia presenta ricadute e cerca un'altra terapia. Soprattutto, per quanto riguarda la maggior parte delle domande sulla terapia dei disturbi psichici, la ricerca non è ancora riuscita a fornire risposte empiricamente solide e clinicamente rilevanti.

Alcune proposte di Westen: le psicoterapie empiricamente informate

Per uscire dalla situazione attuale - che secondo Westen è sintetizzabile nell'idea che molti professionisti della salute mentale, per realizzare sperimentazioni controllate sull'efficacia delle psicoterapie, si sono lanciati in una sorta di "sperimentazione di massa incontrollata" - sarebbe opportuno passare dall'idea di terapie empiricamente fondate a quella di *psicoterapie empiricamente informate*, un modo per non cercare risposte semplici a domande complesse.

Ecco alcune indicazioni fornite da Westen per realizzare questo ambizioso progetto:

1. sarebbe opportuno lasciare che i clinici facessero quello che sanno fare meglio, cioè osservare, ascoltare, inferire e descrivere, e affidare ai ricercatori e alla statistica il compito che compete loro, cioè aggregare e analizzare i dati nel modo più corretto e informativo (Westen & Weinberger, 2004);
2. clinici e ricercatori di provenienza, formazione e orientamento teorico diverso dovrebbero essere coinvolti in ricerche sperimentali multifocali per mezzo di un lavoro di rete che assegni ai primi l'onere della raccolta delle informazioni e ai secondi quello della loro elaborazione (Westen, Shedler, & Bradley, in press);
3. oltre a valutare dimensioni del funzionamento psichico direttamente osservabili o auto-riferite, la ricerca deve tradurre i principali costrutti inferenziali di ambito psicologico e psicoterapeutico nei loro correlati oggettivi, e servirsi di descrittori che non ricorrano a gerghi di approcci teorici specifici per valutarli a un livello di astrazione intermedio.

Sono queste le strategie seguite da Westen e collaboratori nella costruzione di strumenti di valutazione di costrutti come quelli di personalità (Westen & Shedler, 1999 a, b), relazioni oggettuali e cognizioni sociali (Westen, 1990), transfert (Bradley, Heim, & Westen, 2005), controtransfert (Betan, Heim, Concklin, & Westen, 2005), attaccamento (Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002), disturbo dell'identità (Wilkinson-Ryan, Westen, 2000), regolazione affettiva (Zittel, Bradley, & Westen, 2006).

La SWAP e le sue applicazioni

La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003) - di cui esiste anche una versione per adolescenti (SWAP-200-A) ed è in

corso di validazione una seconda versione sia per adulti sia per adolescenti (SWAP-II e SWAP-II-A) - è l'implementazione di una procedura Q-sort alla valutazione della personalità.

Essa è composta di 200 affermazioni descrittive di tratti della personalità normali e patologici. Queste affermazioni sono state elaborate a partire dalla letteratura sulla personalità e i disturbi della personalità, i meccanismi di difesa e di coping; dalle ricerche sulla personalità e i suoi disturbi; dagli assi I e II e dalle appendici delle edizioni III-R e IV del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (APA 1987; APA 1994). La lista originaria dei descrittori SWAP è stata progressivamente modificata e affinata sulla base delle sue prime applicazioni, eliminando gli item ridondanti, quelli con varianza troppo bassa ecc. Tutti gli item della SWAP-200 sono scritti con un linguaggio semplice e privo di termini tecnici e cercano di indagare sia dimensioni della personalità direttamente osservabili, come la tendenza a fare abbuffate seguite da purghe (item 70) o a reagire alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione (item 103), sia costrutti ipotetici come quelli di identificazione proiettiva o formazione reattiva. Nei casi in cui oggetti di indagine siano proprio costrutti inferenziali, però, gli autori hanno proceduto a una loro articolazione nei loro correlati fenomenici direttamente osservabili e hanno dedicato almeno un item alla descrizione di questi correlati. Ad esempio, il concetto di identificazione proiettiva viene indagato per mezzo di tre item: 116 "Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli altri e non in se stesso/a" (componente proiettiva); 76: "Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)" (manipolazione interpersonale); 154: "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti" (conseguenze delle precedenti operazioni sulle altre persone). In questo senso, la SWAP-200 cerca di avvalersi dell'esperienza clinica accumulata in più di cento anni di pensiero psicodinamico senza sacrificare le necessità della ricerca scientifica in senso stretto.

Gli item della SWAP-200 descrivono tratti relativi alle 4 dimensioni che è necessario esplorare per ottenere una *valutazione funzionale della personalità* (Westen, 1998) che colmi il gap tra diagnosi descrittiva e formulazione del caso e intenda i tratti di personalità in modo *condizionale*, cioè come tendenze a reagire in modi specifici a specifiche condizioni interne ed esterne: 1) le motivazioni, gli standard morali, i valori ideali e i conflitti relativi a queste dimensioni; 2) le capacità, le risorse e lo stile cognitivo ed emotivo del soggetto; 3) le rappresentazioni del sé, dell'oggetto e della relazione tra il sé e l'oggetto. Queste informazioni vanno successivamente integrate con dati relativi a: 4) lo sviluppo di questi tre ambiti e alla loro interazione reciproca.

I quasi 800 clinici di orientamento e formazione diversa che hanno preso parte allo studio di validazione della SWAP-200 hanno dovuto valutare su una scala a 4 punti in che misura gli item di questo strumento fossero adeguati a descrivere la personalità dei loro pazienti: il 72% del campione ha risposto 1, il punteggio più elevato, il 26,7% 2, lo 0,6% 3 e nessuno ha risposto 4 (Westen & Shedler, 1999a).

Il ricercatore o il clinico che deve valutare un paziente con la SWAP deve attribuire ai 200 item un punteggio che va da 0 a 7⁷. Il punteggio 0 va attribuito agli item che non sono descrittivi della personalità del soggetto valutato, 1 a quelli pochissimo descrittivi e così via fino al 7, punteggio da attribuire agli item che sono assolutamente descrittivi della personalità da valutare. E' importante che la valutazione della descrittività degli item non sia confusa con un giudizio sull'intensità con cui è presente il tratto in questione.

La procedura SWAP-200 impone inoltre una distribuzione fissa di questi item, cioè un numero fisso di item a cui attribuire i diversi punteggi. Questo vincolo, che approssima la distribuzione degli item alla metà destra di una curva normale, è quello che si avvicina maggiormente alla distribuzione che si ottiene lasciando i valutatori liberi di attribuire i punteggi nel modo che reputano più appropriato e, al tempo stesso, è finalizzato ad

⁷Prima della costruzione del supporto informatico allegato al volume *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003), questa attribuzione di punteggi avveniva collocando gli item in 7 pile.

ovviare ad un possibile bias dei valutatori. Con questo termine si intende la possibile tendenza di alcuni valutatori ad attribuire preferenzialmente punteggi medi o estremi indipendentemente dalla effettiva descrittività dell'item.

Una valutazione SWAP-200 può essere compiuta da una persona che conosca bene la persona da valutare, cioè che le abbia fatto almeno 3-5 colloqui o abbia avuto la possibilità di osservare/ascoltare/leggere almeno 3-5 colloqui video o audio-registrati oppure trascritti. Westen e coll. hanno anche elaborato una *Intervista Clinico Diagnostica* (CDI) (Westen & Muderrisoglu, 2003), simile a un gruppo di 3 colloqui di presa in carico appositamente pensata per facilitare la valutazione con la SWAP.

Questa parte della procedura SWAP, più clinica, parte dall'assunto secondo cui i clinici, che hanno studiato e fatto un training specifico, abbiano una capacità di ascoltare, osservare e inferire i comportamenti dei pazienti e i loro processi psichici che è superiore a quella dei pazienti stessi o di profani, ragion per cui la valutazione della personalità non può essere affidata a strumenti self-report, che per definizione non possono tenere conto dei processi psichici e delle rappresentazioni implicite, né delle eventuali concordanze e discrepanze tra questi processi e rappresentazioni e quelli espliciti, tutte dimensioni fondamentali nella valutazione della personalità e dei suoi disturbi. Per rendere questo punto più chiaro, basti pensare a come uno strumento self-report non possa tenere conto dell'onnipotenza implicita che spesso si associa a un senso esplicito di impotenza personale nei pazienti narcisistici cosiddetti "covert", ipervigili (Gabbard, 1994) o di pelle sottile (Rosenfeld, 1987). Così come difficilmente un paziente narcisista nei termini del DSM-IV risponderebbe "vero" a un item che gli chiede se ha in senso esagerato della propria importanza. Da questo punto di vista, la SWAP-200 è un tentativo di operazionalizzare e rendere statisticamente affidabile e oggettiva la procedura di valutazione normalmente utilizzata in contesto clinico. Incidentalmente, alcuni dati raccolti nel processo di costruzione della SWAP sostengono empiricamente l'idea che i clinici di formazione, orientamento ed esperienza diversa siano capaci di osservare, descrivere e inferire in modo attendibile le stesse configurazioni personologiche (Westen & Weinberger, 2004)

Una volta terminata l'assegnazione dei punteggi agli item, il programma SWAP-200 calcola e standardizza in punti T (media 50 e varianza 10) le correlazioni tra il profilo SWAP-200 del paziente valutato, cioè l'insieme dei 200 item con i punteggi che il valutatore ha attribuito a ognuno di essi, e:

1. dei prototipi SWAP-200 di pazienti ideali con i disturbi della personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV, o *PD factor*;
2. dei prototipi di stili della personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 in base alle descrizioni di pazienti reali, o *Q factor*.

I fattori PD e i fattori Q della SWAP

I PD factor della SWAP-200 sono le descrizioni di *pazienti ideali* con un certo disturbo dell'Asse II del DSM-IV elaborate da circa 237 clinici di orientamento e formazione diversa per mezzo della SWAP-200. Oltre a queste descrizioni, ai clinici coinvolti in questo studio è stato chiesto di descrivere con la SWAP anche un paziente ideale sano, dall' "alto funzionamento".

Terminata la valutazione di un paziente, il programma informatico elabora la correlazione tra questa valutazione (cioè i 200 item e i relativi punteggi attribuiti loro dal rater) e i singoli prototipi PD (punteggi PD), la standardizza in punti T (PD-T) e presenta i risultati sia numericamente sia sotto forma di grafico a barre. Può essere considerata indice di un *disturbo di personalità* qualsiasi correlazione che superi il punteggio di 60, cioè che superi la media di almeno una deviazione standard. Se questa correlazione si colloca tra il 55 e il 60 si può parlare della presenza di *forti tratti* della personalità congruenti con quel tipo di disturbo. In questo modo, la SWAP-200 permette di ottenere una *diagnosi sia categoriale* (presenza/assenza di un disturbo) *sia dimensionale* (viene presa in considerazione la correlazione tra la descrizione SWAP-200 del paziente valutato e *tutti* i prototipi di disturbo

dell'Asse II del DSM-IV ri-descritti con la SWAP-200). Oltre ad essi, viene anche calcolata la correlazione tra la descrizione SWAP del paziente valutato e il fattore di "alto funzionamento", che permette di valutare le *risorse* della personalità descritta. Il fattore di alto funzionamento, peraltro, a differenza della *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), è un indice di buon funzionamento schiettamente psicologico, valutato per mezzo di item come: "Sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un'intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell'altra persona" (32) oppure: "Riesce ad ascoltare una notizia minacciosa sul piano emotivo (cioè un'informazione che mette in discussione le credenze e percezioni di sé e degli altri che per lui/lei sono fondamentali) e sa usarla e trarne beneficio" (82). Queste differenze tra le dimensioni indagate tra il fattore PD di alto funzionamento e la GAF rendono conto del fatto che la correlazione tra i due strumenti si sia rilevata positiva e significativa ($p = .001$), ma bassa (.48).

Questi prototipi, o PD factor, hanno dimostrato una buona validità convergente e discriminante (Westen & Shedler, 1999a) quando sono stati correlati con le descrizioni composite SWAP-200 di pazienti reali con disturbi della personalità classificabili in DSM. È stato inoltre rilevato che i due fattori PD che correlavano maggiormente con il fattore di alto funzionamento, cioè i tipi di disturbi che nella nostra società si presentano come più "funzionali", sono quello ossessivo e quello narcisistico (*ibidem*).

I fattori Q della SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999b) sono stati estratti per mezzo di una procedura chiamata Q-analysis dalle descrizioni SWAP-200 di 496 pazienti reali che avevano ricevuto una diagnosi di Asse II. La Q-analysis è una variante dell'analisi fattoriale che, anziché accorpare gruppi di item intercorrelati tra di loro, accorpa gruppi di casi caratterizzati da punteggi simili sulle stesse variabili; questa procedura è stata in passato utilizzata per elaborare tassonomie zoologiche e per lo studio delle personalità "normali".

L'applicazione della Q-analysis a questi casi ha fatto emergere la presenza di 7 fattori Q. Il primo, all'interno del quale ricadevano circa il 20% dei soggetti del campione (tra essi prevalevano persone che in DSM avevano ricevuto le diagnosi di disturbo depressivo, borderline, autofrustrante e dipendente di personalità), è stato sottoposto a una Q-analysis di secondo ordine e ulteriormente suddiviso in 5 sotto-fattori, per un totale di 11 fattori Q. I sette fattori di primo ordine sono:

- 1) disforico,
- 2) antisociale,
- 3) schizoide,
- 4) paranoide,
- 5) ossessivo,
- 6) istrionico e
- 7) narcisistico⁸.

I fattori di secondo ordine derivati da quello disforico sono invece:

- 1a) evitante,
- 1b) depressivo-nevrotico,
- 1c) dipendente-masochistico e
- 1d) con esteriorizzazione dell'aggressività, ostile.

Anche nel caso dei fattori Q, il programma informatico (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) calcola la correlazione tra il profilo SWAP-200 del paziente valutato e i diversi fattori Q e la standardizza in punti T (Q-T factor). Quando questa correlazione supera 60, è possibile parlare di *disturbo della personalità*; quando si colloca tra 55 e 60 si può parlare di *forti tratti* della personalità. In caso contrario, si parla semplicemente di *stile* di personalità. Anche con i fattori Q è dunque possibile ottenere diagnosi della personalità sia categoriali sia dimensionali.

⁸Una ricerca successiva sulle descrizioni SWAP di 122 pazienti adulti ha messo in evidenza la presenza di 3 sottotipi narcisistici: grandioso/maligno, fragile e di alto funzionamento (Russ, Bradley, & Westen, in preparazione).

Questa classificazione, empiricamente derivata e clinicamente utile, presenta il limite di essere stata elaborata a partire da pazienti che potevano ricevere, e di fatto avevano ricevuto, una diagnosi DSM; studi ulteriori hanno preso in considerazione anche pazienti seguiti in setting clinici per “pattern disfunzionali di cognizione, emozioni, motivazione e comportamento” che non potevano ricevere diagnosi DSM. I risultati di questi studi sono attualmente oggetto di elaborazione.

La classificazione degli stili di personalità in fattori Q ha dimostrato una buona validità convergente e discriminante quando è stata paragonata a valutazioni cliniche su una scala a 7 punti della misura in cui i pazienti dello studio potevano ricevere una data diagnosi in DSM, e sulla base della correlazione tra diagnosi Q e punteggi GAF. Questi ultimi dati hanno inoltre permesso di rilevare come i fattori Q più correlati a un alto funzionamento siano quello depressivo, quello ossessivo e quello narcisistico (Westen & Shedler, 1999b). Anche la validità predittiva dello strumento rispetto a misure come il numero di ospedalizzazioni successive alla valutazione si è rivelata buona.

Infine, per individuare le dimensioni essenziali di cui si deve tenere conto per elaborare un profilo adeguato della personalità è stata elaborata un’analisi fattoriale degli item della SWAP-200. I risultati di questa analisi hanno messo in evidenza i seguenti fattori ortogonali:

- 1) salute psicologica,
- 2) psicopatologia,
- 3) ostilità,
- 4) narcisismo,
- 5) disregolazione emotiva,
- 6) disforia,
- 7) orientamento schizoide,
- 8) ossessività,
- 9) disturbo del pensiero/schizotipia,
- 10) conflitti edipici/sexualizzazione istrionica,
- 11) dissociazione,
- 12) conflitti sessuali.

La rilevazione di questi fattori, non ulteriormente riducibili, mette in discussione l’adeguatezza clinica di strumenti per altri versi sofisticati e affidabili (come i vari questionari connessi al Five Factor Model), ma che non sembrano capaci di render conto di un numero adeguato di dimensioni psicopatologicamente rilevanti (Shedler & Westen, 2004).

La SWAP-200 e la SWAP-II hanno mostrato un livello medio di interrater reliability e test-retest reliability di .80 (Westen & Muderrisoglu, 2003) e le diagnosi SWAP si sono rivelate predittive di dimensioni come il funzionamento adattivo, la storia di suicidi, ospedalizzazioni, arresti, coinvolgimenti in relazioni di abuso, la storia dello sviluppo, la storia familiare e le risposte al trattamento dei pazienti. Sembra dunque possibile, per riprendere l’espressione utilizzata da Westen, utilizzare strumenti come la SWAP per trasformare i dati empirici nell’oro della clinica. In altri termini, strumenti come la SWAP sembrano permetterci di rifinire le diagnosi correnti, derivare in modo empirico nuove diagnosi, derivare empiricamente i tratti di personalità usando un metodo diverso da quello dei self-report, di identificare sottogruppi diagnostici di pazienti che condividono la stessa etichetta diagnostica (per es., mariti abusanti, sottotipi narcisistici), verificare ipotesi eziologiche, costruire scale empiricamente fondate per scopi specifici e clinicamente rilevanti (per es., per prevedere le risposte ai trattamenti, il rischio forense ecc.) e misurare il cambiamento del carattere nel corso delle psicoterapie (Lingiardi, Shedler, & Gazzillo, 2006). Vediamo alcuni esempi di queste ricerche.

Ricerche empiriche clinicamente rilevanti

La procedura SWAP, brevemente descritta nel paragrafo precedente, si è dimostrata adeguata alle necessità di ricerche empiricamente solide e al tempo stesso clinicamente

rilevanti. Alcune ricerche hanno infatti mostrato la possibilità di prevedere un *fattore di rischio composito* (arresti, crimini violenti, percosse) relativo ai comportamenti di adulti di sesso maschile a partire dalle diagnosi SWAP-II dei loro tratti della personalità. In particolare, il tratto di personalità *psicopatia* correla in modo positivo e significativo con questo fattore ($r = .62$ con $p < .001$), mentre il tratto *narcisistico* sembra un fattore di resilience rispetto a questi rischi ($r = -.12$ con $p < .004$). Altri predittori rilevanti di arresti e comportamenti criminosi o violenti sono la *psicopatia infantile* ($r = .14$ con $p < .001$) e la presenza di *traumi multipli in età precoce* ($r = .15$ con $p = .001$).

Altre ricerche condotte con la SWAP su campioni di adolescenti e adulti (Thompson-Brenner et al., in preparazione; Thompson-Brenner & Westen, 2005; Westen & Harnden-Fischer, 2001) hanno permesso di differenziare tre sottotipi di personalità nei pazienti con *disturbi del comportamento alimentare*. Tendendo conto di questi tre sottotipi - uno di alto funzionamento, uno coartato e uno disregolato - replicati con strumenti, informatori e procedure statistiche diverse, è possibile prevedere la durata e l'esito delle psicoterapie di questi pazienti.

In particolare, i pazienti con DCA e personalità disregolata (cioè con una personalità borderline ed emotività disregolata, ma egodistonica) necessitano di terapie più lunghe per ottenere la scomparsa del disturbo alimentare ($r = .41$ con $p < .001$), mentre l'esito complessivo delle psicoterapie risulta spesso negativo sia per i pazienti con DCA e personalità disregolata sia per quelli con DCA e personalità coartata (rispettivamente $r = -.24$ con $p < .05$ e $r = -.19$ con $p < .05$), ma non per quelli con DCA e personalità di alto funzionamento.

Nel caso di adolescenti con sintomi bulimici, poi, la presenza di una personalità ad alto funzionamento permette di prevedere un esito positivo della psicoterapia ($R = .61$ con $p < .001$), mentre quella di una personalità disregolata sembrano implicare una prognosi infausta ($r = -.31$ con $p < .05$). Incidentalmente, questi dati sembrano mettere seriamente in discussione gli studi EST che, come abbiamo accennato, cercano di valutare l'efficacia di psicoterapie per disturbi di Asse I senza prendere in considerazione le condizioni relative all'Asse II.

Una ricerca simile è stata condotta con pazienti adulti a cui era stato diagnosticato un disturbo d'ansia generalizzato (Peart & Westen, in preparazione). Ricorrendo alle descrizioni SWAP di pazienti reali con DAG fornite da 201 clinici (psicologi e psichiatri statunitensi di orientamento diverso) che li seguivano in trattamento sono stati individuati 4 sottotipi di personalità: disforico, di alto funzionamento, emotivamente disregolato, ossessivo. Sulla base di questi sottotipi è stato possibile elaborare previsioni relative alla presenza di una comorbidità di abuso di sostanze, al livello di funzionamento globale, alla presenza di rotture nel sistema di attaccamento nell'infanzia e ad una storia di traumi precoci nonché all'esito delle psicoterapie.

In particolare, un funzionamento globale più basso è proprio dei pazienti con DAG e personalità disregolata ($r = -.42$ con $p > .001$), che sono anche quelli che più spesso abusano di sostanze ($r = .30$ con $p < .001$), hanno subito traumi e rotture del sistema di attaccamento nell'infanzia ($r = .20$ e $r = .22$ con $p < .05$) e presentano una prognosi infausta alla psicoterapia ($r = -.24$). Rispetto a tutti questi indicatori, i pazienti con DAG e alto funzionamento si presentano con una buona prognosi alla psicoterapia ($r = .37$ con $p < .001$) e in genere non hanno sofferto di traumi o rotture nell'attaccamento infantile ($r = -.32$ e $r = -.28$ con $p < .001$).

Un'altra ricerca degna di rilievo è stata condotta con pazienti adolescenti in terapia con la "dubbia" diagnosi di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Levin & Westen, in preparazione), sindrome al centro di dibattiti che oppongono professionisti che ne condividono l'esistenza e ne auspicano una soluzione farmacologica precoce a professionisti che mettono in dubbio il senso stesso della stessa etichetta diagnostica, che sembra descrivere un cluster di comportamenti privi di senso se non inseriti nel contesto personologico e sociale in cui si manifestano. La Q factor analysis applicata alle descrizioni SWAP di 137 adolescenti con ADHD elaborate dai clinici che li seguivano in psicoterapia ha evidenziato la presenza di 4 sottotipi di personalità: psicopatico, socialmente ritirato, emotivamente disregolato e di alto funzionamento. I pazienti con

ADHD e personalità emotivamente disregolata presentano eventi avversi, traumi e rotture di attaccamento nell'infanzia ($r = .25$, $r = .21$, $r = .24$ con $p \leq .05$); nella loro storia familiare sono spesso presenti diagnosi di disturbi psicotici, dell'umore, sintomi da esteriorizzazione o suicidi nei parenti di primo grado ($r = .20$, $r = .17$, $r = .24$ e $r = .21$ con $p \leq .05$); tutte queste condizioni sono in genere assenti negli adolescenti con ADHD e personalità di alto funzionamento.

Il livello di funzionamento globale è tendenzialmente alto nei pazienti con ADHD e personalità di alto funzionamento ($r = .41$ con $p < .001$) e tendenzialmente basso in quelli con personalità emotivamente disregolata ($r = -.35$ con $p < .001$). Ad un anno dall'inizio di una psicoterapia, l'esito sui sintomi dell'ADHD risulta tendenzialmente negativo nei pazienti con ritiro sociale ($r = -.29$ con $p < .02$) e personalità psicopatica ($r = -.27$ con $p = .05$), ma non in quelli con personalità dal funzionamento elevato.

Va sottolineato che non è possibile fare alcuna di queste discriminazioni se i pazienti con ADHD vengono considerati come un unico gruppo; in altri termini, conoscere la personalità che costituisce la diatesi dei disturbi di Asse I è essenziale per ottenere tutte le informazioni appena sintetizzate. Le ricerche EST, però, trascurano sistematicamente di indagare le comorbidità di Asse II dei disturbi target.

Cenni sulle ricerche su transfert e controtransfert

Un ulteriore esempio dell'approccio di Westen alla ricerca su problemi di rilevanza clinica è quello dell'indagine empirica su transfert e controtransfert. 181 clinici statunitensi di formazione e orientamento diverso hanno utilizzato il *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ) (Bradley, Heim, & Westen, 2005) e il *Countertransference Questionnaire* (CTQ) (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) per descrivere la loro esperienza soggettiva della relazione con uno dei loro pazienti scelto a caso (l'ultimo visto la settimana precedente la ricezione del materiale di ricerca). Sebbene sia problematico asserire che questionari compilati dai clinici, rating scale e analisi fattoriali possano fornire informazioni relative a transfert e controtransfert (che sono per definizioni processi inconsci e in larga parte idiomatichi), alcuni risultati di queste ricerche sembrano piuttosto interessanti.

In primo luogo, l'analisi fattoriale dei dati relativi al PRQ ha messo in evidenza che la relazione del paziente con il terapeuta – così come viene percepita dal clinico – può essere descritta per mezzo di 5 grandi dimensioni:

- 1) sicuro/impegnato,
- 2) evitante/contro dipendente,
- 3) ansioso/preoccupato,
- 4) arrabbiato/presuntuoso,
- 5) sessualizzato.

I possibili atteggiamenti emotivi del terapeuta nei confronti dei pazienti (CTQ) possono invece essere descritti su 8 grandi dimensioni:

- 1) soverchiante/disorganizzato,
- 2) impotente/inadeguato,
- 3) positivo,
- 4) speciale/ipercoinvolto,
- 5) sessualizzato,
- 6) distaccato,
- 7) genitoriale/protettivo,
- 8) criticato/maltrattato.

Almeno 3 delle dimensioni evidenziate dal PRQ e 4 di quelle messe in luce dal CTQ ricordano gli stili di attaccamento ipotizzati negli adulti sulla base dei dati raccolti con la *Adult Attachment Interview* (AAI) (Main et al., 2002), dato che incoraggia le ricerche e i clinici che reputano il costrutto di *stile di attaccamento* un contributo utile anche alla descrizione delle situazioni cliniche.

Conclusioni

Al di là di alcune semplificazioni concettuali, peraltro inevitabili quando si cerca di tradurre un costrutto clinico in forma empiricamente valutabile, il contributo di Westen alla ricerca clinica ci sembra davvero rilevante.

L'idea di un "ritorno al futuro" (Westen, Gabbard, & Baglov, 2006) che: a) recuperi un'impostazione allo studio della psicopatologia per cui la personalità e la sua struttura costituiscono la diatesi per eventuali problemi di Asse I; b) non trascuri le dimensioni implicite e i processi psichici inconsci che contribuiscono al funzionamento personologico; c) cerchi di coniugare la classificazione con la descrizione e la comprensione dei processi psichici, sta già dando i suoi frutti.

Dal punto di vista metodologico, il ricorso a un lavoro di rete in grado di coinvolgere professionisti di provenienza, formazione, orientamento ed esperienza diversi e il tentativo di lasciare ai clinici il compito di fare ciò che sanno fare meglio (osservare e fare inferenze) e ai ricercatori quello di elaborare e analizzare dati in modo metodologicamente solido, sono strategie che già si sono dimostrate foriere di risultati importanti.

La SWAP-200 – solo per citare lo strumento di Westen più noto e riuscito - è stata tradotta ed è utilizzata in molti paesi (USA, Italia, Spagna, Messico ecc.), ed è tra gli strumenti di elezione per la valutazione del funzionamento psichico segnalati dal *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006). La SCORS (Westen, 1991) ha permesso di raccogliere informazioni rilevanti nella valutazione dell'impatto differenziale dell'abuso fisico e sessuale sui bambini e per la comprensione delle sottili differenze tra soggetti depressi, borderline e normali lungo le dimensioni delle rappresentazioni di sé e degli altri e delle cognizioni sociali.

Per concludere, Westen (2002), rifiutando il principio di autorità come legittimazione delle affermazioni, ma anche prendendo le distanze da certe derive epistemologiche postmoderniste secondo cui: "lo non so niente, ma neppure *tu* sai qualcosa", così sintetizza il suo approccio: "L'antidoto alla conoscenza per autorità è un atteggiamento scientifico capace di riconoscere che la conoscenza scientifica è sempre imperfetta, probabilistica e influenzata da forze extra-scientifiche – sociali, economiche e psicodinamiche – ma anche che questa conoscenza imperfetta, compresa nel suo contesto umano, è meglio di una conoscenza legittimata da ordini o legittimata dal nichilismo" (p. 892).

Bibliografia

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA. Trad. it. (1988). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-III-R* (3rd ed.). Milano: Masson.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4th ed.). Milano: Masson.

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

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

Chambless, D., & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic Psychiatry*. American Psychiatric Press. Trad. it. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.

Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.

Grünbaum, A. (1984), *The foundation of psychoanalysis*. Trad. it. (1988). *I fondamenti della psicoanalisi*. Milano: Il Saggiatore.

Howard, K. I., Cornille, T., Lyons, J. S., Vessey, J., Lueger, R. J., & Saunders, S. M. (1996). Patterns of mental health service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 53, 696-703.

Howard, K., Kopta, S., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Kazdin, A. (2002). Overview of research design issues in clinical psychology. In P.C. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck, (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 330-363). New York: John Wiley & Sons.

Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-6.

Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 285-299.

Kopta, S., Howard, K., Lowry, J., & Beutler, L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.

Levin, D., & Westen, D. (in preparazione).

Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing Personality Change in Psychotherapy with the SWAP-200: A Case Study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 23-32.

Main, M. et al. (2002), *Adult Attachment Interview Coding Manual*. Unpublished manuscript.

Messer, S. (2001). Empirically supported treatments: What's a non-behaviorist to do? In B. D. Slife, R. N. Williams, & S. H. Barlow (Eds), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice* (pp.21-25). Thousand Oaks, CA: Sage.

Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). The relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1111-1123.

Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126 (6), 964-981.

Newman, D. L., Moffitt, T., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.

Peart, J.L., & Westen, D. (in preparazione).

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

Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Tavistock Trad. it. (1989). *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Bollati Boringhieri.

Russ, E. Bradley, R., & Westen, D. (in preparazione)

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.

Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, Part 1: Comorbidity and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 573-584.

Thompson-Brenner, H., et al. (in preparazione)

Westen, D. (1990). Toward a revised theory of borderline object relations: Implications of empirical research. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 661-693.

Westen, D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: two processes or one? In Barron, J. (Ed.), *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders* (pp. 111-137). Washington, DC: American Psychological Association. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (Eds.) (2003). *Valutare la personalità con la SWAP-200* (pp.37-60). Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D. (2002). The language of psychoanalytic discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (6), 857-898.

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

Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 875-899.

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

Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (in press), A Practice Research Network Approach to the Classification of Personality Pathology in Adults and Adolescents: "Virtual Field Trials".

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

Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595-613.

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.

Wilson, G. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5 (3), 363-375.

Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1337-1340.

Zittel, C., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 69-77.