



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Le preferenze dei pazienti nella pratica basata sull'evidenza.
Un'indagine empirica attraverso il Cooper-Norcross Inventory of
Preferences (C-NIP)

RELATORE:
GIAN MAURO MANZONI

CORRELATORE:
MARIA ASSUNTA ZANETTI

Tesi di Laurea di
Cristina Caruso
Matricola 541752

Anno Accademico 2025/2026

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	3
1. Il superamento del riduzionismo diagnostico e l'evoluzione alla psicoterapia personalizzata	6
1.1 Dalla terapia basata sulla diagnosi alla terapia basata sul paziente	6
1.2 Il paziente oltre il manuale: l'astrazione statistica di fronte alle fluttuazioni cliniche	7
1.3 Massimizzare l'efficacia clinica attraverso il tailoring terapeutico nei quadri di comorbidità.....	9
1.4 L'adattamento dello stile terapeutico in risposta alle difese del paziente	11
1.4.1 L'integrazione delle variabili culturali nella formulazione del caso	13
1.4.2 Modulazione della relazione terapeutica in base ai profili di attaccamento..	14
1.5 Limiti della ricerca nomotetica e fondamenti dell'assessment dinamico	14
1.5.1. Superare l'equivalenza causale attraverso l'assessment clinico dinamico...	16
1.6 Demarcazione epistemologica tra personalizzazione e medicina di precisione ...	17
1.6.1. La convergenza tra le preferenze soggettive del paziente e i modelli predittivi della salute mentale di precisione.	19
1.7 Rilevanza clinica delle preferenze soggettive nell'aderenza al trattamento	22
1.7.1 Le insidie pragmatiche e i limiti strutturali dei questionari standardizzati nella misurazione dimensionale delle inclinazioni soggettive.	24
1.8 Inquadramento clinico e sfide terapeutiche nel disturbo depressivo	25
1.8.1 Valutare la coerenza intra-individuale della risposta clinica per correggere la distorsione dei classici disegni tra soggetti.....	27
1.9 Eterogeneità dei disturbi d'ansia e prospettive trans-diagnostiche di personalizzazione.....	28
1.10 Flessibilità clinica e calibrazione dell'intervento nei disturbi adolescenziali	31
2. Storia e fondamenti epistemologici della personalizzazione in psicoterapia	33
2.1 Le radici della personalizzazione. L'eredità clinica e scientifica di Carl R. Rogers	33
2.1.1 Dalla valutazione degli esiti all'indagine sui microprocessi terapeutici	34
2.1.2 Il potenziale conoscitivo dei protocolli a esito negativo	35
2.1.3 Il paradigma non direttivo e le condizioni necessarie al cambiamento	36
2.1.4 Empatia e congruenza come assi portanti della cura	37
2.1.5 I fondamenti empirici dell'approccio centrato sul cliente	39
2.1.6 La tendenza attualizzante e l'autoregolazione del paziente.....	41
2.1.7 L'autenticità relazionale e il superamento del paradigma diagnostico	42
2.1.8 La co-creazione del setting e la prospettiva bipersonale	44

2.2 L'evoluzione integrativa in psicoterapia: il superamento del riduzionismo diagnostico.....	45
2.2.1 La prospettiva transdiagnostica di Norcross e la clinica della responsiveness	47
2.2.2 La metamorfosi relazionale del terapeuta e la valutazione della prontezza ..	48
2.2.3 L'allineamento tra stadi e processi nell'ottica integrativa	50
2.2.4 La matrice inestricabile dell'esito clinico e la centralità del feedback	51
2.2.5 L'imperativo deontologico e i limiti operativi della responsività	52
2.2.6 L'Evidence-Based Practice e il ruolo clinico delle preferenze	54
2.2.7 Divergenze di prospettiva e il rischio del falso consenso: verso la misurazione.....	56
2.2.8 L'imperativo etico e l'architettura dei meccanismi di efficacia	57
2.2.9 Le frontiere della ricerca micro-processuale e i limiti di generalizzabilità ...	58
3. La misurazione delle preferenze: il Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP)	60
3.1 La valutazione delle preferenze nella pratica clinica basata sull'evidenza	60
3.1.1 Evoluzioni e limiti della misurazione delle preferenze cliniche.....	60
3.1.2 L'impatto clinico delle preferenze e i suoi meccanismi di azione	62
3.2 Lo sviluppo del C-NIP: architettura metodologica e analisi dimensionale	64
3.2.1 Caratteristiche del campione e procedure di reclutamento.....	64
3.2.2 Architettura psicometrica e analisi delle componenti principali	65
3.3.1 Lo studio di validazione italiano e la procedura di adattamento	67
3.3.2 Analisi fattoriale confermativa e attendibilità delle scale	68
3.3.3 Verifica dell'invarianza di misurazione	69
4. La misurazione delle preferenze terapeutiche tramite il C-NIP: studio osservazionale e mappatura clinica.....	70
4.1 Rationale e obiettivi dello studio	70
4.1.1 Ipotesi	70
4.2 Procedura di reclutamento e profilo demografico del campione.....	71
4.3 Analisi dei dati e validazione psicometrica	73
4.3.1 Strategia di analisi dei dati e metodi statistici	73
4.3.2 analisi descrittiva fenomenologica degli item	74
4.4 Analisi Fattoriale Confermativa (CFA).....	77
4.4.1 Il modello teorico originale	77
4.4.2 Analisi degli indici di modifica e diagnostica del modello	77
4.4.3 Il modello a cinque fattori	79
4.4.4 Il Modello a quattro fattori A	80

4.4.5 Il Modello B	80
4.4.6 Confronto con la letteratura recente	82
4.5 Rappresentazione Grafica e Analisi delle Covarianze	83
4.6 Attendibilità e Coerenza Interna delle nuove scale	85
4.7 Statistiche descrittive delle nuove scale e profili dei partecipanti.....	86
4.8 Analisi delle relazioni tra le nuove scale	89
4.8.1 Correlazioni per ranghi di Spearman.....	89
4.8.2 Correlazioni policoriche inter-item	91
4.8.3 Differenze di genere nelle preferenze terapeutiche	92
4.8.4 Impatto dell'età.....	95
4.9 Analisi dei cluster: Identificazione dei profili di pazienti	97
DISCUSSIONE	101
CONCLUSIONI	103
BIBLIOGRAFIA	105

ABSTRACT

La personalizzazione dell'intervento psicoterapeutico rappresenta un'evoluzione fondamentale per massimizzare l'efficacia clinica e ridurre i tassi di abbandono. In questa prospettiva, l'integrazione strutturata delle preferenze del paziente costituisce un asse portante della pratica basata sull'evidenza (Evidence-Based Practice). Il presente elaborato si propone di indagare i bisogni relazionali e operativi in psicoterapia attraverso la somministrazione della versione italiana del Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). Lo studio osservazionale ha coinvolto un campione clinico composto da 100 partecipanti adulti.

Sotto il profilo metodologico, la struttura latente dello strumento è stata testata mediante un'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA). Durante la fase di revisione psicometrica, l'ottimizzazione e l'epurazione delle dimensioni interne hanno permesso di isolare una configurazione parsimoniosa a quattro fattori stabili: Direttività, Immediatezza, Esplorazione del Passato e Supporto Emotivo-Empatico. I risultati generali evidenziano una diffusa richiesta di direttività metodologica e una forte focalizzazione sulle dinamiche relazionali del "qui e ora". Emerge, in parallelo, una marcata propensione verso un atteggiamento terapeutico attivo e orientato al confronto, a dimostrazione del chiaro desiderio dell'utenza di affidarsi a un professionista capace di mettere attivamente alla prova le convinzioni e i comportamenti disfunzionali dell'assistito. Sotto il profilo epidemiologico, i bisogni espressi sono risultati indipendenti dalle variabili anagrafiche di genere e di età.

Infine, un'analisi dei cluster ha permesso di superare un approccio puramente dimensionale, delineando tre specifici profili clinici: il Paziente Pragmatico Focalizzato sul Presente, il Profilo Integrato ad Alta Cooperazione (rappresentante la maggioranza del campione) e il Paziente Espressivo-Relazionale a Bassa Struttura. Il lavoro certifica dunque che la personalizzazione sistematica del setting, supportata da strumenti metrici funzionali, costituisce una risorsa

imprescindibile per co-costruire un'alleanza terapeutica realmente ancorata all'unicità dell'individuo.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, la psicologia clinica ha vissuto un profondo mutamento di paradigma, spostando progressivamente il proprio asse dai protocolli standardizzati, rigidamente ancorati all'etichetta diagnostica, verso una presa in carico autenticamente centrata sull'individuo. In questo nuovo scenario epistemologico, la personalizzazione della psicoterapia si impone non più come una mera scelta stilistica, ma come un requisito clinico e deontologico fondamentale. Adattare il trattamento significa infatti riconoscere che l'espressione del disagio psichico è intrinsecamente idiosincratica; di conseguenza, l'intervento deve necessariamente modellarsi sulle caratteristiche transdiagnostiche e sulle peculiari necessità del singolo.

Il background teorico che alimenta questa prospettiva affonda le proprie radici nel contributo pionieristico di Carl Rogers, il quale per primo ha destrutturato l'asimmetria tradizionale del setting ponendo la relazione e l'autenticità al centro del processo di cura. Questa vocazione umanistica è oggi confluita, arricchendosi di rigore metodologico, all'interno della psicoterapia integrativa e della cornice dell'Evidence-Based Practice (EBP). In tale ambito, le preferenze del paziente – intese come i desideri e le aspettative circa le modalità operative e relazionali del terapeuta – hanno assunto un peso cruciale. La letteratura internazionale conferma infatti che strutturare l'intervento accogliendo le richieste dell'assistito permette di dimezzare il rischio di abbandono precoce e di favorire una più solida alleanza di lavoro.

Nonostante l'abbondanza di prove empiriche, tradurre la teoria nella pratica quotidiana rappresenta una sfida complessa. Il rischio clinico predominante è l'effetto del "falso consenso", ovvero la tendenza del professionista a guidare il percorso basandosi unicamente sulle proprie propensioni e sul proprio orientamento formativo, allontanandosi inavvertitamente dai bisogni del paziente. Il razionale di questo elaborato risiede proprio nell'esigenza di arginare questa criticità, dimostrando quanto sia vitale l'adozione di strumenti psicometrici

validati per mappare accuratamente le aspettative cliniche, fornendo al terapeuta una bussola oggettiva per modulare il proprio grado di intervento.

Sulla base di queste premesse, l'obiettivo principale della tesi è esplorare la natura e la distribuzione delle preferenze psicoterapeutiche all'interno di un campione clinico italiano. Attraverso la somministrazione del Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP), lo studio intende indagare verso quali specifici assetti relazionali e micro-processuali si orienti l'utenza contemporanea. L'indagine empirica si fonda su due ipotesi principali. In primo luogo, in linea con i dati epidemiologici, si ipotizza che il campione ricerchi prevalentemente un assetto terapeutico caratterizzato da alta direttività e da un intenso supporto caloroso. Secondariamente, si postula l'esistenza di divergenze legate all'identità di genere, ipotizzando che il sottogruppo femminile possa esprimere una maggiore inclinazione verso lo svelamento emotivo e la ricezione empatica.

Per sviluppare tale percorso di indagine, l'elaborato è articolato in quattro capitoli. Il primo capitolo delinea il progressivo superamento dell'approccio nomotetico a favore del tailoring terapeutico, esaminando le sfide poste dalla comorbidità e illustrando le prospettive della medicina di precisione nell'inquadramento di quadri depressivi e ansiosi. Il secondo capitolo analizza la metamorfosi del ruolo del terapeuta, ripercorrendo l'eredità dell'approccio rogersiano centrato sul cliente per approdare alle attuali evidenze sull'adattamento relazionale e sul valore etico dell'inclusione delle preferenze nell'iter di cura. Il terzo capitolo approfondisce la misurazione delle preferenze terapeutiche e l'architettura psicometrica del Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP).

Infine, il quarto capitolo entra nel cuore della ricerca empirica, presentando i dati raccolti su 100 partecipanti adulti. A livello statistico, la struttura latente dello strumento è stata indagata prediligendo l'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA). L'elaborato si concluderà offrendo una stratificazione dell'utenza attraverso un'analisi dei cluster, estraendo tre solidi profili relazionali volti a guidare concretamente l'azione clinica nel setting.

1. Il superamento del riduzionismo diagnostico e l'evoluzione alla psicoterapia personalizzata

1.1 Dalla terapia basata sulla diagnosi alla terapia basata sul paziente

Storicamente, il trattamento dei disturbi psicopatologici è stato dominato da un approccio nomotetico: per ogni categoria diagnostica del DSM o dell'ICD sono stati sviluppati specifici modelli teorici e i relativi protocolli terapeutici (Moskow et al., 2023).

Questa impostazione ha però sollevato diverse criticità (Tolin et al., 2015). L'alta incidenza delle comorbidità, ad esempio, pone dubbi su quanto sia utile applicare rigidamente un protocollo specifico per una singola diagnosi, col rischio di perdere di vista altri elementi clinici fondamentali. Se a questo si aggiunge l'incapacità dei metodi basati sulla diagnosi di considerare l'unicità individuale, è facile comprendere la spinta al cambiamento (Hofmann & Hayes, 2019). L'orizzonte clinico si sta infatti orientando verso lo sviluppo di trattamenti sempre più individualizzati, spostando il focus terapeutico dalle etichette diagnostiche ai processi individuali di cambiamento.

Un'ulteriore espressione di questo cambio di rotta è l'approccio di rete (Curtiss & Klemanski, 2016). Questa prospettiva integra i processi biologici, psicologici e sociali all'interno delle reti sintomatologiche del paziente, permettendo di cogliere le somiglianze qualitative nella struttura stessa dei diversi disturbi. La clinica dei disturbi mentali si sta quindi avvicinando a un approccio idionomico (Hofmann & Hayes, 2019). Questo termine è una sintesi tra "idiografico" e "nomotetico", e descrive un modello che parte dal basso: i processi di cambiamento evidence-based vengono prima modellati sull'unicità del singolo, per poi essere estesi a generalizzazioni nomotetiche, garantendo che il dato individuale non venga mai distorto (Moskow et al., 2023).

In questa fase storica, in cui la comunità clinica non ha ancora metabolizzato del tutto il passaggio l'approccio idiografico, limitarsi a descrivere i bisogni dell'individuo in un'ottica puramente centrata sulla persona rischia

paradossalmente di generare confusione (Hayes et al., 2022). I concetti normativi, per quanto abbiano il limite di raggruppare profili individuali anche molto eterogenei, offrono ancora oggi una cornice di riferimento condivisa che garantisce un'immediata chiarezza comunicativa (Moskow et al., 2023).

C'è un divario insidioso tra le fondamenta teoriche della pratica clinica e i dati su cui si costruiscono i modelli (Voelkle et al. 2014). Mentre l'intervento clinico psicologico e le teorie del cambiamento mirano a intercettare meccanismi strettamente intrapersonali, le architetture psicopatologiche oggi validate poggiano quasi per intero su rilevazioni intersoggettive (Molenaar, 2004). Questa discrepanza metodologica svuota di senso i modelli nomotetici tradizionali. Le grandi tassonomie diagnostiche si limitano infatti a tracciare la morfologia del disagio psichico, ma falliscono nel catturare la "fisiologia", ignorando i processi funzionali sotterranei che legano e alimentano i vari domini sintomatologici. Il risultato è la costruzione di macrostrutture diagnostiche che, per quanto ampie, finiscono per piegare forzatamente l'individuo alla rigidità della teoria, anziché plasmare l'algoritmo clinico sulla persona.

L'urgenza di invertire questa prospettiva è dettata dalla natura stessa della sofferenza mentale (Wright & Woods, 2020). Nessuna vulnerabilità sfiora l'intimità umana quanto la psicopatologia, capace di infiltrarsi nella matrice identitaria e distorcere percezioni, affetti, comportamenti e legami relazionali. Date le infinite ramificazioni del funzionamento personologico, l'espressione del disagio è un fenomeno puramente idiosincratico: le manifestazioni cliniche sono inevitabilmente tante quante i pazienti che le incarnano (Wright & Woods, 2020).

1.2 Il paziente oltre il manuale: l'astrazione statistica di fronte alle fluttuazioni cliniche

Benché la medicina, le scienze dell'educazione e la psicologia stiano invocando a gran voce una svolta verso la personalizzazione, serve un passo metodologico ulteriore. Non basta catalogare le differenze tra un paziente e l'altro; occorre

mappare le fluttuazioni funzionali dello stesso soggetto in momenti distinti, tracciando l'unica geografia clinica realmente autentica (Wright & Woods, 2020). Il paziente descritto nei manuali terapeutici è, di fatto, un'astrazione statistica che non varca quasi mai la soglia dello studio clinico (Norcross & Wampold 2011). Nella pratica reale, il professionista è costantemente chiamato a plasmare la cura su manifestazioni del disagio del tutto inedite. L'applicazione cieca dei postulati nomotetici aiuta a spiegare le deludenti percentuali di successo di molte psicoterapie di prima linea, come ad esempio l'approccio cognitivo-comportamentale, secondo cui l'emozione negativa scaturisce da un pensiero disfunzionale (Wright & Woods, 2020).

Abbracciare la modellistica personalizzata non significa affatto bruciare le teorie di riferimento (Wright & Woods, 2020). I modelli tradizionali restano impalcature euristiche preziose e forniscono alla comunità scientifica un vocabolario condiviso. Il vero cambio di paradigma consiste nello smettere di chiedersi "quale teoria sia la migliore in assoluto" per domandarsi "quale cornice spieghi meglio l'architettura clinica di questa specifica persona". La psicopatologia smette così di essere un'etichetta e diventa un sistema dinamico complesso e profondamente idiosincratico, approssimabile attraverso modelli statistici idiografici formali (Wright & Woods, 2020).

Questa visione poggia su tre assiomi ineludibili: il primo è che l'estrema eterogeneità fenomenologica rende le nosologie ufficiali strumenti troppo imprecisi per guidare l'intervento meccanicistico. Il secondo implica che studiare la struttura interpersonale del disagio non svela i reali processi patogenetici individuali. Infine, il terzo afferma che la cura richiede lo sviluppo di formulazioni matematico-statistiche basate rigorosamente su dinamiche interpersonali (Beltz et al. 2016).

La personalizzazione della terapia, cioè la possibilità di adeguare il percorso terapeutico in base alle caratteristiche della persona, alle situazioni specifiche e al contesto vitale, è un argomento che viene trattato da molti anni nel settore della salute mentale (Howard et al., 1996).

1.3 Massimizzare l'efficacia clinica attraverso il tailoring terapeutico nei quadri di comorbidità.

La medicina personalizzata può essere concepita come una naturale evoluzione degli approcci clinici tradizionali, di cui amplifica notevolmente la precisione. Il suo vero potenziale risiede nella capacità di calibrare l'intervento terapeutico sul singolo individuo, in modo da massimizzare l'efficacia clinica e garantire i più alti standard di sicurezza. Offrendo a ogni paziente diagnosi più tempestive, un'accurata valutazione dei rischi e trattamenti mirati, questo modello punta non solo a innalzare la qualità dell'assistenza sanitaria, ma anche a ottimizzare i costi (Vogenberg et al., 2010).

“I disturbi psicopatologici sono fenomeni complessi che non possono essere completamente trattati dalle linee guida cliniche e sono caratterizzati da grandi differenze tra un individuo e l'altro, anche all'interno dello stesso disturbo” (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 16-26).

Il paradigma della personalizzazione terapeutica si propone di massimizzare l'efficacia clinica sul paziente. Ciò avviene modulando l'intervento in base alle specifiche esigenze, preferenze e peculiarità del soggetto, attraverso un adattamento sistematico dei protocolli o una diversificazione mirata alla pianificazione terapeutica (Schaeuffele et al., 2025).

Bisogna prestare particolare attenzione anche alla comorbidità e all'andamento della terapia, cioè considerare gli aspetti che mutano durante il trattamento, affinché sia possibile adattare il percorso terapeutico alle esigenze che emergono costantemente e non ricorrere a un intervento lineare (Brown et al., 2001).

Questo paradigma sposta il focus clinico dalle sindromi ai processi individuali di cambiamento, portando con sé una conseguenza fondamentale: il trattamento diventa intrinsecamente più modulare. Dal momento che non si cura più una diagnosi astratta, ma si prende in carico un individuo profondamente calato nel suo contesto di vita, il clinico è libero di attingere a un ventaglio molto più ampio di

orientamenti teorici (Moskow et al., 2023). Questa prospettiva restituisce al terapeuta flessibilità e creatività, permettendogli di selezionare in modo trasversale le strategie più adatte, svincolandosi dalle rigide appartenenze di scuola (Prado-Abril et al., 2019).

Il rigore scientifico, tuttavia, non viene meno. Finché si utilizzano tecniche mirate a innescare processi di cambiamento definiti e misurabili, cuciti in modo idiografico sulla storia e sugli obiettivi del paziente, ci si muove pienamente nel campo dell'evidence-based. La validità del trattamento, in questo senso, è garantita dal monitoraggio continuo dei risultati rispetto alle aspettative del paziente, con l'obiettivo ultimo di alleviare la sofferenza e promuoverne il benessere (Moskow et al., 2023).

La letteratura recente individua due macro-categorie principali di intervento: l'assegnazione differenziata e l'adattamento individualizzato. Il primo approccio opera in chiave prospettica, avvalendosi di variabili predeterminate, come fattori di rischio o algoritmi di machine learning, abbinando interi sottogruppi di pazienti a trattamenti specifici. Questo abbinamento può avvenire a livello globale, indirizzando il paziente verso uno specifico pacchetto terapeutico o all'interno del trattamento stesso, modulando tempistiche e strategie (Cohen et al., 2021). L'adattamento individualizzato o tailoring si concentra invece sull'unicità del paziente, modellando la terapia in base a elementi come la comorbidità, la risposta in itinere al trattamento o la concettualizzazione idiosincratica del caso. In questo quadro di attenzione all'individuo stanno assumendo un ruolo centrale metodologie come l'Assessment Collaborativo e la Valutazione Terapeutica: trasformando la fase diagnostica in un processo su misura che coinvolge attivamente il cliente. Queste pratiche permettono di allineare fin dall'inizio l'intervento ai bisogni del paziente, ottenendo maggiori benefici dalla pratica clinica (Li et al., 2024).

1.4 L'adattamento dello stile terapeutico in risposta alle difese del paziente

Nella realtà del setting clinico, l'idea di poter applicare rigidamente i percorsi lineari proposti dai manuali terapeutici si scontra spesso con l'imprevedibilità del quotidiano (Cramer et al., 2010). Di fatto, il vero baricentro attorno a cui si modella la struttura delle sedute è il paziente stesso. Altresì quando il terapeuta ha in mente un focus specifico per l'incontro o intende partire dal monitoraggio delle esercitazioni al di fuori delle sedute, l'emergere di nuovi eventi di vita, urgenze o rivelazioni inaspettate re-indirizza inevitabilmente il lavoro, obbligando a una costante rilettura del quadro clinico generale. In questo senso, il motore del cambiamento risiede proprio nell'ingaggio attivo della persona, sia dentro che fuori lo studio (Balaskas et al., 2024).

Per far sì che il paziente abbassi le difese e si apra in modo autentico, i clinici sottolineano l'importanza vitale di costruire una relazione terapeutica sicura e collaborativa fin dal primissimo colloquio (Balaskas et al., 2024). Questo richiede al professionista la capacità di danzare con le diverse posizioni interpersonali assunte dall'assistito, plasmando la terapia su misura. Tuttavia, sintonizzarsi sull'altro significa anche fare i conti con un ostacolo frequente: non tutti arrivano in terapia con una reale spinta al cambiamento o con la volontà di impegnarsi attivamente. Poiché le carenze motivazionali rappresentano uno dei fattori di rischio principali per la mancata aderenza o l'abbandono precoce, decifrare i reali livelli di motivazione diventa uno snodo imprescindibile (Jardine et al., 2022).

Solo comprendendo a fondo l'individualità che si ha di fronte, intrecciando le caratteristiche personali con le specifiche preferenze, il terapeuta può assolvere al suo compito principale: selezionare e personalizzare (Balaskas et al., 2024). In molte circostanze il clinico può trovare un impedimento durante il percorso, cioè la resistenza al cambiamento da differenziare con la reattanza, che manifesta comunque un evitamento delle indicazioni, ma in aggiunta presenta anche delle risposte oppositive. È quindi importante che comprenda se e perché il paziente non segue le indicazioni date, anche le più semplici (Beutler et al., 2018). In entrambe le situazioni non è possibile raggiungere gli obiettivi terapeutici, motivo per cui è

fondamentale individuare tempestivamente questi ostacoli e lavorare sulla relazione terapeutica (Gimeno-Peón et al., 2018).

Beutler e colleghi hanno effettuato alcuni studi in cui è stato riscontrato che i soggetti con elevati indici di reattanza ottengono risultati migliori con percorsi di cura poco strutturati e meno direttivi, al contrario di chi ha una presenza marginale di reattanza, che beneficia di un approccio più direttivo (Beutler et al., 2018).

Beutler et al. (2018) ipotizzano che la reattanza si manifesti se il terapeuta è eccessivamente conflittuale o coinvolto, e che venga quindi influenzata dalla modalità con cui il clinico guida il trattamento, nello specifico con uno stile molto direttivo.

L'identificazione dell'evitamento del paziente, quindi, è un elemento fondamentale per il terapeuta affinché comprenda che uno o più elementi del trattamento terapeutico non sono adeguati alla situazione e alla persona che si ha davanti (Aparicio & Mendez, 2020). Di conseguenza, il clinico dovrà intraprendere un'attenta valutazione dei comportamenti oppositivi alle indicazioni date, dell'andamento dei livelli di reattanza durante i colloqui e in fine dei miglioramenti attesi, al fine di evitare l'abbandono del percorso di cura (Gimeno-Peón et al., 2018).

Secondo l'OMS (Aparicio & Mendez, 2020), la scarsa aderenza al trattamento è un forte predittore di malattie croniche, perché comporta un pericolo maggiore di ricadute e un rischio più elevato di dipendenza da farmaci e di astinenza, in generale una maggiore probabilità di resistenza al trattamento (Aparicio & Mendez, 2020).

Bisogna inoltre tutelare anche l'alleanza terapeutica che, in queste circostanze, potrebbe subire una frammentazione (Eubanks et al., 2019). Anche in questo caso il clinico deve agire in modo esplicito e implicito per tutelare e risanare l'alleanza, senza la quale non si può progredire. Affinché tutto ciò sia possibile, è necessario che il terapeuta abbia una formazione adeguata, in modo tale che riconosca la problematicità della situazione e possa agire con ciò che è autenticamente utile per quello specifico paziente (Balaskas et al., 2024).

In queste circostanze, è ampiamente sostenuto il ricorso all'eclettismo con un approccio pragmatico, attraverso cui il clinico non si lega ad un unico approccio, ma in base alle caratteristiche del paziente struttura un trattamento adeguato. (Aparicio & Mendez, 2020).

1.4.1 L'integrazione delle variabili culturali nella formulazione del caso

Affinché si possa parlare di personalizzazione del trattamento è necessario considerare anche la cultura di un individuo (Bernal, Jiménez-Chafey e Domenech Rodríguez, 2009, p. 362). Bisogna tener conto della lingua, dei dialetti, delle modalità di comunicazione proprie della persona e, se necessario, ricorrere ad un traduttore qualora l'interazione venga ostacolata. Fare sempre riferimento ai valori, alle norme e alle consuetudini (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 21).

“Nel 1961, C. Gilbert Wrenn coniò il termine "counselor culturalmente incapsulato" per descrivere un tipo di terapeuta incentrato sulla visione del mondo della propria cultura e che non presta sufficiente attenzione all'effetto che le differenze culturali hanno sul processo terapeutico” (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 21).

Per evitare criticità l'American Psychological Association (APA, 2003) ha emanato tre punti riguardo la formazione culturale dei professionisti in merito alla conoscenza culturale, alla consapevolezza culturale e alle competenze culturali. È consigliato calibrare l'intervento su un insieme culturale e non inserire all'interno etnie differenti. È scientificamente provato che i trattamenti sono maggiormente validi ed efficaci sia dal punto di vista del paziente e dello psicologo, quando quest'ultimo è formato a livello multiculturale e rispetta le norme culturali (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 21).

1.4.2 Modulazione della relazione terapeutica in base ai profili di attaccamento

Quando uno psicologo progetta un intervento personalizzato, prende in considerazione diversi aspetti, tra cui anche lo stile di attaccamento della persona (Levy et al., 2018). Bowlby affermava che “l’attaccamento è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba” (Bowlby, 1982, pag. 208), motivo per il quale l’accudimento ricevuto durante l’infanzia dalle figure di riferimento influisce sulla qualità dell’attaccamento durante tutto l’arco della vita. È possibile valutare questo costrutto in età adulta prendendo in considerazione l’ansia e l’evitamento (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 22).

A seguito di una meta-analisi effettuata da Levy, Kivity, Johnson e Gooch (2018), si riscontra un miglioramento significativo quando si effettua una misurazione prima del trattamento per comprendere lo stile di attaccamento e calibrare l’intervento su quest’ultimo. Ad esempio, con le persone che manifestano uno stile insicuro si lavora sulle interazioni interpersonali e sulle relazioni intime. Con coloro che dimostrano uno stile ansioso è consigliato arginare la spirale emotiva che abitualmente li tormenta e fare riferimento a un percorso ben strutturato in modo tale che il paziente si senta contenuto ed eviti scompensi emotivi. Nel caso delle persone con uno stile di attaccamento evitante accade spesso che riscontrino complicazioni nel chiedere supporto e qualora lo ottengano mostrano resistenza e opposizione, si propone un intervento attivo, ma che non opprime il paziente (Aparicio & Mendez, 2020).

1.5 Limiti della ricerca nomotetica e fondamenti dell’assessment dinamico

Esiste un paradosso radicato nel settore della salute mentale (Fisher & Boswell, 2016). Se da un lato la necessità di “cucire” l’intervento terapeutico sul singolo paziente gode di un consenso pressoché unanime, dall’altro le prassi tradizionali faticano enormemente a tradurre questo principio in formulazioni del caso autenticamente idiografiche. Questa paralisi operativa ha reso evidente l’urgenza

di esplorare architetture di assessment innovative, come adottare una prospettiva di valutazione dinamica (Molenaar et al., 2011). Una simile lente osservativa permette non solo di affinare la personalizzazione del piano di cura e di assorbire fluidamente le comorbidità, ma offre l'opportunità di mappare la covariazione intra e inter-temporale dei sintomi all'interno del soggetto, finendo spesso per smascherare nuclei patologici latenti (Fisher & Boswell, 2016).

La vera barriera al cambiamento è però di natura epistemologica (Fisher, 2015). Diversi autori sollevano oggi dubbi pesanti sulla reale trasferibilità dei dati nomotetici al caso singolo, arrivando a postulare la totale assenza di correlazione tra la variazione intra-individuale e quella inter-individuale (Molenaar, 2004). Le dinamiche di varianza e covarianza che un set di variabili assume nel tempo all'interno di una stessa persona non ricalcano in alcun modo le fluttuazioni osservate a livello di gruppo. Le ricadute di questo scollamento sull'esito della psicoterapia sono massicce (Nathan & Gorman, 2015).

Attualmente, le decisioni psichiatriche e psicologiche si appoggiano quasi per intero sui trial clinici randomizzati controllati, cioè disegni sperimentali concepiti, per loro stessa natura, unicamente per far emergere differenze macroscopiche tra ampi cluster di popolazione, mancando fatalmente il bersaglio dell'unicità individuale (Fisher & Boswell, 2016).

In passato, gli interventi evidence-based sono stati concepiti come dei veri e propri "pacchetti" multicomponente (Nathan & Gorman, 2015). All'interno di questi protocolli scarseggiano le direttive su quale sia la sequenza ottimale o l'ingrediente davvero irrinunciabile per il singolo paziente. Anche i classici studi di scomposizione dell'intervento, pur essendo nati per isolare i principi attivi della terapia, inciampano nel medesimo ostacolo metodologico: continuano ad aggregare i dati su scala campionaria, rinunciando a una valutazione autenticamente individuale (Fisher & Boswell, 2016). Non è un caso, dunque, che la metanalisi di Bell, Marcus e Goodlad (2013) non abbia rintracciato scostamenti significativi di efficacia tra i pacchetti completi e le loro versioni smembrate,

evidenziando solo un timido vantaggio per i protocolli arricchiti dai componenti adattivi.

1.5.1. Superare l'equivalenza causale attraverso l'assessment clinico dinamico.

Il vero salto di qualità richiede l'adozione di un assessment dinamico. Solo calandosi nei meccanismi individuali della psicopatologia diventa possibile agganciare precise componenti terapeutiche ai bisogni del paziente nel “qui ed ora” (Fisher & Boswell, 2016).

Finora, le relazioni dinamiche tra i sintomi nel corso del tempo sono rimaste in un cono d'ombra. Esiste infatti un vizio di fondo sia nella valutazione che nell'intervento psicosociale: si presume una sorta di equivalenza causale tra i domini sintomatologici, senza curarsi di stabilire una gerarchia o una dominanza (Nathan & Gorman, 2015). Questa cecità di fronte all'eterogeneità dinamica dei disturbi potrebbe spiegare, almeno in parte, la modesta percentuale di successi registrata dai grandi trial standardizzati. L'assessment dinamico ribalta questo schema. Oltre a discriminare i nuclei patologici primari dai fenomeni periferici, permette di tracciare l'interazione tra le dimensioni latenti, osservando come si manifestano simultaneamente o si anticipano a vicenda in logica sequenziale all'interno della stessa persona (Fisher & Boswell, 2016). Riconoscere che pensieri, emozioni e comportamenti si organizzano secondo un'architettura del tutto idiosincratica è l'essenza di questo approccio. Comprendere tale struttura interna offre la chiave per colpire il nucleo della sindrome (Fisher & Boswell, 2026).

La differenza metodologica verso i disegni di indagine idiografici ruota tipicamente attorno a due criticità: l'apparente impossibilità di generalizzare le scoperte e la faticosa scalabilità su campioni estesi. Questo presunto difetto di fabbrica nasconde, in realtà, il nucleo vitale dell'approccio (Hayes et al., 2022). Come evidenziato da Barlow e colleghi (2009), il rifiuto della standardizzazione a

favore di una mappatura sartoriale dei processi soggettivi costituisce il vero valore aggiunto di questi strumenti clinici. L'estrema risoluzione con cui tracciano le dinamiche contingenti li rende, paradossalmente, i mattoni perfetti per edificare architetture psicopatologiche universali seguendo una logica rigorosamente bottom-up.

In questo scenario, l'obiettivo diventa estrapolare pattern condivisi e affidabili a partire da una vasta coorte di modelli intra-soggettivi (Wright, 2011). Una prospettiva particolarmente promettente suggerisce di maneggiare i parametri interni ai modelli individuali alla stregua di variabili classiche, riconoscendo la loro specifica distribuzione all'interno della popolazione generale (Hamilton et al. 2008).

Affidarsi alla strutturazione manuale e quasi "artigianale" di ogni singolo profilo rende però impraticabile questo salto di scala. Per traghettare la ricerca verso una reale sintesi quantitativa inter-soggettiva, il settore necessita urgentemente di routine computazionali capaci di automatizzare la genesi dei modelli idiografici e favorirne la fusione statistica (Wright & Woods, 2020).

1.6 Demarcazione epistemologica tra personalizzazione e medicina di precisione

Nella prassi convenzionale, l'avvio di un percorso psicoterapico prevede la stipula di un piano di cura in cui specialista e paziente definiscono a priori gli obiettivi e metodologie (Reynolds, 2019). Questo *modus operandi* si fonda sull'assunto che il setting clinico sia un costrutto statico: i disagi vengono categorizzati come semplici sintomi a cui far corrispondere la specifica soluzione di un protocollo teorico. Il limite intrinseco di tale prospettiva risiede nell'estrema dinamicità del processo terapeutico. Durante un percorso clinico il grado di accettazione dei sintomi muta in modo non lineare, così come evolvono i desideri e le prospettive dell'individuo (Reynolds, 2019).

Poiché un protocollo rigido risulta strutturalmente incapace di prevedere e assecondare tali trasformazioni, si comprende perché dopo anni manchi ancora un consenso unanime sugli obiettivi e sugli esiti definiti dalla psicoterapia. Nonostante ciò, le evidenze raccolte finora hanno permesso di validare molti approcci efficaci; la vera sfida odierna consiste pertanto nell’abbandonare la rigidità procedurale per declinare questi strumenti in modo flessibile, aumentando l’utilità clinica per il singolo paziente (Reynolds F. C., 2019).

La letteratura clinica recente è attraversata da una notevole ambiguità terminologica (Szatmari e Susser, 2022). Storicamente, concetti come “precisione” e “personalizzazione” hanno subito un’evoluzione fluida, finendo per alimentare un dibattito in cui i confini tra “medicina di precisione” e “medicina personalizzata” risultano spesso sfumati o del tutto sovrapponibili (Tran, Klossner et al., 2020). Sulla spinta di una crescente focalizzazione sui fondamenti quantitativi della cura, il lessico scientifico sta progressivamente abbandonando l’etichetta di “personalizzazione” per abbracciare in modo sempre più netto il costrutto di “precisione” (Reynolds F. C., 2019). Sebbene nella prassi quotidiana molti continuano a utilizzare le due espressioni come sinonimi, tracciare una linea di demarcazione rigorosa è oggi fondamentale. Fare chiarezza su questo fronte permette, infatti, di inquadrare con maggiore lucidità i futuri sviluppi del settore, specialmente nell’ambito degli interventi psicologici (Deisenhofer et al., 2024).

Il principio cardine da cui muove è uno, cioè che il concetto di precisione è intrinsecamente vincolato all’uso del dato. Di conseguenza, questa etichetta andrebbe rigorosamente circoscritta ai modelli empirici, algoritmici e squisitamente quantitativi. In questo nuovo scenario, il percorso di cura non è lasciato all’intuizione, ma viene governato fin dalle primissime battute da chiare regole decisionali fondate sui dati (Deisenhofer et al., 2024).

Questo si traduce, operativamente, nell’impiego di sistemi di previsione dinamici. Attraverso misurazioni longitudinali ripetute, i modelli algoritmici si aggiornano costantemente arrivando persino a plasmare in automatico l’interfaccia e i

contenuti di una terapia digitale sui bisogni emergenti dell'utente (Wright & Woods, 2020).

Su un versante completamente diverso si colloca la personalizzazione, che assume oggi i contorni di un vero e proprio termine ombrello (Cohen e DeRubeis, 2018). Rientra, di fatto, qualunque sforzo clinico mirato a adattare o “cucire” la cura sull'unicità del soggetto per massimizzarne la riuscita. È una matrice profondamente olistica, che accoglie al suo interno prassi anche molto diverse tra loro: dall'applicazione di linee guida per il matching tra profilo del paziente e protocolli manualizzati, fino all'integrazione vitale delle preferenze soggettive dell'individuo (Deisenhofer et al., 2024).

1.6.1. La convergenza tra le preferenze soggettive del paziente e i modelli predittivi della salute mentale di precisione.

Per colmare il divario e rendere operativa l'istanza di precisione, la clinica sta guardando con straordinario interesse alla modellazione statistica (Chekroud et al., 2021). In questo crocevia metodologico tra informatica e statistica avanzata ha assunto un ruolo egemone il matching learning (Deisenhofer et al., 2024). Lo scopo dell'apprendimento automatico è cristallino: estrarre regolarità dall'esperienza pregressa per automatizzare previsioni future, tramutando così il dato grezzo in uno strumento immediatamente azionabile dal clinico (Fisher et al., 2019). L'impatto di questa svolta metodologica è stato ben sintetizzato da Cohen e colleghi (2021). Nel loro modello, la salute mentale di precisione non si limita a inquadrare il corretto livello di assistenza, ma guida il professionista nella selezione del trattamento ideale, spingendosi fino a orchestrare in modo chirurgico la sequenza delle specifiche strategie di intervento all'interno della singola terapia (Deisenhofer et al., 2024).

“Con l'avvento dei big data, dell'apprendimento automatico e dell'intelligenza artificiale negli ultimi anni, la personalizzazione si è spostata verso il concetto di assistenza sanitaria mentale di precisione” (Moggia et al., 2024, pag. 611).

Vengono applicate differenti modalità di raccolta dati in merito al paziente, adoperati strumenti e questionari in versione digitale, affinché venga massimizzato l'esito clinico. Tale approccio presuppone una valutazione multidimensionale del funzionamento del soggetto, finalizzata all'elaborazione di un piano clinico su misura (Reynolds F. C., 2019).

Nonostante vi siano stati avanzamenti nella progettazione di algoritmi informatici supportati da evidenze preliminari circa l'efficacia nell'assegnare ciascun individuo al protocollo ideale, l'implementazione pratica di tali strumenti incontra alcuni ostacoli (Reynolds F. C., 2019). Essa necessita, infatti, di clinici altamente specializzati, capaci di somministrare i complessi regimi terapeutici raccomandati. Tali protocolli richiedono un iter formativo e di supervisione esteso, riducendo di fatto la fattibilità specialmente per bacini d'utenza ampi e in territori carenti di professionisti. Di conseguenza, anziché limitarsi all'associazione tra soggetto e protocollo standard, la ricerca futura dovrebbe orientarsi verso la calibrazione di specifiche componenti dell'intervento in risposta ai peculiari bisogni di ognuno (Reynolds F. C., 2019).

Il focus viene posto su diversi aspetti (Moggia et al., 2024, pag. 612):

“(1) Attenzione individuale da parte dei terapeuti; (2) Esplorazione delle esperienze e dei meccanismi psicologici individuali dei pazienti; (3) Focus sulla vita del paziente al di fuori della terapia; (4) Valutazione estesa individualizzata; (5) Accordo individualizzato sui compiti terapeutici”.

Le informazioni di uno specifico paziente vengono confrontate con una banca dati tramite un algoritmo per supportare la personalizzazione e la scelta del trattamento più efficace (DeRubeis et al., 2014).

Affinché gli strumenti predittivi e di supporto decisionale possano effettivamente attecchire nella pratica clinica, occorre fare i conti con un ostacolo di natura prettamente pragmatica: l'effettiva capacità e volontà dell'individuo di “nutrire” l'algoritmo con i propri dati (Deisenhofer et al., 2024). La letteratura inquadra questa criticità sotto il concetto di measurement burden (carico di misurazione),

definendo così l'impiego concreto che il processo di monitoraggio richiede alla persona presa in carico (De Los Reyes et al., 2015).

Attualmente, la spina dorsale informativa della psichiatria e della psicologia di routine è costituita dal materiale estratto in fase di consultazione (Deisenhofer et al., 2024). I format auto-valutativi e i colloqui clinici rappresentano fonti di indubbio valore, ma pretendere un'aderenza universale a questi strumenti si rivela irrealistico. Lo stato di acuzie della malattia, eventuali compromissioni cognitive o barriere linguistiche rendono spesso proibitiva la somministrazione di lunghe batterie psicodiagnostiche. Le complessità si moltiplicano nei servizi per l'età evolutiva (De Los Reyes et al., 2015). In questo ambito, la triangolazione dei report provenienti da informatori multipli come il minore, le figure genitoriali, il corpo docente ecc..., costituisce un imperativo per indirizzare le scelte di cura (De Los Reyes et al., 2015). Tradurre questa necessità in dati reali rappresenta però una vera e propria sfida operativa. Il livello di affaticamento richiesto all'utenza subisce peraltro un'impennata quando il protocollo esige un doppio sforzo: non solo l'assessment propedeutico all'abbinamento terapeutico iniziale, ma un tracciamento longitudinale e ripetuto per restituire feedback in itinere (Lambert, 2011).

A queste dinamiche operative si intreccia un versante etico a lungo trascurato (Deisenhofer et al., 2024). L'intersezione tra sistemi decisionali automatizzati e tutela della privacy in salute mentale ha iniziato a guadagnare l'attenzione della ricerca solo in tempi molto recenti (Deisenhofer et al., 2024).

Emerge una prospettiva rassicurante esplorando la reale propensione dei pazienti a cedere il proprio materiale clinico per l'addestramento dei modelli, fa emergere una prospettiva rassicurante. Esiste infatti una diffusa e solida apertura alla condivisione delle informazioni sensibili, a una precisa condizione: l'utilizzo dei dati deve essere vincolato esclusivamente all'ottimizzazione del percorso di cura personale, escludendo categoricamente qualsiasi cessione a fini di lucro o a organizzazioni commerciali (Seltzer et al., 2019).

La medicina di precisione nel campo della salute mentale viene applicata sin dal momento della prevenzione, per poi ritrovarla nelle fasi preliminari di un percorso terapeutico, nella diagnosi e nel trattamento (Moggia et al., 2024).

1.7 Rilevanza clinica delle preferenze soggettive nell'aderenza al trattamento

Sintonizzare l'architettura clinica sulle esplicite richieste del paziente non è un mero esercizio di empatia (Windle et al., 2020). Affinché un percorso terapeutico abbia un esito positivo è fortemente consigliato prendere in considerazione le preferenze dei pazienti perché favorisce l'aderenza al trattamento e riduce anche le probabilità di abbandono del trattamento (Swift et al., 2018).

Le preferenze del cliente si riferiscono ai comportamenti o alle caratteristiche del terapeuta, o al tipo di trattamento che il cliente apprezza, desidera o spera di ricevere (Arnkoff, Glass e Shapiro, 2002). Sono stati individuati tre elementi fondamentali: il primo è il ruolo del terapeuta, cioè l'impostazione che stabilisce, il contributo che dà all'interno della relazione terapeutica, se si sofferma più su un ascolto attivo o su ripetuti interventi, se predilige sedute individuali, di coppia o di gruppo. Il secondo elemento sono le caratteristiche del professionista, l'insieme di tutti gli aspetti che il paziente vorrebbe fossero presenti nel terapeuta. Il terzo sono le preferenze riguardo alla modalità con cui viene strutturato l'intervento, ad esempio il modello teorico di riferimento, se si è più orientati ad una psicoterapia o a una sola prescrizione di farmaci (Swift et al, 2018).

L'utilizzo di strategie di personalizzazione è fortemente influenzato dall'orientamento teorico del professionista, nonostante la letteratura sostenga la validità trasversale di tali interventi per qualsiasi approccio teorico (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 23). Prendendo in considerazione le strategie di coping, ad esempio, i pazienti con tendenze esternalizzanti rispondono positivamente ad un setting cognitivo-comportamentale, mentre i profili caratterizzati da strategie internalizzanti traggono maggiori benefici da percorsi psicodinamici (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 23). Di conseguenza, l'impiego integrato di interventi tratti da

molteplici orientamenti richiede al terapeuta una notevole flessibilità clinica, traducendo in un impegno metodologico e formativo considerevole Norcross & Goldfried, 2019).

Non sempre ricorrere all'approccio che rientra nelle preferenze del paziente è una garanzia di successo perché potrebbe entrare in conflitto con altri principi clinici fondamentali (Prado-Abril et al., 2019). Questa plasticità non deve mai sfociare nell'accondiscendenza cieca: l'abilità del clinico risiede proprio nel tracciare un confine netto tra i desideri accoglibili e le istanze che, alla luce degli standard deontologici e delle evidenze scientifiche, non possono essere assecondate (La Tona et al., 2025).

Le richieste del cliente potrebbero essere influenzate, ad esempio, da fattori esterni come le esperienze positive riportate da terzi e non coincidono con quello che il clinico ritiene opportuno (Norcross & Cooper, 2021). In tali circostanze, il clinico si trova ad affrontare un complesso dilemma decisionale: assecondare la preferenza del paziente, esponendosi al rischio di un'efficacia terapeutica ridotta, oppure optare per l'intervento ritenuto clinicamente più appropriato, con il potenziale pericolo di incorrere in un drop-out prematuro (Aparicio & Mendez, 2020).

In ambito clinico è fondamentale separare concettualmente ciò che un paziente auspica da ciò che concretamente ritiene si verificherà durante il percorso psicologico (Arnkoff et al., 2002). Come evidenziato da Tompkins e colleghi (2017), le preferenze si riferiscono ai desideri soggettivi, mentre le aspettative riflettono le previsioni fattuali del soggetto. Per cogliere questa divergenza, basti pensare a una donna appartenente a un gruppo etnico minoritario: la sua inclinazione ideale potrebbe orientarsi verso l'affiancamento a una professionista con medesimo background culturale. Nonostante ciò, i vincoli territoriali e la reale disponibilità dei servizi potrebbero portarla a non ritenere plausibile tale eventualità. In un'ottica simile, un paziente con problematiche di dipendenza da alcol nutre spesso il bisogno di interfacciarsi con uno specialista accogliente e privo di pregiudizi. Purtroppo, se il suo vissuto è segnato da interazioni negative

con figure di controllo e autoritarie, tenderà a prefigurare un atteggiamento severo e di condanna da parte del clinico (Litten et al. 2015).

Un ulteriore grado di complessità emerge quando si analizzano le credenze prognostiche relative all'efficacia di cura, spesso definite "aspettative di esito" (Wright & Woods, 2020). Se da un lato la previsione di successo orienta innegabilmente le scelte del paziente, le sue inclinazioni terapeutiche vere e proprie derivano da un intreccio di variabili eterogenee, tra cui l'effettiva spinta al cambiamento, i tratti personologici e il background dei trattamenti affrontati in passato. La scissione tra aspettativa di risultato e preferenza risulta lampante, ad esempio, in un soggetto affetto da ansia sociale: pur riconoscendo razionalmente che i setting gruppali offrirebbero i benefici clinici maggiori per la sua sintomatologia, la sua scelta ricadrà quasi certamente su un formato di colloqui strettamente individuali (Litten et al. 2015).

La valutazione delle propensioni dei pazienti si avvale di una pluralità di strumenti, impiegati trasversalmente sia nei contesti sperimentali che nell'attività clinica quotidiana (Swift et al., 2018). L'approccio metodologico predominante consiste nell'indagare in modo esplicito le scelte dell'individuo, chiedendogli, ad esempio, se preferisce optare per la somministrazione di psicofarmaci, per un percorso di colloquio psicologico o per un intervento combinato, oppure di indicare il genere desiderato per il professionista della salute mentale (Aparicio & Mendez, 2020, pag. 22).

1.7.1 Le insidie pragmatiche e i limiti strutturali dei questionari standardizzati nella misurazione dimensionale delle inclinazioni soggettive.

Un'evoluzione di questa procedura prevede che la formulazione della scelta sia preceduta da un'accurata illustrazione o da una presentazione pratica delle diverse alternative terapeutiche disponibili (Swift et al., 2018). Inoltre, per superare la rigidità e i limiti delle classiche risposte binarie, una parte della letteratura ha preferito ricorrere a scale psicometriche e a compiti di decision-making per

misurare la magnitudo di tali desideri (Möttus et al., 2020). Quantificare la forza di una preferenza risulta un'operazione fondamentale: è ampiamente plausibile, infatti, che inclinazioni fortemente radicate condizionino il successo dell'iter terapeutico in misura nettamente superiore rispetto a orientamenti deboli o marginali (Swift et al., 2018).

Per sondare queste dimensioni, il tradizionale colloquio anamnestico destrutturato si rivela spesso insufficiente (La Tona et al., 2024). L'impiego di misure self-report standardizzate garantisce una tracciabilità di gran lunga superiore, spalmando le inclinazioni soggettive su un rigoroso continuum dimensionale e facilitando la raccolta di ampi database campionari (La Tona et al., 2024). Il panorama psicometrico offre già diverse soluzioni, ad esempio il Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX - Frövenholt et al., 2007), il Preference for College Counselling Inventory (PCCI - Hatchett, 2015), il Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP -Norcross & Cooper, 2021) o il Counseling Preference Form (CPF - Goates-Jones & Hill, 2008). Il problema strutturale di questi questionari risiede però nella loro fragile validità. Si tratta di architetture raramente testate per i setting squisitamente clinici (McHorney, 1996). A questo proposito, uno scoglio pragmatico insidioso è l'eccessiva lunghezza degli item che scoraggia drasticamente la compilazione, vanificando la raccolta dei dati (La Tona et al., 2025).

1.8 Inquadramento clinico e sfide terapeutiche nel disturbo depressivo

Per poter adattare una terapia è necessario comprendere come funziona e soprattutto per chi è efficace (Moggia et al., 2024). In un'accezione estesa, il paradigma della medicina personalizzata si configura come una calibrazione sartoriale dell'intervento clinico sulle coordinate uniche del paziente. A guidare questa estrema individualizzazione della cura non sono le consuete medie campionarie, bensì un preciso tridente di indicatori oggettivi: l'assetto dei

biomarcatori, l'indagine profonda delle traiettorie eziologiche e l'estrapolazione predittiva offerta dai moderni approcci data-driven (Huibers et al., 2021).

La depressione è uno dei disturbi maggiormente diffusi a livello globale come dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2017); tuttavia, non viene ancora utilizzato un approccio personalizzato (Huibers et al., 2021). Analizzare la letteratura sull'efficacia clinica della depressione significa confrontarsi con un quadro in chiaroscuro. Da un lato, l'arsenale terapeutico validato empiricamente – che include l'approccio cognitivo-comportamentale (CBT), la psicoterapia individuale e i presidi farmacologici – garantisce riscontri incoraggianti, con meta-analisi che attestano un tasso di risposta medio del 54% (Fisher & Bosley, 2015). Dall'altro lato, la clinica quotidiana restituisce urgenze non più ignorabili. Considerando che negli Stati Uniti l'impatto del disturbo raggiunge una prevalenza lifetime del 13%, il dato sulle traiettorie resistenti assume un peso enorme. Circa il 15% dei pazienti, infatti, sviluppa forme di depressione ricorrenti o refrattarie alla remissione, mostrando una pervicace resistenza anche di fronte a iter terapeutici multipli e combinati (Fisher & Bosley, 2015). Questa percentuale di fallimento ridisegna le priorità della ricerca. Accontentarsi dell'efficacia globale degli attuali trattamenti non basta più; il divario da colmare impone di sviluppare strategie in grado non solo di massimizzare l'impatto acuto dell'intervento, ma di blindare il mantenimento dei traguardi clinici nel lungo periodo (Fisher & Bosley, 2015).

Per le persone che convivono con la depressione, centrare immediatamente il trattamento iniziale è un passaggio di importanza vitale (Huibers et al., 2021). Il motivo va ricercato nelle dinamiche reali dei servizi territoriali e delle cure primarie, dove la dispersione è altissima: dopo la prima prescrizione, quasi il 50% dei pazienti si perde senza effettuare le visite di controllo (Cuijpers et al., 2013). Poiché solo un esiguo 25% mantiene un'aderenza sufficiente per poter calibrare la cura, molti non avranno mai la possibilità di accedere alle terapie di seconda linea (Simon & Perlis, 2010). Basti pensare che, fino alla metà di chi non risponde ad un primo farmaco, ottiene miglioramenti sostanziali semplicemente cambiando

molecola, ricorrendo a terapie combinate o integrando un percorso di psicoterapia (citazione). Questo dimostra chiaramente un punto: una risposta insoddisfacente a un intervento non indica refrattarietà (Simon & Perlis, 2010).

1.8.1 Valutare la coerenza intra-individuale della risposta clinica per correggere la distorsione dei classici disegni tra soggetti.

Pur essendo vero che, nei casi di depressione moderata, psicoterapie specifiche e antidepressivi mostrano in media un tasso di successo paragonabile, questo non rende affatto influente la scelta terapeutica. Dietro le medie di gruppo si nascondono differenze sostanziali che rendono la personalizzazione del primo tentativo un imperativo clinico (Simon & Perlis, 2010).

L'ambizione della medicina personalizzata è chiara: lasciarsi alle spalle la logica dell'efficacia media per individuare l'intervento ottimale per il singolo paziente (Norcross e Wampold, 2011). Applicare questo modello alla cura della depressione significa dover rintracciare quegli specifici fattori individuali in grado di prevedere, con un buon grado di affidabilità, non solo i benefici ma anche i potenziali effetti avversi delle varie opzioni terapeutiche, siano esse di natura psicosociale o biologica. Si tratta di un ampio spettro di variabili, che spazia dalle caratteristiche socio-demografiche ai profili clinici, fino ai marcatori biologici, come i dati di neuroimaging o la variabilità genetica (Simon & Perlis, 2010).

Gli studi orientati alla personalizzazione delle cure, specialmente quelli che indagano i predittori genetici, devono fare i conti con un'insidiosa potenziale fonte di errore. Spesso, la ricerca poggia sull'assunto implicito che la risposta di un paziente a un determinato trattamento rimanga immutata nel corso degli episodi depressivi successivi. Si tratta di una prassi clinica estremamente diffusa: quella di selezionare la terapia farmacologica basandosi esclusivamente sui successi o fallimenti terapeutici passati dell'individuo (Simon & Perlis, 2010).

Risulta a dir poco paradossale che un assunto metodologico così radicato nella farmacogenetica e nella prassi clinica quotidiana sia quasi del tutto sprovvisto di

solido supporto empirico. Questa lacuna nasce da una distorsione prospettica dei disegni di ricerca tradizionali (Huibers et al., 2021). Analizzando abitualmente un solo tentativo terapeutico per paziente, la letteratura ha finito per appiattire la differenza cruciale tra due ordini di predittori: quelli a livello di episodio e quelli a livello di persona. I primi sono fluttuanti per definizione e possono variare drasticamente da una crisi depressiva all'altra, basti pensare all'impatto di recenti eventi stressanti, all'uso di sostanze o all'intensità sintomatologica pre-trattamento. I secondi, viceversa, costituiscono il bagaglio stabile dell'individuo e rimangono invariati nel tempo. Mentre i classici disegni tra soggetti possono dirsi sufficienti per catturare variabili fluttuanti, isolare in modo rigoroso i predittori stabili impone un cambio di paradigma metodologico. È infatti indispensabile iniziare a valutare la coerenza intra-individuale della risposta clinica, tracciando le traiettorie degli stessi pazienti attraverso molteplici episodi di trattamento (Simon & Perlis, 2010).

1.9 Eterogeneità dei disturbi d'ansia e prospettive trans-diagnostiche di personalizzazione

Con una prevalenza stimata di 264 milioni di adulti stimati a livello globale, i disturbi d'ansia rappresentano oggi la problematica psicologica più diffusa (Saloni Dattani e Roser, 2021). Caratterizzati molto spesso da un esordio precoce, tali disturbi tendono a cronicizzare se non vengono adeguatamente presi in carico, compromettendo in modo persistente il funzionamento quotidiano e la qualità di vita del paziente (Joyce-Beaulieu & Sulkowski, 2016). A livello fenomenologico si manifestano attraverso intense reazioni emotive di fronte a minacce, siano esse reali, percepite o semplicemente anticipate, innescando una sintomatologia fisica, preoccupazioni pervasive e marcati comportamenti di evitamento (Balaskas et al., 2024). Sebbene il quadro sintomatologico di base sia ampiamente condiviso, il vero elemento discriminante risiede nella natura dello stimolo scatenante: da oggetti o situazioni altamente circoscritti nelle fobie, al timore del giudizio nel

disturbo d'ansia sociale, fino ad arrivare ai trigger aspecifici e fluttuanti tipici del disturbo d'ansia generalizzato (Szuhany & Simon, 2022). Di fronte a quadri clinici così invalidanti la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e le tecniche di esposizione si confermano in assoluto gli interventi con il più alto grado di efficacia e solidità empirica (Szuhany & Simon, 2022).

La comunità clinica concorda ormai da tempo su un principio fondamentale: la terapia non va mai cucita sulla mera etichetta diagnostica, ma sull'identità della persona e del suo contesto di vita (Oyebode et al., 2020). È ampiamente dimostrato, infatti, che modulare l'intervento su specifiche caratteristiche transdiagnostiche dell'individuo ne incrementi significativamente l'efficacia (Norcross & Wampold, 2011). Questo principio di estrema flessibilità fatica però a tradursi negli interventi attualmente a disposizione, che spesso peccano di rigidità e non riescono ad assecondare la reale variabilità interindividuale (Balaskas et al., 2024).

Un esempio di questo divario è evidente nel settore della salute mentale digitale (Wright e Mishkind, 2020). Idealmente, i contenuti dovrebbero non solo essere personalizzati in partenza, ma anche capaci di evolvere dinamicamente in base ai bisogni mutevoli dell'utente. A confermare sono i pazienti stessi: la letteratura sulla percezione delle tecnologie per la salute mentale, seppur ancora circoscritta, evidenzia una forte richiesta di agency (Garrido et al., 2019). Una revisione qualitativa sulle app di Mental Health (Vo et al., 2019) riporta come gli utenti desiderino intervenire attivamente sulle interfacce e sui promemoria, potendo tarare la frequenza dei consigli sanitari o il numero di sintomi da monitorare. Sorprendentemente, emerge anche l'esigenza di poter modificare il registro linguistico del software, in modo da smorzare eventuali toni percepiti come troppo autoritari. Dinamiche simili si riscontrano tra i giovani che utilizzano interventi digitali per ansia e depressione, ritenendo indispensabile poter adattare i moduli terapeutici sulle proprie necessità, avendo la libertà di attivare o disattivare a piacimento singole notifiche o funzioni sociali (Balaskas et al., 2024).

Sebbene le applicazioni mobili offrano un potenziale enorme sul fronte della personalizzazione delle cure psicologiche, incardinarle stabilmente nella routine

terapeutica rappresenta uno scoglio ancora arduo da superare. Qualsiasi supporto digitale perde di efficacia se scollato dal setting reale (Balaskas et al., 2024). Per funzionare, l'applicativo deve muoversi in perfetta risonanza con il lavoro svolto in studio e con l'inquadramento concordato nell'alleanza terapeutica (Kessler e Glasgow, 2011). Da qui nasce un paradosso operativo. Calibrare finemente uno strumento richiede un'estesa mole di dati sull'individuo. La soluzione individuata dai professionisti consiste in una progressione incrementale: stratificare i livelli di personalizzazione nel tempo, raccogliendo i tasselli mancanti colloquio dopo colloquio. Solo così l'assegnazione dei compiti cessa di essere un automatismo. La scelta delle strategie, infatti, deve intrecciare costantemente variabili diverse: l'esatta matrice del disturbo d'ansia, la severità contingente della sintomatologia, la permeabilità del soggetto alle tecniche proposte e i suoi progressi clinici (Harrison et al., 2011).

Oltre al "cosa", diviene vitale il "come" (Modersitzki et al., 2025). Sul versante pratico, assegnare esercitazioni con tempistiche insostenibili o istruzioni opache è la via più rapida per generare frustrazione e disimpegno (Kreuter et al., 2013). L'architettura stessa del software va plasmata sull'alfabetizzazione digitale della persona, garantendo interfacce che non creino attrito. Si pensi alle barriere legate all'accessibilità: per un paziente dislessico, imporre l'uso esclusivo del testo scritto è controproducente (Kessler & Glasgow, 2011).

Prevedere canali alternativi per l'input e l'output, come i comandi vocali, o semplicemente ritardare il registro linguistico, trasforma la tecnologia. Non si parla più della somministrazione passiva di un manuale cognitivo-comportamentale, ma della co-costruzione di uno spazio di cura autenticamente inclusivo (Balaskas et al., 2024).

1.10 Flessibilità clinica e calibrazione dell'intervento nei disturbi adolescenziali

L'adolescenza, convenzionalmente compresa tra i 10 e i 19 anni, anche se riguardo a questa affermazione in letteratura vi sono diversi pareri, rappresenta una fase di transizione cruciale verso l'età adulta, segnata da profonde e rapide trasformazioni a livello biologico, cognitivo e relazionale (Cobb, 2010). Di conseguenza, il mantenimento del benessere psicologico in questa fascia d'età costituisce un fattore predittivo fondamentale per esiti di vita positivi a lungo termine (Caspi et al., 2020). A conferma di questa vulnerabilità evolutiva, la letteratura evidenzia che, a livello globale, tra il 10% e il 30% dei giovani sperimenta problematiche psicologiche, inquadrandosi in un dato più ampio secondo cui fino all'80% dei disturbi mentali esordisce prima dei 26 anni (Caspi et al., 2020). Un principio sintomatologico così precoce si associa fortemente a un innalzamento del rischio di cronicizzazione in età adulta e a una maggiore probabilità di sviluppare quadri clinici in comorbilità (Li et al., 2024)).

Nella presa in carico degli adolescenti, l'intervento psicologico costituisce il trattamento d'elezione per la maggior parte dei quadri psicopatologici, in accordo anche con il settore medico (Pettitt et al., 2022). Alla luce di ciò, negli ultimi anni la ricerca ha investito nello sviluppo e nella validazione di percorsi psicoterapeutici indirizzati a questa fascia d'età, accompagnando tale lavoro con un rigoroso sforzo di sistematizzazione delle evidenze (Pettitt et al., 2022).

“Infatti, revisioni sistematiche hanno identificato molteplici interventi empiricamente supportati per i problemi di salute mentale comuni in adolescenza, tra cui ansia, disturbo ossessivo compulsivo, depressione, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbi della condotta (Li et al., 2024, pag. 02)”.

Nonostante l'ampia disponibilità di trattamenti validati, le evidenze scientifiche mostrano che gli attuali interventi non risultano efficaci per l'intera popolazione adolescenziale (Li et al., 2024). Un dato emblematico in tal senso emerge da una recente meta-analisi condotta su 40 studi relativi alla depressione in età evolutiva,

la quale ha evidenziato tassi di mancata risposta clinica superiori al 60% (Cuijpers et al., 2023).

I continui sforzi volti a perfezionare i modelli generali di psicoterapia per l'età evolutiva non hanno prodotto un miglioramento significativo. Questa tendenza verso una stagnazione suggerisce il raggiungimento di un vero e proprio “effetto tetto” per gli attuali protocolli standardizzati. Diviene pertanto imprescindibile esplorare nuovi paradigmi metodologici nella progettazione e nella conduzione degli interventi clinici rivolti agli adolescenti, in particolar modo l'utilizzo di approcci personalizzati (Li et al., 2024).

Inoltre, all'interno di quest'ottica stanno riscontrando un notevole consenso le psicoterapie modulari rivolte all'età evolutiva. Questi protocolli, strutturati in unità cliniche autonome e distinte, devono la loro crescente diffusione a un'intrinseca flessibilità architettonica, una caratteristica che permette al professionista di adattare e calibrare l'intervento con estrema precisione (Li et al., 2024).

2. Storia e fondamenti epistemologici della personalizzazione in psicoterapia

2.1 Le radici della personalizzazione. L'eredità clinica e scientifica di Carl R. Rogers

L'impatto di Carl R. Rogers (1902–1987) sullo sviluppo della psicologia clinica, del counseling e della psicoterapia contemporanea risulta inestimabile (Kirshenbaum & Jourdan, 2005). Sotto molteplici profili, la sua eredità intellettuale si configura come profondamente dialettica e, a tratti, paradossale (Gendlin et al., 1967).

Come affermano Elliot e Farber (2010) la sua figura di clinico e studioso ha incarnato una sintesi del tutto peculiare: da un lato spiccava come un idealista visionario di matrice umanistica, dall'altro operava con un rigoroso pragmatismo metodologico, mantenendosi ancorato alle norme del positivismo empirico (Elliott & Farber, 2010). È proprio in virtù di questa tensione oppositiva che la portata delle sue innovazioni si è rivelata così dirompente, capace di lasciare un'impronta trasversale tanto nel dominio della pratica terapeutica applicata quanto in quello dell'indagine scientifica.

In un'epoca, come quella del XX secolo, dominata da paradigmi rigidamente teorici, Kirshenbaum e colleghi (2005) affermarono che Rogers e il suo gruppo di ricerca introdussero un'innovazione procedurale radicale: furono i pionieri nel registrare l'audio delle sedute cliniche, nel trascriverle integralmente e nel diffonderle. Queste novità non rappresentarono solamente un esercizio tecnico, bensì posero le basi per un'indagine empirica senza precedenti sull'efficacia e sul processo del trattamento, promuovendo un volume di ricerca scientifica applicata al setting terapeutico che non aveva eguali fino a quel momento storico (Elliott & Farber, 2010).

L'indagine rogersiana sulle variabili alla base dell'efficacia clinica non si è limitata al tradizionale setting diadico, ma si è estesa fino ad esplorare l'impatto delle attitudini terapeutiche su popolazioni estremamente eterogenee. Il suo modello è stato infatti testato su bambini e adulti, applicato alle dinamiche dei piccoli e grandi

gruppi, e persino impiegato come strumento di facilitazione per mediare i conflitti tra entità politiche all'interno di complessi scenari di guerra (Elliott & Farber, 2010).

2.1.1 Dalla valutazione degli esiti all'indagine sui microprocessi terapeutici

Questa straordinaria versatilità applicativa affondava le radici in un'intuizione metodologica profondamente anticipatrice per l'epoca: la necessità di non limitare l'indagine scientifica alla sola valutazione degli esiti finali (outcome), ma di iniziare a sezionare criticamente il processo stesso della psicoterapia (Elliott & Farber, 2010).

Con decenni di anticipo rispetto all'odierna letteratura sull'argomento aveva infatti compreso che le micro-interazioni, le specifiche verbalizzazioni e i pattern comportamentali co-costruiti da terapeuta e paziente costituiscono il vero snodo dell'efficacia del trattamento (Elliott & Farber, 2010). Rogers afferma che sul piano operativo, questo cambio di paradigma si tradusse in una mappatura rigorosa delle traiettorie tematiche che emergevano nel fluire delle sedute. Lo scopo di tale monitoraggio era duplice: da una parte, rilevare le trasformazioni nella percezione identitaria del cliente, osservando in particolare la progressiva convergenza tra il "Sé reale" e il "Sé ideale" (indice di una ritrovata congruenza interna); dall'altra, intercettare e analizzare quelle specifiche incrinature relazionali che la moderna ricerca clinica definirebbe oggi, a tutti gli effetti, come "rottture dell'alleanza terapeutica" (Elliott & Farber, 2010).

Il fulcro della sua rivoluzione prese forma attraverso la concettualizzazione del metodo "non direttivo", successivamente evolutosi nella celebre cornice della terapia "centrata sul cliente", un modello operativo che si è progressivamente affermato come un costrutto imprescindibile nella pratica di qualsiasi professionista della salute mentale (Tudor, 2011).

Un ulteriore, fondamentale slittamento promosso da Rogers fu l'introduzione del termine "cliente" in sostituzione del tradizionale "paziente". Tale scelta linguistica

mirava a de-medicalizzare la relazione di aiuto nei contesti non clinici e a promuovere l'autonomia dell'individuo, contribuendo in modo determinante alla genesi del movimento del counseling professionale (Capuzzi & Gross, 2001) e rendendo le pratiche di supporto psicologico accessibili a un ventaglio molto più ampio di professioni di cura (Kirshenbaum & Jourdan, 2005).

Rogers (1975) afferma che il suo approccio epistemologico si distinse per una precoce e lucida consapevolezza della natura intrinsecamente multifattoriale del processo clinico. Di fronte a tale complessità, avvertì l'urgenza ineludibile di sottoporre a un rigoroso vaglio empirico la fitta rete di variabili che strutturano l'incontro terapeutico. Questo profondo bisogno di oggettivazione si tradusse in interrogativi metodologici radicali, formulati con l'intento di sviscerare le dinamiche latenti del trattamento: «Cosa succede? Cosa accade durante un periodo di contatti? Cosa fa il terapeuta? E il cliente?» (Elliott & Farber, 2010).

2.1.2 Il potenziale conoscitivo dei protocolli a esito negativo

In assoluta coerenza con questa inesauribile spinta all'indagine, e in aperta rottura con l'autoreferenzialità della prassi accademica dell'epoca, Rogers divenne la prima figura di spicco nel panorama psicoterapeutico a decidere di analizzare in modo sistematico e trasparente un esito clinico infausto (Elliott & Farber, 2010). Questa operazione pionieristica si fondava su un preciso assunto scientifico: l'esplorazione dettagliata di un "fallimento", con la conseguente scomposizione delle dinamiche andate perdute o disfunzionali, possiede un potenziale conoscitivo inestimabile, del tutto equiparabile a quello che è possibile trarre dalla suddivisione dei protocolli giunti a esito positivo (Elliott & Farber, 2010).

A testimonianza della portata di queste innovazioni, Rogers divenne il primo esponente nel panorama psicologico a essere insignito dei due più prestigiosi riconoscimenti conferiti dall'American Psychological Association (APA): il Distinguished Scientific Contribution Award (APA, 1957) e il Distinguished Professional Contribution Award (APA, 1973).

Oggi, la vitalità della prospettiva centrata sulla persona, che postula la centralità assoluta e insostituibile della relazione terapeutica ai fini dell'efficacia del trattamento, è ampiamente confermata (Kirshenbaum & Jourdan, 2005). Nonostante la percentuale di clinici che si definiscono in via esclusiva “centrati sul cliente” possa apparire oggi minoritaria, i principi fondanti del modello rogersiano permeano trasversalmente il modus operandi della stragrande maggioranza dei terapeuti. Modelli psicoterapeutici di diversa matrice teorica convergono ormai nel riconoscere la qualità dell'alleanza relazionale non solo come facilitatore del trattamento, ma spesso come il nucleo stesso del processo trasformativo (Kirshenbaum & Jourdan, 2005).

2.1.3 Il paradigma non direttivo e le condizioni necessarie al cambiamento

Per Rogers (1957), la sofferenza psicologica non necessita primariamente di un'etichetta nosografica o di un inquadramento diagnostico formale. L'angoscia e il senso di vulnerabilità dell'individuo scaturiscono piuttosto da uno stato di “incongruenza”, definibile come la marcata discrepanza tra l'esperienza fenomenologica concretamente vissuta dal soggetto e la sua rappresentazione cosciente o immagine di sé.

Per risanare tale frattura, il modello rogersiano compie un ribaltamento epistemologico radicale, trovando in seguito una naturale convergenza con gli assunti del Movimento del Potenziale Umano degli anni '60: si postula che ogni individuo sia portatore di una propensione intrinseca e innata verso l'autorealizzazione e la crescita psicologica (Maslow, 1968). Poiché la spinta al cambiamento è interamente endogena, il terapeuta cessa di essere l'autorità che detiene la cura. È il cliente a essere riconosciuto come il massimo e unico vero esperto della propria vita (Rogers, 1946). Di conseguenza, fornire direttive esterne o dispensare soluzioni preconfezionate si rivelerebbe non solo inefficace, ma persino iatrogeno, poiché colluderebbe con la tendenza del paziente a delegare all'esterno la risoluzione dei propri conflitti. Al contrario, il fine ultimo del

trattamento è promuovere l'autonomia decisionale, rafforzare il senso di autoefficacia e incrementare la tolleranza nell'affrontare le conseguenze delle proprie scelte (Goodman et al., 2004).

Per catalizzare questo processo di auto-esplorazione privo di censure, il clinico assume una postura rigorosamente non direttiva (Yao & Kabir, 2023). Affinché il setting diventi un reale motore di cambiamento, Rogers (1957) ha teorizzato la necessità di tre specifiche attitudini relazionali, operanti in sinergia e tutt'ora considerate le pietre miliari dell'efficacia terapeutica trasversale. Il primo pilastro è la considerazione positiva incondizionata, che funge da prerequisito essenziale per l'abbassamento delle difese psichiche (Rogers, 1946). Astenendosi da qualsiasi forma di approvazione, disapprovazione o giudizio morale, il clinico garantisce un'accettazione totale dell'individuo, a prescindere dall'anti-convenzionalità dei suoi vissuti. Questo clima di calore umano svincolato da preconcetti permette al cliente di orientare l'indagine di sé assecondando unicamente le proprie necessità interne (Yao & Kabir, 2023). Affinché tale accettazione sia pienamente trasformativa, essa deve essere accompagnata da un'empatia accurata, una competenza che oltrepassa ampiamente il semplice ascolto attivo. Questa si traduce infatti nella sofisticata capacità tecnica di penetrare nel mondo fenomenologico dell'altro “come se” fosse il proprio (Yao & Kabir, 2023). Sul piano operativo, ciò si realizza frequentemente attraverso la tecnica del rispecchiamento (o riflessione del sentimento): il terapeuta non si limita a parafrasare il costrutto verbale, ma intercetta e restituisce la carica emotiva sottostante, agevolando nel paziente l'elaborazione di quel materiale psichico percepito fino a quel momento come confuso o inaccessibile (Brodley & Brody, 1990).

2.1.4 Empatia e congruenza come assi portanti della cura

Il costante accumularsi di evidenze empiriche nel corso dei decenni ha progressivamente cristallizzato un assunto clinico fondamentale: un elevato grado

di sintonizzazione empatica all'interno del setting rappresenta, con ogni probabilità, il catalizzatore più potente e imprescindibile per innescare processi di apprendimento e cambiamento psicologico (Shlien, 1997). Questa incontrovertibile validazione scientifica odierna affonda le proprie radici in una profonda intuizione originaria della prassi rogersiana, inizialmente osservata non senza una certa dose di stupore fenomenologico. Agli albori dello sviluppo del modello, infatti, poteva apparire del tutto controintuitivo che una postura clinica apparentemente “passiva”, fondata in via esclusiva sull'ascolto attento, possedesse una valenza terapeutica così incisiva (Rogers, 1975). Eppure, l'esperienza sul campo dimostrò che proprio nei momenti di maggiore incertezza procedurale – laddove il clinico potrebbe sentirsi spinto a ricorrere a interventi attivi o direttivi pur nutrendo dubbi sulla loro efficacia – la scelta di sospendere l'azione in favore di una ricezione profonda del vissuto altrui si rivela l'opzione più trasformativa. L'ascolto puro smise così di essere considerato una semplice preconditione comunicativa, per essere definitivamente elevato a vero e proprio asse portante della cura (Rogers, 1975).

A completare questa triade relazionale interviene infine la congruenza, o autenticità. Il professionista rinuncia a schermarsi dietro una rigida facciata clinica per abitare lo spazio terapeutico in modo profondamente trasparente (Yao & Kabir, 2023). Ciò richiede che il terapeuta rimanga in costante contatto con la propria esperienza nel “qui-e-ora” della seduta e che sia disposto a condividere apertamente le proprie reazioni emotive, laddove tale svelamento possa favorire il processo del cliente. Si tratta di una trasparenza ancorata a un rigoroso confine deontologico: il baricentro della relazione non deve mai allontanarsi dal vissuto del paziente, precludendo in radice qualsiasi deviazione verso i bisogni o le problematiche personali del clinico (Yao & Kabir, 2023).

A coronamento di tale impianto teorico ed empirico, all'interno della comunità clinica si è progressivamente consolidato un consenso inequivocabile: l'essenza stessa dell'agire psicoterapeutico, la variabile in assoluto più decisiva per l'efficacia della cura, coincide con lo sforzo di penetrare l'esperienza dell'altro

(Ramalho de Almeida, 2009). L'imperativo categorico del clinico diventa dunque quello di tentare, con il massimo grado di accuratezza e sensibilità possibili, di cogliere e comprendere il vissuto dell'individuo adottando rigorosamente il suo peculiare vertice fenomenologico (Raskin, 1974).

2.1.5 I fondamenti empirici dell'approccio centrato sul cliente

Un aspetto rivoluzionario dell'impianto teorico rogersiano risiede nella postulazione di una sequenza terapeutica non casuale, bensì rigorosamente prevedibile e universalmente applicabile (Rogers, 1946). Rogers ipotizzò che, in presenza di specifici prerequisiti, si innescasse una catena liberatoria di eventi psicologici trasversale a qualsiasi setting (individuale o di gruppo) e indipendente dal mezzo comunicativo impiegato (colloquio verbale, play therapy o drammaterapia).

L'ipotesi che il cambiamento segua traiettorie ordinate ha trovato precoci conferme empiriche (Snyder, 1945). Attraverso l'analisi oggettiva e quantitativa dei trascritti clinici, Snyder dimostrò come il processo trasformativo si articoli costantemente in tre fasi sequenziali: una iniziale catarsi emotiva (caratterizzata dall'esplorazione di vissuti via via più profondi e dall'emergere di materiale precedentemente negato), seguita da una fase di consapevolezza o insight (in cui il paziente riorganizza il proprio concetto di sé individuando nuovi pattern), per culminare infine in uno stadio di agentività, dominato da scelte inedite e azioni positive. Ciò che appare clinicamente decisivo è che tale architettura processuale si mantiene identica a prescindere dalla gravità del quadro psicopatologico: la sequenza si ripete invariata sia che l'intervento si limiti a un riorientamento focale su una crisi transitoria, sia che scenda nelle profondità di una ristrutturazione globale della personalità, andando a toccare complessi conflitti nucleari o dinamiche relazionali primarie (Curran, 1945).

Tuttavia, l'attivazione di questa complessa fenomenologia trasformativa è strettamente subordinata alla rigorosa osservanza, da parte del clinico, di una

specifica postura relazionale. Affinché la naturale spinta del paziente verso la maturità e l'indipendenza possa dispiegarsi, il terapeuta deve abdicare a qualsiasi intento direttivo, astenendosi categoricamente dal porre domande inquisitorie, formulare interpretazioni, dispensare consigli o fornire rassicurazioni fittizie (Rogers, 1956). L'atmosfera clinica deve essere permeata da una permissività assoluta verso l'espressione degli atteggiamenti, per quanto contraddittori o socialmente inaccettabili possano apparire al senso comune. Gli unici confini ammessi all'interno del setting riguardano il perimetro comportamentale (come avviene, ad esempio, nella clinica infantile, dove un agito distruttivo viene arginato pur validando incondizionatamente il desiderio emotivo sottostante), ma mai la sfera del vissuto soggettivo (Allen, 1942). Il professionista opera, dunque, nella radicata convinzione che l'individuo sia il solo responsabile della propria traiettoria esistenziale, affidandosi unicamente all'uso sensibile del rispecchiamento per veicolare una profonda comprensione empatica (Rogers, 1946).

Quando questa peculiare architettura relazionale viene mantenuta con coerenza, gli esiti clinici tendono a manifestarsi con una regolarità empiricamente constatabile (Rogers, 1956). Promuovendo l'integrazione degli aspetti del Sé precedentemente scissi, il soggetto giunge a una percezione di sé più nitida, alla luce della quale inizia – in totale autonomia e assumendosene la responsabilità – a selezionare obiettivi adattivi in sostituzione di quelli disfunzionali (Curran, 1945). Ne consegue una spontanea modificazione comportamentale orientata a un abbassamento dei livelli di tensione, a un incremento della spontaneità e a un riadattamento sociale nettamente più realistico e confortevole (Rogers, 1946).

Per Rogers e la sua scuola, la regolarità di questa fenomenologia non rappresentava un semplice traguardo clinico, ma il punto di partenza per una nuova era dell'indagine scientifica. La consapevolezza di poter innescare un processo misurabile, le cui fasi potevano essere sottoposte a vaglio oggettivo, ha di fatto svincolato la psicoterapia dall'alveo delle speculazioni astratte. È esattamente su questa intuizione fondativa – l'idea che le variabili relazionali possano essere

isolate, indagate e ottimizzate per massimizzare l'esito del trattamento – che si innesteranno, nei decenni successivi, le moderne traiettorie di ricerca sull'integrazione teorica e sull'adattamento sistematico della terapia al paziente (Rogers, 2000).

2.1.6 La tendenza attualizzante e l'autoregolazione del paziente

L'elemento che la clinica psicologica tradizionale aveva fino a quel momento sistematicamente trascurato, o persino sminuito, era l'esistenza di potenti e uniformi spinte costruttive intrinseche all'essere umano (Kirshenbaum & Jourdan, 2005). La vera e propria "scoperta" clinica rogersiana coincide dunque con il riconoscimento di una tendenza innata all'autorealizzazione: un'energia endogena che, da sola, si rivela sufficiente a fornire l'intera motivazione necessaria al processo trasformativo (Rogers, 1946).

Qualora il setting clinico riesca a garantire il clima psicologico adeguato, queste forze si attivano spontaneamente, sovvertendo il paradigma del paziente passivo. Il soggetto si dimostra infatti perfettamente equipaggiato per esplorare in totale autonomia i propri vissuti – inclusi gli atteggiamenti fino a quel momento scissi o negati alla coscienza – e, aspetto ancora più rilevante, dimostra di saperlo fare dettando i tempi dell'indagine (Alexander & French, 1946). Questa autoregolazione del ritmo esplorativo è il fattore cruciale che previene reazioni di panico o angoscia soverchiante, favorendo un'assimilazione progressiva e serena della realtà. In quest'ottica, il paziente possiede già in potenza l'abilità di cogliere in modo autentico le interconnessioni tra le proprie dinamiche interne e il mondo esterno, elaborando in via del tutto spontanea le strategie più idonee per transitare verso un adattamento più maturo (Rogers, 1946).

Alla luce di questa radicale fiducia nelle risorse endogene dell'individuo, si chiarisce in via definitiva anche il nucleo fondante del metodo. Viene naturale chiedersi come sia possibile ottenere una rigorosa prevedibilità processuale adottando un assetto in cui il clinico si limita a esercitare una funzione puramente

catalizzatrice (Curran, 1945). La risposta risiede proprio nella natura di queste forze interiori: l'ordine metodologico e la straordinaria coerenza processuale che si registrano passando da un paziente all'altro non derivano dall'applicazione di rigide procedure esterne, bensì dalla robustezza universale della spinta all'autorealizzazione. È l'affidamento disciplinato del terapeuta a tale potenziale inespresso a creare lo spazio affinché le innate capacità di guarigione dell'individuo possano finalmente dispiegarsi (Rogers, 2000).

2.1.7 L'autenticità relazionale e il superamento del paradigma diagnostico

La portata eversiva del modello rogersiano si manifesta appieno nella ridefinizione del costrutto di cura, un'operazione concettuale che giunge a destrutturare le fondamenta stesse del paradigma medico-psichiatrico tradizionale (Toukmanian, 2002). In aperta rottura con le prassi dell'epoca, Rogers arrivò a formulare un'ipotesi considerata ai limiti dell'eresia accademica: la completa superfluità dell'inquadramento diagnostico formale ai fini dell'efficacia clinica (Rogers, 1951). Secondo questa prospettiva, l'addestramento alla conduzione terapeutica dovrebbe addirittura precedere la formazione psicodiagnostica. Solo in questo modo il professionista – che sia psicologo, assistente sociale o psichiatra – può sviluppare quell'umiltà epistemologica necessaria per imparare dal paziente, evitando che il proprio ascolto venga precocemente inquinato da rigide categorie nosografiche o dall'urgenza di formulare una prognosi strutturata (Rogers, 1946). Questo radicale sbilanciamento si spiega analizzando la natura intrinseca della relazione terapeutica non direttiva. L'efficacia del trattamento non risiede più nell'applicazione di un presunto sapere tecnico calato dall'alto sul paziente, bensì nella capacità del clinico di architettare un ecosistema relazionale caratterizzato da un'assoluta sicurezza e permeato da un calore autentico (Snyder, 1945). Nel momento in cui il soggetto percepisce che le proprie comunicazioni – per quanto caotiche, superficiali o contraddittorie possano apparire – vengono non solo accolte, ma profondamente comprese in assenza di qualsiasi istanza valutativa, si

innesca un fisiologico e spontaneo smantellamento delle difese psichiche (Rogers, 2000).

Adottare e mantenere questo vertice osservativo richiede tuttavia al professionista una riorganizzazione cognitiva ed emotiva tutt'altro che banale (citazione). Come evidenziato dai resoconti dei terapeuti in formazione analizzati dalla scuola rogersiana, il metodo genera spesso una pericolosa "illusione di semplicità" (Rogers, 1946). L'applicazione pratica impone sfide rigorose: il clinico alle prime armi si scontra inevitabilmente con la pervasiva tentazione di assumere un ruolo direttivo, sperimentando la frustrazione di non poter utilizzare la propria conoscenza come una sorta di "bisturi chirurgico" per estirpare il problema (Snyder, 1945). Risulta estremamente complesso tollerare il disorientamento iniziale del cliente senza cedere all'impulso di dispensare soluzioni, suggerimenti o rassicurazioni, così come è frequente l'errore tecnico di riflettere il mero contenuto verbale ignorando il nucleo affettivo del messaggio (Rogers, 1951).

Rogers stesso, sottoponendo ad analisi retrospettiva i trascritti dei suoi primi protocolli clinici, ammise di aver dovuto faticosamente epurare il proprio stile clinico da sottili residui di direttività occulta (Rogers, 1946). L'efficacia della terapia centrata sul cliente, infatti, si annulla se la permissività viene degradata a mero espediente tecnico o a strumento manipolatorio per guidare surrettiziamente l'individuo. A rivelarsi trasformativa è unicamente l'autenticità dell'assetto mentale del terapeuta: l'integrità dell'atteggiamento di profonda accettazione compensa ampiamente eventuali imperfezioni sintattiche nella formulazione degli interventi (Alexander & French, 1946).

L'impatto di questo capovolgimento assiomatico si è dimostrato talmente pervasivo da travalicare i rigidi confini della psicologia, influenzando fin da subito la pratica medica generale (Rogers, 1946). Emblematica, a tal proposito, è l'esperienza pionieristica di alcuni clinici del tempo che, sperimentando l'approccio centrato sul paziente per il trattamento di patologie psicosomatiche (come le sintomatologie allergiche), riscontrarono un netto miglioramento degli esiti terapeutici (Rogers, 2000). Tali evidenze portarono persino a una revisione

delle procedure ambulatoriali, spingendo ad affidare la raccolta dell'anamnesi a personale formato nell'ascolto non direttivo. Lo scopo era ottenere un quadro fenomenologico e anamnesticamente autentico, finalmente depurato da quelle distorsioni proiettive e da quei giudizi di valore prematuri quasi inevitabili quando l'indagine è condotta attraverso la lente del riduzionismo medico (Rogers, 1946).

2.1.8 La co-creazione del setting e la prospettiva bipersonale

L'evoluzione ermeneutica del modello rogersiano ha progressivamente destrutturato l'assunto, tipico di una "psicologia a una persona" (Stark, 1999), secondo cui gli atteggiamenti facilitanti costituiscono meri strumenti o tecniche erogate in modo unidirezionale dal clinico verso un ricevente passivo. Superando tale visione limitante, un'attenta rilettura della letteratura ha ricollocato l'impianto originario all'interno di una cornice profondamente dialogica e intersoggettiva, inscrivibile a pieno titolo nel paradigma della cosiddetta "psicologia a due persone" (Tudor, 2011).

In questo rinnovato assetto epistemologico, le condizioni terapeutiche cessano di essere entità statiche e predeterminate per configurarsi come costrutti fluidi, intrinsecamente relazionali e costantemente co-creati dai due attori del setting (Stark, 1999). L'accuratezza empatica e la considerazione positiva incondizionata non si limitano a essere offerte dal professionista, ma divengono oggetto di una continua rinegoziazione fenomenologica: vengono accolte, eventualmente distorte, respinte o riformulate fino a essere assimilate. Affinché il processo trasformativo si attivi, risulta dunque essenziale che l'individuo non solo recepisca la postura del terapeuta (Rogers, 1967), ma che giunga letteralmente ad "accettare l'accettazione" e a sintonizzarsi empaticamente con lo sforzo empatico del curante. Anche la congruenza, lungi dall'essere un tratto caratteriale isolato del clinico, si manifesta unicamente come integrazione "nella relazione" (Rogers, 1967), sviluppandosi e declinandosi in stretta dipendenza dall'interazione specifica.

Questa ineludibile interdipendenza dialogica implica una mutua permeabilità psichica. Così come la sintonizzazione del terapeuta agevola l'insight del cliente, l'incongruenza del paziente impatta in modo diretto sull'assetto emotivo del professionista, modulandone fisiologicamente le capacità di accettazione e comprensione (Rogers, 1959). Tale circolarità fonda la possibilità clinica di co-creare non soltanto momenti di profonda unione empatica, ma anche inevitabili rotture dell'alleanza terapeutica, la cui elaborazione e riparazione diventano esse stesse vettori cruciali di cambiamento (Tudor, 2011).

Infine, risulta impossibile slegare questa dinamica co-costruttiva dal suo orizzonte socioculturale. L'incontro clinico, infatti, non avviene in un vuoto sociale, bensì si dipana in un contesto mediato da insopprimibili disparità esperienziali e da differenziali di potere personale, profondamente radicati in disuguaglianze strutturali quali il genere, la classe sociale o l'appartenenza socioculturale (Singh & Tudor, 1997). Compartimentalizzare la teoria ignorando tali vettori significherebbe tradire l'essenza olistica dell'organismo umano posta originariamente a fondamento dell'indagine. L'impatto della diversità si riverbera su ogni singola interazione clinica, confermando che il clima terapeutico non è mai dato a priori, ma emerge unicamente dallo scarto e dall'incontro tra due mondi fenomenologici distinti (Tudor, 2011).

2.2 L'evoluzione integrativa in psicoterapia: il superamento del riduzionismo diagnostico

L'esigenza di calibrare l'intervento clinico sulle peculiarità del singolo individuo ha attraversato l'intera parabola storica della psicoterapia moderna (Norcross & Wampold, 2011). Già agli albori del secolo scorso, Freud (1919) colse i limiti di un'applicazione universale dell'analisi classica, introducendo la psicoterapia psicoanalitica come alternativa strutturale per quei pazienti sprovvisti della necessaria sensibilità psicologica al setting ortodosso (Wolitzky, 2011). Tuttavia, l'imperativo epistemologico di una individualizzazione rigorosa trovò la sua

formulazione più celebre e compiuta nel quesito fondativo posto da Gordon Paul: «Quale trattamento, da chi, è più efficace per questo individuo con quello specifico problema, e in quali circostanze?» (Paul, 1967, p. 111). Tale interrogativo sanciva l'abbandono di ogni pretesa universalistica, inaugurando la ricerca di un “approccio diverso per ogni persona” (Blatt & Felsen, 1993).

Storicamente, il primo tentativo di sistematizzare questo abbinamento si è concretizzato in uno sforzo nosografico: la ricerca del trattamento d'elezione per una specifica psicopatologia (Barlow, 2007). Sebbene alcune metodologie abbiano effettivamente dimostrato una convergenza ottimale con particolari disturbi (come le pratiche espositive per il trauma o il parent training per i disturbi esternalizzanti dello sviluppo), la letteratura meta-analitica ha costantemente ribadito il cosiddetto “verdetto di Dodo”. Al netto del controllo sull'effetto fedeltà dei ricercatori, l'efficacia globale delle psicoterapie autentiche risulta infatti sostanzialmente equivalente per la maggior parte dei quadri clinici (Wampold & Imel, 2015). Paradossalmente, il limite metodologico della stragrande maggioranza degli studi clinici randomizzati (RCT) risiede proprio nella pretesa di raggruppare i soggetti sulla base della sola etichetta diagnostica. L'assunto di un'omogeneità campionaria fondata esclusivamente sulla diagnosi psichiatrica costituisce una premessa fuorviante (Beutler & Clarkin, 1990): se la diagnosi può apparire uniforme, la variabilità non diagnostica rappresenta la regola empirica. Ed è precisamente in tale singolarità contestuale che si esplica l'autentico raggio d'azione del clinico (Norcross & Wampold, 2011).

Come sintetizzato da Sir William Osler (1906), risulta di gran lunga più dirimente comprendere quale individuo ospiti la malattia, piuttosto che quale patologia affligga l'individuo. L'adattamento esclusivo al disturbo si è rivelato un parametro clinicamente inerte. Consapevole dell'insostenibilità di un “letto di Procuste” terapeutico – in cui il paziente viene forzatamente mutilato o stirato pur di adattarsi a un protocollo rigido – la comunità scientifica ha riconosciuto che l'imposizione di un trattamento standardizzato appare non solo inappropriata, ma potenzialmente iatrogena e deontologicamente controversa (Norcross & Wampold, 2011).

2.2.1 La prospettiva transdiagnostica di Norcross e la clinica della responsiveness

Negli ultimi vent'anni, l'abbinamento terapeutico ha finalmente trovato una solida legittimazione scientifica (Evidence-Based Practice), svincolandosi dalle preferenze teoriche dei singoli clinici per ancorarsi alle caratteristiche transdiagnostiche dell'individuo (Clarkin & Levy, 2004). Qualunque sia l'etichetta semantica utilizzata in letteratura – adattamento, reattività o responsiveness – l'obiettivo programmatico della psicoterapia integrativa contemporanea coincide con lo sforzo di forgiare un intervento inedito per ciascun paziente. Tale impresa richiede al clinico di bilanciare costantemente la tradizione nomotetica con l'istanza idiografica (Norcross & Wampold, 2018). L'adattamento, tuttavia, non si traduce nell'imposizione autoritaria di un protocollo. Al contrario, il processo esige la co-creazione collaborativa di un'alleanza in cui un terapeuta empatico modula il proprio assetto in funzione della cultura, dei valori e delle aspettative di un paziente attivo. Laddove si registrino resistenze, il professionista integrativo interroga il proprio approccio, valutando se la tecnica proposta risulti incongruente con le credenze del soggetto o se lo stile direttivo prescelto non sia in risonanza con lo stadio del cambiamento in cui si trova l'individuo (Miller & Rollnick, 2002).

Come ribadito dal celebre aforisma del management secondo cui “la cultura divora la strategia”, nella stanza d'analisi le variabili relazionali e gli adattamenti transdiagnostici esercitano un peso statistico sull'esito terapeutico sistematicamente superiore rispetto a quello attribuibile allo specifico metodo formale adottato (Drucker, 2006). Tale evidenza sostiene l'intuizione di Jerome Frank (1991), secondo il quale l'efficacia di qualsivoglia costrutto tecnico risulta subordinata alla percezione di un'alleanza terapeutica solida con il curante. Alla luce di queste premesse, il processo decisionale clinico promosso da autori come John C. Norcross assume la forma logica di algoritmi condizionali del tipo

“quando... allora”: quando si palesa una determinata caratteristica valoriale o comportamentale, allora si seleziona la postura relazionale corrispondente.

Questo affinamento processuale obbedisce alternativamente ai principi della complementarità o della somiglianza interpersonale. Da un lato, le evidenze indicano che i profili clinici caratterizzati da marcata resistenza beneficiano di un approccio terapeutico meno direttivo (complementarità), laddove i soggetti a bassa reattanza progrediscono maggiormente sotto una guida strutturata (Beutler et al., 2011). Dall'altro lato, parametri quali l'appartenenza socioculturale o le credenze religiose e spirituali impongono un allineamento basato sulla somiglianza. Nel vasto e teoricamente inesauribile universo degli algoritmi di abbinamento tra paziente, terapeuta e relazione, la letteratura empirica è riuscita a isolare e validare un numero maneggevole di marcatori (Norcross & Wampold, 2018). Pur nella consapevolezza che la ricerca non fornirà mai garanzie assolute né risposte definitive all'interezza dei dilemmi clinici (Mahoney & Norcross, 1993), l'applicazione metodica della responsiveness consente oggi di massimizzare l'efficacia e l'efficienza della cura, prendendo definitivamente in carico la persona nella sua inestimabile interezza (Norcross & Wampold, 2018).

2.2.2 La metamorfosi relazionale del terapeuta e la valutazione della prontezza

La traslazione dell'impianto transteorico nella prassi clinica quotidiana impone una radicale fluidità dell'assetto interpersonale del terapeuta. Abbandonando la rigidità di una postura uniforme, il professionista è chiamato a erogare vere e proprie “relazioni di scelta” (Norcross & Beutler, 1997), modulando il proprio ruolo in funzione dell'orizzonte evolutivo del paziente. Tale metamorfosi relazionale prevede l'adozione di un atteggiamento assimilabile a quello di un genitore accudente e non giudicante per contenere la difensività tipica della precontemplazione. Successivamente, per favorire l'insight nel soggetto in contemplazione, il clinico deve tramutarsi in un maieuta socratico, per poi

assumere la direttività strategica di un allenatore esperto nella fase preparatoria. Infine, quando l'individuo approda all'azione e al mantenimento, l'intervento si assottiglia, e il terapeuta si ritira in una più discreta posizione di consulenza, favorendo l'autonomia consolidata del soggetto (Norcross et al., 2011).

Il presupposto ineludibile affinché tale sintonizzazione avvenga è la valutazione sistematica della prontezza al cambiamento. Prima di abbozzare qualsiasi piano di trattamento, risulta imperativo sondare l'orizzonte temporale del paziente rispetto al problema specifico, verificando se l'intenzionalità trasformativa sia del tutto assente o già in atto (Norcross et al., 2011). L'assenza di tale indagine preliminare espone la clinica all'errore sistematico più insidioso: il paradigma d'azione. Troppo spesso si progetta l'architettura del trattamento sul falso assunto che la mera richiesta di aiuto coincida con la prontezza ad agire. I dati epidemiologici smentiscono radicalmente questa sovrapposizione: aggregando decine di studi, emerge con chiarezza che ben il 40% dell'utenza si colloca in precontemplazione, un ulteriore 40% in contemplazione e soltanto una minoranza residua del 20% varca la soglia della stanza d'analisi effettivamente pronta a modificare il proprio comportamento (Velicer et al., 1995).

Per scongiurare il fallimento terapeutico, il concetto stesso di “successo” necessita di una profonda ridefinizione. Sbloccare una condizione di stallo cronico aiutando l'individuo a transitare dalla precontemplazione alla contemplazione rappresenta un esito clinico di formidabile impatto, capace di raddoppiare le probabilità statistiche di un'azione efficace nei mesi successivi (Prochaska et al., 2004). Questa operazione risulta essenziale poiché le persone in precontemplazione tendono a sottovalutare i benefici dell'emancipazione dal sintomo e a sovrastimarne i costi (Hall & Rossi, 2008). In tale scenario, forzare l'azione innesca inevitabilmente il ritiro difensivo del paziente; una reazione spesso etichettata come “resistenza”, ma che cela un reale deficit di responsività del terapeuta. È proprio in questa delicata interfaccia che modelli di gestione della motivazione, come il colloquio motivazionale (Miller & Rollnick, 2002), trovano la loro massima espressione tecnica.

2.2.3 L'allineamento tra stadi e processi nell'ottica integrativa

Oltre all'adattamento della postura interpersonale, la calibrazione clinica esige il perfetto allineamento tra lo stadio temporale attraversato dal paziente e i processi di cambiamento impiegati, scongiurando pericolose sovrapposizioni concettuali. La letteratura di settore ha storicamente isolato due derive procedurali particolarmente insidiose e frequenti (Prochaska et al., 1995). La prima consiste nel tentativo di indurre il cambiamento comportamentale durante la fase di azione ricorrendo a strumenti tipici della contemplazione, come la mera esplorazione della consapevolezza. Tale approccio attira le storiche critiche rivolte alla psicoanalisi classica, la quale presume erroneamente che l'insight profondo generi in modo automatico la modificazione del sintomo. La deriva speculare si osserva invece quando vengono applicati processi tipici dell'azione (quali la gestione stringente dei rinforzi o il controllo degli stimoli) in totale assenza del terreno preparatorio della contemplazione. Questo errore, sovente riconducibile a un comportamentismo di matrice radicale, è capace di generare alterazioni fenomenologiche repentine ma transitorie, in quanto edificate in assenza di una reale consapevolezza soggettiva (Norcross et al., 2011).

Accompagnare un individuo lungo questa complessa traiettoria impone dunque di trascendere i dogmi di scuola, abbracciando una prospettiva esplicitamente e rigorosamente integrativa (Norcross & Goldfried, 2005). Nessun singolo orientamento teorico dispone, per sua stessa natura, degli strumenti metodologici necessari per coprire l'intera metafora del cambiamento umano. La ricerca clinica documenta in modo inequivocabile come i professionisti più efficaci siano coloro che riescono a sintetizzare dinamicamente i costrutti e le tecniche provenienti da matrici teoriche differenti, selezionandoli in base alla fase attraversata dall'individuo (Prochaska & Norcross, 2010).

Infine, abbracciare pienamente l'integrazione significa anche normalizzare la morfologia non lineare del processo terapeutico. I vettori del cambiamento

procedono raramente in linea retta: le regressioni agli stadi precedenti non costituiscono anomalie di sistema, bensì eventi fisiologici dell'architettura psichica. Incorporare la prevenzione e la gestione delle ricadute all'interno dell'orizzonte terapeutico si rivela pertanto una mossa strategica fondamentale (Norcross et al., 2011). Tale inclusione non serve soltanto a consolidare i risultati ottenuti, ma svolge la funzione cruciale di arginare l'insorgenza di dinamiche relazionali iatrogene, disinnescando alla radice l'insorgere del senso di colpa nel professionista e del vissuto di vergogna nel paziente (Prochaska et al., 2005).

2.2.4 La matrice inestricabile dell'esito clinico e la centralità del feedback

L'orizzonte della personalizzazione clinica si estende ben oltre la modulazione temporale degli stadi del cambiamento, abbracciando un ampio spettro di marcatori transdiagnostici. L'evidenza empirica ha infatti ampiamente dimostrato che calibrare l'intervento terapeutico sulla base dell'identità etnica e culturale del soggetto, delle sue coordinate religiose o spirituali, nonché del suo peculiare stile di coping e livello di reattanza, non rappresenta un mero vezzo relazionale (Norcross & Wampold, 2019). Al contrario, tale prassi si rivela uno strumento formidabile, in grado di abbattere drasticamente i tassi di abbandono precoce e di massimizzare in modo dimostrabile la profondità dell'esito clinico.

Tuttavia, l'applicazione sistematica di tali adattamenti rischia di scadere in un nuovo riduzionismo qualora si tenti di isolarli dall'ecosistema del setting. La varianza complessiva dei risultati psicoterapeutici non può essere agevolmente frazionata in percentuali indipendenti attribuibili in via esclusiva al metodo formale, all'alleanza, alle caratteristiche del clinico o alla psicopatologia del paziente (Baldwin & Imel, 2013). Tali vettori operano all'interno di una matrice profondamente interconnessa e simbiotica: nessuna tecnica transdiagnostica o adattamento strategico possiede un'efficacia intrinseca qualora venga estrapolata dal contenitore relazionale dell'empatia, del calore e della genuina collaborazione (Krause & Lutz, 2009).

Affinché la responsiveness non si riduca a una mera speculazione teorica, essa deve necessariamente ancorarsi a una rigorosa e continua verifica empirica. Risulta clinicamente insostenibile, se non del tutto illusorio, pretendere di sintonizzare il percorso sulle specificità dell'individuo senza implementare un sistema di monitoraggio routinario che raccolga le retroazioni dirette del paziente sull'andamento del processo in atto. L'acquisizione costante di tali feedback costituisce l'autentica bussola della psicoterapia integrativa (Lambert, 2010; Duncan, Miller, & Sparks, 2004), permettendo al professionista di aggiustare la rotta clinica in tempo reale ed evitando pericolose derive prescrittive.

Alla luce di questa densa rete di interdipendenze, la sterile diatriba volta a stabilire la supremazia assoluta di un orientamento teorico sugli altri giunge al proprio definitivo capolinea epistemologico (Norcross & Wampold, 2019). L'unica risposta intellettualmente onesta e scientificamente inattaccabile alla domanda su quale sia la psicoterapia più efficace si condensa in una singola constatazione: dipende. L'esito trasformativo dipende in misura del tutto marginale dalla specifica etichetta diagnostica, mentre risulta prepotentemente subordinato alle inclinazioni transdiagnostiche del soggetto, alla solidità della co-costruzione relazionale e all'estrema plasticità del terapeuta nel risuonare con tale complessità. In questo scenario, la capacità di risposta sartoriale del clinico trionfa definitivamente sull'applicazione asettica del protocollo standardizzato (Norcross & Wampold, 2019).

2.2.5 L'imperativo deontologico e i limiti operativi della responsività

La vasta risonanza suscitata dall'esigenza di individualizzare i trattamenti ha generato una notevole proliferazione terminologica all'interno della letteratura contemporanea. A seconda della matrice teorica di provenienza, gli studiosi si sono riferiti al medesimo processo di abbinamento ottimale utilizzando etichette quali sintonizzazione, terapia differenziale, prescrittivism, personalizzazione o adattamento (Norcross, 2011). Indipendentemente dalle declinazioni semantiche,

il nucleo fondativo di questa prospettiva converge su un ineludibile assunto etico. La comunità scientifica è ormai concorde nel ritenere che la somministrazione di un intervento psicosociale standardizzato, identico per ogni individuo, non sia soltanto metodologicamente inappropriata, ma si configuri come una violazione della deontologia professionale.

A tal proposito, la riflessione in merito alla terapia differenziale risulta convergere nel tracciare un confine netto, stigmatizzando la tendenza a uniformare i pazienti sotto la tutela di un unico approccio (Michels, 1984). Tale rigidità metodologica, infatti, genera un duplice danno: da un lato priva l'individuo del diritto di accedere all'intervento empiricamente più efficace per la sua condizione, dall'altro comporta un inaccettabile spreco di risorse sanitarie e temporali. L'architettura logica della scienza psicologica odierna consente finalmente di conciliare l'istanza nomotetica con quella idiografica, personalizzando la cura sulla base di solidi principi generali estratti dalla ricerca quantitativa (Norcross & Wampold, 2011). Eppure, l'implementazione pratica di un'integrazione così sofisticata solleva un'evidente criticità operativa: come deve procedere il clinico qualora si ritrovi impossibilitato, per limiti formativi o per precise scelte epistemologiche, a plasmare il proprio assetto relazionale nella direzione richiesta dai marcatori del paziente? Di fronte a tale impasse, la prassi clinica basata sulle evidenze delinea quattro precise direttrici operative per salvaguardare l'integrità del processo di cura (Norcross & Wampold, 2011).

In prima istanza, la letteratura suggerisce di percorrere la via della trasparenza, affrontando esplicitamente la divergenza metodologica all'interno del processo di contrattazione terapeutica. Il professionista è chiamato a rinegoziare compiti e obiettivi con il paziente, chiarendo i confini del proprio repertorio clinico, similmente a quanto avviene di fronte a richieste di prescrizioni farmacologiche al di fuori delle proprie competenze (American Psychological Association, 2010). In secondo luogo, è fondamentale che il clinico eviti l'assolutismo interpretativo: una singola direttiva empirica sull'adattamento non costituisce un dogma, ma deve

essere ponderata all'interno di un processo decisionale ricorsivo, in cui convergono le specifiche influenze del contesto e le istanze soggettive dell'individuo.

Qualora l'adattabilità risulti strutturalmente impraticabile, si profila una terza strada, che coincide con l'assunzione di un rigoroso perimetro di intervento. Abbandonando la pretesa narcisistica di poter accogliere chiunque, il terapeuta meno incline all'eclettismo relazionale dovrebbe autolimitare la propria pratica clinica, offrendo i propri servizi esclusivamente a quella ristretta cerchia di pazienti che possiedono caratteristiche transdiagnostiche naturalmente allineate al suo specifico stile. Infine, la quarta e più protettiva direttiva coincide con la necessità di effettuare un rinvio accurato (Norcross & Wampold, 2011). Quando la discrepanza tra i bisogni del cliente e l'offerta del professionista risulta incolmabile, l'atto terapeutico più efficace ed eticamente fondato consiste nell'inviare tempestivamente il soggetto a un collega dotato degli strumenti relazionali o tecnici adeguati alla specificità del quadro clinico.

2.2.6 L'Evidence-Based Practice e il ruolo clinico delle preferenze

L'inclusione sistematica del punto di vista del paziente ha segnato una cesura epistemologica nella storia recente della psicoterapia e della medicina. Le profonde trasformazioni nell'architettura dell'assistenza sanitaria hanno sancito il passaggio definitivo verso una filosofia patient-centered (Kazak et al., 2017). In questo panorama, le inclinazioni soggettive dell'individuo non sono più relegate al rango di mere variabili di contorno, bensì sono state istituzionalizzate come determinanti cliniche imprescindibili (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010; Norcross et al., 2017). Tale evoluzione ha trovato la sua massima legittimazione teorica all'interno del movimento internazionale della Pratica Basata sull'Evidenza (EBP). Nel ridefinire i parametri dell'efficacia clinica, l'American Psychological Association (2006) ha esplicitamente strutturato l'EBP su tre pilastri interdipendenti: le migliori evidenze empiriche, l'expertise del clinico

e, in posizione paritetica, i valori del paziente (costrutto che ingloba cultura, caratteristiche e preferenze individuali).

L'accoglimento sistematico di queste richieste non obbedisce a un mero imperativo etico di democratizzazione della cura, ma si fonda su basi empiriche inoppugnabili. La letteratura meta-analitica ha dimostrato in modo seriale che l'abbinamento tra l'offerta terapeutica e i desiderata dell'individuo altera in modo significativo l'esito del trattamento. Incrociando i dati di oltre 16.000 pazienti distribuiti in 51 studi indipendenti è stato evidenziato come l'accomodamento delle preferenze dimezzi letteralmente il rischio di abbandono prematuro (Swift et al., 2019). Oltre a garantire una maggiore tenuta del setting, l'abbinamento genera una superiorità statisticamente rilevante negli outcome clinici finali e un incremento sostanziale dei tassi di soddisfazione (Lindhiem et al., 2014).

La complessità di tale abbinamento richiede tuttavia una scomposizione tassonomica del concetto stesso di “preferenza”. Gli studiosi hanno storicamente isolato tre macro-categorie (Swift et al., 2019): le preferenze relative al terapeuta che attengono a variabili immodificabili quali l'identità di genere, la religione o l'appartenenza etnica del clinico; le preferenze di trattamento (la scelta di un macro-modello teorico, come la psicoterapia psicodinamica o cognitivo-comportamentale); e, infine, le preferenze di attività che riguardano l'assetto micro-processuale in seduta, come l'assegnazione di compiti a casa o il grado di direttività (Norcross et al., 2019). Dal punto di vista della flessibilità operativa, risulta evidente come il clinico non possa alterare la propria matrice demografica né, spesso, padroneggiare agevolmente decine di modelli teorici differenti. È dunque sul dominio delle “preferenze di attività” che si gioca la reale partita dell'adattamento, ambito in cui il terapeuta pluralistico e integrativo (Norcross & Goldfried, 2019) può calibrare il proprio grado di intervento in base al singolo ricevente (Cooper & McLeod, 2011; Watsford & Rickwood, 2014).

2.2.7 Divergenze di prospettiva e il rischio del falso consenso: verso la misurazione

L'indagine sistematica delle preferenze ha tuttavia rivelato una profonda frattura epidemiologica tra i desideri dell'utenza laica e le inclinazioni dei professionisti della salute mentale (Norcross et al., 2019). La letteratura evidenzia come la popolazione generale prediliga orientamenti strutturati e marcatamente attivi: ampi campioni casuali interpellati in merito al trattamento d'elezione accordano un netto favore alle terapie cognitivo-comportamentali (CBT), lasciando quote minoritarie agli approcci esplorativi o psicodinamici (Bragesjö, Clinton, & Sandell, 2004). Tali orientamenti subiscono l'influenza di specifiche moderazioni demografiche e cliniche: ad esempio, il sesso maschile e l'attaccamento ansioso correlano maggiormente con la richiesta di interventi strutturati, mentre la preferenza per la psicodinamica cresce in individui con attaccamento sicuro o con pregressi fallimenti terapeutici (Petronzi & Masciale, 2015).

Specularmente, quando i professionisti della salute mentale assumono il ruolo di pazienti, le coordinate si invertono radicalmente. Studi trasversali dimostrano che la stragrande maggioranza degli psicoterapeuti (tra il 40% e il 60%) sceglie per sé terapie a vocazione psicodinamica, umanistica o integrativa, relegando gli approcci strettamente comportamentali a percentuali storicamente marginali (Norcross et al., 2009). Questa dicotomia fa emergere un'insidia clinica sottovalutata: il rischio che il professionista conduca il trattamento fondandosi implicitamente sui propri costrutti personali, anziché su quelli dell'interlocutore. Tale dinamica configura una pericolosa declinazione dell'effetto del “falso consenso” (Mullen et al., 1985), ovvero la distorsione cognitiva che induce l'individuo a proiettare la normatività delle proprie convinzioni e preferenze relazionali sull'altro, generando un drammatico disallineamento della diade terapeutica.

È proprio per intercettare e arginare questa deriva proiettiva che si è resa necessaria un'operazionalizzazione rigorosa delle preferenze cliniche. Strumenti psicometrici avanzati, tra cui spicca l'Inventario delle Preferenze di Cooper-Norcross (C-NIP),

hanno consentito di quantificare queste discrepanze misurando quattro assi polari: la Direttività del terapeuta contro la direttività del paziente, l'Intensità emotiva contro la riserva emotiva, l'Orientamento al passato contro l'orientamento al presente, e il Supporto caloroso contro la sfida mirata. I dati emersi dall'impiego del C-NIP certificano statisticamente l'urgenza di una presa di coscienza metodologica: rispetto ai clinici, i pazienti non addetti ai lavori anelano a una maggiore direttività esterna e a una più spiccata intensità emotiva. Dinanzi a tali evidenze empiriche, l'accertamento strutturato delle preferenze smette di essere un'opzione stilistica per adempiere a vera e propria bussola procedurale, capace di proteggere la terapia dalle proiezioni inavvertite del curante (Norcross et al., 2019).

2.2.8 L'imperativo etico e l'architettura dei meccanismi di efficacia

L'interesse clinico ed epistemologico per le preferenze del paziente non costituisce una moda passeggera, bensì si iscrive in un movimento sistemico della medicina contemporanea volto all'estrema personalizzazione della cura. Dal punto di vista bibliometrico, la letteratura ha registrato un incremento di natura esponenziale: le pubblicazioni inerenti a tale costrutto sono passate da una presenza marginale negli anni Settanta a un volume di oltre ottomila citazioni nel solo 2016 (Swift et al., 2019). Questa mole di dati ha permesso a studiosi come Norcross e Cooper (2021) di elevare l'indagine sulle propensioni del paziente dal rango di mera opzione tecnica a quello di vero e proprio “imperativo etico”, intrinsecamente radicato nei protocolli dell'Evidence-Based Practice (American Psychological Association, 2006).

Tuttavia, dinanzi all'acclamato successo di questa prassi (Windle et al., 2019), la comunità scientifica si è interrogata sull'effettiva eziologia di tali benefici. Secondo un postulato fenomenologico (McLeod, 2012), gli individui possiedono una precomprensione piuttosto lucida in merito a ciò che risulta loro utile o

intollerabile. Di conseguenza, fornire un intervento congruente con tali inclinazioni massimizza fisiologicamente i vettori terapeutici.

Eppure, un'analisi più fine suggerisce che l'aumento dell'efficacia non sia riconducibile a un singolo fattore, bensì all'interazione sinergica di tre distinti vettori causali (Norcross & Cooper, 2021). Il primo è il cosiddetto effetto di abbinamento, ovvero il beneficio clinico puro derivante dalla congruenza tecnica tra metodo e stile cognitivo del soggetto. Il secondo è l'effetto di scelta: la percezione di empowerment e di agentività che il paziente esperisce nel momento in cui gli viene garantita voce in capitolo sul proprio trattamento. Il terzo, non meno dirimente, è l'effetto di alleanza, innescato dal senso di profonda validazione che l'individuo sperimenta nell'osservare lo sforzo attivo e genuino del professionista nel piegare il proprio assetto pur di andargli incontro (Chryssafidou et al., 2021).

2.2.9 Le frontiere della ricerca micro-processuale e i limiti di generalizzabilità

Se le meta-analisi ad alto rigore metodologico confermano ampiamente il beneficio dell'abbinamento a livello macroscopico (ad esempio, nella scelta tra farmacoterapia e psicoterapia, o tra paradigmi teorici divergenti), un'area di incertezza permane per quanto concerne il livello micro-processuale. Gli studi volti a indagare l'esito dell'adattamento sulle specifiche preferenze di attività intra-trattamento (le micro-scelte stilistiche interne alla seduta) hanno infatti restituito risultati ambivalenti, sollevando interrogativi empirici non ancora del tutto risolti (Kerns et al., 2014).

Per colmare questa lacuna, la psicomatria clinica ha recentemente sviluppato strumenti di indagine altamente specializzati. Prima ancora dell'introduzione del Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP), la letteratura aveva già tentato di mappare le dinamiche intra-seduta attraverso il Questionario sulle Preferenze e le Esperienze in Psicoterapia (Sandell et al., 2011) e l'Inventario delle Preferenze

per la Consulenza Universitaria (Hatchett, 2015). Nonostante il perfezionamento di questi reattivi e la solidità delle quattro sottoscale del C-NIP (Cooper et al., 2019), gli studiosi si trovano oggi ad affrontare una rilevante criticità legata alla validità ecologica dei dati.

Le attuali evidenze – che documentano un marcato desiderio di intensa emotività e di elevata direttività da parte del clinico, orientato a una tangibile acquisizione di competenze pratiche – derivano prevalentemente da ampi campionamenti condotti sulla popolazione generale (Cooper et al., 2021). Permane dunque un interrogativo metodologico di primaria importanza per la pratica della personalizzazione: risulta tutt'altro che scontato che le richieste espresse da soggetti non clinici siano semplicemente generalizzabili all'utenza psichiatrica o a individui calati in un autentico setting di cura. Esplorare l'applicabilità clinica di queste dimensioni e misurarne le effettive ricadute sull'esito terapeutico costituisce, a oggi, una delle sfide più ambiziose e affascinanti per la ricerca sull'integrazione psicoterapeutica (Cooper et al., 2021).

3. La misurazione delle preferenze: il Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP)

3.1 La valutazione delle preferenze nella pratica clinica basata sull'evidenza

Nel corso degli ultimi anni, l'attenzione scientifica ed etica rivolta all'integrazione delle preferenze del paziente nella pianificazione dei trattamenti psicologici ha conosciuto un incremento significativo (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Questo cambiamento di prospettiva si colloca pienamente all'interno del paradigma della pratica basata sull'evidenza (Evidence-Based Practice, EBP), il quale sancisce che i valori, la cultura e le inclinazioni personali dell'individuo costituiscano una delle tre fonti di evidenza imprescindibili, da considerare e sintetizzare costantemente insieme alle migliori prove empiriche e all'esperienza clinica del professionista (American Psychological Association, 2006). Riconoscere tale centralità significa restituire al soggetto un ruolo attivo ed eticamente fondato nel proprio percorso di cura, promuovendone l'autonomia attraverso processi decisionali realmente condivisi ed informati (Norcross & Cooper, 2021).

Sul piano concettuale, le preferenze possono essere intese come l'insieme dei comportamenti, degli attributi relazionali o delle condizioni terapeutiche e ambientali che i pazienti desiderano o valutano come maggiormente favorevoli all'interno del setting (La Tona et al., 2024).

3.1.1 Evoluzioni e limiti della misurazione delle preferenze cliniche

La letteratura specialistica organizza stabilmente tali costrutti attorno a tre macro-aree (Swift et al., 2018). La prima riguarda le preferenze relative al terapeuta, che intercettano il desiderio che il clinico possieda determinate caratteristiche demografiche o personali, come ad esempio una specifica identità di genere. La seconda area comprende le preferenze relative al trattamento, strettamente connesse alle opzioni macro-strutturali circa

l'orientamento teorico da seguire, come la scelta di un percorso cognitivo-comportamentale piuttosto che di un approccio centrato sulla persona. Infine, la terza dimensione esplora le preferenze di ruolo o legate alle attività in seduta; quest'ultima si focalizza sugli aspetti micro-analitici e concreti dell'interazione clinica, quali la gestione dei compiti a casa, la compilazione di diari o il grado di direttività agito dal professionista (Watsford e Rickwood, 2014).

La necessità di mappare accuratamente questi elementi trova una forte giustificazione empirica nei dati relativi all'efficacia degli interventi (Norcross & Cooper, 2021). Gli esiti della ricerca meta-analitica indicano in modo concorde che sintonizzare il trattamento sulle inclinazioni espresse dal paziente si traduce in un netto miglioramento dei risultati clinici, in indici di soddisfazione superiori e, in modo cruciale, in una drastica riduzione dei tassi di drop-out, che risultano dimezzati rispetto alle situazioni in cui le preferenze non vengono assecondate (Windle et al., 2020).

Nonostante la robustezza di tali evidenze, la valutazione sistematica delle preferenze fatica a imporsi nella routine clinica. Tale scollamento tra ricerca e pratica è in gran parte imputabile alla carenza di strumenti standardizzati di pubblico dominio esplicitamente calibrati per l'attività terapeutica quotidiana piuttosto che per l'esclusivo impiego sperimentale (Norcross & Cooper, 2021). Storicamente, i tentativi di misurazione si sono basati sulla presentazione di descrizioni scritte (King et al., 2000) o filmati esemplificativi dei diversi approcci (Devine & Fernald, 1973), oppure sull'adattamento di supporti decisionali derivati dalla medicina somatica, focalizzati principalmente su disturbi come la depressione (The Health Foundation, 2014).

Sebbene questi dispositivi incrementino l'autoefficacia e la consapevolezza del paziente, essi mostrano forti limiti in ambito psicoterapeutico (Cooper & Norcross, 2015). Spesso forzano scelte di tipo dicotomico che non permettono di cogliere l'intensità della preferenza, un fattore critico poiché preferenze marcate impattano sull'andamento clinico in modo assai diverso rispetto a inclinazioni lievi (Swift et al., 2011). Inoltre, tali strumenti si limitano a

esplorare il livello macro del trattamento, ignorando le dinamiche di ruolo e risultando del tutto inefficienti per i clinici ad orientamento eclettico o integrativo, che necessitano di operare continui micro-adattamenti nella relazione (Norcross & Goldfried, 2005).

Se l'indagine informale e non strutturata condotta durante i primi colloqui rischia di mancare di precisione, l'utilizzo di scale psicometriche standardizzate consente di situare le preferenze del paziente lungo un continuum dimensionale accurato, facilitando anche il monitoraggio nel tempo e la raccolta di dati su campioni più ampi (Norcross & Cooper, 2021). In questa specifica cornice metodologica si colloca la progettazione del Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP), nato con l'obiettivo di offrire uno strumento breve, multidimensionale e di immediata utilità applicativa. Attraverso la quantificazione delle risposte e la definizione di precisi valori soglia, il C-NIP permette di isolare con chiarezza le posizioni più polarizzate del paziente, fornendo al clinico linee-guida concrete ed economicamente sostenibili per personalizzare l'architettura dell'incontro terapeutico sin dalle fasi iniziali (Norcross & Cooper, 2021).

3.1.2 L'impatto clinico delle preferenze e i suoi meccanismi di azione

Oltre a disporre di strumenti di rilevazione adeguati, per comprendere appieno l'impatto clinico del considerare le preferenze dei pazienti è essenziale indagare i processi attraverso i quali il loro accoglimento genera un cambiamento terapeutico positivo. A questo proposito, Norcross e Cooper (2021) hanno teorizzato tre meccanismi fondamentali. Il primo riguarda l'effetto di corrispondenza, che si basa sull'idea che i pazienti possiedano un'intuizione implicita su ciò che risulta per loro più funzionale; di conseguenza, i trattamenti allineati a tali intuizioni tendono a rivelarsi più efficaci, poiché i metodi adottati dal clinico vengono vissuti come maggiormente utili dal soggetto (Cooper et al., 2023). Il secondo meccanismo fa riferimento all'effetto di scelta, secondo

cui la semplice possibilità di vagliare diverse opzioni terapeutiche incrementa il senso di auto-efficacia e genera vissuti emotivi più positivi (Handelzalts & Keinan, 2010). Infine, il terzo e più decisivo fattore coincide con l'effetto di alleanza. Indagare attivamente i desideri del paziente alimenta infatti un clima di profonda collaborazione, aiutandolo a sentirsi realmente al sicuro e ascoltato, dinamica che a sua volta facilita l'allineamento sui compiti e sugli obiettivi del percorso (Fluckiger et al., 2018).

Ma cosa desiderano concretamente le persone quando si rivolgono ad un professionista della salute mentale? L'indagine empirica ha fatto emergere alcune tendenze ricorrenti e per certi versi contro-intuitive (Cooper et al., 2023). Sul piano dei modelli di trattamento, la maggior parte della popolazione generale e di coloro che intraprendono un percorso per la prima volta tende a percepire la terapia cognitivo-comportamentale come più credibile e desiderabile rispetto agli orientamenti basati sull'insight (Bragesjo et al., 2004). Questa tendenza subisce tuttavia un'inversione nei soggetti con precedenti esperienze cliniche, i quali mostrano una propensione decisamente maggiore verso gli approcci psicodinamici (Bragesjo et al., 2004).

Per quanto concerne le caratteristiche del professionista, i pazienti esprimono un chiaro orientamento verso terapeuti percepiti come simili a loro per tratti di personalità e identità (Russell et al., 2022). Guardando invece alle micro-dinamiche di seduta, pur registrando un'ampia variabilità inter-individuale, la letteratura rileva un bisogno condiviso di ricevere dal clinico una guida chiara sotto forma di competenze, obiettivi e struttura, costantemente unita a un caldo incoraggiamento verso l'espressione emotiva (Cooper et al., 2022).

Le preferenze non costituiscono un bagaglio statico e immutabile da registrare asetticamente nelle prime sedute, ma possiedono radici profonde e, soprattutto, possono evolvere nel corso del tempo (Anestis et al., 2021). In quest'ottica, l'efficacia della personalizzazione non risiede esclusivamente nella soddisfazione pratica di una richiesta iniziale, ma nel processo stesso di elicitazione, negoziazione e discussione continua dei desideri, una pratica che

trasforma e nutre costantemente la qualità della relazione terapeutica (Cooper et al., 2023).

3.2 Lo sviluppo del C-NIP: architettura metodologica e analisi dimensionale

La traduzione operativa delle preferenze dei pazienti in uno strumento di misurazione standardizzato ha trovato compimento nello sviluppo dell'Inventario delle Preferenze di Cooper e Norcross (C-NIP).

Cooper e Norcross (2015) affermano che l'obiettivo primario era colmare la lacuna psicometrica esistente, generando un questionario breve, multidimensionale e di immediata utilità per la pratica clinica di routine. La generazione degli item ha seguito un rigoroso processo a quattro stadi. In prima istanza, i ricercatori hanno adattato molteplici domande provenienti da questionari pre-esistenti, integrandole con nuovi item formulati sulla scorta di un'ampia revisione della letteratura di settore (Sandell et al., 2011). Parallelamente, il bacino di domande è stato arricchito attingendo all'esperienza clinica diretta degli autori. Infine, per garantire la massima validità di contenuto, la bozza è stata sottoposta al vaglio di un panel di esperti (Goates-Jones & Hill, 2008). A questi ultimi è stato richiesto di identificare ulteriori dimensioni micro-processuali che la maggioranza dei terapeuti — a prescindere dal proprio orientamento teorico di base — sarebbe stata disposta a modulare in risposta alle richieste del paziente. Una direttiva cruciale in questa fase di calibrazione ha imposto che ogni dimensione fosse polarizzata in modo neutro, evitando accuratamente che una delle due estremità potesse apparire intrinsecamente “superiore” o “peggiore” dell'altra (Cooper e Norcross, 2015).

3.2.1 Caratteristiche del campione e procedure di reclutamento

Al fine di massimizzare la validità ecologica dello strumento, i ricercatori hanno adottato un disegno di campionamento stratificato, con l'obiettivo di intercettare individui collocati in stadi eterogenei del percorso di cura: da chi

non aveva mai esperito alcun trattamento a chi lo aveva concluso, includendo parallelamente un'ampia quota di professionisti della salute mentale. Il reclutamento, durato circa due mesi, si è avvalso di molteplici canali: appelli sui social network, inviti diretti tramite le directory dei servizi di counseling statunitensi e britannici, coinvolgimento di studenti universitari e un capillare invio telematico a network professionali (Cooper e Norcross, 2015).

Su un totale di 1.105 accessi al questionario online, 860 individui (pari al 77,8% dell'utenza iniziale) hanno validamente aderito alla ricerca, e di questi ben 713 hanno completato integralmente la sezione relativa alle preferenze. L'analisi demografica del campione definitivo (N = 860) ha evidenziato un'età media di 44,9 anni e una netta predominanza femminile. Geograficamente, il campione risultava polarizzato tra il Regno Unito (75,6%) e gli Stati Uniti (9,4%), con una composizione etnica prevalentemente caucasica (88,5%).

Un dato di particolare rilevanza metodologica riguarda la massiccia partecipazione come pazienti da parte dei professionisti della salute mentale, i quali hanno costituito il 71,5% dell'intero campione (suddivisi tra counselor, psicoterapeuti e psicologi). Per quanto attiene all'esperienza clinica diretta, il 62% del totale dichiarava trattamenti pregressi, il 32% si trovava attualmente in terapia e solo una quota del tutto marginale (8%) risultava priva di qualsiasi pregressa esperienza psicoterapeutica. L'analisi differenziale ha inoltre rilevato che i partecipanti non esperti risultavano significativamente più giovani dei professionisti e possedevano, come prevedibile, una minore pregressa esposizione al setting clinico (Cooper e Norcross, 2015).

3.2.2 Architettura psicometrica e analisi delle componenti principali

Lo strumento finale sottoposto al campione si componeva di 40 item. Dal punto di vista strutturale, gli autori hanno compiuto una scelta metodologica precisa: abbandonare le classiche scale Likert unipolari in favore di scale differenziali semantiche a sette punti, con uno spettro compreso tra +3 e -3, dove lo zero

indicava l'assenza di preferenza. Tale architettura è stata adottata per scongiurare il rischio che il rispondente potesse pretendere livelli massimali per ogni singola attività, uno scenario clinicamente irrealizzabile all'interno di una reale dialettica terapeutica (Cooper e Norcross, 2015).

L'estrazione dei fattori è stata condotta attraverso un'Analisi delle Componenti Principali (PCA) sui 713 protocolli completi, privilegiando costantemente l'utilità e la leggibilità clinica rispetto all'iper-sofisticazione statistica. Questo processo di graduale affinamento ha distillato uno strumento definitivo, agile e robusto, composto da soli 18 item distribuiti su quattro componenti cardinali, tutte dotate di un'affidabilità interna adeguata all'impiego clinico.

La prima di queste componenti, denominata "Direttività del terapeuta vs. Direttività del cliente" (TD-CD), è costituita da 5 item. Essa discrimina la preferenza per un clinico che offra struttura, guida attiva e tecniche definite, rispetto all'inclinazione per uno stile maggiormente fenomenologico, destrutturato e guidato dal paziente.

La seconda componente, definita "Intensità emotiva vs. Riserva emotiva" (EI-ER), è strutturata su 5 item e intercetta il desiderio dell'individuo di immergersi in dinamiche emotivamente profonde e focalizzate sull'esplorazione della matrice relazionale, in opposizione a un assetto più cognitivo e distaccato.

La terza componente riguarda l'Orientamento al passato vs. Orientamento al presente (PaO-PrO). Definita da 3 item, questa scala cattura la temporalità del focus terapeutico, misurando l'inclinazione a sviscerare le radici storiche della sofferenza piuttosto che concentrarsi sulle sfide inerenti all'esplorazione del "qui-e-ora" o degli scenari futuri.

Infine, la quarta componente, il "Supporto caloroso vs. Sfida mirata" (WS-FC), si compone di 5 item e valuta l'assetto relazionale desiderato, contrapponendo la necessità di ricezione empatica, comprensione e calore umano al desiderio di essere attivamente sfidati e confrontati sulle proprie rigidità (Cooper e Norcross, 2015).

Questa struttura a 4 componenti si è rivelata estremamente solida, convergendo in modo coerente con i fattori isolati da pregressi reattivi indipendenti (Hatchett, 2015). In particolare, la presenza di due costrutti onnipresenti attraverso i diversi studi — il grado di direttività desiderato e l'intensità del supporto relazionale — supporta la validità di costrutto del C-NIP come mappa fondamentale per orientare la calibrazione psicoterapeutica (Cooper e Norcross, 2015).

3.3.1 Lo studio di validazione italiano e la procedura di adattamento

Il C-NIP è stato tradotto in italiano e validato nello studio condotto da La Tona e colleghi (2024), i quali hanno avuto un triplice obiettivo euristico: 1) esaminare la validità di costrutto (mettendo a confronto il modello a quattro componenti con quello rivisitato a cinque), 2) verificare l'unidimensionalità delle scale e 3) testare l'invarianza di misurazione in relazione al sesso e all'esperienza terapeutica pregressa. La letteratura di riferimento suggeriva infatti che le variabili demografiche potessero modulare le preferenze, evidenziando come l'utenza femminile tenda a richiedere un maggiore calore supportivo, esplorazione emotiva e focus sull'infanzia (Heinze et al., 2022), pur in un quadro di variabilità dettata dall'esposizione precedente al setting (Norcross & Cooper, 2021).

Il campionamento ha coinvolto 1084 adulti madrelingua italiani, con un'età media di 27.22 anni e una fisiologica prevalenza femminile (70.5%). Il reclutamento si è articolato su un doppio binario: un'estrazione universitaria afferente all'Ateneo di Bergamo e un'estensione autonoma alla popolazione generale. Sotto il profilo del coinvolgimento clinico, circa un quarto del campione era inserito in percorsi psicoterapeutici attivi (con una durata mediana di 15 mesi), mentre un ulteriore 14.8% si accingeva a intraprenderne uno.

Il processo di traduzione ha aderito fedelmente al rigoroso protocollo delineato da Beaton e collaboratori (2000). Una prima traduzione indipendente condotta

da due esperti bilingue è stata fusa in un'unica sintesi, la quale è stata successivamente sottoposta a back-translation (retro-traduzione in lingua inglese) da parte di due revisori ignari degli obiettivi della ricerca e privi di contaminazioni psicologiche. La versione definitiva del questionario è stata infine ratificata tramite appositi focus group (La Tona et al., 2024).

3.3.2 Analisi fattoriale confermativa e attendibilità delle scale

I dati raccolti mediante indagine telematica sono stati sottoposti a una meticolosa procedura di pulizia preliminare. Prima di procedere con l'analisi è stata effettuata un'inversione dei punteggi per gli item a formulazione negativa e applicazione di trasformazioni logaritmiche per correggere le asimmetrie distributive riscontrate negli item 3, 6 e 7 (Tabachnick & Fidell, 2019). Il campione finale si compone di 1055 soggetti (La Tona et al., 2024).

La validità strutturale è stata indagata tramite un'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) con stima robusta della massima verosimiglianza. I risultati hanno mostrato l'inadeguatezza del modello originale a quattro componenti nel campione italiano, restituendo indici di adattamento deficitari e palesando molteplici saturazioni al di sotto della soglia di accettabilità (Thurstone, 1947). Al contrario, la soluzione a cinque fattori postulata da Řiháček et al. (2023) ha fornito un adattamento robusto ed eccellente in tre dei quattro indicatori di fit considerati determinanti, validando la nuova struttura dimensionale per il contesto italiano.

La stima della coerenza interna ha richiesto un accorgimento tecnico peculiare. Considerata la tendenza dei coefficienti classici di affidabilità a sottostimare la coerenza in scale estremamente brevi, la valutazione si è concentrata precipuamente sull'omogeneità del costrutto, misurata attraverso la correlazione media inter-item (Clark & Watson, 2019). Nello specifico, la dimensione "Orientamento al passato vs. Orientamento al presente" ha esibito la massima coerenza. Benché le rimanenti dimensioni abbiano registrato valori

di Omega inferiori alla soglia dello 0.70 (oscillando tra 0.54 per la Direttività e 0.65 per l'Intensità Emotiva), tutte le correlazioni medie tra gli item si sono posizionate perfettamente all'interno del range di idoneità compreso tra 0.15 e 0.50 (raggiungendo picchi di $r = 0.48$). Tali valori supportano un'adeguata omogeneità per ciascuna scala (Dunn et al., 2014).

3.3.3 Verifica dell'invarianza di misurazione

È stata infine testata l'invarianza di misurazione multi-gruppo al fine di escludere eventuali distorsioni interpretative legate all'identità di genere o all'esposizione al trattamento clinico. Attraverso l'analisi sequenziale degli scostamenti negli indici di fit, il modello a cinque fattori ha mostrato di essere invariante.

Confrontando i soggetti coinvolti in iter psicoterapeutici ($n = 237$) con coloro che non erano momentaneamente in terapia o non lo erano mai stati ($n = 683$), lo strumento ha dimostrato invarianza configurale (equivalenza della struttura fattoriale), metrica (equivalenza delle saturazioni) e scalare (equivalenza delle intercette). Un risultato speculare è emerso dal confronto demografico (764 femmine e 320 maschi) in cui, pur registrando valori marginalmente inferiori al cut-off, la variazione degli indici ha confermato l'assenza di variazioni sistematiche legate al genere. Tali risultati attestano che la validazione italiana del C-NIP costituisce uno strumento imparziale, psicometricamente solido e attrezzato per orientare la personalizzazione della cura nel setting psicoterapeutico.

4. La misurazione delle preferenze terapeutiche tramite il C-NIP: studio osservazionale e mappatura clinica

4.1 Rationale e obiettivi dello studio

La presente indagine sperimentale nasce dall'esigenza di approfondire il paradigma della personalizzazione psicoterapeutica, un ambito che, sebbene ampiamente teorizzato, richiede ancora una solida conferma empirica nel contesto clinico italiano. Il ricorso al Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP) non è da intendersi come una mera replica di studi precedenti, bensì come un tentativo necessario di superare i limiti metodologici riscontrati nelle validazioni italiane pregresse. Il lavoro si rende essenziale proprio ora, in un momento in cui la letteratura scientifica sta spostando il focus dall'efficacia dell'intervento "generalista" alla capacità del terapeuta di modellare il percorso sulla base delle specifiche preferenze del paziente. Nonostante gli studi storici di Cooper e Norcross abbiano gettato le basi per comprendere come le aspettative influenzino l'esito della terapia (La Tona et al., 2024), l'applicazione pratica del C-NIP nel nostro contesto nazionale ha spesso scontato criticità legate a campioni limitati o a una scarsa precisione nelle analisi (La Tona et al., 2024).

In questo quadro, l'obiettivo primario del presente studio è esplorare e mappare le preferenze terapeutiche all'interno di un campione italiano di persone che hanno intrapreso, o stanno attualmente frequentando, un percorso di psicoterapia. Nello specifico, lo studio si è proposto di quantificare le preferenze dei pazienti lungo i domini del C-NIP, al fine di comprendere verso quali stili micro-processuali e assetti terapeutici l'utenza tenda a polarizzarsi maggiormente.

4.1.1 Ipotesi

Pur adottando un disegno di ricerca prevalentemente esplorativo, la struttura del C-NIP italiano (citazione) è stata testata tramite l'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) per verificare la tenuta del modello e saggiare i limiti emersi nelle precedenti validazioni italiane.

Sono state formulate due ipotesi. In primo luogo, in linea con i trend epidemiologici (Cooper et al., 2019), è stata ipotizzata una prevalente inclinazione verso un assetto terapeutico caratterizzato da elevata direttività (fornitura di struttura, obiettivi chiari e competenze) e da un vigoroso Supporto Emotivo-Empatico. In secondo luogo, è stata ipotizzata l'esistenza di differenze significative legate al genere, con il gruppo femminile che, conformemente ai dati di La Tona et al. (2024), mostra punteggi più elevati nelle dimensioni afferenti all'Intensità Emotiva e al Supporto Emotivo-Empatico rispetto al gruppo maschile.

4.2 Procedura di reclutamento e profilo demografico del campione

Al fine di intercettare un target rigorosamente clinico, il campionamento è stato condotto adottando una strategia di reclutamento mediata da professionisti del settore. Nello specifico, è stata contattata una rete di psicologi e psicoterapeuti operanti sul territorio nazionale, ai quali è stato richiesto di diffondere il questionario al proprio bacino di pazienti, attuali o pregressi. Questa scelta metodologica ha permesso di garantire che i rispondenti possedessero una reale e tangibile esposizione alle dinamiche del setting terapeutico, svincolando la rilevazione da aspettative puramente teoriche.

La raccolta dei dati è avvenuta in modalità telematica, attraverso la strutturazione di un form digitale realizzato sulla piattaforma Google Forms, concepito per garantire il totale anonimato e mitigare così il bias della desiderabilità sociale. Nel pieno rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki, la prima sezione del form è stata interamente dedicata all'informativa e alla raccolta del consenso informato. La natura volontaria della partecipazione è testimoniata dal fatto che, a fronte di 105 accessi totali, 5 individui hanno liberamente scelto di non prestare il consenso, venendo esclusi dal trattamento dei dati.

Il campione finale utile per le analisi statistiche si è assestato su un totale di (N=100) partecipanti adulti. L'età media dei soggetti è pari a 27.92 anni (DS=7.77), un dato che garantisce una distribuzione anagrafica sufficientemente eterogenea per rappresentare la tipica utenza clinica della fascia giovane-adulta e adulta. Sotto il profilo della distribuzione di genere, il campione evidenzia una massiccia polarizzazione verso il genere femminile, che costituisce l'88% dell'utenza totale, a fronte di una minoranza maschile pari al 12%. Tale sbilanciamento risulta del tutto fisiologico e coerente con i dati epidemiologici internazionali relativi all'accesso ai servizi di salute mentale (Norcross & Cooper, 2021).

Tabella 4.1 *Caratteristiche socio-demografiche del campione*

<i>Variabile</i>	<i>Media (o N)</i>	<i>DS (o %)</i>
Età	27.92	7.77
Genere Femminile	88	88%
Genere Maschile	12	12%

Una volta completata la fase di somministrazione, la procedura dello studio ha previsto un momento di restituzione formale dei risultati a ciascun partecipante. Nello specifico, i pazienti hanno ricevuto un feedback strutturato contenente l'esito del loro questionario, accompagnato da precise linee-guida interpretative. Questo documento di sintesi è stato organizzato riprendendo le quattro sezioni fondamentali in cui si articola il C-NIP, permettendo così al soggetto di visualizzare in modo chiaro le proprie preferenze lungo le diverse dimensioni esplorate dallo strumento. Tale operazione non ha risposto unicamente a un'esigenza di trasparenza metodologica, ma si è posta in continuità con i principi stessi del lavoro sulle preferenze, promuovendo nel paziente quella consapevolezza attiva e quel senso di collaborazione che, come emerso dalla letteratura, costituiscono la base per un'alleanza terapeutica solida ed efficace (La Tona et al., 2024).

4.3 Analisi dei dati e validazione psicometrica

Una volta conclusa la fase di raccolta e pulizia della matrice dei dati sui 100 soggetti validi, l'iter computazionale è stato strutturato secondo una precisa strategia sequenziale a cascata. Il percorso analitico ha preso le mosse da un'ispezione descrittiva preliminare degli indicatori originari, propedeutica alla successiva verifica della struttura fattoriale dello strumento tramite modelli di equazioni strutturali confermativi. Definita l'architettura geometrica ottimale e valutata la tenuta delle nuove scale sia in termini di associazioni locali sia attraverso indici di attendibilità globale, l'indagine è stata indirizzata verso l'esplorazione delle relazioni inter-scala. In ultima istanza, i punteggi medi dimensionali sono stati indagati in chiave clinica ed epidemiologica per mappare la distribuzione delle preferenze nel campione, saggiando l'impatto delle variabili anagrafiche e procedendo all'identificazione di macro-profilati omogenei di pazienti.

4.3.1 Strategia di analisi dei dati e metodi statistici

L'ispezione preliminare degli item si è resa metodologicamente necessaria per identificare eventuali asimmetrie o polarizzazioni nelle risposte dei partecipanti (N=100). A causa delle severe violazioni dell'assunto di normalità univariata e multivariata riscontrate negli indicatori, la verifica della struttura fattoriale tramite CFA è stata condotta adottando lo stimatore robusto Maximum Likelihood Robust (MLR). Questo approccio incrementale ha permesso di valutare la tenuta dei modelli strutturali globali e di guidare la purificazione dello strumento mediante l'esame dei Modification Indices (MI). Una volta isolata l'architettura definitiva a 12 item (Modello B), la coerenza interna e la netta distintività delle scale sono state esaminate combinando parametri globali e locali. Nello specifico, sono stati calcolati i coefficienti α di Cronbach, ω di McDonald — fondamentale per rispettare l'eterogeneità dei pesi fattoriali

superando il vincolo della tau-equivalenza — e la Correlazione Media Inter-Item (MIC), quest'ultima introdotta per neutralizzare la penalizzazione matematica legata alla brevità delle scale. Tali indici sono stati affiancati dall'analisi della matrice delle correlazioni policoriche, ideale per stimare le relazioni lineari tra le variabili continue sottostanti ai giudizi discreti su scala Likert. Infine, i legami inter-scala e l'impatto delle variabili socio-demografiche di genere ed età sono stati stimati mediante test inferenziali non parametrici, applicando nello specifico il test di Mann-Whitney e il coefficiente r_s di Spearman al fine di garantire la massima robustezza statistica rispetto alla non-normalità dei punteggi distribuiti. La ricerca di configurazioni inter-individuali complesse è stata infine realizzata attraverso un'analisi dei cluster gerarchica, applicando il metodo di Ward e la metrica della distanza euclidea per massimizzare l'omogeneità interna ai profili estratti.

4.3.2 analisi descrittiva fenomenologica degli item

Le statistiche descrittive riportate in Tabella 4.2 mostrano una severa violazione dell'assunto di normalità univariata per alcuni item. In particolare, l'item 3 mostra un'asimmetria marcatamente negativa (-2,995) e un valore di curtosi estremamente elevato (10.508). Analoga tendenza, seppur meno estrema, si registra per l'item 6 (asimmetria -1.883; curtosi 2.997). Questo marcato “effetto tetto” (ceiling effect) evidenzia una valenza fenomenologica di rilievo: i partecipanti hanno espresso in modo coeso e significativo la preferenza verso un terapeuta capace di trasmettere competenze pratiche e pragmatiche per la gestione del disagio, fungendo parallelamente da contenitore sicuro per l'esplorazione delle emozioni difficili.

L'ispezione della Tabella 4.2 evidenzia inoltre medie nettamente orientate verso il polo negativo per l'Item 17 (“Mettesse alla prova le mie convinzioni e credenze”) e per l'Item 18 (“Supportasse i miei comportamenti incondizionatamente”). La convergenza verso i valori negativi di questi indicatori riflette una chiara e diffusa preferenza per un atteggiamento

terapeutico attivo, incisivo e orientato al confronto; i pazienti manifestano l'esplicito desiderio di un assetto relazionale che preveda la messa alla prova e la destrutturazione attiva degli assetti cognitivo-comportamentali disfunzionali, declinando un ascolto esclusivamente passivo o una validazione incondizionata. Una dinamica radicalmente diversa emerge dall'osservazione degli item caratterizzati da medie tendenti allo zero ma accompagnate da deviazioni standard elevate. In questo caso, infatti, si rileva una netta spaccatura nelle preferenze dei partecipanti, identificando i punti esatti su cui il campione si frammenta e diverge. Item come il 4 ("Mi desse da fare dei compiti per casa") e l'8 ("Si focalizzasse sulla relazione tra noi") testimoniano l'assenza di un orientamento univoco su specifiche dimensioni. Tale eterogeneità evidenzia la necessità clinica di personalizzare il trattamento (Evidence-Based Practice), modulando l'introduzione di prescrizioni o il focus sul "qui ed ora" sulla base delle specifiche preferenze idiografiche del singolo individuo.

In conclusione, la marcata non-normalità distributiva emersa in questa fase preliminare non rappresenta un mero artefatto statistico, ma il riflesso di precise e polarizzate urgenze cliniche del campione, le cui asimmetrie pongono le basi fenomenologiche per l'esplorazione dei successivi modelli strutturali.

Tabella 4.2 Statistiche descrittive e indici di forma per i singoli item del C-NIP

Items	Mean	SD	Min	Max	Asymmetry	Kurtosis
1. Focus on specific goals [Si focalizzasse su obiettivi specifici]	1.67	1.60	-3	3	-1.673	2.279
2. Give structure to the therapy [Desse una struttura alla terapia]	1.50	1.73	-3	3	-1.172	0.578
3. Teach me skills to deal with my problems [Mi insegnasse delle competenze per gestire i miei problemi]	2.53	1.03	-3	3	-2.995	10.508
4. Give me 'homework' to do [Mi desse da fare dei 'compiti per casa']	0.54	2.04	-3	3	-0.401	-1.069
5. Allow me to take a lead in therapy [Mi lasciasse assumere un ruolo guida nella terapia]	-0.36	1.82	-3	3	0.010	-1.058

Items	Mean	SD	Min	Max	Asymmetry	Kurtosis
6. Encourage me to go into difficult emotions [Mi incoraggiasse ad esplorare emozioni difficili]	2.57	0.77	0	3	-1.883	2.997
7. Talk with me about the therapy relationship [Parlasse con me della relazione terapeutica]	1.71	1.42	-3	3	-0.795	-0.107
8. Focus on the relationship between us [Si focalizzasse sulla relazione tra noi]	0.22	1.83	-3	3	-0.186	-0.833
9. Encourage me to express strong feelings [Mi incoraggiasse ad esprimere emozioni forti]	2.33	1.01	-1	3	-1.394	0.906
10. Focus mainly on my thoughts [Si focalizzasse principalmente sui miei pensieri]	-0.90	1.56	-3	3	0.452	-0.120
11. Focus on my life in the past [Si focalizzasse sul passato della mia vita]	0.70	1.70	-3	3	-0.286	-0.550
12. Help me reflect on my childhood [Mi aiutasse a riflettere sulla mia infanzia]	0.73	1.90	-3	3	-0.479	-0.806
13. Focus on my future [Si focalizzasse sul futuro]	-1.01	1.48	-3	3	0.387	-0.140
14. Be challenging [Mi mettesse alla prova]	-0.17	2.14	-3	3	0.287	-1.307
15. Be supportive [Mi fosse di supporto]	1.77	1.71	-3	3	-1.310	0.582
16. Not interrupt me [Non mi interrompesse]	-0.03	1.79	-3	3	-0.050	-0.787
17. Be challenging of my own beliefs and views [Mettesse alla prova le mie convinzioni e credenze]	-1.72	1.39	-3	3	1.007	0.740
18. Support my behaviour unconditionally [Supportasse i miei comportamenti incondizionatamente]	-1.27	1.79	-3	3	0.842	-0.215

Nota. Mean = Media aritmetica; SD = Deviazione Standard; Min = Valore minimo osservato; Max = Valore massimo osservato; Asymmetry = Indice di asimmetria (skewness); Kurtosis = Indice di curtosi. I valori riportati riflettono la distribuzione delle risposte dei partecipanti sulla scala Likert a 7 punti (da -3 a +3).

4.4 Analisi Fattoriale Confermativa (CFA)

La verifica della struttura fattoriale del C-NIP all'interno del campione in esame è stata condotta attraverso un percorso analitico incrementale, ancorato all'esame rigoroso dei risultati.

4.4.1 Il modello teorico originale

In una prima fase, è stato testato il modello originale a quattro fattori e 18 item proposta da Cooper e Norcross (2016). L'esito di questa analisi ha restituito indici di adattamento globali nettamente al di sotto delle soglie di accettabilità, con un Robust CFI pari a 0.559 e un Robust RMSEA uguale a 0.111, evidenziando un severo disallineamento tra la matrice di covarianza teorica e quella osservata. In particolare, l'Item 5 afferente alla Direttività ha mostrato una saturazione trascurabile pari a $\lambda=0.157$, l'Item 13 relativo al Passato uguale a $\lambda=-0.120$, mentre l'Item 10, teoricamente associato all'Intensità Emotiva, ha palesato un'incoerenza strutturale severa saturando in negativo ($\lambda=-0.197$; si veda la Tabella 4.4, colonna Modello Originale). Infine, l'Item 14, concepito originariamente per misurare il Supporto Emotivo-Empatico, si è fermato a una saturazione marginale uguale a $\lambda=0.213$.

4.4.2 Analisi degli indici di modifica e diagnostica del modello

L'analisi si è estesa alla diagnostica degli Indici di Modifica (Modification Indices), un'indagine che ha fatto emergere correlazioni di errore non specificate dalla teoria originaria dello strumento. Al vertice delle criticità è emersa una massiccia varianza residua condivisa tra l'Item 5 e l'Item 14, quantificata da un indice di modifica superiore a 13.7. Questo dato segnala che l'Item 14 non ha operato come indicatore puro del Supporto Emotivo-Empatico nel campione, mostrando una spiccata tendenza a covariare con la dimensione della Direttività. Sebbene dal punto di vista meramente statistico sarebbe stato sufficiente specificare una covarianza libera tra gli errori dei due indicatori per assorbire l'alterazione locale e incrementare artificialmente l'adattamento

globale del modello, si è preferito optare per una strategia di selezione più rigorosa, procedendo all'esclusione formale dell'Item 14 dalle analisi successive. Questa decisione è stata guidata in primo luogo da ragioni metodologiche legate alla stabilità e alla replicabilità trans-campionaria della struttura fattoriale; permettere agli errori residui di correlare liberamente (effetto post-hoc) tende infatti a introdurre nel modello sovrastrutture guidate dal rumore statistico specifico del campione, un rischio particolarmente elevato in contesti con una numerosità campionaria moderata ($N = 100$). Inoltre, un'analisi qualitativa del contenuto dell'Item 14 ha rivelato una parziale sovrapposizione concettuale e linguistica con l'Item 5. In un'ottica di parsimonia dello strumento, mantenere entrambi gli indicatori avrebbe minato la validità discriminante della scala, introducendo una ridondanza interna non giustificata da costrutti latenti addizionali. L'ispezione degli indici di modifica ha inoltre evidenziato altre due cospicue fonti di alterazione locale: una forte correlazione residua tra gli errori dell'Item 6 e dell'Item 9, e tra l'Item 7 e l'Item 8. Queste correlazioni riguardano il dominio dell'orientamento emozionale e indicano che tali coppie di item hanno condiviso quote di varianza legate a una specifica modalità di gestione della relazione immediata in seduta, non intercettata adeguatamente dalla struttura a quattro fattori originaria. I parametri diagnostici salienti degli indici di modifica sono sintetizzati nella Tabella 4.3.

Tabella 4.3 *Indici di Modifica (MI) principali ed Expected Parameter Change (EPC) per il Modello Teorico Originale del C-NIP*

Sinistra	Op.	Destra	MI	EPC
item5	~~	item14	13.715	-1.393
item7	~~	item8	13.531	0.931
item6	~~	item9	12.391	2.058
direttività	=~	item13	11.992	-0.442
item2	~~	item11	11.701	0.621
item13	~~	item18	10.386	-0.790
passato	=~	item5	10.151	0.498

Sinistra	Op.	Destra	MI	EPC
direttività	=~	item14	8.916	-0.554
item4	~~	item13	7.963	-0.753
item10	~~	item13	7.726	0.622
passato	=~	item2	7.329	0.338
direttività	=~	item17	7.298	-0.325
item11	~~	item12	7.188	8.324
item8	~~	item14	6.830	-0.987
supporto	=~	item5	6.752	1.270

Nota. MI = Modification Index (Indice di Modifica); EPC = Expected Parameter Change (Cambiamento Parametrico Atteso). L'operatore ~~ indica una covarianza residua (correlazione d'errore) tra gli indicatori; l'operatore =~ indica una saturazione cross-loading potenziale del fattore sull'item (indicatore cross-caricato). Sono riportate solo le modifiche con valore di MI >6.5.

4.4.3 Il modello a cinque fattori

Basandosi sulle evidenze diagnostiche latenti che hanno rilevato forti correlazioni residue all'interno del macro-fattore emotivo, si è deciso di esplorare il modello a cinque fattori di La Tona, che mirava a isolare la dimensione dell'Immediatezza relazionale (immediacy) per separarla dall'Intensità Emotiva. Tale configurazione è stata testata integrando la precedente esclusione dell'Item 14, al fine di verificare se la rimozione di questo indicatore e una maggiore specificità delle dimensioni potessero assorbire le alterazioni locali riscontrate nei residui delle scale relazionali. L'obiettivo era verificare se una maggiore specificità delle dimensioni potesse assorbire le alterazioni locali riscontrate nei residui delle scale relazionali. Tuttavia, l'analisi ha prodotto un fallimento della convergenza statistica. Lavaan non ha completato l'algoritmo di stima dopo 953 iterazioni, segnalando una severa instabilità statistica del modello e generando varianze negative (nello specifico, una varianza residua ampiamente negativa per l'Item 6, pari a -4869.71, note in letteratura come Heywood cases). Questo esito ha fornito una prova empirica

che l'espansione della struttura fattoriale del C-NIP non costituisce una soluzione percorribile nel presente campione. L'eccessivo numero di parametri da stimare (pari a 42), se rapportato alla limitata numerosità campionaria ($N = 100$), ha finito per esasperare la fragilità computazionale del modello, confermando la necessità di ripiegare su soluzioni più parsimoniose a quattro fattori.

4.4.4 Il Modello a quattro fattori A

A fronte dell'impossibilità di sostenere il modello originale a 4 fattori e il modello a 5 fattori, si è resa necessaria una procedura di re-specificazione del modello a 4 fattori strettamente guidata dai risultati precedenti. Il processo di re-specificazione non è derivato da assunti teorici aprioristici, ma si è articolato in due fasi. Il primo intervento, identificato come Modello A, ha previsto la rimozione degli Item 5, 10 e 14 per gli scarsi pesi fattoriali e diretti responsabili delle correlazioni tra residui evidenziate precedentemente. Questa prima re-specificazione ha innescato un iniziale recupero degli indici di fit globale (con 64 iterazioni totali), portando il Robust CFI a 0.651, il Robust TLI a 0.564, e il Robust RMSEA a 0.110, a fronte di un SRMR pari a 0.114. I pesi fattoriali standardizzati di questa fase intermedia sono dettagliati nella colonna dedicata all'interno della Tabella 4.4.

4.4.5 Il Modello B

La successiva re-specificazione (Modello B) ha comportato l'ulteriore eliminazione degli Item 6, 13 e 17 perché presentavano un'elevata varianza d'errore residua che ostacolava l'adattamento ottimale della matrice di covarianza. L'approdo a questa configurazione definitiva a dodici item, articolata sui quattro fattori ri-definiti di Direttività (Item 1, 2, 3, 4), Immediatezza (Item 7, 8, 9), Orientamento al Passato (Item 11, 12) e Supporto Emotivo-Empatico (Item 15, 16, 18), ha sancito il successo dell'operazione. Il Modello B ha raggiunto ottimi parametri di adattamento complessivo dopo 61

iterazioni, con un Robust CFI di 0.878, un Robust TLI di 0.832, un Robust RMSEA di 0.071 e un SRMR di 0.079. Tutti i pesi fattoriali standardizzati del modello finale (consultabili nella Tabella 4.4) sono risultati statisticamente significativi, configurando questa struttura parsimoniosa come la struttura ottimale nel campione dello studio.

Tabella 4.4 *Evoluzione dei carichi fattoriali standardizzati (CFA) attraverso le fasi di purificazione del modello. Le celle evidenziate indicano l'esclusione dell'item nella rispettiva iterazione.*

Item	Originale (18 item)	Modello A (15 item)	Modello B (12 item)	Esito Finale
1	0.808	0.814	0.819	Mantenuto
2	0.683	0.685	0.677	Mantenuto
3	0.573	0.565	0.560	Mantenuto
4	0.503	0.499	0.508	Mantenuto
5	0.157			Rimosso Mod. A
6	0.609	0.651		Rimosso Mod. B
7	0.111	0.126	0.432	Mantenuto
8	0.175	0.177	0.875	Mantenuto
9	0.924	0.856	0.197	Mantenuto
10	-0.197			Rimosso Mod. A
11	0.763	0.763	0.716	Mantenuto
12	0.820	0.821	0.881	Mantenuto
13	-0.120	0.211		Rimosso Mod. B
14	0.213			Rimosso Mod. A
15	0.538	0.536	0.549	Mantenuto
16	0.665	0.681	0.669	Mantenuto

Item	Originale (18 item)	Modello A (15 item)	Modello B (12 item)	Esito Finale
17	0.181	0.433		Rimosso Mod. B
18	0.454	0.450	0.450	Mantenuto

La validità di questa re-specificazione ha la sua prova più evidente nell'aumento dei pesi fattoriali degli item mantenuti, dettagliata nella Tabella 4.4. L'eliminazione delle correlazioni tra residui e del rumore statistico ha sbloccato la capacità discriminativa degli item inclusi. Il caso emblematico è rappresentato dall'Item 7, il cui peso fattoriale standardizzato è balzato dal debole valore di $\lambda = 0.111$, registrato nella prima fase di re-specificazione (Modello A), al più solido $\lambda = 0.432$ del modello definitivo (Modello B). Questo incremento dimostra empiricamente come il peso dell'item fosse precedentemente soppresso dall'errore introdotto dagli item instabili e ridondanti all'interno del dominio emotivo originario; una volta isolata la dimensione specifica dell'Immediatezza, l'item ha riacquisito la propria salienza.

4.4.6 Confronto con la letteratura recente

Sebbene la letteratura internazionale tenda a validare la struttura originaria a 18 item su campioni ampi, che tipicamente tollerano un'elevata estensione degli item (cfr. Marsh et al., 2004), lo studio presente dimostra che la tenuta psicometrica del C-NIP è fortemente dipendente dalla parsimonia strutturale quando applicata a campioni clinici di dimensioni moderate (N=100). L'incompatibilità dell'Item 14 con la dimensione specifica e l'impossibilità computazionale di sostenere un modello espanso a 5 fattori evidenziano come la misurazione debba essere necessariamente adattata per evitare distorsioni nei parametri di stima, assicurando così che i punteggi finali riflettano fedelmente

i costrutti latenti indagati senza l'interferenza di rumore statistico o Heywood cases.

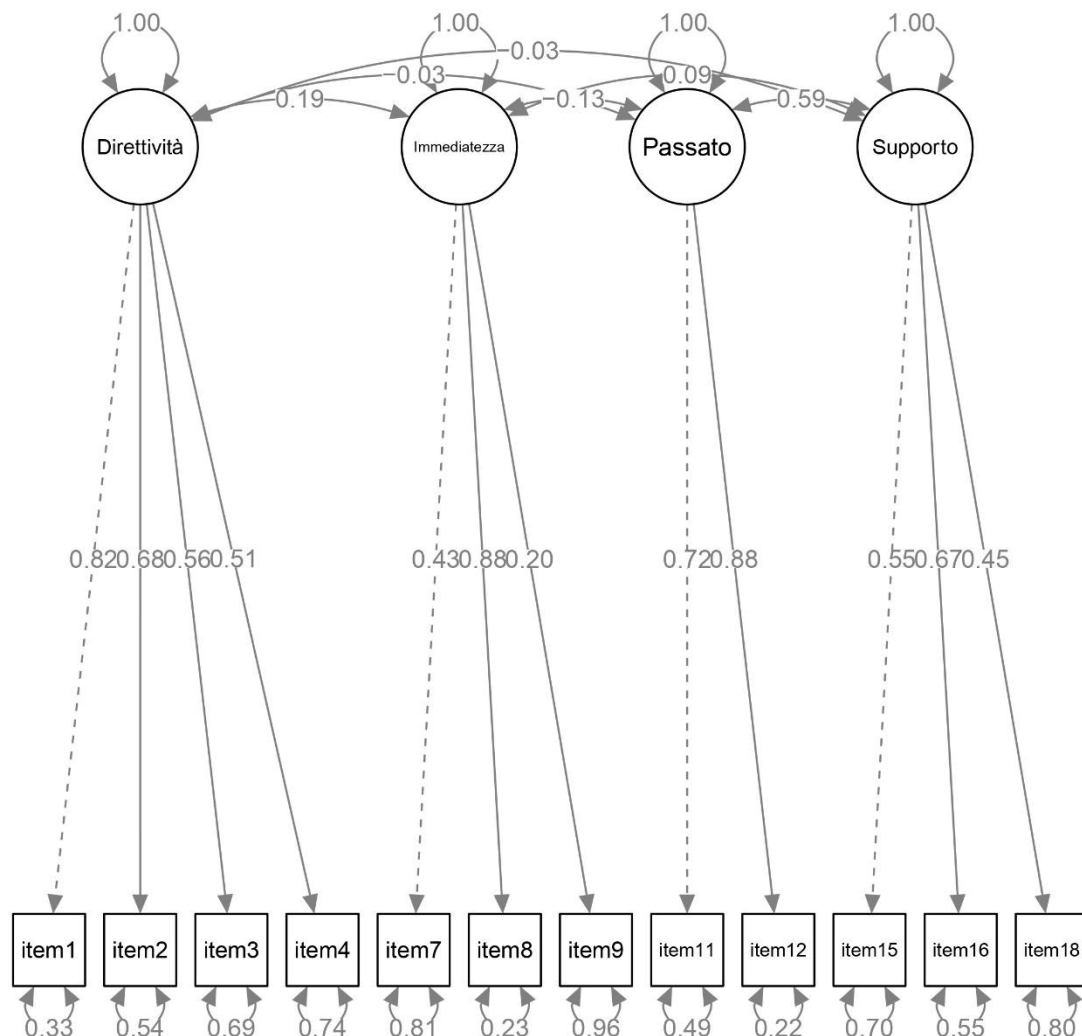
4.5 Rappresentazione Grafica e Analisi delle Covarianze

A completamento della verifica strutturale, il modello definitivo è stato trasposto in un diagramma strutturale (CFA path diagram), un supporto grafico che permette di visualizzare simultaneamente il modello di misurazione e le relazioni tra i fattori latenti. Come mostra la Figura 4.1 (tratta dall'output grafico standardizzato), i quattro fattori spiegano in modo stabile la varianza dei rispettivi indicatori. L'esame visivo conferma la solidità del modello re-specificato: le saturazioni fattoriali si registrano nell'Item 1 per la Direttività ($\lambda = 0.819$), nell'Item 8 per l'Immediatezza ($\lambda = 0.875$) e nell'Item 12 per l'Orientamento al Passato ($\lambda = 0.881$). Le varianze residue risultano adeguatamente contenute per la quasi totalità degli item, confermando la riduzione del rumore statistico.

Il dato clinicamente più rilevante fornito da questa rappresentazione riguarda la matrice delle correlazioni standardizzate tra i fattori latenti. La maggior parte delle associazioni inter-fattoriali risulta prossima allo zero o di entità trascurabile, evidenziando una sostanziale indipendenza della Direttività rispetto all'Orientamento al Passato ($r = -0.030$) e al Supporto Emotivo-Empatico ($r = -0.030$). Questa diffusa ortogonalità dimostra che i fattori misurano preferenze terapeutiche distinte e non sovrapponibili. Al contempo, emerge un'unica eccezione di grande interesse clinico e teorico: la correlazione positiva e di moderata intensità, pari a 0.593, riscontrata tra i fattori di Orientamento al Passato e Supporto Emotivo-Empatico. Questo parametro indica che i pazienti propensi all'esplorazione dei propri trascorsi biografici tendono a richiedere, parallelamente, un elevato livello di accoglienza empatica. Tale dinamica relazionale risulta perfettamente coerente con la pratica clinica ed esplicativa della teoria dell'attaccamento: come originariamente teorizzato

da Bowlby (1988), l'elaborazione di vissuti pregressi dolorosi o potenzialmente traumatici richiede la presenza di una "base sicura" nel terapeuta, fornita in questo contesto da un clima fortemente supportivo che consente al paziente di tollerare e rielaborare l'attivazione emotiva connessa ai propri ricordi. La stabilità e la significatività di questa correlazione certificano in via definitiva che il Modello B non costituisce soltanto una costruzione statisticamente efficiente e parsimoniosa, ma una fedele e accurata rappresentazione delle reali esigenze relazionali manifestate dai partecipanti all'interno del setting clinico.

Figura 4.1 Diagramma di percorso (Path Diagram) del Modello B finale a 12 item con stime standardizzate.



Nota. La figura illustra l'architettura a quattro fattori del C-NIP ottenuta a seguito della procedura di purificazione psicometrica. I cerchi superiori rappresentano le dimensioni latenti, mentre i quadrati inferiori indicano i dodici indicatori osservati (item) mantenuti nel

modello. I valori riportati lungo le frecce direzionali continue indicano i carichi fattoriali standardizzati (λ), che quantificano l'intensità della saturazione di ciascun item sul rispettivo costrutto. Le frecce curve bidirezionali in alto indicano le covarianze stimate tra le variabili latenti, evidenziando la sostanziale ortogonalità dei fattori, con l'eccezione della correlazione positiva ($r = 0.593$) tra Orientamento al Passato e Supporto Emotivo-Empatico. Infine, i valori numerici associati a ciascun indicatore rappresentano le varianze residue (errore di misurazione) di ogni singolo item.

4.6 Attendibilità e Coerenza Interna delle nuove scale

La Direttività e l'Orientamento al Passato, rispettivamente di 4 e 2 item, hanno mostrato valori di coerenza interna pienamente soddisfacenti ($\alpha = 0.71$ e $\alpha = 0.77$), mentre il Supporto e l'Immediatezza si sono attestate su valori inferiori alla soglia canonica ($\alpha = 0.57$ e $\alpha = 0.46$). Tuttavia, è ampiamente documentato in letteratura che il coefficiente α si fonda sul rigido assunto statistico della tau-equivalenza, presupponendo che tutti gli item contribuiscano in egual misura alla misurazione del costrutto latente. Considerando la marcata eterogeneità dei pesi fattoriali emersa durante la CFA, si è ritenuto metodologicamente necessario affiancare all'Alfa il calcolo dell' ω di McDonald, un indice che stima l'affidabilità rispettando il reale peso (saturazione) di ciascun indicatore. Come atteso, l' ω ha restituito valori sistematicamente superiori, offrendo una stima più accurata dell'attendibilità delle scale. Nello specifico, l' ω della Direttività si è attestato a 0.74, mentre il Passato ha mostrato un valore pari a $\omega = 0.77$. Di cruciale importanza risultano i valori osservati per le due scale più critiche: il Supporto ha raggiunto un valore di $\omega = 0.58$, mentre l'Immediatezza ha evidenziato un valore pari a $\omega = 0.52$ (si veda la Tabella 4.5).

Tabella 4.5 Indici di Attendibilità delle Scale del C-NIP (Modello B)

Fattore	N. Item	Alfa di Cronbach	Omega di McDonald	MIC
Direttività	4.00	0.71	0.74	-
Immediatezza	3.00	0.46	0.52	0.21

Fattore	N. Item	Alfa di Cronbach	Omega di McDonald	MIC
Passato	2.00	0.77	0.77	-
Supporto	3.00	0.57	0.58	0.31

Nota. MIC = Correlazione Media Inter-Item (calcolata per corroborare le scale composte da 3 item; range ottimale: 0.15 - 0.50).

Sebbene i coefficienti delle scale del Supporto e dell'Immediatezza rimangano moderati, tali valori non devono essere interpretati come un limite di attendibilità delle scale, bensì alla luce di una precisa dinamica fisiologica: essendo entrambe le dimensioni composte da soli tre item, esse subiscono una severa penalizzazione in tutti gli indici di attendibilità. Per corroborare la coerenza interna di queste scale e neutralizzare l'artefatto statistico, si è proceduto in ultima istanza al calcolo della Correlazione Media Inter-Item (Mean Inter-item Correlation, MIC). La letteratura psicometrica individua nell'intervallo compreso tra 0.15 e 0.50 il range ottimale per certificare la coerenza interna di scale brevi. Nel presente campione, la MIC ha restituito un valore di 0.21 per la scala dell'Immediatezza e di 0.31 per la scala del Supporto. La collocazione di tali parametri esattamente al centro del range ottimale costituisce la prova empirica definitiva: nonostante l'esigua numerosità degli item, le scale delineate dal Modello B risultano coese, stabili e in grado di misurare coerentemente le preferenze relazionali del paziente, privando lo strumento di ogni residuo rumore statistico.

4.7 Statistiche descrittive delle nuove scale e profili dei partecipanti

Sono stati calcolati i punteggi individuali in ciascuna delle nuove scale come medie delle risposte e si è proceduto all'analisi delle statistiche descrittive per delineare il profilo delle preferenze terapeutiche all'interno del campione (si veda la Tabella 4.6). Essendo i punteggi mantenuti sulla metrica originale della

scala di risposta Likert a 7 punti (da -3 a +3), i valori medi positivi indicano una propensione verso uno specifico polo del costrutto indagato, mentre il segno negativo indica una preferenza per il polo opposto. La dimensione della Direttività registra il punteggio medio più elevato in assoluto ($M = 1.56$, $DS = 1.20$), segnalando una chiara e diffusa preferenza del campione verso uno stile terapeutico strutturato, in cui il professionista assume un ruolo di guida attiva. Tale tendenza è corroborata dal valore negativo dell'asimmetria ($Skewness = -1.10$), indicativa della distribuzione fortemente sbilanciata delle risposte verso le polarità positive più alte della scala. Un andamento simile, seppur con una dispersione leggermente inferiore, si osserva per la scala dell'Immediatezza ($M = 1.42$, $DS = 1.01$), che denota una solida propensione dei pazienti a preferire un lavoro clinico sulle dinamiche del “qui e ora” della relazione terapeutica ($Skewness = -0.25$). L'Orientamento al Passato presenta un valore medio positivo ($M = 0.72$) e un'elevata deviazione standard ($DS = 1.63$), che fotografa un campione fortemente eterogeneo: le risposte si estendono lungo l'intero range disponibile (da -3.00 a +3.00), indicando che i pazienti si dividono nettamente tra coloro che avvertono una forte necessità di esplorare i propri trascorsi biografici e coloro che, al contrario, preferiscono evitarne l'indagine. Infine, la scala del Supporto registra un valore medio prossimo allo zero ($M = 0.16$, $DS = 1.29$), che suggerirebbe un posizionamento complessivamente neutrale del campione rispetto alla dicotomia tra un atteggiamento accogliente e uno maggiormente sfidante.

Tuttavia, un'attenta interpretazione delle statistiche descrittive richiede di superare il dato medio per evidenziare la presenza di preferenze individuali estremamente marcate, emerse in particolare nell'Item 18 e nell'Item 17. Sebbene l'Item 17 sia stato rimosso dalla struttura fattoriale del Modello B per ottemperare ai criteri di stabilità psicometrica delineati in precedenza, l'osservazione clinica delle distribuzioni su questi due specifici indicatori mostra una concentrazione di risposte decise e intense. Tali polarizzazioni confermano la spiccata centralità di un bisogno di confronto attivo e di una

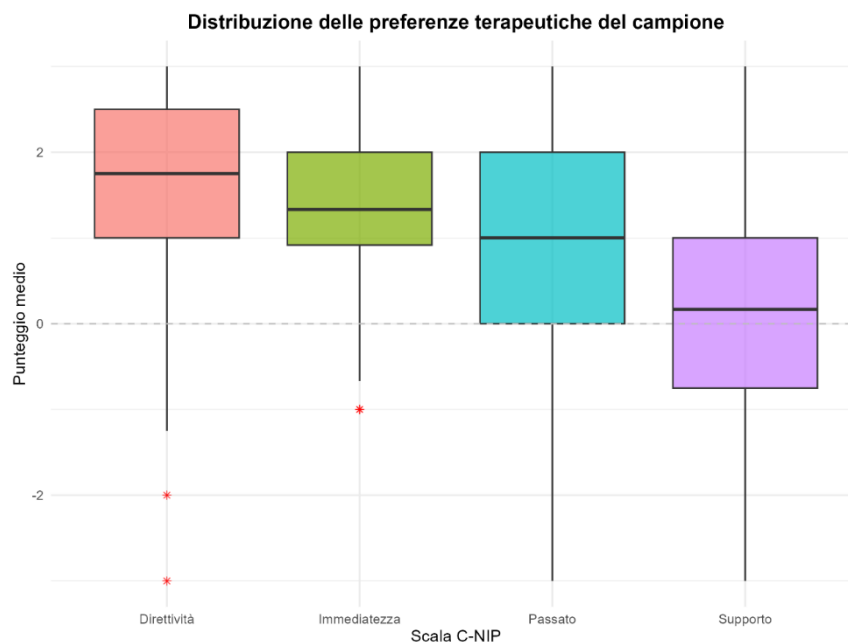
guida incisiva, dimostrando come un'analisi ancorata alla singola affermazione possa rivelare sfumature relazionali essenziali che la media dimensionale tenderebbe altrimenti a mascherare.

Tabella 4.6 *Statistiche Descrittive delle Scale del C-NIP (Modello B)*

Scala	Media	DS	Min	Max	Asimmetria	Curtosi
Direttività	1.56	1.20	-3.00	3.00	-1.10	1.38
Immediatezza	1.42	1.01	-1.00	3.00	-0.25	-0.55
Passato	0.72	1.63	-3.00	3.00	-0.26	-0.72
Supporto	0.16	1.29	-3.00	3.00	-0.19	-0.13

Nota. DS = Deviazione Standard. I punteggi variano da -3 a +3.

Figura 4.2 *Diagramma a scatola (Box Plot) delle quattro dimensioni del C-NIP (Modello B)*



Nota. I box plot mostrano la distribuzione dei punteggi medi per ciascuna dimensione. La linea nera orizzontale all'interno di ciascuna scatola rappresenta la mediana; i confini della scatola indicano il primo e il terzo quartile. I punti in rosso situati oltre i baffi rappresentano i casi definiti statisticamente come outlier.

La sintesi statistica presentata nella Tabella 4.6 trova un riscontro immediato nell'analisi visiva delle distribuzioni riportata nella Figura 4.2. Il diagramma a scatola (Box Plot) permette di apprezzare la natura eterogenea delle preferenze espresse dal campione, confermando visivamente come la Direttività e l'Immediatezza si posizionino stabilmente al di sopra della linea di neutralità (valore 0), a riprova di un bisogno diffuso di orientamento e di una focalizzazione sulle dinamiche del “qui-e-ora” della relazione terapeutica. Di particolare interesse è la configurazione geometrica della scala dell'Orientamento al Passato: l'ampiezza significativa della scatola e la lunghezza dei baffi descrivono graficamente un campione caratterizzato da una marcata variabilità inter-individuale, confermando la compresenza di segmenti clinici con bisogni relazionali polarizzati e contrapposti. Infine, la presenza di outlier (evidenziati in rosso) in corrispondenza di alcune scale segnala l'esistenza di pazienti con configurazioni di preferenze atipiche, che si discostano significativamente dal profilo medio del campione. Tale evidenza visuale rafforza la tesi secondo cui il C-NIP non debba essere inteso come uno strumento di classificazione o di inquadramento nosografico, bensì come un dispositivo clinico di assessment relazionale in grado di far emergere l'unicità del bisogno del singolo paziente, catturando anche quelle sfumature estreme che l'analisi della sola media dimensionale tenderebbe inevitabilmente a neutralizzare.

4.8 Analisi delle relazioni tra le nuove scale

4.8.1 Correlazioni per ranghi di Spearman

Per indagare la forza e la natura dei legami intercorrenti tra le nuove scale del C-NIP, è stata calcolata la matrice dei coefficienti di correlazione per ranghi di Spearman (r_s) tra i punteggi medi delle quattro scale (si veda la Tabella 4.7). La scelta di tale indice non parametrico garantisce una stima robusta e al riparo da distorsioni computazionali, prescindendo dall'assunto di normalità multivariata

nella distribuzione dei dati osservati. I risultati confermano una sostanziale indipendenza tra la maggior parte dei domini indagati, fornendo un ulteriore e solido supporto a favore della specificità e della reciproca distintività delle dimensioni dello strumento: le preferenze relazionali dei pazienti si configurano come costrutti tra loro distinti e non sovrapponibili. L'associazione statisticamente più rilevante ed elevata si osserva tra le scale dell'Orientamento al Passato e del Supporto Emotivo-Empatico ($r_s = 0.379$, $p < .001$). Tale evidenza suggerisce che, nel campione esaminato, la necessità di esplorare i propri trascorsi biografici e le determinanti passate del malessere psichico si accompagni in modo speculare a un bisogno di maggiore accoglienza e calore affettivo da parte del terapeuta. Dal punto di vista clinico, questo legame convalida l'ipotesi per cui l'accesso a materiale biografico profondo e potenzialmente angoscioso richieda l'attivazione preliminare di una "base sicura" e di un clima fortemente supportivo nel setting. In secondo luogo, si rileva una correlazione positiva, sebbene di entità debole, tra i domini di Direttività e Immediatezza ($r_s = 0.199$, $p < .05$). Questo dato indica una parziale tendenza, in un segmento del campione, a desiderare un terapeuta che sappia coniugare una guida attiva e strutturante sul piano metodologico con una costante attenzione a ciò che accade nel "qui e ora" della sessione clinica, integrando la focalizzazione relazionale dinamica con la necessità di una cornice d'intervento definita.

Tabella 4.7 Matrice delle correlazioni di Spearman tra i fattori del C-NIP nel campione clinico

	Direttività	Immediatezza	Passato	Supporto
Direttività	—			
Immediatezza	0.199*	—		
Passato	0.018	-0.031	—	
Supporto	0.112	0.051	0.379***	—

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. I coefficienti privi di asterisco non risultano statisticamente significativi.

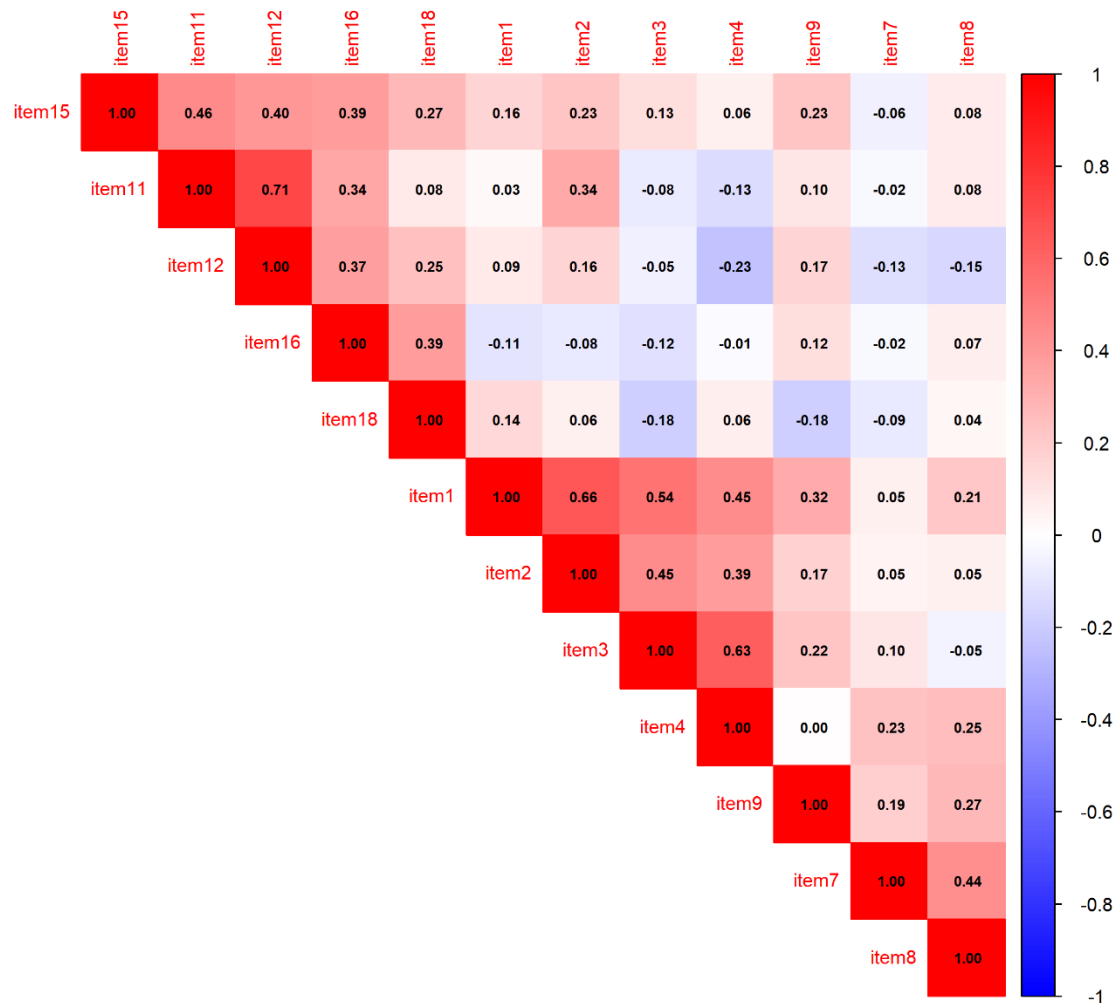
4.8.2 Correlazioni policoriche inter-item

Al fine di superare i limiti intrinseci derivanti dalla natura discreta e categorica degli item su scala ordinale, è stata calcolata la matrice delle correlazioni policoriche tra i dodici indicatori che compongono il Modello B finale. Tale approccio stima la relazione lineare tra le variabili latenti continue sottostanti ai giudizi discreti espressi dai rispondenti, fornendo una rappresentazione più accurata della struttura interna dello strumento, al riparo da distorsioni dovute alla formattazione Likert.

L'analisi evidenzia coefficienti di correlazione marcatamente elevati e coerenti tra gli item appartenenti al medesimo fattore latente, a fronte di legami interfattoriali che si attestano su valori prossimi allo zero, fornendo una prova visiva e numerica dell'omogeneità interna e della netta distintività delle scale del modello. La rappresentazione grafica di questa matrice, strutturata tramite una mappa di calore (heatmap) (si veda la Figura 4.3), permette di apprezzare immediatamente la netta segregazione dei dodici item in blocchi geometrici ben definiti, corrispondenti alle dimensioni di Direttività, Immediatezza, Orientamento al Passato e Supporto Emotivo-Empatico. Tale evidenza attesta la solidità psicometrica del C-NIP e la sua precisione nel catturare le specifiche costellazioni di preferenze relazionali manifestate dal campione.

Figura 4.3

Mappa di calore (Heatmap) della matrice di correlazione policorica tra gli item del Modello B.



***Nota.** L'intensità del colore e la dimensione dei quadranti indicano l'entità del coefficiente di correlazione policorica. I quattro blocchi densi lungo la diagonale principale evidenziano l'elevata coerenza interna degli item raggruppati nei rispettivi fattori del C-NIP*

4.8.3 Differenze di genere nelle preferenze terapeutiche

Al fine di verificare l'eventuale impatto delle variabili socio-demografiche sulle preferenze relazionali e tecniche dei pazienti, si è proceduto al confronto dei punteggi medi ottenuti nelle quattro scale (Modello B) in base al genere dei rispondenti. Considerata la marcata non-normalità distributiva precedentemente riscontrata e descritta a livello degli indicatori, l'analisi statistica inferenziale è

stata condotta applicando il test non parametrico di Mann-Whitney (U di Wilcoxon) per campioni indipendenti.

I risultati delle verifiche inferenziali non hanno evidenziato differenze statisticamente significative in nessuna delle dimensioni indagate, delineando un profilo di preferenza relazionale sostanzialmente omogeneo rispetto al genere. I parametri analitici dettagliati sono sintetizzati nella Tabella 4.8, mentre la distribuzione visiva dei punteggi individuali nei due gruppi è confrontata nel diagramma a scatola comparativo (*Box Plot*) riportato nella Figura 4.4.

Per quanto concerne la dimensione della Direttività, i pazienti di genere maschile hanno registrato una media lievemente superiore rispetto alle pazienti di genere femminile ($M_{\text{Donne}}=1.875$ vs. $M_{\text{Uomini}}=2.083$), una divergenza che tuttavia non ha raggiunto la significatività statistica ($W=489.0$, $p=.679$). Un andamento analogo, caratterizzato da una sostanziale equivalenza tra i gruppi, è emerso sia per la scala di Immediatezza ($M_{\text{Donne}}=1.436$ vs. $M_{\text{Uomini}}=1.306$; $W=542.0$, $p=.885$) sia per l'Orientamento al Passato, dove i punteggi medi sono risultati pressoché sovrapponibili ($M_{\text{Donne}}=0.716$ vs. $M_{\text{Uomini}}=0.708$; $W=531.0$, $p=.979$).

Infine, la scala relativa al Supporto Emotivo-Empatico ha mostrato una lieve polarizzazione clinica: il sottocampione femminile ha espresso un orientamento debolmente positivo verso l'accoglienza empatica ($M_{\text{Donne}}=0.186$), mentre il sottocampione maschile si è collocato in prossimità dello zero, mostrando una tendenza marginalmente negativa ($M_{\text{Uomini}}=-0.056$). Nonostante tale scostamento rifletta un dato fenomenologico degno di nota, il test inferenziale ha confermato l'assenza di una discrepanza sistematica o statisticamente rilevante ($W=596.5$, $p=.469$).

In conclusione, l'assenza di significatività statistica nei confronti di genere suggerisce che, all'interno del presente campione clinico, i costrutti indagati dal C-NIP si configurino come dimensioni indipendenti dal genere biologico dei soggetti. Le variazioni individuali non appaiono strutturate sulla base della

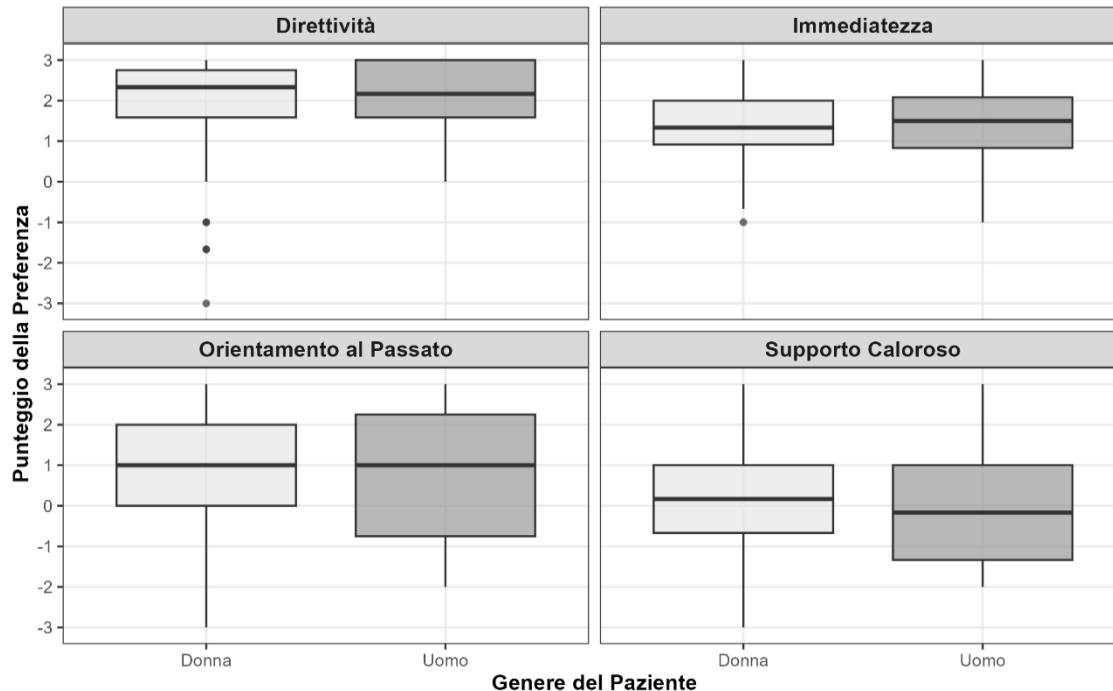
dicotomia maschio/femmina, rafforzando l'ipotesi clinica fondamentale secondo cui il bisogno di personalizzazione del setting debba basarsi su criteri squisitamente idiografici e personologici piuttosto che su categorie demografiche macroscopiche.

Tabella 4.8 Confronti di genere per le quattro scale del C-NIP (Modello B) tramite il test di Mann-Whitney

Scala	Media Donne	Media Uomini	W	p-value
Direttività	1.875	2.083	489.0	0.679
Immediatezza	1.436	1.306	542.0	0.885
Orientamento al Passato	0.716	0.708	531.0	0.979
Supporto Emotivo-Empatico	0.186	-0.056	596.5	0.469

Nota. I valori delle medie si riferiscono ai punteggi calcolati nel range da -3 a +3. Il livello di significatività critica è impostato a $\alpha = 0.05$.

Figura 4.4 Boxplot comparativo delle preferenze terapeutiche (C-NIP Modello B) in base al genere dei pazienti.



Nota. Le linee interne alle scatole indicano le mediane, i box rappresentano l'intervallo interquartile (IQR) e i baffi mostrano l'estensione della distribuzione.

4.8.4 Impatto dell'età

In linea con la strategia analitica precedentemente adottata per gestire la non-normalità distributiva delle variabili, il legame tra l'età (trattata come variabile continua) e le scale è stato stimato mediante il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (r_s). I parametri della verifica inferenziale (riassunti nella Tabella 4.9) hanno escluso la presenza di associazioni significative, indicando una sostanziale indipendenza tra l'età del paziente e le preferenze espresse circa il funzionamento del setting terapeutico. La dispersione dei punteggi individuali in funzione dell'età è illustrata graficamente nei diagrammi di dispersione (Figura 4.5).

Per quanto concerne la dimensione della Direttività, il coefficiente è risultato prossimo allo zero e privo di significatività statistica ($r_s = -0.044$, $p = .667$), indicando che la richiesta di un terapeuta più o meno strutturato e prescrittivo non varia in funzione dell'età del rispondente. Un'evidenza speculare si è registrata per l'Orientamento al Passato, che mostra un'associazione altrettanto trascurabile e non significativa ($r_s = -0.045$, $p = .658$), suggerendo come l'interesse a esplorare le radici storiche del proprio disagio non sia appannaggio di specifiche fasce d'età nel campione clinico considerato. Anche le dimensioni focalizzate sulla dinamica interpersonale in tempo reale hanno confermato questo pattern di indipendenza. La scala dell'Immediatezza ha configurato un'associazione nulla ($r_s = 0.040$, $p = .693$), così come la dimensione del Supporto Emotivo-Empatico ($r_s = 0.041$, $p = .683$), a riprova del fatto che la domanda di accoglienza empatica e la disponibilità a riflettere sulla relazione nel "qui e ora" rimangono costanti lungo il continuum anagrafico esaminato. Nel complesso, i risultati della matrice di correlazione consentono di escludere l'età come variabile predittiva delle preferenze terapeutiche all'interno del presente campione. Dal punto di vista clinico, tale evidenza confuta l'idea stereotipata secondo cui i pazienti più giovani o più adulti manifestino orientamenti intrinsecamente rigidi o differenziati verso specifici assetti tecnici (ad esempio, una presunta maggiore domanda di direttività nei giovani o una

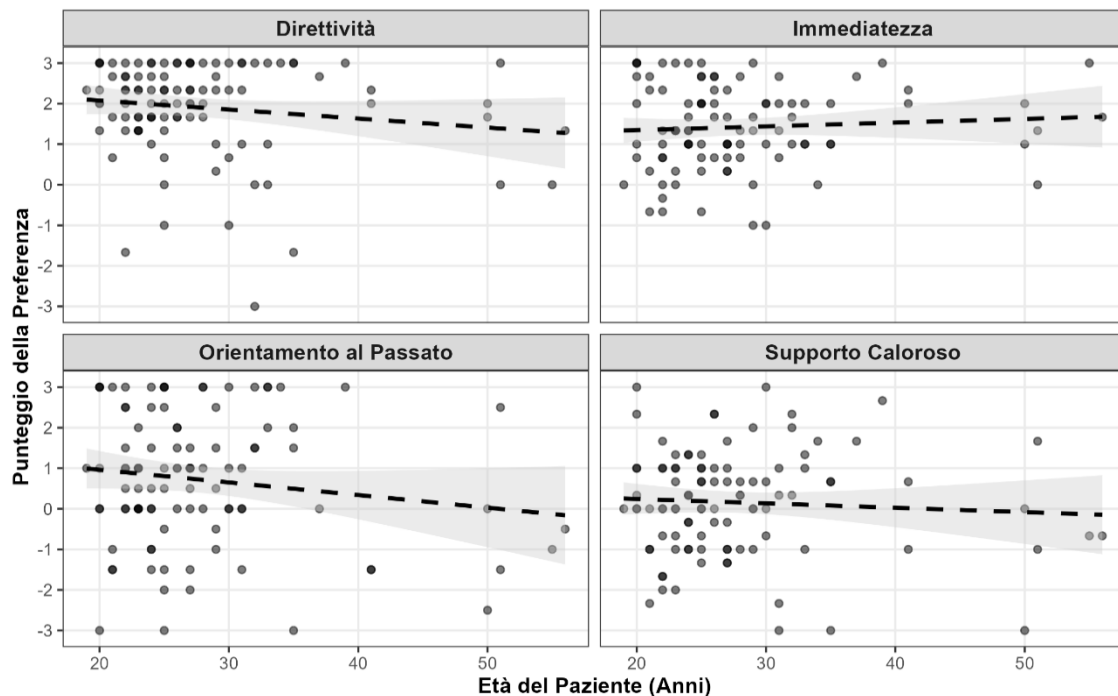
maggiore propensione al passato negli adulti). I dati supportano invece la necessità di un'esplorazione individualizzata del costrutto, avvalorando l'ipotesi che le preferenze del paziente siano guidate da variabili idiografiche complesse, assetti di personalità o urgenze sintomatologiche specifiche, piuttosto che dall'anagrafica oggettiva.

Tabella 4.9 Correlazioni di Spearman tra l'età dei pazienti e le scale del C-NIP (Modello B)

Scala	rho di Spearman (r_s)	p-value
Direttività	-0.044	0.667
Immediatezza	0.040	0.693
Orientamento al Passato	-0.045	0.658
Supporto Emotivo-Empatico	0.041	0.683

Nota. r_s indica il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman. Il livello di significatività critica è impostato a $\alpha = 0.05$.

Figura 4.5 Scatterplot della relazione tra l'età cronologica dei pazienti e i punteggi nelle quattro dimensioni del C-NIP (Modello B)



Nota. I grafici mostrano la dispersione dei punteggi individuali in base all'età cronologica. Le linee tratteggiate indicano l'andamento della regressione lineare, mentre le aree grigie rappresentano l'intervallo di confidenza al 95%. L'andamento piatto delle linee riflette l'assenza di correlazione statistica.

4.9 Analisi dei cluster: Identificazione dei profili di pazienti

Al fine di superare la logica delle singole variabili isolate e intercettare la complessità delle configurazioni individuali, è stata eseguita un'analisi dei cluster (Cluster Analysis) di tipo gerarchico sui punteggi medi delle quattro nuove scale del C-NIP (Modello B). La clusterizzazione è stata operata applicando il criterio di combinazione basato sul metodo di Ward e calcolando le distanze geometriche mediante la metrica euclidea. L'ispezione del dendrogramma e la valutazione congiunta della parsimonia statistica e della rilevanza clinica hanno condotto all'adozione di una soluzione a tre cluster stabili, la quale riassume in macro-profilo omogenei le differenti domande di relazione terapeutica espresse dai 100 partecipanti. I profili quantitativi emersi dall'analisi, definiti dalle medie delle scale all'interno di ciascun raggruppamento, sono dettagliati nella Tabella 4.10. Il Cluster 1 ($n = 20$) identifica il profilo dei pazienti Pragmatici Focalizzati sul Presente. Questo sottogruppo è caratterizzato da punteggi spiccatamente elevati nella richiesta di Direttività ($M = 2.28$) e nella gestione interpersonale dell'Immediatezza ($M = 2.43$). Parallelamente, si osserva un netto rifiuto verso l'Orientamento al Passato ($M = -1.00$) e una polarizzazione negativa sulla scala del Supporto Emotivo-Empatico ($M = -0.77$). Sul piano clinico, tale configurazione delinea pazienti che esigono un setting altamente strutturato, attivo e focalizzato sul "qui e ora" della sessione, prediligendo compiti pratici e interventi mirati sul sintomo attuale rispetto all'accoglienza incondizionata o all'esplorazione storica e biografica delle dinamiche interne. Il Cluster 2 ($n = 68$) costituisce il raggruppamento numericamente maggioritario del campione e definisce il Profilo Integrato ad Alta Cooperazione. I partecipanti appartenenti a questo macro-cluster manifestano una domanda terapeutica versatile e multidimensionale. Si registrano infatti livelli elevati di Direttività ($M = 2.23$), associati a un solido investimento sia nell'Immediatezza relazionale ($M = 1.13$) sia nell'Orientamento al Passato ($M = 1.21$), a fronte di un'apertura moderatamente positiva verso il Supporto Emotivo-Empatico ($M = 0.34$).

Questa specifica costellazione suggerisce una buona flessibilità psicologica: il paziente integra funzionalmente il bisogno di una guida tecnica esperta con la piena disponibilità a elaborare i propri trascorsi biografici e a monitorare la dinamica relazionale in tempo reale con il clinico. Il Cluster 3 ($n = 12$), infine, isola la tipologia dei Pazienti Espressivo-Relazionali a Bassa Struttura. Questo cluster si differenzia radicalmente dai precedenti per via di un netto rifiuto dell'assetto direttivo, che si colloca su valori decisamente negativi ($M = -0.61$). Al contrario, questi soggetti esprimono la più alta domanda di Supporto Emotivo-Empatico dell'intero campione ($M = 0.67$), abbinata a un forte orientamento all'Immediatezza ($M = 1.39$) e all'indagine del Passato ($M = 0.79$). Dal punto di vista fenomenologico, il profilo intercetta la richiesta di una relazione terapeutica marcatamente simmetrica, calda, validante e a orientamento prevalentemente psicodinamico o umanistico, in cui il focus è posto sull'affetto, sull'accettazione e sul significato storico del disagio, piuttosto che sulle prescrizioni comportamentali. La scomposizione volumetrica dei gruppi evidenzia una netta prevalenza della configurazione integrata (Cluster 2), la quale raccoglie oltre i due terzi del campione complessivo, lasciando alle risposte tecnicamente o relazionalmente più polarizzate (Cluster 1 e Cluster 3) quote minoritarie ma clinicamente cruciali. La ripartizione volumetrica dei cento pazienti è illustrata visivamente nella Figura 4.6. Al di là della mera consistenza numerica di ciascun raggruppamento, l'elemento di maggiore interesse per la personalizzazione dell'intervento risiede nella configurazione geometrica dei profili, determinata dagli scostamenti delle medie attorno allo zero teorico. L'andamento delle risposte alle scale del C-NIP nei tre cluster è confrontato graficamente nella Figura 4.7. L'ispezione visiva di tali andamenti evidenzia come i tre gruppi si muovano su vettori di domanda ortogonali o speculari, confermando la presenza di stili di preferenza ben differenziati. La differenziazione dei cento soggetti in questi tre cluster specifici offre una validazione empirica fondamentale all'impianto teorico della personalizzazione (Evidence-Based Practice). L'esistenza di profili così distanti

tra loro dimostra che l'applicazione clinica del C-NIP non può limitarsi alla lettura isolata delle scale, ma deve valorizzare la sintesi gestaltica delle preferenze. Identificare tempestivamente l'appartenenza di un paziente a uno di questi macro-profilì consente al clinico di calibrare fin dalle primissime battute l'alleanza terapeutica, riducendo drasticamente il rischio di drop-out precoce dovuto a un disallineamento tra l'offerta tecnica del terapeuta e la domanda profonda del paziente.

Tabella 4.10 *Profili clinici emersi dall'Analisi dei Cluster (Metodo di Ward) sulle scale del C-NIP*

Cluster	N	Direttività	Immediatezza	Orientamento al Passato	Supporto Emotivo-Empatico
1	20	2.283	2.433	-1.000	-0.767
2	68	2.230	1.127	1.206	0.338
3	12	-0.611	1.389	0.792	0.667

Nota. I valori rappresentano i punteggi medi calcolati all'interno di ciascun cluster nel range da -3 a +3.

Figura 4.6 *Distribuzione dei cento pazienti all'interno dei tre cluster emersi*

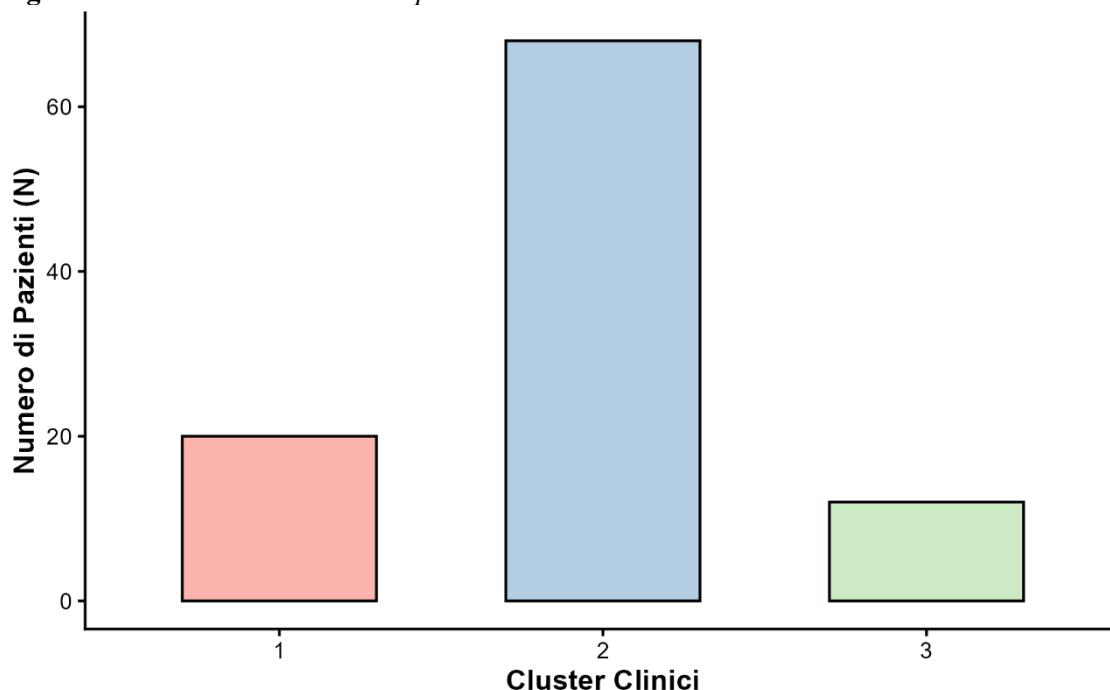
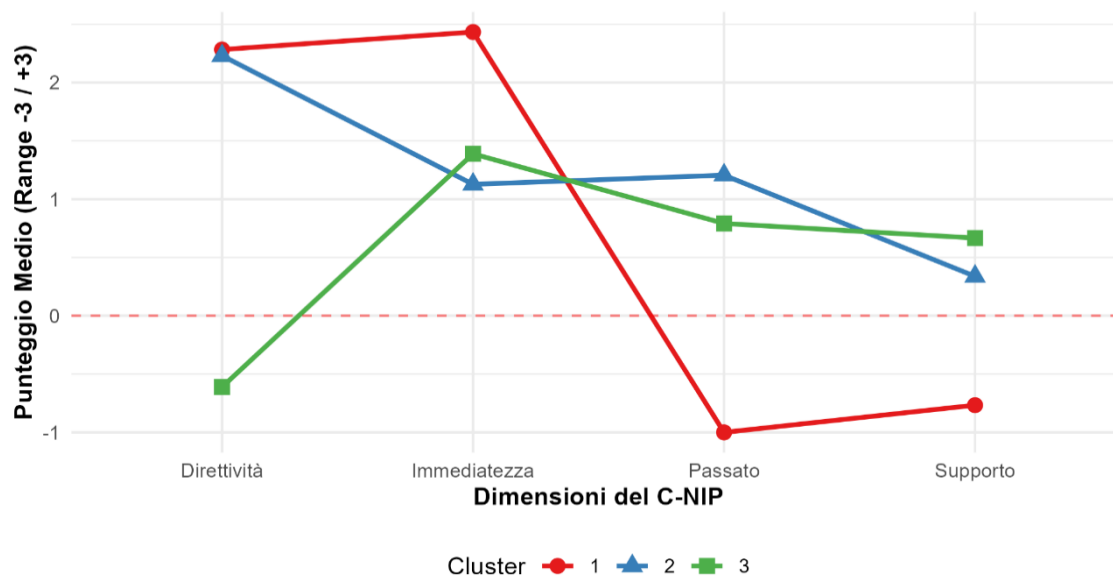


Figura 4.7 Andamento dei punteggi medi delle scale del C-NIP nei tre cluster clinici



DISCUSSIONE

L'analisi dei dati raccolti tramite la somministrazione del C-NIP evidenzia come la personalizzazione del trattamento non sia una mera opzione stilistica, bensì una risposta rigorosamente fondata alle istanze del paziente contemporaneo. L'interpretazione dei risultati traccia un profilo dell'utenza clinica italiana che richiede un equilibrio dinamico tra cornice strutturata e focalizzazione relazionale nel "qui e ora". L'elevata domanda di Direttività e la solida propensione verso l'Immediatezza emerse dal campione non si configurano come elementi in conflitto, ma come pilastri complementari per la strutturazione di un setting percepito come chiaro, sicuro e metodologicamente definito.

Il confronto con la letteratura esistente appare particolarmente significativo, specialmente in merito alla dimensione del confronto e della messa alla prova. Mentre gran parte degli studi internazionali inquadra tradizionalmente le preferenze del paziente come un bisogno primario di validazione e incondizionato supporto, i risultati del presente lavoro rivelano una specifica e robusta peculiarità del contesto clinico nazionale. L'utenza esaminata mostra infatti un orientamento marcato e coerente verso un atteggiamento terapeutico attivo, incisivo e orientato al confronto diretto. I pazienti manifestano l'esplicito desiderio di un assetto relazionale che preveda la messa alla prova e la destrutturazione attiva degli schemi cognitivo-comportamentali disfunzionali, rifiutando un ascolto esclusivamente passivo. Tale evidenza suggerisce che, per il campione italiano, l'apertura alla sfida clinica sia percepita non come una minaccia all'alleanza, ma come un autentico atto di cura e di efficacia professionale. Un'ulteriore e rilevante dinamica clinica emerge dalla covarianza positiva riscontrata tra i fattori dell'Esplorazione del Passato e del Supporto Emotivo-Empatico. Questo legame convalida l'assunto teorico per cui l'accesso a materiale biografico profondo o potenzialmente angoscioso richieda, sul piano micro-processuale, l'attivazione speculare di una "base sicura" e di un clima fortemente accogliente all'interno del setting.

Sul piano delle implicazioni teoriche ed epidemiologiche, lo studio avvalorava l'urgenza di oltrepassare le categorie demografiche macroscopiche nella pianificazione dei trattamenti. I confronti inferenziali eseguiti indicano infatti che le preferenze espresse sono del tutto indipendenti dalle variabili anagrafiche di genere e di età cronologica. Tale assenza di significatività confuta gli stereotipi classici della letteratura nomotetica, supportando l'ipotesi clinica fondamentale secondo cui il bisogno di personalizzazione debba basarsi su criteri squisitamente idiografici, personologici o legati alle specifiche urgenze sintomatologiche del singolo individuo.

Le implicazioni pratiche per la routine clinica sono altrettanto rilevanti ed emergono con chiarezza dalla scomposizione operata tramite l'analisi dei cluster. Il superamento di un approccio puramente dimensionale ha permesso di isolare tre specifici profili fenotipici: il Paziente Pragmatico Focalizzato sul Presente (Cluster 1), caratterizzato da un'elevata richiesta di struttura e compiti focalizzati sul sintomo attuale; il Profilo Integrato ad Alta Cooperazione (Cluster 2), ampiamente maggioritario e contraddistinto da una notevole flessibilità nel coniugare la guida tecnica con l'indagine storica; e infine il Paziente Espressivo-Relazionale a Bassa Struttura (Cluster 3), orientato a una relazione simmetrica, calda e validante.

Identificare tempestivamente l'appartenenza del soggetto a uno di questi macro-profilati offre ai clinici una guida operativa immediata per calibrare l'alleanza terapeutica sin dai primi momenti. Questo esercizio di flessibilità risulta imprescindibile per arginare l'effetto del "falso consenso", riducendo il rischio che il professionista proietti inavvertitamente la propria cornice teorica sui reali bisogni dell'assistito, e ponendosi come un dispositivo formale fondamentale per contrastare il drop-out precoce

CONCLUSIONI

Il presente studio ha contribuito a delineare con maggiore precisione il panorama dei bisogni clinici e delle aspettative nell'attuale contesto italiano, confermando che l'integrazione sistematica delle preferenze del paziente costituisce un elemento imprescindibile della pratica basata sull'evidenza (Evidence-Based Practice). La rilevanza scientifica di questo lavoro risiede nell'aver dimostrato, attraverso un iter metodologico quantitativo ancorato all'applicazione dell'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) con stimatore robusto (MLR) e successivamente raffinato tramite l'analisi dei cluster, che la domanda di personalizzazione del setting risponde a urgenze trans-generiche che superano i determinismi anagrafici legati al genere o all'età cronologica.

I risultati conseguiti arricchiscono le conoscenze sul campo, mostrando come la coesa richiesta di direttività metodologica e il diffuso desiderio di un approccio terapeutico attivo, incisivo e orientato al confronto strutturato costituiscano componenti nodali della domanda di aiuto odierna. Gli operatori della salute mentale devono saper intercettare tempestivamente tali polarizzazioni per co-costruire un'alleanza terapeutica solida fin dalle primissime fasi, prevenendo così il rischio di drop-out precoce.

In merito ai limiti metodologici, la ricerca ha dovuto confrontarsi con una numerosità campionaria moderata che ha precluso la stima di modelli a cinque fattori o l'estensione dell'architettura originaria a 18 item, determinando la necessità computazionale di procedere a un'operazione di purificazione psicometrica (item-pruning). Tuttavia, l'incompatibilità metrologica di specifici indicatori – come l'Item 14 – e l'approdo a un modello parsimonioso finale a 12 item (Modello B) hanno permesso di eliminare il rumore statistico dei dati, isolando una misurazione solida, stabile e in grado di riflettere fedelmente le reali esigenze relazionali manifestate dall'utenza clinica.

In prospettiva, le indicazioni per la ricerca futura suggeriscono di estendere tale indagine epidemiologica nazionale integrando l'uso sistematico di feedback strutturati e di restituzioni formali ai pazienti, promuovendo processi di

consapevolezza attiva e di collaborazione. Inoltre, l'implementazione di disegni di ricerca longitudinali permetterebbe di tracciare la stabilità o l'evoluzione intra-individuale delle inclinazioni relazionali e operative lungo tutto l'arco del trattamento, isolando la dinamica causale tra la responsività del terapeuta e la traiettoria di guarigione. In definitiva, lo studio offre una conferma empirica e metodologica fondamentale: accertare e validare le preferenze del paziente non significa abdicare al ruolo professionale, ma al contrario arricchirlo di una dimensione sartoriale ed eticamente fondata, capace di valorizzare la sintesi gestaltica dei bisogni nel rispetto dell'unicità e dell'autonomia individuale dell'assistito.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, M., Milisavljevic Grdinic, M., & Chronos, A. (2025). Client preferences in psychotherapy: A North American survey. *Journal of Psychotherapy Integration*, 35(1), 58–72. <https://doi.org/10.1037/int0000350>
- Almeida, L. R. de. (2010). Consideração positiva incondicional no sistema teórico de Carl Rogers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(n. esp.), 107–114. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500010>
- Balaskas, A., Schueller, S. M., Doherty, K., Cox, A. L., & Doherty, G. (2024). Designing personalized mental health interventions for anxiety: CBT therapists' perspective. *International Journal of Human-Computer Studies*, 190, Article 103319. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2024.103319>
- Barber, J. P., & Solomonov, N. (2019). Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry*, 18(3), 291–292. <https://doi.org/10.1002/wps.20666>
- Campbell, L. F., Vasquez, M. J. T., Norcross, J. C., & Kaslow, N. J. (2010). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 110–114. <https://doi.org/10.1037/a0019253>
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Sanford, B., Stanton, C., Yap, K., Fraser, M. I., Gates, K., & Gloster, A. T. (2024). The role of psychological flexibility in well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100770. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100770>
- Constantino, M. J. (2020). Measurement-based matching of patients to psychotherapists' strengths. *Psychotherapy*, 57(3), 329–336. <https://doi.org/10.1037/pst0000332>
- Cooper, M., Di Malta, G., Knox, S., Oddli, H. W., & Swift, J. K. (2023). Patient perspectives on working with preferences in psychotherapy: A consensual

qualitative research study. *Psychotherapy Research*, 33(8), 1117–1131.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2161967>

Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *Journal of Clinical Psychology*, 72(11), 1145–1163.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22271>

Cooper, M., Raymond-Barker, B., Norcross, J. C., & Hogan, T. P. (2010). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 323–333.
<https://doi.org/10.1037/a0020684>

Cooper, M., Smith, S., Sumner, A. L., Eilenberg, J., Childs-Fegredo, J., Kelly, S., Subramanian, P., Holmes, J., Barkham, M., Bower, P., Cromarty, K., Duncan, C., Hughes, S., Pearce, P., Rameswari, T., Ryan, G., Saxon, D., & Stafford, M. R. (2024). Humanistic therapy for young people: Client-perceived helpful aspects, hindering aspects, and processes of change. *Psychotherapy*, 61(1), 10–23.
<https://doi.org/10.1037/pst0000516>

Cooper, M., van Rijn, B., Chryssafidou, E., & Stiles, W. B. (2022). Activity preferences in psychotherapy: what do patients want and how does this relate to outcomes and alliance? *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 503–526.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1877620>

Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., & Cristea, I. A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 47(5), 666–680. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.007>

Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., & Cristea, I. A. (2025). Psicoterapia personalizzata per la depressione negli adulti: una revisione meta-

analitica. *Journal of Affective Disorders*, 370, 120–135.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.018>

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2021). A network meta-analysis of the effects of psychotherapeutic treatments for depressive disorders in the adult population. *World Psychiatry*, 20(2), 288–307. <https://doi.org/10.1002/wps.20890>

Deisenhofer, A.-K., Barkham, M., Beierl, E. T., Schwartz, B., Aafjes-van Doorn, K., Beevers, C. G., Berwian, I. M., Blackwell, S. E., Bockting, C. L., Brakemeier, E.-L., Brown, G., Buckman, J. E. J., Castonguay, L. G., Cusack, C. E., Dalglish, T., de Jong, K., Delgadillo, J., DeRubeis, R. J., Driessen, E., ... Cohen, Z. D. (2024). Implementing precision methods in personalizing psychological therapies: Barriers and possible ways forward. *Behaviour Research and Therapy*, 172, Article 104443. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104443>

DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLOS ONE*, 9(1), Article e83875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>

DeSimone, J., & Hansen, B. R. (2025). The impact of measurement-based care in psychiatry: An integrative review. *Journal of Psychiatric Practice*, 31(2), 85–97. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000812>

Doucette, A., & Wolf, A. W. (2025). Questioning the precision of measurement in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 35(2), 142–156. <https://doi.org/10.1037/int0000361>

- Duffy, K. E. M., Simmonds-Buckley, M., Haake, R., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2025). The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 35(2), 154–172. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2384126>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 132–152). Oxford University Press.
- Elliott, R., & Farber, B. A. (1996). Carl Rogers: Idealistic pragmatist and psychotherapy research pioneer. *Journal of Humanistic Psychology*, 36(3), 31–41. <https://doi.org/10.1177/0022167896363005>
- Elliott, R., & Freire, E. (2008). Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). In T. Cain & K. Seeman (Eds.), *Carl Rogers: Critical assessments of leading psychologists* (Vol. 3, pp. 248–275). Routledge.
- Emmert-Streib, F. (2021). Personalized medicine: Has it started yet? A reconstruction of the early history. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 19, 6224–6232. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.11.026>
- Falkai, P. (2025). Focus on the individual: Opportunities for personalized psychiatry and psychotherapy [Konzentration auf das Individuum: Chancen für eine personalisierte Psychiatrie und Psychotherapie]. *Der Nervenarzt*, 96(2), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01768-4>
- Fisher, A. J., & Bosley, H. G. (2019). Personalized assessment and treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.01.010>

- Fisher, A. J., & Boswell, J. F. (2016). Enhancing the personalization of psychotherapy with dynamic assessment and modeling. *Assessment*, 23(4), 496–506. <https://doi.org/10.1177/1073191116638735>
- Gryesten, J., Moltu, C., Poulsen, S., Biering, E. B., Møller, K., Dichmann, K., & Arnfred, S. M. (2026). Personalization of structured group psychotherapy through add-on interventions: A potential for active engagement. *Psychotherapy Research*, 36(1), 25–40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2462146>
- Harnas, S. J., Knoop, H., Sprangers, M. A. G., & Braamse, A. M. J. (2024). Defining and operationalizing personalized psychological treatment– a systematic literature review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(5), 467–489. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2333345>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Heinze, P. E., Weck, F., & Kühne, F. (2020). Assessing patient preferences: Examination of the German Cooper-Norcross Inventory of Preferences. *Psychotherapy Research*, 30(4), 513–526. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1634599>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702617722967>
- Hornstein, S., Zantvoort, K., Lueken, U., Funk, B., & Hilbert, K. (2023). Personalization strategies in digital mental health interventions: A systematic review and conceptual framework for depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 329, 324–337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.115>

- Huibers, M. J. H., Lorenzo-Luaces, L., Cuijpers, P., & Kazantzis, N. (2021). On the road to personalized psychotherapy: A research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 607508. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607508>
- Huppert, J. D. (2022). Precision medicine requires precise definitions and theories: A commentary on Zilcha-Mano (2020). *American Psychologist*, 77(3), 478–481. <https://doi.org/10.1037/amp0000833>
- Jacobsen, C. F., Karstoft, K.-I., Falkenström, F., Nielsen, J., Lunn, S., & Poulsen, S. (2024). Client preferences, therapy activities and preference-activity match as predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2353358>
- Jørgensen, J. T. (2019). Twenty years with personalized medicine: Past, present, and future of individualized pharmacotherapy. *The Oncologist*, 24(7), e432–e440. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0054>
- Joseph, S. (2015). How humanistic is positive psychology? Lessons in positive psychology from Carl Rogers' person-centered approach—It's the social environment that must change. *Review of General Psychology*, 19(4), 397–404. <https://doi.org/10.1037/gpr0000057>
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37–51. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.37>
- Kirtner, W. L., & Cartwright, D. S. (1958a). Success and failure in client-centered therapy as a function of client personality variables. *Journal of Consulting Psychology*, 22(4), 259–264. <https://doi.org/10.1037/h0045990>

- Kirtner, W. L., & Cartwright, D. S. (1958b). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 329–333. <https://doi.org/10.1037/h0042982>
- La Tona, A., Brugnera, A., Salerno, L., Lo Coco, G., Greco, A., Cooper, M., Tasca, G. A., Carrara, S., Norcross, J. C., & Compare, A. (2025). Factorial structure and measurement invariance of the Italian version of the Cooper–Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 28(1), 747. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.747>
- Li, W., Gleeson, J., Fraser, M. I., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Sahdra, B. (2024). The efficacy of personalized psychological interventions in adolescents: A scoping review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1470817. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1470817>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.008>
- Lutz, W., Schaffrath, J., Eberhardt, S. T., Hehlmann, M. I., Schwartz, B., Deisenhofer, A.-K., Vehlen, A., Vaccarezza Schürmann, S., Uhl, J., & Moggia, D. (2025). Precision mental health and data-driven decision support in psychological therapy: An example. *Psychotherapy*, 62(2), 145–158. <https://doi.org/10.1037/pst0000552>
- Lutz, W., Schwartz, B., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Giesemann, J., & Gómez Penedo, J. M. (2021). For whom should psychotherapy focus on problem coping? A machine learning algorithm for treatment personalization. *Psychotherapy Research*, 31(6), 724–737. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1930242>

- Mayer, G., Zafar, A., Hummel, S., Landau, F., & Schultz, J. H. (2023). Individualisation, personalisation and person-centredness in mental healthcare: A scoping review of concepts and linguistic network visualisation. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300831. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300831>
- Modersitzki, N., Phan, L. V., McDonald, S., Wright, A. G. C., & Renner, K.-H. (2024). Personality psychology is getting personal: Advancing the field through personalization. *European Journal of Personality*, 38(3), 329–351. <https://doi.org/10.1177/08902070231182289>
- Moggia, D., Lutz, W., Brakemeier, E.-L., & Bickman, L. (2024). Treatment personalization and precision mental health care: Where are we and where do we want to go? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(5), 611–616. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01407-w>
- Moggia, D., Lutz, W., Brakemeier, E.-L., & Bickman, L. (2025). Treatment personalization and precision mental health care: Where are we and where do we want to go? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 52(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01391-y>
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/20438087231152848>
- Moustakas, C. E., & Makowsky, G. (1952). Client-centered therapy with parents. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 338–342. <https://doi.org/10.1037/h0063021>
- Muela Aparicio, A., & Sansinenea Méndez, E. (2020). Personalized psychological treatments: Clinical instructions. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 16–26. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>

- Murphy, D., & Cramer, D. (2014). Mutuality of Rogers's therapeutic conditions and treatment progress in the first three psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 24(6), 661–671. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874051>
- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual research review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 216–236. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- Norcross, J. C. (2002). Purposes, processes, and products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 320–327. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.4.320>
- Norcross, J. C. (2006). Integrating self-help into psychotherapy: 16 practical suggestions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 681–686. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.6.681>
- Norcross, J. C. (2011). The psychotherapy relationship: What works? An interview with John C. Norcross, PhD. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022066>
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467–1483. <https://doi.org/10.1002/jclp.20163>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (3rd ed.). Oxford University Press.

- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1988). Study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 170–174. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.2.170>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018a). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Psychotherapy*, 55(4), 333–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018b). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA clinical practice guideline. *Psychotherapy*, 55(4), 388–398. <https://doi.org/10.1037/pst0000186>
- Perna, G., Spiti, A., Torti, T., Daccò, S., & Caldirola, D. (2025). Biomarker-guided personalized therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 375防, 412–425. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.041>
- Piccirillo, M. L., & Rodebaugh, T. L. (2019). Foundations of idiographic methods in psychology and applications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 71, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.002>
- Pillny, M., Edwards, C. J., & Böge, K. (2026). Psychological therapies for schizophrenia and other primary psychotic disorders: Towards precision, personalization, and real-world impact. *Current Opinion in Psychology*, 68, 101673. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2026.101673>

- Raghavendran, H. R. B., Kumaramanickavel, G., & Iwata, T. (2023). Editorial: Personalized medicine—Where do we stand regarding bench to bedside translation? *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1243896. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1243896>
- Řiháček, T., Cooper, M., Cígler, H., She, Z., Di Malta, G., & Norcross, J. C. (2024). The Cooper-Norcross Inventory of Preferences: Measurement invariance across international datasets and languages. *Psychotherapy Research*, 34(6), 804–816. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2307524>
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415–422. <https://doi.org/10.1037/h0060603>
- Rogers, C. R. (1949). The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13(2), 82–94. <https://doi.org/10.1037/h0059730>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Sayed, A. (2025). Humanistic psychology at a crossroads: Choosing between individual growth and societal change. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(3), 412–430. <https://doi.org/10.1177/00221678241285093>
- Schaeuffele, C., Zagorscak, P., Langerwisch, V., Wilke, J., Medvedeva, Y., & Knaevelsrud, C. (2025). A systematic review on personalization of treatment

- components in IBIs for mental disorders. *Internet Interventions*, 41, Article 100840. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100840>
- Schneider, R. L., Arch, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review*, 38, 39–54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.004>
- She, Z., & Řiháček, T. (2024). Psychometric evaluation of the Cooper–Norcross Inventory of Preferences–Therapist Version. *Assessment*, 31(2), 269–283. <https://doi.org/10.1177/10731911221118317>
- She, Z., Xi, J., Cooper, M., Norcross, J. C., & Di Malta, G. (2023). Validation of the Cooper–Norcross Inventory of Preferences (C-NIP) in Chinese lay clients and mental health professionals: Factor structure, measurement invariance, and scale differences. *Psychotherapy*, 60(4), 517–529. <https://doi.org/10.1037/pst0000494>
- Simon, G. E., & Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1445–1455. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09111680>
- Steffen, J. A., & Steffen, J. S. (2013). Driving forces behind the past and future emergence of personalized medicine. *Journal of Personalized Medicine*, 3(1), 14–22. <https://doi.org/10.3390/jpm3010014>
- Stulz, N. (2024). Patient-oriented psychotherapy [Psicoterapia orientata ai pazienti]. *Psychotherapeut*, 69(3), 215–222. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00712-4>
- Stumpp, N. E., & Sauer-Zavala, S. (2022). Evidence-based strategies for treatment personalization: A review. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(4), 902–913. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.019>

- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924–1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.599513>
- van Bronswijk, S. C., DeRubeis, R. J., Lemmens, L. H. J. M., Peeters, F. P. M. L., Keefe, J. R., Cohen, Z. D., & Huibers, M. J. H. (2025). Precision medicine for long-term depression management using the Personalized Advantage Index approach: Cognitive therapy or interpersonal psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 93(4), 312–326. <https://doi.org/10.1037/ccp0000995>
- Vogenberg, F. R., Barash, C. I., & Pursel, M. (2010). Personalized medicine: Part 1: Evolution and development into theranostics. *Pharmacy and Therapeutics*, 35(10), 560–576. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957798/>
- Wright, A. G. C., & Woods, W. C. (2020). Personalized models of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 49–74. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032818-044208>
- Yao, L., & Kabir, R. (2026). Person-centered therapy. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589635/>
- Zech, E. (2007). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique? Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après. *Approche Centrée sur la Personne - Pratique et Recherche*, 5(2), 7–34. <https://doi.org/10.3917/acp.005.0007>

Zhou, S., Hou, Y., Liu, D., Xu, D., & Zhang, X. (2024). Psychotherapy style scale: Development and validation. *Frontiers in Psychology*, 15, 1374528. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1374528>

Ziobrowski, H. N., Cui, R., Ross, E. L., Liu, H., Polanco, V. P., Turner, B., Leung, L. B., Bossarte, R. M., Bryant, C., Pigeon, W. R., Oslin, D. W., Post, E. P., Zaslavsky, A. M., Zubizarreta, J. R., Nierenberg, A. A., Luedtke, A., Kennedy, C. J., & Kessler, R. C. (2023). Development of a model to predict psychotherapy response for depression among Veterans. *Psychiatric Services*, 74(7), 696–703. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100688>