

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea magistrale

Strutture d'interazione e Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: uno studio single-case processo/esito mediante l'applicazione dello Psychotherapy Process Q-Set

Interaction Structures and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: a single-case process/outcome study by applying the Psychotherapy Process Q-Set

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Correlatore:

Prof. Francesco De Bei

Laureando/a: Martina Fiorucci

Matricola: 2080549

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

CAPITOLO 1: Ricerca in psicoterapia e strutture di interazione nella ISTDP...	6
1.1 La ricerca in psicoterapia.....	6
1.1.1 Psicoterapia e ricerca.....	6
1.1.2 Fasi e ambiti della ricerca in psicoterapia.....	8
1.1.3 La ricerca single-case.....	11
1.2 Enrico Jones e le strutture di interazione.....	13
1.2.1 La nuova teoria dell'azione terapeutica.....	13
1.2.2 Il PQS e il processo analitico.....	16
1.3 ISTDP: Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve.....	18
1.3.1 Le psicoterapie psicodinamiche brevi.....	18
1.3.2 Davanloo e l'ISTDP.....	20
1.4 Obiettivo e rationale del lavoro di Tesi.....	23
CAPITOLO 2: Valutazione del processo associato all'esito di una Psicoterapia Dinamica Breve Intensiva (ISTDP).....	26
2.1 Gli strumenti.....	26
2.1.1 Lo Psychotherapy Process Q-Set (PQS).....	26
2.1.2 La Symptom Checklist Revised (SCL-90-R).....	33
2.1.3 L'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32).....	34
2.2 Il materiale.....	35
2.2.1 La paziente.....	36
2.3 La procedura.....	38
2.3.1 La formazione.....	38
2.3.2 La metodologia applicata.....	40
2.3.3 L'analisi dei dati.....	40
2.4 Ipotesi di lavoro.....	41
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLO STUDIO.....	44
3.1 L'outcome della psicoterapia.....	44
3.1.1 Dati in T1 e T2 dell'SCL-90-R.....	44

3.1.2 Dati in T1 e T2 dell'IIP-32.....	46
3.2 Il processo della psicoterapia.....	48
3.2.1 Strutture d'interazione nella prima seduta.....	48
3.2.2 Strutture d'interazione nella quarta seduta.....	50
3.2.3 Strutture d'interazione nell'ottava seduta.....	53
3.2.4 Confronto tra le strutture d'interazione.....	56
CAPITOLO 4: Discussione.....	58
4.1 Discussione dei risultati.....	58
4.2 Conclusioni, limiti del lavoro e possibili sviluppi futuri.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	70

CAPITOLO 1

Ricerca in psicoterapia e strutture d'interazione nella ISTDP

1.1 La ricerca in psicoterapia

1.1.1 Psicoterapia e ricerca

L'introduzione al tema della ricerca in psicoterapia potrebbe essere paragonata all'ingresso in un labirinto. Colui che vi accede troverà dinnanzi a sé uno scenario complesso e disseminato di quesiti, ai quali in molti hanno tentato di dare risposta imboccando l'uno o l'altro sentiero, con la speranza di giungere ad una qualsivoglia verità. Il percorso può risultare spinoso e condurre a vicoli ciechi, ma lo spirito di chi fa ricerca, racchiuso nell'etimo stesso della parola (dal lat. *circum*, da cui *circàre, andare attorno, studiarsi, ingegnarsi di trovare ciò di cui si ha bisogno, o che si desidera, o che si è smarrito*), costituisce la spinta propulsiva che ostacola la resa.

Risulta dunque necessario avere a disposizione una mappa con la quale orientarsi, partendo *in primis* dalla definizione di ricerca in psicoterapia: “La ricerca in psicoterapia è una branca della ricerca incentrata sui trattamenti rivolti a problematiche psicologiche, emotive e comportamentali, ossia per quei problemi spesso definiti ‘malattie mentali’, secondo il termine medico” (Moras, 2002, p. 527). Questo filone di indagine viene costantemente alimentato dal suo stesso oggetto, la cui complessità è tale da favorire il perpetuo insorgere di questioni da sbrogliare.

Sorge dunque spontaneo chiedersi che cosa si intende per “psicoterapia”. Nella seconda edizione dell'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Orlinsky e Howard la definiscono come segue: “la psicoterapia è una relazione tra persone, instaurata da uno o più individui, definiti come bisognosi di assistenza speciale per migliorare il loro funzionamento come persone, insieme ad uno o più individui considerati in grado di fornirgli un aiuto così speciale” (Orlinsky & Howard, 1978, p. 284). Nella quinta edizione, Orlinsky et al. (2004) ampliano tale definizione per includervi tutto ciò che si verifica tra e nei partecipanti, paziente e terapeuta, sia nelle sedute di psicoterapia che al di fuori di esse. Si sottolinea inoltre la limitatezza concettuale

di chi la considera prettamente un trattamento psicologico per disturbi mentali, emotivi e/o comportamentali: “la psicoterapia può anche rappresentare l’affinamento e la professionalizzazione delle proprie abilità di auto-aiuto, che possono essere ricercate quando la normale rete sociale dell’individuo va incontro a fallimento o diviene inconsistente, oppure quando la richiesta di competenza nelle abilità di aiuto eccede quella disponibile nella rete sociale” (Orlinsky, Rønnestad, & Wilutzki, 2004, p. 312).

Risulta dunque difficoltoso definire in maniera univoca quel microcosmo creatosi tra i due universi, costituiti da paziente e terapeuta, che si incontrano ed interagiscono tra loro. Nonostante vi siano dei punti cardinali che consentano di orientarvisi, le peculiarità legate alla natura dell’incontro stesso potrebbero far perdere la bussola. Come suole ricordarci Irvin Yalom “i terapeuti generalmente oscillano, improvvisano e brancolano alla ricerca della giusta direzione” (Yalom, 2015, p. 24). Tale prospettiva consente di intuire la necessità, da parte degli psicoterapeuti, di avere a disposizione un terreno solido da cui partire e una chiara direzione da seguire, per poter raggiungere i propri obiettivi. Numerosi quesiti sono sorti in seno alla complessità di tale pratica, il dare risposta ai quali è stato generalmente riconosciuto come essenziale per la stessa. È da ciò che trae nutrimento la ricerca in psicoterapia.

Dunque segue l’interrogativo: perché fare ricerca in psicoterapia?

Una prima risposta al quesito può essere scovata all’interno del clima culturale in cui viviamo, caratterizzato dall’esigenza di una sempre maggiore scientificità, tanto da connotare negativamente quanto situato al di fuori della sovraordinata categoria “*evidence-based*”. I ricercatori hanno pertanto colto la sfida postagli da una comunità scientifica sempre più scettica, raggiungendo risultati importanti, che hanno consentito la salvaguardia di un grande patrimonio clinico che stava per essere screditato. Come anticipato, gli ostacoli sono stati molteplici e non sempre il superamento degli stessi ha prodotto evidenze spendibili nella pratica clinica: da un lato l’implementazione delle stesse in ambito clinico non risulta così immediato, dall’altro i clinici manifestano resistenza di fronte alla metodologia empirica (Dazzi, Lingiardi, & Colli, 2017). Sebbene tali considerazioni possano apparire a sfavore della ricerca, ciò su cui focalizzare l’attenzione è l’ostinata prosecuzione dei ricercatori lungo questo accidentato cammino, che non sempre conduce alla scoperta di gemme preziose. I ricercatori avranno le loro valide ragioni per continuare ad alimentare questo campo della ricerca, le quali possono

trovarsi riassunte nella mail inviata da Lee Schrest alla *Society for the Study of Clinical Psychology*, citata da Karla Moras (2002) nel volume *Encyclopedia of Psychotherapy*: “fare affidamento all’autorità (di insegnanti, supervisori ecc.) o all’esperienza di una persona non consente di sapere se si ha ragione o torto. La scienza non può garantire che avrai sempre ragione, ma può garantire che non avrai sempre torto” (Moras, 2002, p. 544).

1.1.2 Fasi e ambiti della ricerca in psicoterapia

La storia della ricerca in psicoterapia può essere articolata in differenti fasi, ciascuna delle quali pertiene ad uno specifico ambito di indagine. In particolare, è possibile individuare due principali campi di ricerca in psicoterapia: l’*outcome research*, o ricerca sull’esito, e la *process research*, o ricerca sul processo (Dazzi, 2017).

La domanda che alimentò la prima fase della ricerca, quella sull’esito, fu la seguente: “la psicoterapia è efficace?”. Una risposta convincente al quesito venne data solo nel 1977. Secondo diverse rassegne, i primi studi sull’*outcome* risalgono alla fine degli anni ’20, ma è solo a partire dagli anni ’50 che tale campo poté dirsi affermato (Moras, 2002). In questa prima fase, una delle ricerche maggiormente influenti, che diede la spinta propulsiva a quelle che seguirono, fu quella di Eysenck (1952). L’autore, sulla base dei dati riscontrati, riportò come i pazienti sottoposti a psicoterapia non mostrassero un miglioramento superiore rispetto ai soggetti non coinvolti; dunque, concluse che il cambiamento fosse attribuibile al passaggio del tempo, ossia alla remissione spontanea. I ricercatori si impegnarono fin da subito nel tentativo di confutare la tesi di Eysenck, non esentati da ostacoli, legati soprattutto alla metodologia d’indagine. Fu grazie all’impiego della meta-analisi, metodo di ricerca che consente la sintesi di risultati di studi differenti su uno stesso argomento, che si giunse ad una conclusione tutt’oggi fondamentale: la psicoterapia è efficace (Migone, 2017).

Stabilito ciò, si tentò di rispondere alla questione circa la superiorità di un trattamento psicoterapeutico rispetto ad un altro in termini di efficacia. La risposta venne presagita da Rosenzweig nel 1936. L’autore ipotizzò che non sarebbero state riscontrate grandi differenze tra gli *outcome* di differenti psicoterapie, data la pervasività dei fattori comuni alle stesse. Esplicitò la sua supposizione citando un passaggio del romanzo di Lewis Carroll, *Alice in Wonderland*: “tutti hanno vinto, quindi tutti hanno diritto ad un premio”,

il cosiddetto “Verdetto di Dodo” (Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman, & Krause, 2002). A distanza di circa quarant’anni, Luborsky e collaboratori confermarono l’ipotesi del *Dodo Verdict*, mediante cento studi comparativi sul trattamento. La validità del verdetto è stata confermata anche da meta-analisi più recenti, ma considerando i limiti delle stesse, non è possibile stabilirne la definitezza (Dazzi, 2017).

Fu proprio tale paradosso dell’equivalenza a mettere in moto la seconda fase, quella della *process research*. Nonostante la sua nascita risalga ad anni antecedenti al verdetto, fu l’illusorietà degli studi comparativi sull’*outcome* a far comprendere la necessità di analizzare il processo: come è possibile confrontare l’esito di due differenti psicoterapie se non si è certi che vi corrisponda lo stesso processo? (Migone, 2017).

Il focus della ricerca si spostò sulle azioni, sulle esperienze e sulla relazionalità tra paziente e terapeuta, sia dentro che fuori il setting psicoterapeutico (Orlinsky et al., 2004).

In questa fase si assistette alla fondazione della *Society for Psychotherapy Research* e della sua rivista ufficiale, nonché alla diffusione di numerosi strumenti di valutazione del processo terapeutico. Per quanto tali sviluppi abbiano costituito un terreno particolarmente fertile per la ricerca sul processo, quest’ultima non permetteva di stabilire una relazione causale tra *process* e *outcome* della psicoterapia. Si trattava di un limite importante, in quanto la gran quantità di strumenti di valutazione disponibili era in grado di restituire informazioni dettagliate sul processo, le quali tuttavia potevano essere associate agli esiti soltanto in maniera spuria (Dazzi, 2017).

Se fossimo rimasti ancorati al paradigma di ricerca vigente in quegli anni, secondo il quale *outcome* e *process* sono indubbiamente distinti, probabilmente tale limite non sarebbe stato ancora valicato. La necessità di modificare tale modello divenne chiara ai ricercatori che, nel 1983, parteciparono al congresso promosso dal NIMH, l’*US National Institute of Mental Health*. Il nuovo paradigma proposto sottolineò la necessità di superare la dicotomia tra esito e processo, utilizzando gli strumenti per la misurazione del processo non solo per descrivere ciò che si verifica nelle sedute di psicoterapia, ma soprattutto per comprendere come avviene il cambiamento nel paziente (Knobloch-Fedders et al., 2015).

Dunque, la *process-outcome research* è ciò che nasce dall’unione dei due ambiti di ricerca fin qui considerati.

Il quesito al quale i ricercatori tentano di dar risposta è: “Cosa accade durante le sedute di psicoterapia che aiuta i pazienti a migliorare il proprio funzionamento e a ridurre i sintomi?” (Crits-Christoph et al., 2013, p. 298).

Collegare il processo all’esito significa analizzare la relazione esistente tra ciò che accade nel corso della terapia e l’eventuale cambiamento verificabile nel paziente. Per poter affermare scientificamente che l’esito di una psicoterapia sia legato al processo della stessa, l’analisi correlazionale si rivela insufficiente, in quanto non consente interpretazioni causali (Dazzi, 2017).

David Orlinsky, uno dei principali autori di *reviews* sulla ricerca *process-outcome*, al primo incontro della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* del 1984, presentò “Il Modello Generico di Psicoterapia”, da lui considerato come una metateoria della psicoterapia basata sulla ricerca. Tale contributo risultò fondamentale, in quanto permise di sistematizzare, all’interno di una cornice coerente, il gran proliferare di ricerche *process-outcome*. Il Modello distingue il processo terapeutico come definito da Orlinsky (2004) dai contesti sociali ed individuali che lo influenzano e a loro volta ne sono influenzati, tracciando una linea che unisce il processo con le condizioni antecedenti (*input*) e conseguenti (*output*) rilevabili nell’ambiente psicologico, sociale e culturale dell’individuo, incluso l’*outcome* della psicoterapia (Rønnestad, Willutzki, & Tarragona, 2010).

Sulla base del suo modello, Orlinsky (2009) tentò di fornire una spiegazione al verdetto di Dodo (Luborsky et al., 2002). Data la natura sistemica del processo psicoterapeutico, le variabili che lo costituiscono si influenzano l’un l’altra. Tuttavia, alcuni aspetti esercitano un peso superiore rispetto ad altri, tra cui la relazione terapeutica, in grado di influenzare l’efficacia degli interventi, e la *self-relatedness*. Affinché il paziente possa formare un legame significativo con il terapeuta è difatti necessario che a questo livello vi sia una buona apertura emotiva e cognitiva, assieme a una sufficiente forza dell’Io e a buone capacità di mentalizzazione. Dunque, questo spiegherebbe perché pazienti con un buon funzionamento beneficerebbero di pressoché qualunque intervento terapeutico, mentre al contrario, pazienti con difficoltà nel formare legami costituiscano un’ardua sfida persino per i terapeuti più esperti (Orlinsky, 2009).

I ricercatori impegnati nella *process-outcome research* sono costantemente afflitti dall’interrogativo circa il contributo dei fattori specifici vs aspecifici all’esito della

psicoterapia. I fattori specifici sono di pertinenza di distinte forme di psicoterapia, in quanto strettamente dipendenti dalla teoria e dalla tecnica che le sostiene, un esempio è l'interpretazione del transfert nella psicoanalisi. I fattori comuni sono invece riscontrabili in tutte le forme di psicoterapia, essendo prevalentemente legati alle caratteristiche di paziente e terapeuta, come la relazione che si instaura tra i due. In particolare, un ampio corpo di ricerche ha indagato il costrutto dell'alleanza terapeutica, che si è rivelato essere un fattore comune particolarmente importante per l'esito di differenti psicoterapie (Crits-Christoph et al., 2013).

Tuttavia, dall'attenta analisi condotta da Orlinsky et al. (2004) di un vasto corpus di studi *process-outcome* pubblicato nell'arco temporale di cinquanta anni, emerse come ad avere un impatto sull'*outcome* siano tanto il fattore comune della relazione quanto gli interventi caratteristici di ciascuna psicoterapia, ciascuno dei quali si rivela insufficiente se preso singolarmente. Dazzi (2017) conferma quanto rilevato da Orlinsky e colleghi (2004), aggiungendo che per poter stabilire empiricamente ciò che si verifica nel processo di una psicoterapia e come questo sia legato all'esito della stessa, occorrerebbe considerare l'interazione fra fattori aspecifici e specifici e il loro rinforzarsi e influenzarsi reciprocamente.

In breve, la fallacia è sottesa alla questione stessa che guida l'indagine. Piuttosto che tentare di individuare la superiorità di taluni fattori rispetto ad altri, risulta di gran lunga più utile considerare come questi operino congiuntamente verso un comune obiettivo.

1.1.3 La ricerca single-case

Una metodologia di ricerca rivelatasi particolarmente adatta agli studi *process-outcome* è il disegno *single-case*. Viene definito tale in quanto focalizzato su un singolo soggetto (N=1), con lo scopo di individuare, all'interno dello stesso, prove circa l'efficacia della psicoterapia. L'obiettivo è quello di comprendere le ragioni e le modalità con le quali un determinato trattamento ha prodotto un cambiamento nel paziente, considerando sia l'apporto dei fattori specifici che di quelli aspecifici (Lingiardi, 2017).

È possibile rintracciarne le origini all'interno del metodo psicoanalitico classico, il quale favorisce l'emergere di materiale prezioso tradizionalmente raccolto all'interno dei "*case reports*". Il resoconto clinico classico, adottato già da Freud, può essere considerato come un antenato dell'odierno disegno *single-case*. Quest'ultimo, avvalendosi di un

approccio sperimentale, tenta di superarne i limiti, legati soprattutto alla mancanza di scientificità (Turpin, 2002).

Fonagy e Moran (1993) differenziano disegni *single-case* di tipo qualitativo e di tipo quantitativo, pur non considerandoli nettamente distinti tra loro, in quanto una buona analisi qualitativa è il presupposto di una buona analisi quantitativa.

Il disegno *single-case* di tipo qualitativo si è ormai stabilito all'interno della psicoanalisi sostituendo il resoconto clinico classico. Tale approccio presenta difatti una maggiore sistematicità, grazie all'introduzione di criteri minimi di ricerca, tra cui la presenza di fonti multiple di osservazione. L'approccio quantitativo allo studio del caso singolo si declina in varie tipologie. Queste sono accomunate dall'obiettivo di dimostrare la validità della relazione tra due o più variabili, considerate causalmente connesse non sulla base della manipolazione sperimentale, bensì sulla loro variazione concomitante. Poiché manipolare artificialmente le condizioni trattamentali significherebbe porre in secondo piano il benessere del paziente, si rivela maggiormente appropriata un'analisi quantitativa fatta a posteriori, sulla base di quanto verificatosi "spontaneamente" nel corso della terapia, registrato obiettivamente (Fonagy & Moran, 2003).

La ricerca *single-case* viene spesso contrapposta ad una metodologia altrettanto consolidata nella ricerca in psicoterapia: i disegni RCT - *Randomized Clinical Trials*. Si sviluppano in seno al movimento degli EST - *Empirically Supported Treatments*, avente l'obiettivo di dimostrare empiricamente l'efficacia comparata di trattamenti differenti (Migone, 2017). Contraddistinti dalla manipolazione sperimentale delle variabili e dall'assegnazione randomizzata dei partecipanti ai gruppi sperimentali, gli RCT consentono di ottenere dati affidabili circa l'efficacia di una specifica forma di psicoterapia. Si rivelano tuttavia inconsistenti se chiamati a rispondere al quesito circa la modalità con la quale il cambiamento si verifica nel singolo. In altre parole, l'impiego di un disegno RCT in uno studio *process-outcome* è del tutto infruttuoso, in quanto non consente di inferire la relazione causale tra le variabili (Dazzi, 2017; Lingiardi, 2017).

I due metodi d'indagine si differenziano tra loro innanzitutto per l'importanza assegnata al singolo, nucleo fondante e partecipante attivo nell'uno, mero soggetto sperimentale e recipiente passivo nell'altro. Se alla ricerca *single-case* sono state imputate critiche di ordine metodologico, legate soprattutto alla generalizzazione dei risultati alla popolazione generale, per il RCT ad essere chiamata in causa è la distanza andatesi a

creare tra studio sperimentale e pratica clinica reale. Il disegno *single-case* tenta di comprendere come e perché un dato trattamento abbia prodotto un cambiamento nel singolo paziente, considerandone le caratteristiche idiosincratice, in interazione con i fattori specifici e aspecifici. Il disegno RCT mira a rispondere al quesito circa l'efficacia di un dato trattamento, considerandone i fattori specifici e sorvolando sulle peculiarità dei singoli (Lingiardi, 2017).

In sintesi, ogni metodologia d'indagine nella ricerca in psicoterapia presenta vantaggi e limiti, la cui conoscenza viene ritenuta necessaria per poter adoperare una scelta consapevole sulla base degli obiettivi stabiliti. Risulta chiaro che il metodo *single-case* costituisca la migliore opportunità per fare ricerca sul processo, soprattutto in quanto rivela l'efficace nell'identificare le relazioni intercorrenti tra *process* e *outcome*.

Secondo Jones (1993), il processo terapeutico è definibile tale in virtù del significato psicologico che i partecipanti attribuiscono alle azioni che vi intercorrono. Non è dunque possibile stabilire apriori il significato di una tecnica terapeutica senza conoscerne l'impatto sull'interazione, motivo per il quale il disegno *single-case* costituisce una metodologia d'eccellenza, in grado di cogliere il contesto naturalistico all'interno del quale paziente e terapeuta interagiscono. Viene difatti considerato come "dominio naturale per lo studio del processo psicoterapeutico e dell'evoluzione delle strutture interne del trattamento" (Jones, 1993, p. 381).

1.2 Enrico Jones e le strutture di interazione

1.2.1 La nuova teoria dell'azione terapeutica

Un contributo fondamentale al panorama della ricerca *process-outcome* è stato offerto da Enrico Jones. Grazie all'applicazione di una metodologia d'indagine sofisticata ai trascritti *verbatim* di sedute di psicoanalisi o psicoterapia analitica a lungo termine audio o video-registrate, egli giunse alla formulazione di una nuova teoria dell'azione terapeutica, intesa come l'insieme di pratiche adottate dal terapeuta con lo scopo di favorire il miglioramento nel paziente (Lingiardi & Dazzi, 2008). La sua concettualizzazione trae origine dal pensiero psicoanalitico classico, che pone in evidenza la centralità della figura del terapeuta, la cui influenza sul paziente risulta determinante per indurlo al cambiamento. Nonostante vi sia un generale accordo circa la mono-

direzionalità del processo, la natura dello stesso è sempre stata oggetto di controversie. In particolare, la questione che anima gli psicoanalisti è inerente al processo di cambiamento, secondo alcuni attribuibile all'interpretazione e conseguente insight, secondo altri imputabile alla relazione terapeutica (Jones, 2000).

Al lettore attento non sfuggirà di certo la somiglianza con lo scenario precedentemente tratteggiato, all'interno del quale si fronteggiavano tra loro fattori specifici e fattori aspecifici. Parimenti, la diatriba si risolve con nessun vincitore. È su questo terreno sterile e impervio che il contributo di Enrico Jones si innesta.

L'autore unisce le due dimensioni di insight e relazione all'interno di un nuovo quadro teorico, sottolineandone la complementarità di ruolo nel favorire il cambiamento del paziente e la loro inscindibilità. Il modello proposto considera il fluire dell'influenza come bidirezionale, assegnando la medesima importanza alle caratteristiche e alle azioni di paziente e terapeuta (Jones, 2000).

Adottando un approccio *bottom-up*, ossia partendo dall'analisi sistematica delle sedute di psicoterapia, Jones (2000) osservò la presenza di pattern di interazione ripetitivi e pressoché stabili tra paziente e terapeuta. “Questi pattern di interazione sono l'aspetto manifesto del transfert-controtransfert, riguardano gli aspetti comportamentali ed emotivi e sono, quindi più accessibili all'osservazione diretta” (Jones, 2000, p. 13). Venne così introdotto il costrutto di “strutture di interazione”, la cui comprensione ed interpretazione costituiscono il cuore della nuova teoria dell'azione terapeutica. Secondo questa concezione, la struttura psicologica di entrambi si riflette all'interno del campo relazionale, in un pattern interattivo dominante la cui identificazione consente di accedere alla dimensione intrapsichica, o perlomeno a parte di essa (Jones, 2000). È come se i fantasmi dei partecipanti iniziassero a danzare all'interno della stanza: i primi passi saranno goffi e scoordinati, ma stabiliranno ben presto un ritmo condiviso, espressione dello stile di entrambi.

In sintesi, il costrutto formalizza la teoria di Jones secondo la quale relazione e insight sono complementari all'interno del processo di cambiamento. Lo stabilirsi di una relazione peculiare, quale quella tra paziente e terapeuta, permette di cogliere quanto del mondo interno di ciascuno diviene manifesto, mediante l'osservazione dell'interazione instauratesi. In tal modo, sarà possibile raggiungere l'insight, ossia una maggiore capacità di comprendere sé stessi e di riflettere sulla propria interiorità.

Per poter cogliere appieno l'essenza delle strutture di interazione è importante gettar luce sulle componenti delle quali sono espressione, transfert e controtransfert. Concetti cardine della clinica psicoanalitica e psicodinamica, nel corso degli anni sono andati incontro a numerose revisioni per mano di esperti afferenti a differenti tradizioni teoriche.

Secondo la formulazione freudiana classica, il transfert consiste nel ripetere antichi pattern relazionali con il terapeuta, conferendogli caratteristiche e sentimenti relativi ad un personaggio del proprio passato. Le moderne concezioni sono concordi nel ritenere che l'esperienza del paziente è frutto sia delle sue relazioni passate che delle caratteristiche reali del terapeuta. Allo stesso modo, il controtransfert è concepito come il processo per il quale si generano nel terapeuta una serie di reazioni, in parte legate al suo passato, in parte elicitate dal transfert del paziente (Gabbard, 2017).

Possiamo immaginare paziente e terapeuta come due viaggiatori che intraprendono insieme un viaggio tortuoso, portando con sé un bagaglio storico differente. Tale bagaglio si rifletterà nelle azioni di ciascuno, che inevitabilmente influenzeranno quelle dell'altro, e contribuiranno o meno al raggiungimento della meta.

Il riconoscimento delle strutture di interazione, le quali non rappresentano in toto le complesse dinamiche inconsce di cui parlato, bensì la loro superficie emotiva e comportamentale, favorisce il processo di cambiamento attraverso due modalità tra loro sovrapponibili: la modificazione delle rappresentazioni mentali e la promozione di processi mentali prima inibiti. Nell'interazione si esprimono rappresentazioni mentali del paziente minacciose e inconsce, che divenendo in tal modo consapevoli possono raggiungere l'integrazione e la coesione. Inoltre, identificare una struttura di interazione permette al paziente di esplorare il proprio mondo interno, favorendo la capacità di rappresentarsi le esperienze e di riflettere sugli stati mentali propri e altrui. Tale cambiamento interessa dunque le strutture psicologiche dell'individuo e potrà essere colto nella modificazione delle strutture di interazione che ne sono il riflesso (Jones, 2000).

L'identificazione delle strutture di interazione costituisce un importante ausilio anche per il terapeuta, consentendogli di riflettere sulla natura delle rappresentazioni mentali del paziente e sulle sue risposte controtransferali. Conflitti controtransferali del terapeuta possono fungere da ostacolo alla comprensione del transfert, per cui si rivela fondamentale la consapevolezza del proprio coinvolgimento nelle relazioni oggettuali

interne proiettate dal paziente. Diminuisce in tal modo la probabilità di cedere alla pressione transferale, che spesso induce ad interventi inadeguati e dannosi e al coinvolgimento in enactment collusivi (Jones, 2000).

1.2.2 Il PQS e il processo analitico

Enrico Jones ha contribuito in maniera significativa anche in ambito metodologico, facendosi promotore del Berkley Psychotherapy Research Project. A quest'ultimo va il merito di aver dimostrato la possibilità di fare ricerca sul processo psicoanalitico in maniera clinicamente e teoricamente significativa, sviluppando metodologie definite “analisi quantitative *single-case*” (Jones, 2001). Ciò ha consentito di superare gli ostacoli allo studio del processo analitico, il principale dei quali riguardava l'adozione di una metodologia che consentisse di ricavare dati validi e affidabili. Da un lato vi era l'impossibilità di applicare realisticamente la metodologia RCT, non in grado di catturare quanto verificantesi nella stanza d'analisi. Dall'altro, sebbene la ricerca *single-case* ricalcasse maggiormente il setting naturalistico e l'esperienza soggettiva dei partecipanti, era inverosimile ignorarne le importanti limitazioni metodologiche. Si rese necessaria l'introduzione di un metodo che potesse fungere da base per una ricerca sul processo osservativamente fondata, che comprendesse misure volte alla valutazione del consenso tra giudici circa la presenza dei fenomeni clinici (Jones, 2000). “Dopo tanto riflettere su cosa avrebbe potuto costituire un metodo simile, ho sviluppato lo Psychotherapy Process Q-Set (PQS) per fornire un linguaggio di base per la descrizione e per la classificazione del processo degli interventi in una forma adatta all'analisi quantitativa” (Jones, 2000, p. 159).

Lo Psychotherapy Process Q-Set è uno strumento per la valutazione del processo terapeutico nato all'interno del Berkley Psychotherapy Research Project, in grado di rispondere alle esigenze sopra delineate. Difatti, la peculiarità dello strumento consiste nella sua capacità di integrare la complessità clinica del processo con la valutazione empirica dello stesso, stabilendo come requisito indispensabile la presenza di accordo tra siglatori. Inoltre, basandosi su una metodologia Q-sort, permette di cogliere l'unicità e la specificità del processo caratterizzante ciascuna diade paziente-terapeuta, rivelandosi lo strumento elettivo per l'individuazione delle strutture d'interazione (Colli & Gazzillo, 2017).

Jones (2000) ritiene che la ricerca quantitativa *single-case* sia particolarmente vantaggiosa per lo studio del processo analitico e per l'individuazione di legami causali con l'esito della terapia. Per l'appunto, la sua teoria dell'azione terapeutica trae origine dall'applicazione dello Psychotherapy Process Q-Set a videoregistrazioni e trascritti *verbatim* di sedute di psicoterapia, grazie al quale individuò in ogni coppia la presenza di pattern interattivi stabili e ripetitivi, in grado di esercitare un peso significativo sull'esito della terapia (Lingiardi & Dazzi, 2008).

Nel precedente sottoparagrafo è stata espressa a più riprese la nuova concettualizzazione del cambiamento, senza tuttavia soffermarsi sulle forme di psicoterapia per le quali era considerata vantaggiosa. Considerando la natura transteorica del PQS e del costrutto di strutture di interazione (Jones, 2000), non si intende confrontare psicoterapie di matrice teorica differente, bensì considerarle in base all'instaurarsi o meno di dinamiche transferali e controtransferali, condizione essenziale per poter ragionare in termini di strutture interattive.

In particolare, come De Bei e Montorsi (2013) sottolineano, la differenza principale riguarderebbe le psicoterapie a breve termine e le psicoterapie a lungo termine. Jones (2000) considerava le psicoterapie brevi come essenzialmente supportive, in quanto la cadenza settimanale delle stesse non avrebbe consentito il dispiegarsi di transfert e controtransfert. Al contrario, il setting messo a disposizione dalle psicoterapie a lungo termine, quali la psicoanalisi, era in grado di elicitare l'attivazione e la risoluzione del transfert. Dunque, il modello di Jones sembrava dare i suoi frutti quando applicato a queste ultime (De Bei & Montorsi, 2013).

In breve, viene definita espressiva una psicoterapia volta all'analisi e all'interpretazione del transfert e delle difese del paziente, mentre al contrario, una psicoterapia supportiva tende a fornire sostegno al paziente, rafforzandone le difese. Nonostante i clinici concordino nel ritenere che una maggiore frequenza nelle sedute porti ad un intensificarsi del transfert, la natura espressiva o supportiva di una terapia non dipende dalla durata della stessa (Gabbard, 2014).

Dunque, considerando la ricchezza e la varietà di psicoterapie brevi ad oggi disponibili, non si può non obiettare sulla conclusione semplicistica tratta da Jones. Sarà interessante considerare come la sua teoria dell'azione terapeutica si applichi ad una peculiare forma di psicoterapia dinamica breve.

1.3 ISTDP: Psicoterapia Dinamica Intensiva Breve

1.3.1 Le psicoterapie psicodinamiche brevi

Chiunque abbia deciso di intraprendere un percorso di terapia avrà dovuto destreggiarsi tra la moltitudine di alternative disponibili. Differenti scuole di pensiero hanno promosso la comparsa di numerosi modelli d'intervento, i quali si differenziano in primo luogo per la matrice teorica che vi è alla base.

Verrà qui considerata una forma di psicoterapia di derivazione psicoanalitica, denominata psicoterapia psicodinamica, la quale “può essere definita come un gruppo di trattamenti, più o meno specifici, che si focalizzano sulla soggettività umana e le sue interazioni con l'ambiente esterno e interno” (Gabbard, 2017, p. 28). Sebbene sia stata tradizionalmente definita come “espressiva”, gli interventi che afferiscono a questo orientamento sono situati lungo tutto il continuum espressivo-supportivo.

La psicoterapia psicodinamica può essere distinta in base alla sua durata in psicoterapia a breve o a lungo termine. In particolare, parliamo di psicoterapia breve quando questa non si protrae per oltre sei mesi o ventiquattro settimane (Gabbard, 2014).

È comunemente noto che la psicoanalisi sia un trattamento a tempo indeterminato, la cui durata risulta pressoché impossibile da definire con certezza. Lo stesso potrebbe esser detto rispetto alla psicoterapia dinamica a lungo termine, anche se possono esservi delle eccezioni. Ci si potrebbe dunque lecitamente interrogare sui motivi alla base dell'introduzione di forme di terapia breve all'interno di tale cornice teorica, così come sulle ragioni per cui queste potrebbero essere predilette.

L'apertura di uno scorcio sulla società contemporanea sarà il nostro punto di ingresso nel regno delle psicoterapie a breve termine. Basterà fermarsi un istante ad osservare una qualsiasi nostra giornata: le attese ci irritano profondamente, non siamo disposti a ritardare per nessun motivo il soddisfacimento di un nostro bisogno, vogliamo tutto e subito. Di fronte a questo esame di realtà, il probabile scetticismo sorto nei confronti dei trattamenti brevi dovrà necessariamente dissolversi, riconoscendone la perfetta aderenza con le nostre stesse esigenze.

Le prime forme di psicoterapia psicodinamica breve risalgono agli anni Settanta, configurandosi come alternative all'interno del panorama allora dominante. Differenti autori hanno contribuito a quest'ondata di innovazione, sviluppando il proprio modello

d'intervento, il quale può essere collocato verso un polo più espressivo o più supportivo (Abbass et al., 2014).

Discrepanze significative rispetto alle tecniche d'intervento non sono riscontrabili, se non per le tempistiche accelerate con le quali queste vengono applicate, avendo a disposizione un numero limitato di sedute (Gabbard, 2014). Ciò che più contraddistingue la psicoterapia breve è l'individuazione di un focus specifico, condizione imprescindibile per la sua applicabilità. Idealmente, dovrebbe trattarsi della manifestazione di un conflitto del paziente, sotto forma di un sintomo o di una difficoltà circoscrivibili. Per poter lavorare all'interno del focus specifico ed acquisire le informazioni necessarie, si richiede al terapeuta una maggiore attività (Flegenheimer, 1982). Per quanto riguarda i meccanismi dell'azione terapeutica, De Bei e Montorsi (2013) ritengono che non vi siano differenze qualitative. Tuttavia, a seconda che la strada principale sia lunga o breve, ci si immetterà da due corsie differenti. Nel primo caso, la via percorsa sarà quella della relazione terapeutica e del lavoro all'interno del transfert. Nel secondo, si seguiranno le tracce del conflitto relazionale del paziente e del pattern emotivo associato, lavorando sul transfert.

Le psicoterapie psicodinamiche brevi sono risultate efficaci per un'ampia varietà di disturbi mentali (Abbass et al., 2014), eppure non rappresentano la scelta privilegiata di tutti i terapeuti. Per alcuni si tratta unicamente di un valido ripiego nel caso in cui la psicoterapia a lungo termine non possa essere impiegata (Flegenheimer, 1982).

Propendere aprioristicamente per l'una o l'altra forma di psicoterapia psicodinamica è del tutto inappropriato, considerando che non tutti riescono a trarre beneficio da una psicoterapia breve. Per questo è necessario selezionare accuratamente i pazienti basandosi su alcuni requisiti ben definiti, come la capacità di circoscrivere un'area di difficoltà. Se il paziente risulta "idoneo", riuscirà verosimilmente a raggiungere un miglioramento significativo con un minore dispendio di tempo e denaro (Gabbard, 2014).

Sono state delineate fin qui alcune delle caratteristiche generalmente attribuibili alla psicoterapia psicodinamica breve. Ad ogni modo, occorre tenere a mente che all'interno di questo ampio scenario sono collocate le prospettive di differenti autori. Tra queste, approfondiremo quella di Habib Davanloo, che ha introdotto il modello noto come Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (Abbass et al., 2014).

1.3.2 Davanloo e l'ISTDP

Assistere ad una seduta di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve potrebbe verosimilmente sorprendere gli spettatori, per non parlare degli stessi partecipanti. Il terapeuta è facilmente giudicabile come severo, ostinato e intransigente, e l'intera ora di terapia potrebbe apparire come un incontro sul ring. Niente di tutto ciò. Un'adeguata conoscenza della teoria e dei principi che vi sono alla base permetterà di comprenderne il razionale e di evidenziarne le qualità.

Le origini del modello sono rintracciabili agli albori degli anni Sessanta, quando Habib Davanloo iniziò a adottare un approccio più attivo alla psicoterapia psicodinamica. Il suo obiettivo era quello di accelerarne il processo, accorciando i tempi solitamente richiesti per l'identificazione e gestione delle resistenze. Tale proposito scaturisce dalla concezione teorica dell'autore, il quale riteneva che la psicopatologia fosse conseguenza del trauma relazionale infantile, vissuto dall'individuo con le figure di attaccamento. Le difese inconse dell'individuo funzionerebbero come una barriera in grado di impedire l'affiorare delle emozioni intense e conflittuali dell'individuo, le quali provocherebbero un'ansia inconscia manifestantesi sotto forma di sintomi o disturbi (Abbass, Town, & Driessen, 2013).

Rispetto alla metodologia impiegata, la figura di Davanloo potrebbe essere accostata a quella di Jones, in quanto le sue principali conclusioni originano dall'analisi di materiale video di sedute di psicoterapia. Ciò gli permise non solo di sviluppare il proprio modello di psicoterapia breve, ma anche di identificare la presenza di tre principali vie di scarica dell'ansia inconscia, coincidenti con la muscolatura striata, la muscolatura liscia e con l'interruzione del funzionamento cognitivo-percettivo (Abbass et al., 2013).

Entriamo ora nel vivo dell'Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), la denominazione della quale lascia intendere circa la natura della stessa.

Al contrario di quanto delineato nel precedente paragrafo, Davanloo non ritiene necessaria l'individuazione di un focus specifico per l'adozione del suo modello. Il modo migliore per valutare l'idoneità di un paziente all'ISTDP è sottoporlo ad una seduta di prova. Sin dai primi colloqui, il terapeuta si serve delle principali tecniche del modello, impegnandosi parallelamente nella raccolta dei dati necessari alla formulazione del caso. Considerando che il limite temporale massimo da dedicarvi è di tre ore, la tecnica deve

essere necessariamente attiva, pur preservando il principio di neutralità (Flegenheimer, 1983).

L'obiettivo del terapeuta è aiutare il paziente ad entrare in contatto, nel minor tempo possibile, con i sentimenti complessi e conflittuali che si celano dietro le resistenze, le quali devono essere sconfitte (Rocco et al., 2021). In questo senso è essenziale assicurarsi preventivamente che il paziente abbia la capacità di provare e di tollerare tali affetti, senza andare incontro a regressione. Verrà difatti pressato da una serie incessante di domande sul suo stato emotivo, soprattutto concernenti l'attuale situazione clinica (Flegenheimer, 1983). Tale tecnica, definita "scontro frontale", mira all'emergere dei "complessi sentimenti transferali" del paziente e delle difese che vi si oppongono. È soprattutto la rabbia del paziente ad essere mobilitata dal terapeuta, mediante la pressione e l'insistenza esercitate (Abbass et al., 2013).

Eccetto casi rari, la naturale risposta ad un attacco è la difesa. Sarebbe illusorio ritenere che il paziente rimanga imperturbabile ai colpi lanciati dal terapeuta. Tuttavia, fortificazioni costruite su fondamenta deboli non riusciranno per molto a resistere all'offensiva, soprattutto se ben pianificata.

È per questo che la prima fase della terapia è connotata dalla circolarità del processo, in quanto "le domande inquisitorie del terapeuta suscitano l'ira del paziente, che si difende dal prendere coscienza della propria rabbia e dall'esprimerla (...). Il terapeuta provoca ulteriormente l'ira del paziente, attaccando proprio le sue manovre difensive. Alla fine, il paziente riesce ad esprimere apertamente la propria rabbia all'interno della situazione terapeutica" (Flegenheimer, 1983, p. 110).

Malgrado le difese siano state abbattute, cantar vittoria può rivelarsi inopportuno. Queste potrebbero raccogliere i propri resti, ricostituendosi e tornando a vigilare su quel tesoro emotivo gelosamente custodito. La ripetizione dell'incursione per più volte è solitamente necessaria per riuscire ad ottenere un risultato considerevole.

Non è un caso se l'ISTDP viene considerata, tra le psicoterapie brevi, la più ardua da apprendere. Al terapeuta viene richiesta una sensibilità molto elevata: mentre è occupato sulla propria linea di attacco, deve vigilare sull'insorgere di ulteriori resistenze da confrontare, evitando parallelamente che ciò provochi uno scompenso (Flegenheimer, 1983). È piuttosto auspicabile il verificarsi di una crisi intrapsichica, in quanto prerogativa

per il costituirsi dell'alleanza terapeutica inconscia, la sola in grado di "sbloccare l'inconscio" (Abbass et al., 2013).

L'apertura di un varco sul mondo interno consente il raggiungimento della superficie a quanto precedentemente occultato. Affetti conflittuali e difese vengono identificati ed evidenziati mediante l'uso del triangolo del conflitto (Sentimenti – Ansia – Difese) e del triangolo della persona (Transfert – Relazione presente – Relazione passata). Il terapeuta stabilisce in tal modo delle connessioni tra le modalità adottate dal paziente nel transfert per difendersi dall'ansia legata alle sue emozioni conflittuali, con quelle adottate nelle relazioni del presente e in quelle del passato (Rocco et al., 2021).

Il processo terapeutico fin qui delineato è noto come "Sequenza Dinamica Centrale" (Davanloo, 2000) ed è riassumibile in otto fasi: inchiesta, pressione, sfida, resistenza transferale, *breakthrough*, analisi sistematica del transfert, indagine volta ad esplorare ulteriormente la storia evolutiva e accesso diretto all'inconscio. Il terapeuta muove i primi passi come un investigatore, indagando il mondo interno del paziente per scovarne le difficoltà. Le sue domande inquisitorie esercitano una pressione emotiva schiacciante, che costringe le resistenze a raggiungere la superficie assumendo le sembianze di meccanismi difensivi. Questi costituiscono il principale bersaglio del terapeuta, che vi si scaglia frontalmente, chiarificando e sfidando le resistenze transferali. In tal modo, l'inconscio del paziente viene per la prima volta sbloccato: sentimenti conflittuali, finora inconsci, si liberano dalle catene che li tenevano prigionieri, ricongiungendosi con le immagini di un doloroso passato. Il transfert può ora essere analizzato sistematicamente, prendendo in prestito i due triangoli sopra citati. Tuttavia, il varco è ancora troppo angusto per potervi accedere: occorre rindossare i panni dell'investigatore e ripercorrere a ritroso la storia del soggetto per poter accedere direttamente all'inconscio. La linearità del processo, apparentemente perfetta, non sempre è riscontrabile nelle situazioni cliniche reali. Talvolta il raggiungimento del *breakthrough*, o sblocco dell'inconscio, richiede di armarsi di pazienza e di ripetere alcuni passaggi, fin quando la corazza del paziente non sarà scalfita (Rocco et al., 2021).

Nel caso in cui ci si stesse interrogando circa l'utilità di questa peculiare forma di terapia, basti sapere che l'ISTDP si è rivelata efficace per un ampio range di disturbi mentali, rivelandosi in grado di promuovere cambiamenti interpersonali e strutturali nella personalità, anche se applicata da terapeuti poco esperti (Rocco et al., 2021). Quest'ultimo

punto si ricollega al filo che ha fatto da conduttore al capitolo, ossia alla necessità di considerare, parallelamente agli aspetti tecnici, il clima relazionale che si instaura tra paziente e terapeuta.

L'asserzione di Jones circa la natura supportiva delle psicoterapie brevi inizia a scricchiolare sotto il peso del modello. Parlare di dinamiche transferali e controtransferali già nei primi incontri di una psicoterapia breve a frequenza settimanale è del tutto antitetico alla sua concezione.

Davanloo riteneva la valutazione del transfert del soggetto necessaria a partire dalla terapia di prova e per tutto il corso del processo. Inoltre, sottolineava l'importanza da parte del terapeuta di assumere consapevolezza delle proprie dinamiche controtransferali (Flegenheimer, 1983), aspetto che sappiamo essere coadiuvato dalla concettualizzazione del processo come intesa da Jones. Non vi sono dunque ragioni per ritenere che il costrutto di strutture d'interazione non vi sia applicabile, specialmente alla luce delle specifiche tecniche atte a favorire l'emergere delle componenti transferali.

1.4 Obiettivo e razionale del lavoro di tesi

Ripercorrendo i passi mossi fin qui, si potrebbe affermare di aver varcato la soglia del labirinto della ricerca in psicoterapia, individuando punti di riferimento utili e raccogliabili all'interno di una mappa. Dovrebbe risultare chiaro che, il miglior modo per orientarvisi, è conoscere il punto di arrivo. Non esistono sentieri superiori ad altri per efficienza e funzionalità, bensì vi sono tragitti preferibili da percorrere, a seconda della meta che vuole essere raggiunta.

Qualora l'obiettivo sia di comprendere ciò che si verifica nel corso della terapia, capace di mobilitare il processo di cambiamento nel paziente, sarà opportuno volgersi verso il sentiero della ricerca *single-case*. Il percorso del presente elaborato seguirà proprio queste orme. L'interrogativo che funge da guida riguarda le caratteristiche del processo di una psicoterapia dinamica breve intensiva rivelatasi efficace.

In particolare, indossando le lenti di Enrico Jones, il processo verrà considerato nei termini dei pattern interattivi a basso tasso di cambiamento, instauratesi tra una determinata diade paziente-terapeuta. Memori della concettualizzazione del cambiamento propria dell'autore, verrà esaminata l'evoluzione delle specifiche strutture di interazione, riflesso della struttura psicologica di entrambi (Jones, 2000). Per far ciò,

verrà applicato il PQS, strumento elettivo per cogliere l'unicità del processo, a sedute audio registrate di una Psicoterapia Psicodinamica Breve Intensiva, quale sviluppata da Davanloo.

Si rammenterà che il PQS affonda le proprie radici nella psicoanalisi, la quale presenta caratteristiche per certi versi agli antipodi dell'ISTDP, pur essendone la matrice teorica. A chiunque sarà capitato di imbattersi in vignette raffiguranti la situazione analitica, nelle quali l'analista, Freud per antonomasia, sta seduto in silenzio sulla propria poltrona, alle spalle del paziente, intento ad ascoltarne le comunicazioni. Sebbene tali immagini siano caricaturali, nella psicoanalisi è la parola del paziente ad essere privilegiata e il setting ortodosso prevede alcune regole e principi ben definiti, i quali consentono il delinearsi di un processo duraturo nel tempo, nel quale le dinamiche inconscie trovano lentamente dimora.

Se ci si accosta all'ISTDP con tali preconcetti, non si potrà che restarne delusi. La maggiore attività del terapeuta, assieme alle principali tecniche adottate (Abbass et al., 2013), configureranno un processo ben distinguibile da quello psicoanalitico, all'interno del quale il terapeuta dominerà l'interazione tanto quanto il paziente, se non in misura superiore.

È possibile affermare quasi con certezza che le strutture di interazione rilevabili in un processo psicoanalitico non siano sovrapponibili a quelle riscontrabili nel processo di una psicoterapia dinamica breve intensiva. Se non altro, l'evoluzione delle stesse seguirà delle traiettorie del tutto peculiari, data l'indeterminatezza temporale della prima e la limitatezza della seconda.

Jones (2000) ha condotto un gran numero di ricerche *process-outcome* applicando il PQS a terapie psicoanalitiche e non solo, ma non vi sono dati circa l'utilizzo dello strumento per la valutazione del processo dell'ISTDP. Allo stesso tempo, nonostante il numero crescente di *outcome research*, volto a verificare l'efficacia del modello di Davanloo per svariati disturbi (Rocco et al., 2021), il campo della *process research* è scarno e carente.

L'obiettivo sarà pertanto quello di valutare il processo di una terapia di Psicoterapia Dinamica Breve Intensiva rivelatesi efficace, analizzandone in particolare i pattern di interazione e l'evolversi degli stessi. Sarà interessante osservare come il PQS riesca a catturare le componenti emotive e comportamentali di transfert e controtransfert (Jones,

2000) anche all'interno di una cornice temporale tanto angusta, nonché la distanza degli stessi da quelli rilevabili nel processo psicoanalitico.

CAPITOLO 2

Valutazione del processo associato all'esito di una Psicoterapia Dinamica Breve Intensiva (ISTDP)

2.1 Gli strumenti

In questa sezione verranno presentati gli strumenti utilizzati allo scopo di valutare il processo di una ISTDP con riferimento all'*outcome* della stessa. Lo Psychotherapy Process Q-set (PQS) è stato applicato alle trascrizioni *verbatim* delle sedute per coglierne le strutture d'interazione e analizzarne l'evoluzione. L'esito della psicoterapia è stato valutato mediante somministrazione della Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) e dell'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) all'inizio e alla fine della terapia, confrontando i punteggi ottenuti dalla paziente nei due differenti momenti.

2.1.1 Lo Psychotherapy Process Q-Set (PQS)

Lo Psychotherapy Process Q-Set è “uno strumento nato per descrivere, con un linguaggio transteorico e non gergale, il processo terapeutico, cercando di integrare la duplice esigenza della ricerca in psicoterapia: rendere conto della complessità clinica del processo osservato rimanendo il più possibile vicini a parametri di oggettività” (Lingiardi & Dazzi, 2008, p. XI).

La sua nascita è ascrivibile a Enrico Jones, psicoanalista e ricercatore formatosi presso il San Francisco Psychoanalytic Institute. Divenuto direttore della Clinica di Psicologia e del programma di Psicologia Clinica presso l'Università di Berkley in California, negli anni Ottanta divenne promotore del Berkley Psychotherapy Research Project, all'interno del quale lo strumento prende forma e viene testato (Lingiardi & Dazzi, 2008).

Dati i principali ostacoli legati allo studio del processo analitico (Jones, 2000), il concepimento del PQS avvenne in seno di un ambizioso progetto di ricerca, postosi l'obiettivo di verificare la possibilità di fare ricerca sul processo psicoanalitico in modi teoricamente e clinicamente significativi (Jones, 2001). La gestazione di tale strumento

richiese all'incirca un decennio, per poterne ammirare in seguito la robustezza, la sensibilità e la sua applicabilità a qualsiasi teoria e tecnica derivatevi (Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011).

Nella ricerca sul processo, la questione più scottante con la quale confrontarsi riguarda il modo con il quale la terapia è in grado di promuovere il cambiamento nel paziente. Il Berkley Psychotherapy Research Project si misurò con tale sfida mediante lo studio intensivo di videoregistrazioni e trascritti *verbatim* di centinaia di sedute di psicoanalisi e di psicoterapia a lungo termine condotte da esperti (Jones, 2001). Come Lingiardi e Dazzi (2008) sottolineano, si trattava di una scelta molto audace per il tempo: il solo pensare di introdurre nella stanza d'analisi dei metodi di registrazione era inaudito; perlopiù, la ricerca *single-case* veniva considerata come aleatoria, tutt'altro che certa.

Un requisito essenziale per testare i costrutti psicoanalitici è l'osservabilità dei fenomeni clinici a livello intersoggettivo, il che implica determinarne la co-occorrenza e la forza della relazione. Si rese dunque indispensabile poter disporre di uno strumento in grado di definire la misura dell'accordo tra giudici e di un metodo esaustivo per la descrizione e la definizione del processo, che potesse costituire la base per una ricerca osservativamente fondata e che fosse adatto all'analisi quantitativa. Da questo punto di vista il PQS offre un linguaggio di base in grado di descrivere la natura e l'evoluzione del processo mediante un'ampia gamma di descrittori relativi alla tecnica e alle interazioni tra paziente e terapeuta (Jones, 2000). Tra i suoi punti di forza vi sono le qualità psicometriche di affidabilità e validità, entrambe attestantisi ad un buon livello anche quando applicato a svariate tipologie di trattamento. Per quanto riguarda l'affidabilità tra giudici indipendenti, questa si attesta mediamente tra .83 e .89. Garanzia di una buona affidabilità sono registrazioni accurate ed affidabili delle sedute di terapia, che riducono le interpretazioni dei giudici fornendo dati verificabili (Ablon et al., 2011; De Bei & Montorsi, 2013; Jones, 2001).

Lo Psychotherapy Process Q-set (PQS) è uno strumento transteorico, ossia neutrale rispetto alle differenti teorie psicologiche, che consente una valutazione globale del processo terapeutico mediante descrizioni empiricamente fondate e un linguaggio lineare (Ablon & Jones, 2005; Colli & Gazzillo, 2017; Jones, 2000). In virtù di siffatta peculiarità, il PQS consente la costruzione di prototipi di differenti psicoterapie,

mostrandosi in grado di descrivere adeguatamente gli aspetti più salienti delle stesse (Ablon & Jones, 1998).

Lo strumento si compone di 100 item descrittivi, definiti in modo tale da essere rappresentativi della pratica clinica ed ancorati ad indizi verbali e comportamentali facilmente identificabili nelle registrazioni o nei trascritti *verbatim* di sedute di psicoterapia. In linea con la neutralità del PQS, gli item non sono legati a concetti terapeutici, bensì a nozioni sui processi terapeutici, in modo tale da azzerare l'influenza della teoria sugli osservatori.

Gli item che compongono lo strumento sono frutto di un lavoro di selezione empiricamente guidato: alcuni provengono da differenti strumenti per la valutazione del processo terapeutico, mentre altri sono stati introdotti da un gruppo di esperti.

Ogni item è stato oggetto di discussione da parte del gruppo di esperti che si sono occupati della costruzione del set di item, con esito variabile tra revisione, per ampliamento o concisione, od eliminazione. In seguito, l'intero set è stato ulteriormente revisionato applicandolo ripetutamente a nuove registrazioni o trascritti *verbatim* di sedute di psicoterapia, al fine di verificarne l'adeguatezza (Ablon & Jones, 2005; Jones, 2001).

Nella sua versione finale, nel PQS sono identificabili tre differenti tipologie di item: la prima racchiude quelli che descrivono gli atteggiamenti e i comportamenti del paziente, per un totale di 40; la seconda, composta da 41 item, è riferita agli atteggiamenti e ai comportamenti del terapeuta; la terza, comprendente i restanti 19, concerne l'interazione paziente-terapeuta (Ablon et al., 2011). Nel manuale di codifica dello strumento, ogni item viene attentamente definito ed accompagnato da un esempio, con l'obiettivo di minimizzare le variabilità interpretative degli osservatori, ai quali viene richiesto un basso livello di inferenza, forzandone il giudizio verso affermazioni affidabili (Ablon & Jones, 2005; Colli & Gallizzo, 2017; Jones, 2000).

Il PQS si basa su una metodologia Q-sort, un metodo ipsativo, che richiede all'osservatore e siglatore di collocare gli item lungo un continuum che va dal più caratteristico al meno caratteristico in riferimento al singolo, obbligandolo ad una distribuzione forzata. Ciò fa sì che la metodologia Q venga considerata una metodologia elettiva per lo studio della soggettività, in quanto si pone l'obiettivo di cogliere le differenze all'interno di uno stesso soggetto. Si contrappone dunque ad uno scaling di

tipo normativo, che al contrario valuta le differenze tra soggetti (Colli & Gallizzo, 2017). La distribuzione forzata degli item presenta innumerevoli vantaggi: consente di ridurre eventuali bias legati allo stile di risposta del valutatore, nonché l'“effetto alone”, sia positivo che negativo, consistente nel raggruppare tutti gli item in caratteristici o non caratteristici, senza alcuna distinzione; il metodo Q stimola i siglatori ad andare più in profondità, prestando una maggiore attenzione alle differenze anche minime tra gli item, selezionando fra i molti quelli maggiormente caratteristici, che assumono in tal modo maggior rilievo (Ablon & Jones, 2005; Lee, 2017). Applicato allo studio del processo terapeutico, tale metodo permette di coglierne l'unicità, consentendo il confronto tra una seduta e l'altra di terapia (Jones et al., 1993). La neutralità del linguaggio proprio del PQS lo rende particolarmente adatto alla ricerca sul processo terapeutico in una varietà di orientamenti teorici. Nonostante possa essere applicato sia a trial clinici randomizzati che a disegni *single-case*, è in questi ultimi che esprime appieno le proprie potenzialità, data la sua capacità di cogliere la natura idiosincratca del processo terapeutico. I disegni *single-case* sono in grado di individuare aspetti del trattamento non altrimenti identificabili dai RCT, i quali restituiscono una visione fin troppo globale, ben distante dall'unicità del processo andantesi a creare in ciascuna diade paziente-terapeuta (Ablon et al., 2011).

In particolare, lo strumento è stato applicato ad una varietà di studi volti ad individuare i fattori, specifici e non, associati all'esito del trattamento, analizzandone i cambiamenti nel tempo. Oltre a consentire uno studio approfondito del processo unico e peculiare, il PQS può essere impiegato anche in analisi comparative tra differenti psicoterapie (Ablon et al., 2011; De Bei & Montorsi, 2013).

Sirigatti (2007), sulla base di un'indagine della letteratura e dei risultati della sua ricerca, sottolinea il valore del PQS come strumento di ricerca panteorico, capace di offrire ingredienti importanti per lo studio del processo e di costituirsi come metodo valido e affidabile. Nonostante in Italia il suo utilizzo sia stato molto limitato, ne viene sottolineata l'utilità applicativa nel campo della ricerca, data la sua capacità di descrivere il processo terapeutico empiricamente ed in termini clinicamente rilevanti.

La valutazione del processo terapeutico con il PQS è ritenuta abbastanza semplice. Per poterlo applicare, è previsto un addestramento, preferibilmente in piccoli gruppi. Ai giudici viene chiesto di assumere il ruolo di osservatori esterni, neutrali e non giudicanti,

a metà strada tra paziente e terapeuta. Dopo aver letto il trascritto *verbatim* o ascoltato la registrazione della seduta, i giudici sono chiamati a collocare le cento carte, corrispondenti agli item del PQS, in nove categorie o pile, lungo un continuum che va dal polo estremamente caratteristico al polo estremamente non caratteristico. Per ciascuna categoria è stabilito un numero fisso di item assegnabili. Essendo tale distribuzione forzata, è importante che ciascun siglatore si interroghi sulla presenza o assenza di un determinato atteggiamento o esperienza e sul grado della sua manifestazione, cercando un'evidenza specifica che ne consenta l'ancoraggio. Ciascun valutatore compie dapprima una valutazione indipendente alla quale fanno seguito degli incontri di discussione volti al raggiungimento di una *consensus rating* (Colli & Gallizzo, 2017; Jones, 2000; Jones, 2001).

Di seguito vengono riportate le nove categorie che consentono la descrizione del processo (Tabella 1). Si sottolinea come il collocare un item verso l'estremo non caratteristico implichi la significatività della sua assenza, mentre al contrario, quando un item risulta irrilevante deve essere collocato nella pila centrale, alla quale corrispondono gli item neutrali (Jones, 2000).

Categoria	Etichetta	N° massimo di item
9	Estremamente caratteristico	5
8	Decisamente caratteristico	8
7	Abbastanza caratteristico	12
6	Piuttosto caratteristico	16
5	Relativamente neutrale	18
4	Piuttosto non caratteristico	16
3	Abbastanza non caratteristico	12
2	Decisamente non caratteristico	8
1	Estremamente non caratteristico	5

Tabella 1: Distribuzione Q-Sort degli item nelle nove categorie

Nella descrizione di ciascun item, presente nel manuale di codifica del PQS, vengono fornite puntuali indicazioni volte a guidare il giudice verso la collocazione dello stesso nella categoria più appropriata. Gli esempi sotto riportati (Tabella 2) riguardano tre item afferenti alle distinte tipologie sopra menzionate. Come è possibile osservare nella

sezione descrittiva, per ogni item vengono esplicitate le prerogative necessarie alla sua collocazione verso l'estremo caratteristico o non caratteristico. In alcuni casi, come nell'item 56, viene chiarito anche quando assegnare l'item alla categoria "relativamente neutrale"; sono talvolta presenti degli esempi, in linea con quanto sopra riportato, come visibile negli item 21 e 30.

Item	Descrizione
Item 56. Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come <i>neutrale</i> se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	Fare riferimento all'atteggiamento del paziente nei confronti del materiale discusso, a quanto sembra interessato e coinvolto, a quanto è evidente l'espressione di affetti. Collocare questo item verso l'estremo <i>caratteristico</i> se il paziente mostra poco interesse o partecipazione affettiva, ed è in generale annoiato, impersonale, indifferente e apatico (la tensione può essere o non essere presente). Collocare questo item verso l'estremo <i>non caratteristico</i> se la presenza affettiva e il significato degli argomenti affrontati sono presenti ma ben modulati e bilanciati da materiale più tranquillo. Valutare come <i>non caratteristico</i> anche se il paziente esprime un affetto acuto, un'esplosione di emozioni o una profonda preoccupazione.
Item 21. Il terapeuta fa delle rivelazioni personali.	Collocare questo item verso l'estremo <i>caratteristico</i> se il terapeuta rivela informazioni o reazioni personali al paziente (per esempio, il terapeuta racconta al paziente dove è cresciuto oppure dice al paziente "La trovo una persona adorabile"). Collocare questo item verso l'estremo <i>non caratteristico</i> se il terapeuta evita di fare qualsiasi tipo di self-disclosure. Una collocazione più estrema in questa direzione indica che il terapeuta non racconta di sé anche quando esortato a farlo (per esempio, il terapeuta <u>non risponde in modo diretto quando il paziente gli chiede se è sposato</u>).
Item 30. La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	Collocare questo item verso l'estremo <i>caratteristico</i> se il dialogo si concentra in particolare su temi ideativi coscienti, credenze o costrutti usati per valutare gli altri, se stessi e il mondo (per esempio, il terapeuta ipotizza che certe convinzioni si riferiscono più strettamente all'idea o credenza del paziente di essere una persona inutile, a meno che non riesca a portare a termine ogni cosa in modo perfetto). Collocare questo item verso l'estremo <i>non caratteristico</i> se si discute poco o per niente di tali idee o costrutti.

Tabella 2: Esempi di item con corrispondenti descrizioni

La *process research* pose a Jones un ulteriore importante quesito, concernente la delimitazione della cornice o unità temporale da valutare. La risposta più frequente fornita dai ricercatori consiste nella suddivisione del processo in frammenti temporali arbitrariamente prestabiliti, oppure in periodi costituiti dall'associazione di specifici eventi connessi al costrutto valutato. Jones osservò che un segmento temporale non consentirebbe di cogliere le interazioni tra le differenti variabili che si verificano e si ripetono nel tempo, motivo per il quale l'unità temporale valutata dal PQS coincide con un'intera seduta di psicoterapia, una cornice temporale "naturale", utile per i ricercatori e

significativa per paziente e terapeuta. In questo modo, i giudici hanno l'opportunità di analizzare accuratamente il processo ad un macrolivello, identificando eventi degni di nota e valutandone il significato, confermando o confutando le proprie teorizzazioni. All'interno di tale cornice temporale, la quantità di materiale clinico a disposizione può essere notevole, tuttavia il PQS consente una sintesi dello stesso grazie alla presenza di item descrittivi e panteorici ancorati alla metodologia Q-sort (Ablon & Jones, 2005; Colli & Gallizzo, 2017; Jones, 2000).

A più riprese si è sottolineato come il PQS consenta di cogliere l'unicità del processo riguardante ogni singola diade paziente-terapeuta, ragion per cui la sua applicazione risulta di gran lunga vantaggiosa nei casi singoli. Ciò implica un'importante constatazione, ossia che non esiste un processo terapeutico standard o ideale, ma ciascuna diade sarà caratterizzata da pattern di interazione stabili e ripetitivi, noti come strutture di interazione, che daranno forma ad un processo esclusivo e singolare (Colli & Gallizzo, 2017). Tale costrutto è stato approfonditamente trattato nel precedente capitolo, evidenziandone il legame con la nuova teoria dell'azione terapeutica, postulante la complementarità tra insight e relazione.

Il riconoscimento delle strutture di interazione, definite da Jones (2000) come l'aspetto manifesto, emotivo e comportamentale di transfert e controtransfert, è reso possibile dall'applicazione del PQS alle registrazioni o trascritti *verbatim* delle sedute di psicoterapia. Lo strumento consente dunque di cogliere il riflesso della struttura psichica di paziente e terapeuta all'interno del campo relazionale, mediante cui è possibile accedere alla struttura intrapsichica di entrambi. Considerando che la comprensione e l'interpretazione delle strutture di interazione rappresentano il nucleo della nuova teoria dell'azione terapeutica, lo strumento costituisce un fondamentale ausilio per coadiuvare il cambiamento del paziente in linea con tale concezione (Jones, 2000). In particolare, Abrams (1990) identifica due principali modalità di cambiamento: integrativa ed evolutiva. Utilizzando il PQS per l'individuazione e il riconoscimento delle strutture di interazione è possibile portare in superficie quelle rappresentazioni mentali sommerse nell'inconscio, che possono in tal modo raggiungere l'integrazione; inoltre, nel momento in cui un determinato pattern interattivo viene colto ed interpretato dal terapeuta, grazie alle aumentate possibilità introspettive rese disponibili, il paziente viene messo nella condizione di sviluppare o sbloccare processi mentali prima inibiti, come la capacità di

mentalizzazione. In sintesi, l'individuazione delle strutture di interazione promuove le capacità riflessive del paziente, il quale potrà raggiungere una nuova comprensione di sé o insight all'interno di tale cornice interattiva e relazionale (Jones, 2000).

Una difficoltà della ricerca sul processo psicoanalitico risiedeva inoltre nell'ambiguità dei suoi concetti teorici, difficilmente traslabili in campo clinico. Tale profondo solco, andatosi a creare tra teoria e pratica clinica, è riducibile con il PQS, grazie al quale è possibile concretizzare tali costrutti pur mantenendone inalterata la ricchezza e la complessità. I concetti a cui fa riferimento, operazionalizzabili mediante le strutture di interazione, sono quello di intersoggettività, enactment di transfert e controtransfert e responsività di ruolo (Jones, 2000). Dunque, il PQS mette a disposizione di terapeuti afferenti a distinte scuole di pensiero un linguaggio standard per descrivere i fenomeni clinici in maniera affidabile, grazie alla collocazione degli item nelle differenti categorie (Ablon & Jones, 2005; Jones et al., 1993). Va detto che uno dei limiti del PQS consiste nella sua limitata applicazione ad un range più ampio di psicoterapie.

2.1.2 La Symptom Checklist Revised (SCL-90-R)

La prima versione della Symptom Checklist Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983) risale agli inizi degli anni Cinquanta. Sviluppata sotto la guida di Parloff a partire dalla Hopkins Symptom Checklist, nel corso del tempo è andata incontro a numerosi aggiornamenti, fino ad arrivare alla versione odierna grazie al contributo di Leonardo R. Derogatis (Derogatis, 1977; Schauenburg & Strack, 1998).

La SCL-90-R è uno strumento self-report per la valutazione della psicopatologia. È composta da 90 item, ai quali il soggetto è chiamato ad attribuire un punteggio su scala Likert a 5 punti, sulla base dei sintomi presentati nel corso dell'ultima settimana. Il soggetto assegnerà un punteggio pari a 0 (*Per niente*) qualora il sintomo descritto non sia stato presente, un punteggio pari a 1 (*Un poco*) allorché il sintomo sia stato presente saltuariamente e con bassa intensità, un punteggio di 2 (*Moderatamente*) se il sintomo si sia presentato con maggiore frequenza ed intensità, un punteggio di 3 (*Molto*) nel caso in cui sia possibile identificarne la presenza costante ad elevata intensità, ed infine un punteggio di 4 (*Moltissimo*) nel caso in cui il sintomo sia presente quotidianamente e gravemente (Cassano et al., 1999; Derogatis, 1983; Kirchmann et al., 2011).

La SCL-90-R consente di effettuare uno screening generale della sintomatologia del soggetto, dimostrandosi uno strumento particolarmente utile in fase di assessment. Viene altresì utilizzata per effettuare confronti tra la fase pre e post trattamento, con la possibilità di compiere valutazioni intermedie. Si tratta di uno strumento teorico, e per essere somministrato il paziente deve avere dei requisiti minimi, tra i quali avere un'età pari o superiore a 13 anni e non presentare un quadro riconducibile ad una grave psicosi (Cassano et al., 1999).

Gli item sono raggruppabili in nove dimensioni: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Sensitività (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR) e Psicoticismo (PSY). Il punteggio ottenuto in ognuna consente di delineare un quadro sintomatologico ben preciso. Ciascuna dimensione è considerata significativa qualora il punteggio ottenuto sia pari o superiore a 1.50. Oltre ai punteggi ottenibili in ciascuna sub-scala, lo strumento mette a disposizione tre indici globali: GSI (*General Symptomatic Index*), PST (*Positive Symptom Total*), PSDI (*Positive Symptom Distress Index*). Il primo restituisce una misura dell'intensità del disagio generale provato dal soggetto, il secondo corrisponde al numero totale dei sintomi riportati ed il terzo delinea lo stile di risposta. Di questi, risulta di particolare importanza, soprattutto per il confronto tra la fase pre e post trattamento, il GSI, grazie alla sua sensibilità al cambiamento (Cassano et al., 1999; Derogatis, 1977; Schauenburg et al., 1998).

Lo strumento presenta buone proprietà psicometriche di validità e di affidabilità, testate su un'ampia popolazione di pazienti (Cassano et al., 1999).

2.1.3 L'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)

L'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz et al., 2000), questionario self-report, venne introdotto da Horowitz e colleghi nel 1988, con l'obiettivo di individuare le eventuali difficoltà relazionali sperimentate dai soggetti. Lo strumento trovò ampia diffusione sia in campo clinico che di ricerca, e la versione iniziale, composta da 127 item, venne ridotta ad una breve dello strumento composta da 32 item (IIP-32), la quale risulta più agevolmente utilizzabile nella pratica clinica quotidiana data la sua maggiore praticità, nonostante abbia comportato una lieve perdita rispetto alle qualità psicometriche della versione originaria. Lo strumento è attualmente disponibile in due

versioni, l'IIP-64, composta da 64 item e l'IIP-32, le quali differiscono unicamente per il numero di item, lo scopo e le dimensioni rimangono le medesime. Il questionario prevede che il soggetto assegna a ogni item un punteggio su scala Likert a 5 punti, da 0 o “per niente” a 4 o “estremamente”, valutando quanto quella determinata problematica costituisca una fonte di stress (Bailey et al., 2018; Barkham & Hardy, 1996).

L'IIP-32 è importante perché uno dei principali target della valutazione e dell'intervento, nonché dell'esito della psicoterapia, è lo stile relazionale del soggetto. L'IIP-32 è uno strumento molto utilizzato per questo obiettivo, grazie alla sua capacità di identificare le principali problematiche relazionali interpersonali di un determinato individuo. Somministrato ad inizio e fine terapia l'IIP-32 permette di rilevare il miglioramento delle relazioni interpersonali (Horowitz et al., 2000; Lo Coco et al., 2018).

Lo strumento si compone di due principali dimensioni, l'affiliazione e la dominanza, dalle quali derivano otto sottodimensioni o sottospazi: Dominante/Controllante (PA), Vendicativo/Centrato su di sé (BC), Freddo/Distante (DE), Socialmente Inibito/Evitante (FG), Non Assertivo (HI), Eccessivamente accomodante/Sfruttabile (JK), Autogiustificante (LM), Intrusivo/Bisognoso (NO). I soggetti possono ottenere in ciascuna sottodimensione un punteggio variabile tra 36 e 99, ad essere indicativo di una significativa problematica relazionale è il superamento dello stabilito cut-off clinico di 70 (Bailey et al., 2018; Horowitz et al., 2000).

2.2 Il materiale

Il materiale a disposizione per la ricerca si compone sia delle audioregistrazioni che dei trascritti *verbatim* di sedute di ISTDP oltre ai dati ad inizio e fine terapia provenienti da SCL-90-R e IIP-32.

Essendo il disegno *single-case* la metodologia d'elezione per l'obiettivo di tale lavoro (Jones, 1993), ad essere prese in esame sono state tre sedute di psicoterapia audioregistrate e trascritte *verbatim*, appartenenti ad una stessa diade paziente-terapeuta.

La psicoterapeuta in questione, specializzata in ISTDP, ha condiviso per i fini della ricerca le audioregistrazioni di tale percorso terapeutico, della durata complessiva di otto sedute, a suo parere emblematico dell'approccio oggetto d'esame. Gli appartenenti al gruppo di ricerca hanno provveduto alle trascrizioni *verbatim* delle sedute, omettendo i dati sensibili che avrebbero potuto consentire il riconoscimento della paziente.

Delle otto sedute, sono state oggetto di analisi mediante l'applicazione del PQS la prima, la quarta e l'ottava. Tale scelta è stata guidata dall'obiettivo di osservare quanto verificatosi rispettivamente all'inizio, in una fase intermedia e in conclusione della terapia, così da poter verosimilmente cogliere l'evoluzione delle strutture interattive.

2.2.1 La paziente

La paziente è una donna di 52 anni, attualmente disoccupata, sposata e con due figli, la quale giunge in consultazione per riferite problematiche d'ansia: durante il primo incontro riporta due episodi di attacchi di panico, di cui uno particolarmente grave, a seguito dei quali il medico le ha prescritto un ansiolitico. In aggiunta, la paziente presenta sintomi organici riconducibili a patologie mediche, i quali sembrano aggravarsi dato lo stato di malessere psichico. «Quando la psiche non ce la fa più, passa al corpo», le rimanda la terapeuta.

La storia di vita della paziente appare costellata da innumerevoli avversità: racconta molteplici episodi di malattie e problemi di salute riguardanti i suoi cari, tutti accomunati dal ruolo di cura da lei assunto. L'attuale scenario è popolato da due lutti non elaborati, coincidenti con la prematura malattia del marito, per la quale è stato sottoposto ad un'operazione chirurgica, e con la morte della madre. Sullo sfondo affiora l'ombra di una relazione extra-coniugale attualmente conclusa, ma che continua a tormentarla, impedendole di perdonarsi per l'adulterio e per lo stesso desiderio che l'ha spinto a commetterlo, probabilmente ancora presente. Lo stato emotivo dominante, andatosi ad intersecare con ciascuna delle vicende riportate, sembra essere il senso di colpa.

Sebbene non siano stati somministrati test specifici per la valutazione della personalità, sulla base di quanto emerso dalle trascrizioni *verbatim* dei colloqui, la paziente potrebbe essere verosimilmente accostata ad uno stile di personalità depressivo. «Le personalità depressive sono tormentosamente consapevoli di ogni peccato commesso, di ogni gesto gentile che hanno trascurato di compiere, di ogni pensiero egoistico che ha attraversato la loro mente» (McWilliams, 2012, p. 272). Tale citazione sembrerebbe descrivere accuratamente la paziente, in particolare rispetto alla percezione della propria colpevolezza per l'essersi concessa di pensare a sé prima che agli altri.

È innanzitutto importante operare una distinzione tra personalità depressiva e disturbo dell'umore depressivo, trattandosi di due configurazioni non sovrapponibili,

sebbene a volte concomitanti. Si parla di personalità depressiva qualora siano presenti tratti stabili e tematiche ricorrenti, quali la tendenza a rivolgersi ingiustamente critiche e punizioni, un'affettività dominante coincidente con tristezza, senso di colpa e vergogna, contenuti del pensiero incentrati sulla propria intrinseca inadeguatezza e inferiorità, accompagnati dalla convinzione che una profonda conoscenza di sé porterebbe al rifiuto e all'abbandono da parte degli altri. Tali nuclei fondanti possono permanere stabilmente nella vita dell'individuo senza mai sfociare in un vero e proprio disturbo dell'umore, il quale vi si distingue per la maggiore intensità dell'affettività negativa e gravità della sintomatologia, comprendente anche sintomi organici (McWilliams & Shedler, 2020).

All'interno dello spettro depressivo è possibile individuare due polarità, quella introiettiva e quella anaclitica. In breve, il paziente con personalità depressiva o disturbo dell'umore può collocarsi rispettivamente nel versante della "definizione di sé" o in quello del "Sé in relazione". Nel primo caso, coincidente con il polo introiettivo, a regnare sono vissuti interni di inferiorità, imperfezione e autorecriminazione, con uno spiccato senso di colpa a farla da padrone. Nel secondo caso, corrispondente al polo anaclitico, vige la veemente necessità di essere in contatto con l'altro per sopperire al senso di vuoto interiore, da cui consegue un'elevata sensibilità alla perdita (McWilliams, 2012; McWilliams & Shedler, 2020). La paziente potrebbe essere collocata sul versante introiettivo, data la sua apparente frequente assunzione di responsabilità per quanto negativo accaduto, assieme all'autopunizione inflittasi: «mi sento in colpa da morire», «ecco, mi sto autopunendo, sì». Nelle stesse riformulazioni della terapeuta si sottolineerebbe proprio quest'aspetto: «arrivano un sacco di soldatini che sono molto punitivi nei tuoi confronti perché ti sei permessa di vivere», «una parte di te non ti perdona proprio niente». La psicoterapeuta sembrerebbe evidenziare la presenza di un meccanismo di difesa preminente nei pazienti depressivi introiettivi, noto come introiezione. Tale difesa consiste nell'interiorizzazione di una persona importante o di parti di essa, che mediante la conseguente identificazione diviene parte della propria identità (McWilliams, 2012). La parte giudicante ed intransigente della paziente parrebbe coincidere con l'introietto della figura materna, la cui voce critica continuerebbe ad echeggiare al suo interno a seguito della sua morte. «Guarda com'è dentro di te» mette in rilievo la terapeuta, esortandola alla separazione dalla stessa.

Un meccanismo di difesa altrettanto comune in questi pazienti è il volgersi contro il Sé, che si manifesta sottoforma di disprezzo e odio verso sé stessi, come conseguenza del direzionamento della rabbia verso l'interno (McWilliams, 2012). Ciò potrebbe essere identificato nella tendenza della paziente ad incolparsi di quanto accaduto, mancando di considerare le eventuali responsabilità altrui. Da qui sorgerebbe il monito della psicoterapeuta a prestare attenzione all'enorme quantitativo di rabbia inconsapevolmente rivoltosi contro, invitandola ad esplorarla insieme.

Questi pazienti tendono a controbilanciare il senso di colpa incommensurabile con atti altruistici e caritatevoli, soddisfacendo indirettamente il proprio bisogno di cura e di vicinanza. Tale meccanismo, noto come capovolgimento dell'affetto (McWilliams, 2012; McWilliams & Shedler, 2020), sembrerebbe molto presente nella paziente, la quale ha dedicato tutta la vita a prendersi cura degli altri, mantenendo probabilmente in tal modo una condizione di benessere, anche se apparente. L'equilibrio potrebbe essere stato perturbato dall'iniziare a fare qualcosa per sé stessa: «tu hai avuto un attimo di libertà nella vita e ti sei messa in prigione», ipotizza la terapeuta.

Coloro che presentano una personalità depressiva tendono ad essere “bravi pazienti”, per cui il percorso terapeutico è generalmente connotato da un'atmosfera positiva e benevola. Tuttavia, ciò è parte fondante della stessa sintomatologia, avente lo scopo di contrastare la credenza patogena circa la quale il terapeuta li rifiuterebbe se li conoscesse veramente. È dunque fondamentale il riconoscimento di tale aspetto, tentando di creare un clima di accettazione non giudicante e rispettoso, impegnandosi nel riconoscimento ed accoglimento degli affetti negativi rivolti contro di sé. In linea con ciò, la paziente in questione sembra assumere un atteggiamento compiacente per tutto il corso della terapia.

Con tali pazienti il lavoro dovrà vertere sull'acquisizione di una maggiore consapevolezza dei propri meccanismi patogeni, favorendo gradualmente il contatto con la propria affettività, per poi direzionarla verso l'esterno. Un passo in avanti molto importante consiste nell'esprimere ostilità nei confronti del terapeuta, ridimensionandone la figura, che tende ad essere idealizzata (McWilliams, 2012; McWilliams & Shedler, 2020).

2.3 La procedura

2.3.1 La formazione

Il presente lavoro di tesi ha avuto inizio con un periodo di formazione teorica e pratica, della durata di tre mesi circa. Per l'addestramento è stato formato un gruppo composto da tre studenti frequentanti il corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica, i quali sono stati chiamati ad assumere il ruolo di osservatori esterni.

La prima fase è coincisa con lo studio del manuale del PQS (Jones, 2000), tradotto in italiano da Francesco De Bei. Il volume, oltre a contenere lo strumento e il manuale di codifica, presenta una parte introduttiva comprendente la nuova teoria dell'azione terapeutica e il costrutto delle strutture d'interazione, assieme ad esempi di casi clinici valutati mediante il PQS.

A seguito di un incontro volto a chiarificare eventuali dubbi emersi dallo studio del materiale, ha avuto inizio la fase dell'esercitazione pratica, sviluppatasi in momenti predefiniti. Alcuni trascritti *verbatim* di sedute di ISTDP, non oggetto di tale studio, sono stati messi a disposizione del gruppo di ricerca. In un primo momento, venivano letti individualmente, se necessario per più volte, applicandovi in seguito il PQS. A ciascuno dei 100 item dello strumento veniva attribuito un punteggio variabile da 1 a 9, in relazione alla seduta esaminata, prestando attenzione a rispettare la distribuzione fissa prevista. Seguiva il confronto tra giudici indipendenti, volto al raggiungimento della *consensus rating*. Partendo dal primo item, ciascun valutatore riferiva il punteggio assegnatogli: in caso di accordo, questo veniva mantenuto; in caso contrario, ognuno esponeva le ragioni per le quali era stato attribuito quel dato punteggio, fino al raggiungimento dell'unanimità. Eseguendo tale operazione si otteneva una configurazione finale, rappresentativa di quanto verificatosi nel corso della seduta. Questa veniva valutata dai supervisori, nel corso di un ulteriore incontro. Avendo riscontrato delle difficoltà nell'individuazione degli item maggiormente rappresentativi del processo considerato, ci è stato consigliato di adottare una differente modalità nella fase del confronto tra giudici: far precedere l'attribuzione dei punteggi da un momento di discussione, volto a raccogliere le impressioni di ognuno circa le dinamiche transferali e controtransferali dipanatesi nel corso della seduta, al fine di giungere ad una visione comune, in base alla

quale sarebbero stati assegnati i punteggi agli item. Applicando tale procedura alle sedute precedentemente valutate, è stato possibile coglierne gli aspetti più salienti.

Per affinare ulteriormente le nostre competenze, i trascritti *verbatim* sono stati affiancati dalle audioregistrazioni delle sedute. Ciò ha permesso di cogliere quelle sfumature interattive altrimenti difficilmente rilevabili, quali il tono adottato e l'atteggiamento assunto rispettivamente dai due interlocutori.

La fase conclusiva dell'addestramento si è incentrata sull'identificazione delle strutture d'interazione, sulla base degli item assegnati alle categorie 1, 2, 8 e 9. Questi item venivano accorpati in modo tale da riflettere uno o più pattern interattivi dominanti, ai quali veniva assegnato una etichetta riassuntiva e rappresentativa delle stesse. Al termine era previsto un incontro con i supervisori per verificare l'accuratezza del procedimento e la corretta individuazione delle strutture d'interazione.

Una volta raggiunte le competenze necessarie all'applicazione dello strumento si è passati alla valutazione delle tre sedute in esame. Questa parte dell'addestramento ha richiesto circa 14 settimane.

2.3.2 La metodologia applicata

Una volta terminata la formazione, le sedute oggetto di questa ricerca sono state ascoltate e lette indipendentemente da ciascun giudice, iniziando dalla prima e proseguendo in ordine cronologico. Sia l'ascolto che la lettura sono stati ripetuti per più volte, così da poter cogliere quanto di significativo presente. In un momento successivo è stato applicato il PQS, secondo le modalità sopra illustrate.

Nella successiva fase di confronto tra giudici, si è dapprima discusso a lungo su quanto verificatosi nel corso della seduta, per poi comparare i punteggi attribuiti da ciascuno agli item. Si è prestata particolare attenzione alle categorie significative per l'individuazione delle strutture d'interazione, analizzando nel dettaglio ogni item e la corrispondente descrizione nel manuale di codifica.

Raggiunta l'unanimità sono stati evidenziati gli item maggiormente rappresentativi, a partire dai quali sono state individuate le strutture d'interazione, rispecchianti le dinamiche di transfert e di controtransfert presenti in seduta.

Al termine, la procedura è stata revisionata dai supervisori nel corso di un incontro, conclusosi con l'approvazione del lavoro svolto.

2.3.3 L'analisi dei dati

I dati ottenuti dall'applicazione del PQS alle sedute e dalla somministrazione della SCL-90-R e della IIP-32 sono stati sottoposti ad un'analisi qualitativa.

Accostando e confrontando tra loro le strutture d'interazione identificate nella seduta iniziale, intermedia e conclusiva, è stato possibile coglierne, se presente, l'evoluzione, valutando il processo terapeutico.

Per valutare l'*outcome* della terapia sono stati analizzati qualitativamente, i punteggi ottenuti alla SCL-90-R e all'IIP-32 ad inizio e fine la terapia, con lo scopo di verificare l'eventuale variazione sintomatologica e miglioramento nelle relazioni interpersonali.

I dati sono stati in seguito messi in relazione alla valutazione del processo, osservando qualora si fosse verificata un'evoluzione nelle strutture d'interazione in concomitanza all'eventuale *outcome* positivo.

2.4 Ipotesi di lavoro

La prima ipotesi di lavoro riguarda la possibilità di valutare il processo di una ISTDP mediante il PQS. Tale ipotesi sorge con l'intento di ampliare il range di applicabilità dello strumento, aldilà delle psicoterapie a lungo termine o psicoanalisi.

La nostra prima ipotesi ha funto da trampolino di lancio per la seconda, aggiungendo all'aspettativa di poter applicare il PQS all'ISTDP, quella di ottenere una determinata distribuzione degli item all'interno delle distinte categorie. Sulla base di quanto asserito da Ablon e Jones (1998) circa la possibilità di identificare modelli di differenti psicoterapie mediante il PQS, gli appartenenti al gruppo di lavoro hanno utilizzato lo strumento per realizzare un prototipo di ISTDP ipotizzando una distribuzione Q-sort dei 100 item in grado di descrivere gli elementi salienti di tale approccio. Per la costruzione di tale prototipo è stata adottata la medesima procedura sopra illustrata. Tuttavia, non riferendosi al processo di una psicoterapia concreta e tangibile, nell'assegnazione dei punteggi ciascun siglatore si è attenuto a quanto presente in letteratura circa la natura del processo di una ISTDP.

Di seguito vengono riportati gli item assegnati alle categorie poste in corrispondenza dell'estremo caratteristico e non caratteristico (Tabella 3).

Item	Descrizione	Categoria
50	Il terapeuta porta l'accettazione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o accettazione).	9
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	9
67	Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconscie e da cui il paziente si difende.	9
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti e impulsi.	9
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	9
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	8
26	Il paziente prova affetti (dolorosi) che gli causano disagio o difficoltà.	8
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	8
36	Il terapeuta mette in evidenza l'uso di manovre difensive da parte del paziente (per esempio, annullamento retroattivo, diniego).	8
65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	8
84	Il paziente esprime rabbia o sentimenti aggressivi.	8
100	Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni.	8
5	Il paziente ha difficoltà a comprendere i commenti del terapeuta.	2
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	2
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	2
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
24	I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.	2
39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.	2
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
77	Il terapeuta è privo di tatto.	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
30	La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	1
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	1
51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	1
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	1

Tabella 3: Distribuzione Q-set di una terapia di ISTDP ideale

Abbiamo dunque ipotizzato che, dall'applicazione del PQS alla ISTDP valutata, avremmo ottenuto una distribuzione Q-set coincidente, o perlomeno somigliante, al prototipo da noi realizzato.

La nostra terza ipotesi concerne il ruolo mutativo delle strutture d'interazione identificabili nel processo terapeutico considerato. In altre parole presupponendo che le interazioni ripetitive tra paziente e terapeuta vadano incontro ad un cambiamento qualitativo nel corso del processo, abbiamo postulato la presenza di un'associazione tra quest'ultimo e l'eventuale miglioramento nei sintomi e nelle relazioni interpersonali della paziente. Questo implica la possibilità di fare riferimento all'evoluzione del pattern interattivo per spiegare l'*outcome* della psicoterapia.

CAPITOLO 3

Risultati dello studio

In questa parte vengono presentati i risultati ottenuti dal presente progetto di ricerca. La prima sezione è dedicata all'*outcome* della psicoterapia, valutato mediante SCL-90-R e IIP-32, mentre la seconda è relativa al processo della stessa, valutato con il PQS.

3.1 L'outcome della psicoterapia

In linea con le ipotesi formulate nel precedente capitolo, per poter verificare l'applicabilità del PQS alle sedute di una ISTDP e valutarne l'associazione con l'eventuale miglioramento sintomatologico e relazionale della paziente, occorre dapprima appurare che questo si sia verificato. Per siffatto scopo, è stato necessario il confronto qualitativo dei punteggi ottenuti dalla paziente prima della terapia (T1) e dopo la terapia (T2) ai test SCL-90-R e IIP-32.

3.1.1 Dati in T1 e T2 dell'SCL-90-R

Il grafico sotto riportato (Figura 1) raffigura i punteggi grezzi ottenuti dalla paziente nelle nove dimensioni sintomatologiche della SCL-90-R prima (T1) e dopo (T2) la terapia.

Dall'osservazione del grafico è riscontrabile l'assenza di scale clinicamente significative prima della ISTDP (T1), in quanto in nessuna viene raggiunto il cut-off clinico di 1.50. L'unica dimensione che vi si avvicina è quella della depressione (DEP), alla quale corrisponde un punteggio pari a 1.15, stante ad indicare la presenza di sintomi riconducibili ad un quadro depressivo, ma non di intensità tale da superare la soglia di rilevanza clinica. Il disagio psichico generale riferito dalla paziente, sintetizzato dall'indice GSI (TOT MEAN), si attesta a 0.49, dunque ben al di sotto del valore corrispondente alla gravità sintomatologica.

Rispetto ai risultati ottenuti al termine dell'ISTDP (T2), similmente a quanto rilevato prima (T1), non sono identificabili subscale clinicamente significative. In questo caso, nessuna delle dimensioni si avvicina al cut-off: la media totale dei punteggi (TOT MEAN) si attesta a 0.21.

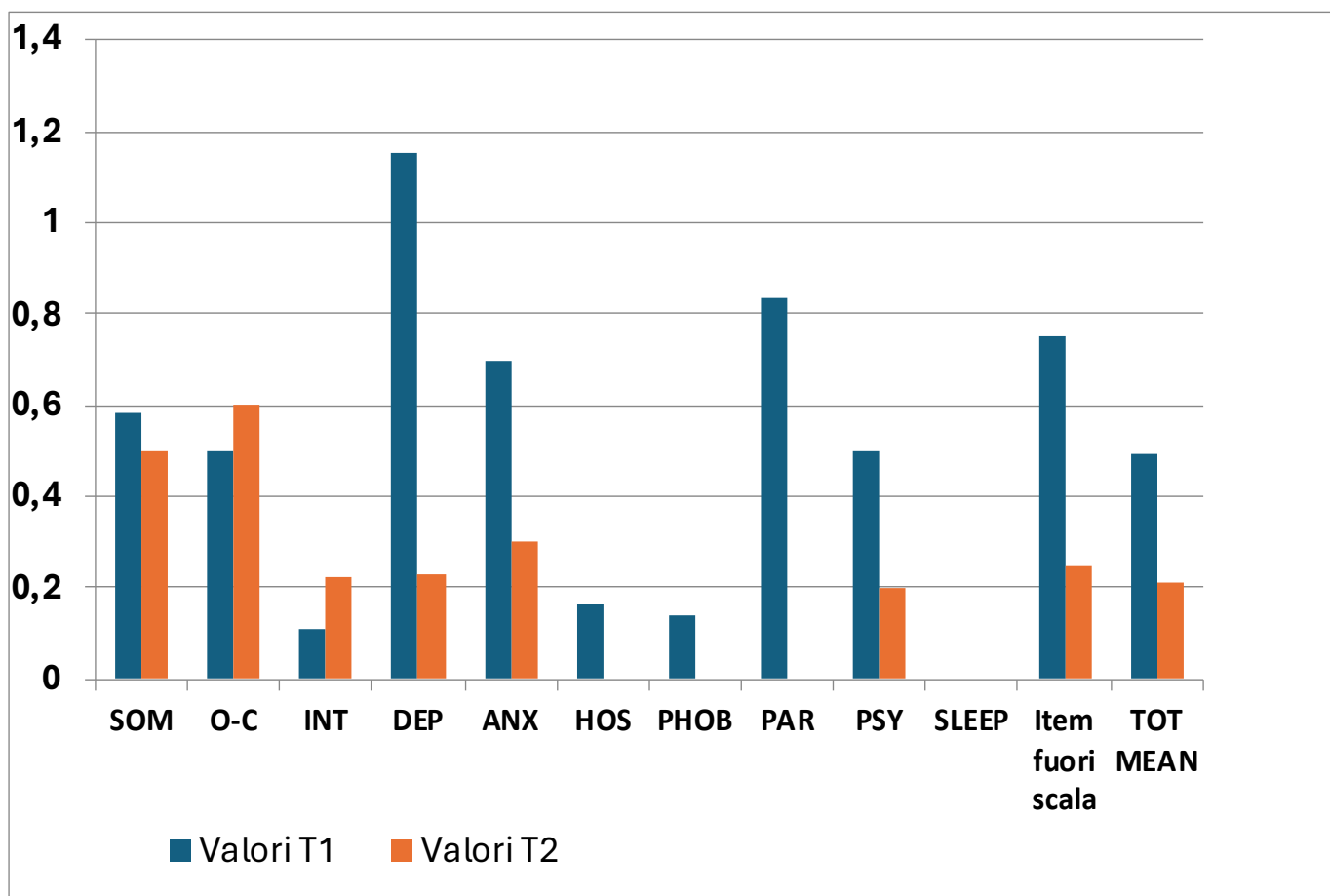


Figura 1: punteggi SCL-90-R prima dell'ISTDP (Valori T1) e dopo l'ISTDP (Valori T2).
 Legenda: SOM=Somatizzazione, O-C=Ossessività-Compulsività, INT=Sensibilità Interpersonale, DEP=Depressione, ANX=Ansia, HOS=Ostilità, PHOB=Ansia Fobica, PAR=Ideazione Paranoide, PSY=Psicoticismo, SLEEP=Disturbi del sonno, TOT MEAN= Indice di Gravità Globale.

Da un primo sguardo al grafico (Figura 1) è possibile constatare la presenza di differenze tra i valori T1 e i valori T2. Tali discrepanze riguardano pressoché tutte le scale dello strumento, tuttavia la direzione seguita non è la stessa: mentre in alcuni casi si osserva un decremento, in altri è osservabile un incremento, seppur lieve.

L'unica subscale oltrepassante il valore di 1.00 al tempo T1 (DEP), va incontro ad un importante calo al tempo T2, attestandosi a 0.23.

Rispetto all'indice globale GSI (*General Symptomatic Index*), rappresentato dalla media totale dei punteggi (TOT MEAN), è possibile osservare un calo: da 0.49 ad inizio terapia a 0.21 al termine della stessa.

3.1.2 Dati in T1 e T2 dell'IIP-32

Nel seguente grafico (Figura 2) è riportata la configurazione risultante dai punteggi ottenuti dalla paziente all'IIP-32 prima e dopo l'ISTDP. I punteggi grezzi sono stati trasformati in punti T (*Standard T Score*) confrontandoli con la popolazione generale di riferimento (*Overall*). Le otto dimensioni dello strumento sono state numerate da 1 a 8 secondo la legenda sotto riportata.

All'inizio della terapia (T1), nessuna delle scale supera il cut-off clinico di 70 punti T, stabilito come valore soglia per l'individuazione di una significativa problematica relazionale, dunque la paziente non riporta difficoltà interpersonali rilevanti. È tuttavia possibile rilevare uno sbilanciamento verso la parte sinistra del grafico, andante ad evidenziare la salienza di alcune dimensioni rispetto ad altre. In particolare, la paziente ottiene un punteggio pari a 67 punti T nella dimensione "Autogiustificante" (7), un punteggio di 62 punti T nella dimensione "Non assertivo" (5) ed un punteggio di 59 punti T nelle dimensioni "Eccessivamente accomodante" (6) e "Intrusivo/bisognoso" (8).

Al termine della terapia (T2) permane l'assenza di dimensioni clinicamente significative e nessuna di queste si avvicina al valore soglia.

Overall

T1

T2

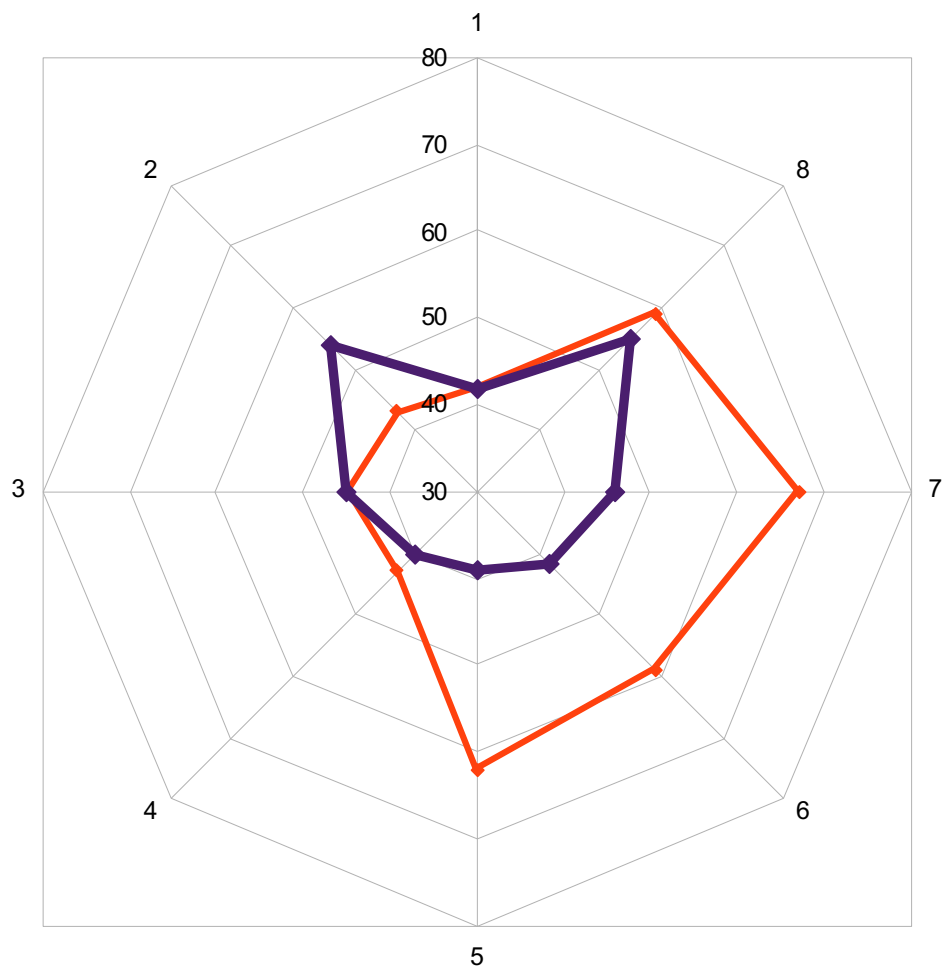


Figura 2: punteggi IIP-32 prima e dopo l'ISTDP. Legenda: 1= Dominante/Controllante, 2=Centrato su di Sé, 3=Freddo/Distante, 4=Socialmente inibito, 5=Non assertivo, 6=Eccessivamente accomodante, 7=Autogiustificante, 8=Intrusivo/Bisognoso.

Come osservabile nel grafico (Figura 2), le due configurazioni risultanti al tempo T1 e al tempo T2 non sono tra loro sovrapponibili. Le due subscale che prima della terapia si avvicinavano al cut-off di 70 punti T, “Autogiustificante” (7) e “Non assertivo” (5), subiscono un repentino calo nella fase successiva alla terapia, attestandosi a 46 e 39 punti T.

Per quanto riguarda la scala totale, la paziente totalizza un punteggio grezzo di 32, corrispondente a 53 punti T prima della ISTDP, ed un punteggio grezzo di 14, corrispondente a 43 punti T dopo la ISTDP. Dunque, assistiamo ad un decremento da T1 a T2 di 10 punti T relativamente al punteggio totale.

3.2 Il processo della psicoterapia

Il processo della ISTDP è stato analizzato mediante l'applicazione del PQS alle registrazioni e ai trascritti *verbatim* della seduta iniziale, intermedia e conclusiva. È stato così possibile coglierne il processo peculiare e idiosincratico mediante l'individuazione delle strutture d'interazione corrispondenti. Accostandole e confrontandole tra loro ne è stata successivamente delineata l'evoluzione. Di seguito vengono presentati sia i risultati ottenuti dall'applicazione del PQS alle singole sedute, sia il confronto tra questi.

3.2.1 Strutture d'interazione nella prima seduta

L'impiego del PQS, coerentemente con la procedura illustrata nel precedente capitolo, ha portato all'individuazione di due strutture d'interazione caratterizzanti la prima seduta, le quali sono state rispettivamente denominate “Espiazione della colpa/Accoglienza materna” (Tabella 1) e “Lotta per il controllo” (Tabella 2).

Come suggerisce l'appellativo, la prima delle due strutture (“Espiazione della colpa/Accoglienza materna”) è contraddistinta dalla presenza di una tematica dominante, coincidente con il senso di colpa della paziente, attorno al quale si instaura un pattern interattivo dominante. La paziente arriva in consultazione esprimendo affetti dolorosi, quali colpa e tristezza, di intensità tale da causarle disagio e difficoltà (item 26). In particolare, sembra essere imperante il senso di colpa, reso manifesto dalla sua tendenza all'autocritica (item 71): la paziente si percepisce inadeguata ed inferiore rispetto agli altri (item 59), verso i quali non viene rivolta alcuna accusa (item 34). La terapeuta tenta inizialmente di portare a galla la rabbia della paziente, sentimento da lei vissuto come inappropriato (item 50), mediante alcuni interventi diretti a contrastarne le difese (item 89). La paziente tende ad accettarne i commenti e le osservazioni (item 42) e si ha l'impressione che tenti di farsi benvolere dalla terapeuta, ricercandone l'approvazione, l'affetto e la solidarietà (item 78). Inoltre, nel modo con cui presenta i propri problemi, sembra essere implicitamente presente l'aspettativa che la terapeuta le offra suggerimenti specifici per risolverli (item 52). Ciò sembra elicitare nella terapeuta l'assunzione di un atteggiamento materno ed accogliente, al punto che i commenti da lei fatti e il tono di voce adottato non trasmettono una presunta superiorità nei confronti della paziente (item 51), bensì gentilezza e considerazione (item 77). La terapeuta mostra un'accettazione non

giudicante, non esprimendo giudizi negativi nei confronti dei comportamenti considerati “inaccettabili” dalla paziente (item 18). Nel tentativo di alleviarne la colpa (item 22), tema identificato come ricorrente nelle esperienze di vita della paziente (item 62), sottolinea la necessità di non assumersi responsabilità che non le competono (item 76). La terapeuta prende le parti della paziente esprimendo esplicitamente le proprie opinioni (item 93) e mostrandosi realmente responsiva ed emotivamente coinvolta (item 9).

Item	Descrizione	Categoria
18	Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica disapprovazione, mancanza di accettazione).	9
22	Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente.	9
71	Il paziente accusa sé stesso; esprime vergogna o colpa.	9
78	Il paziente cerca l'approvazione, l'affetto o la solidarietà del terapeuta.	9
26	Il paziente prova affetti (dolorosi) che gli causano disagio o difficoltà.	8
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione).	8
52	Il paziente fa affidamento sul terapeuta per risolvere i propri problemi.	8
59	Il paziente si sente inadeguato e inferiore (vs efficace e superiore).	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	8
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	2
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2
93	Il terapeuta è neutrale.	2
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	1
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
76	Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.	1
77	Il terapeuta è privo di tatto.	1

Tabella 1: Struttura d'interazione: “Espiazione della colpa/Accoglienza materna”

La seconda struttura d'interazione, denominata “Lotta per il controllo”, mette in luce la presenza di competitività tra paziente e terapeuta. La paziente assume un atteggiamento

controllante, parlando in modo quasi compulsivo e interrompendo di frequente la terapeuta (item 87). Comincia direttamente la seduta senza bisogno di domande o suggerimenti (item 25), introducendo lei stessa gli argomenti da trattare (item 15), i quali si rivelano essere clinicamente rilevanti (item 88). La paziente approfondisce tali argomenti (item 15) riflettendovi attivamente, anche se emotivamente stressanti (item 58). La seduta è dominata dalla tendenza a parlarsi sopra da parte di entrambe, tanto che non vi sono pause o momenti di silenzio (item 12). Alla richiesta da parte della terapeuta di prendersi del tempo per pensare se voler proseguire o meno, la paziente la interrompe immediatamente (item 87), mostrandosi da subito disponibile ad impegnarsi nel lavoro terapeutico (item 73), esprimendo l'aspettativa che questo possa essergli d'aiuto (item 55) e apparendo fiduciosa nei confronti della terapeuta (item 44).

Item	Descrizione	Categoria
87	Il paziente è controllante.	9
55	Il paziente comunica delle aspettative positive rispetto alla terapia.	8
73	Il paziente si impegna nel lavoro terapeutico.	8
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	8
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	2
25	Il paziente ha difficoltà ad iniziare la seduta.	2
44	Il paziente è cauto o sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	2
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	2
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	1

Tabella 2: Struttura d'interazione "Lotta per il controllo"

3.2.2 Strutture d'interazione nella quarta seduta

Nella quarta seduta, nella fase centrale della terapia, sono state identificate due strutture interattive dominanti, alle quali sono state assegnate le seguenti diciture: "Conflitto controtransferale e ambivalenza" (Tabella 3) e "Competizione e compiacenza" (Tabella 4).

La prima struttura interattiva sottolinea l'interferenza di quelli che sembrano poter essere dei conflitti emotivi della terapeuta nella relazione con la paziente (item 24) e i

sentimenti ambivalenti e conflittuali provati da quest'ultima (item 49). La paziente introduce attivamente gli argomenti di discussione, assumendo un ruolo attivo (item 15), in particolare, uno dei temi principali del discorso diviene quello delle relazioni interpersonali, sia con la sua famiglia d'origine che con il suo nucleo familiare, tra le quali figura il coinvolgimento nella relazione extra-coniugale con il vicino di casa (item 63), rispetto alla quale la paziente si autocritica e riferisce senso di colpa (item 71). Di rimando, la terapeuta ne sottolinea la tendenza ad assumersi maggiori responsabilità di quelle che le competono (item 76) ed assume un ruolo di guida nei suoi confronti, dandole suggerimenti specifici ed invitandola a considerare una serie di opzioni (item 27). Nel fare ciò, la conversazione verte progressivamente sull'esperienza sessuale con l'amante (item 11), rispetto alla quale la paziente manifesta sentimenti ambivalenti. La terapeuta sembra non percepire accuratamente lo stato emotivo della paziente, così come la natura della loro interazione (item 28), rispondendo in modo inefficace e inappropriato, probabilmente a causa dei propri conflitti emotivi e psicologici (item 24). Tenta di elicitarne la rabbia della paziente nei confronti dell'amante, suggerendole la probabilità che tale affetto sia celato nel racconto descritto (item 81), nonostante cerchi di gestirlo e controllarlo (item 70). La terapeuta esprime esplicitamente la propria opinione prendendo le parti della paziente (item 93) e formula commenti critici e accusatori nei confronti dell'amante (item 77), al quale viene attribuita l'etichetta diagnostica di "narcisista patologico", accompagnata da una serie di interpretazioni del suo comportamento (item 43), ad esempio: "questo lo fa da una vita lui", "lui deve mantenere la sua immagine", "l'abilità del Don Giovanni è questa ed è una patologia". Nonostante non le sia stato richiesto, consiglia esplicitamente alla paziente come comportarsi e cosa dire (item 27), ad esempio, le consiglia di rivolgergli poche parole, le quali dovrebbero sottolineare il fatto che lei sta bene perché ha interrotto quella relazione. Nell'offrire tali consigli, la terapeuta assume un atteggiamento che ricorda quello di un'insegnante nei confronti di una studentessa (item 37), trattando la paziente come se fosse meno esperta a riguardo (item 51).

Item	Descrizione	Categoria
24	I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.	9
27	Il terapeuta dà consigli espliciti e assume il ruolo di guida del paziente (vs non lo fa anche se il paziente lo richiede).	9
37	Il terapeuta si comporta come un insegnante (in modo didattico).	9
49	Il paziente prova sentimenti ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta.	9
11	I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta.	8
43	Il terapeuta suggerisce il significato del comportamento di altre persone.	8
51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	8
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei tempi più importanti della seduta.	8
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.	8
71	Il paziente accusa sé stesso; esprime vergogna o colpa.	8
77	Il terapeuta è privo di tatto.	8
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
76	Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.	2
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	1
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	1
93	Il terapeuta è neutrale.	1

Tabella 3: Struttura d'interazione "Conflitto controtransferale e ambivalenza"

La seconda struttura d'interazione è stata denominata "Competizione e compiacenza" in quanto rappresentativa della lotta per il controllo all'interno del setting, la quale sembra esitare nell'assunzione, da parte della paziente, di un atteggiamento compiacente nei confronti della terapeuta. Si enfatizza la qualità competitiva della relazione terapeutica (item 39), al punto che nel corso della seduta i silenzi sono assenti (item 12), date le frequenti interruzioni e sovrapposizioni l'una nei confronti dell'altra. La paziente assume un atteggiamento controllante nel tentativo di dominare l'interazione sin dall'inizio (item 87): comincia direttamente la seduta (item 25) riferendo le problematiche delle quali si sente responsabile (item 34), senza attendere domande o

suggerimenti da parte della terapeuta. La terapeuta assume un atteggiamento emotivamente coinvolto nei suoi confronti (item 9), sollecitandola ad aprirsi e a fidarsi. A tale reazione pare sottostare l'intento di ostacolare il discorso della paziente (item 3), la quale non sembra sentirsi aiutata o incoraggiata, cosicché assume un atteggiamento compiacente, da "brava paziente", per conquistare il favore della terapeuta (item 20), accettandone tutti i commenti e le osservazioni (item 42).

Item	Descrizione	Categoria
39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.	9
87	Il paziente è controllante.	8
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente.	2
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	2
25	Il paziente ha difficoltà ad iniziare la seduta.	2
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	2
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
95	Il paziente si sente aiutato.	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	1

Tabella 4: Struttura d'interazione "Competizione e compiacenza"

3.2.3 Strutture d'interazione nell'ottava seduta

Nella seduta conclusiva è stata individuata un'unica struttura d'interazione denominata "Pattern relazionale dipendente", per mettere in rilievo l'assunzione di una posizione di dipendenza della paziente nei confronti della terapeuta. Tra le due è presente una competitività (item 39) manifestantesi mediante le frequenti sovrapposizioni ed interruzioni, al punto che nel corso della seduta non vi sono silenzi (item 12). La paziente inizia immediatamente la seduta (item 25) parlando in maniera quasi compulsiva (item 87), fornendo gli argomenti che desidera trattare in maniera spontanea (item 15): parte dagli eventi di vita verificatisi di recente (item 69), quali la ristrutturazione della cucina, per poi focalizzare il discorso sulla relazione con il marito e con i figli (item 63). Il comportamento da lei assunto appare finalizzato a ottenere approvazione e solidarietà da

parte della terapeuta (item 78), la quale, mostrandosi responsiva ed emotivamente coinvolta (item 9), tenta di alleviarne le ansie assicurandola in modo molto esplicito (item 66), idealizzandone i comportamenti ed innalzandola al di sopra delle altre madri di famiglia (item 93). Sulla base di proprie ipotesi ed interpretazioni circa il comportamento di persone significative per la paziente (item 43), quali suo figlio, la terapeuta le fornisce consigli e suggerimenti espliciti su come comportarsi nelle situazioni (item 27) che le riguardano. Le affermazioni della paziente vengono riformulate dalla terapeuta in modo tale da portarla a vedere la situazione da una differente prospettiva (item 80), cosicché possa gradualmente evitare di assumersi colpe e responsabilità eccessive (item 76). Nel fare ciò, la terapeuta assume un atteggiamento simile a quello di un'insegnante (item 37), mostrandosi molto sicura di sé (item 86) e trattando la paziente come se occupasse una posizione di inferiorità (item 51). La paziente si mostra tendenzialmente d'accordo con i commenti e le osservazioni fatti dalla terapeuta (item 42), non mostrandosi affatto diffidente o cauta nei suoi confronti (item 44), piuttosto assumendo un atteggiamento compiacente (item 20) al punto da interrompere qualsiasi affermazione riflettente autocritica o senso di colpa (item 71), ricevendo in tal modo validazione da parte della terapeuta (item 99). La terapeuta sembra non percepire accuratamente la natura dell'interazione con la paziente (item 28), probabilmente a causa dei suoi conflitti emotivi (item 24). Al termine della seduta, non emerge in modo evidente una nuova consapevolezza o insight nella paziente (item 32).

Item	Descrizione	Categoria
24	I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.	9
27	Il terapeuta dà consigli espliciti e assume il ruolo di guida del paziente (vs non lo fa anche se il paziente lo richiede).	9
37	Il terapeuta si comporta come un insegnante (in modo didattico).	9
66	Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico se il terapeuta tende a non fornire rassicurazioni dirette).	9
78	Il paziente cerca l'approvazione, l'affetto o la solidarietà del terapeuta.	9
39	La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.	8
43	Il terapeuta suggerisce il significato del comportamento di altre persone.	8
51	Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza.	8
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	8
69	La situazione di vita attuale o recente del paziente è argomento della seduta.	8
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	8
86	Il terapeuta è fiducioso o sicuro di sé (vs incerto o sulla difensiva).	8
87	Il paziente è controllante.	8
12	Durante la seduta ci sono dei silenzi.	2
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
25	Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.	2
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight.	2
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
44	Il paziente è cauto e sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	2
71	Il paziente accusa sé stesso; esprime colpa o vergogna.	2
76	Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi.	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	1
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	1
93	Il terapeuta è neutrale.	1
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	1

Tabella 5: Struttura d'interazione "Pattern relazionale dipendente"

3.2.4 Confronto tra le strutture d'interazione

Per poter cogliere l'eventuale evoluzione delle strutture d'interazione nel corso del processo terapeutico queste sono state confrontate tra loro. La tabella sottostante (Tabella 6) offre una sintesi di quanto emerso dal procedimento effettuato. Essendo le strutture interattive formate dall'accorpamento degli item assegnati alle categorie "Estremamente caratteristico (9)", "Decisamente caratteristico (8)", "Decisamente non caratteristico (2)" e "Estremamente non caratteristico (1)", questi sono stati accostati tra loro per poter osservare qualora vi fossero delle sovrapposizioni tra le strutture caratterizzanti le differenti sedute, o al contrario dei pattern nettamente distinguibili.

Da un'analisi dettagliata è possibile scorgere la tendenza degli item a ripetersi nelle medesime categorie, il che testimonia la presenza di sostanziali sovrapposizioni nei pattern interattivi dominanti individuati nelle tre sedute.

ITEM	Categoria	Seduta 1		Seduta 4		Seduta 8
		Espiazione della colpa/ accoglienza materna	Lotta per il controllo	Conflitto controtrasferale e ambivalenza	Competizione e compiacenza	Pattern relazionale dipendente
9		18, 22, <u>71</u> , <u>78</u>	<u>87</u>	<u>24</u> , <u>27</u> , <u>37</u> , 49	<u>39</u>	<u>24</u> , <u>27</u> , <u>37</u> , 66, <u>78</u>
8		26, 50, 52, 59, 62	55, 73, 78	11, <u>43</u> , <u>51</u> , <u>63</u> , 70, <u>71</u> , 77	<u>87</u>	<u>39</u> , <u>43</u> , <u>51</u> , <u>63</u> , 69, 80, 86, <u>87</u>
2		<u>9</u> , 51, 89, <u>93</u>	<u>12</u> , <u>25</u> , <u>44</u> , 58	<u>15</u> , <u>76</u>	3, <u>12</u> , <u>25</u> , <u>34</u> , <u>42</u>	<u>12</u> , <u>15</u> , <u>25</u> , 32, <u>42</u> , <u>44</u> , 71, <u>76</u>
1		<u>34</u> , <u>42</u> , <u>76</u> , 77	<u>15</u>	<u>28</u> , 81	<u>9</u> , <u>20</u>	<u>9</u> , <u>20</u> , <u>28</u> , <u>93</u> , 99

Tabella 6: confronto tra le strutture d'interazione individuate nella seduta 1, 4 e 8. Gli item evidenziati in giallo sono quelli che si ripetono nella medesima categoria; sono stati sottolineati gli item che, pur presentandosi in una differente categoria, permangono nella stessa polarità.

Un'ulteriore modalità di confronto adottabile consiste nel considerare, all'interno di ciascuna struttura, quanto afferente alla paziente e quanto alla terapeuta. Essendo

fondamentale il contributo di entrambe per l'instaurarsi di un determinato pattern interattivo, all'interno dello stesso sono identificabili due livelli, quello della paziente e quello della terapeuta. Nella tabella di seguito (Tabella 7), per ciascuna struttura d'interazione sono riportati entrambi, così da poter cogliere l'evoluzione realizzatasi nel corso del processo terapeutico. In sintesi, nella prima seduta il tentativo della paziente di espiare la propria colpa elicitava nella terapeuta un atteggiamento materno accogliente, mentre al contempo sono entrambe impegnate in una lotta per il controllo; nella quarta, i conflitti controtransferali della terapeuta le impediscono di cogliere l'ambivalenza della paziente, la quale assume un atteggiamento di compiacenza a fronte della competitività dominante; nella seduta conclusiva la relazione è contraddistinta dalla posizione di dipendenza assunta dalla paziente nei confronti della terapeuta, la quale vi collude.

Livello	Seduta 1		Seduta 4		Seduta 8
Paziente	Struttura 1	Struttura 2	Struttura 1	Struttura 2	Struttura
	Espiazione della colpa	Lotta per il controllo	Ambivalenza	Compiacenza	Dipendenza vs la terapeuta
Terapeuta	Accoglienza materna	Lotta per il controllo	Conflitto controtransferale	Competizione	Relazione dipendente

Tabella 7: confronto tra strutture d'interazione individuate nella seduta 1, 4 e 8 considerate a livello di paziente e terapeuta.

A livello della paziente si riscontra un andamento tendenzialmente uniforme, riassumibile nel suo permanere in una posizione subordinata nei confronti della terapeuta, partendo dall'idealizzazione della stessa, per poi giungere ad una totale remissività. Per quanto concerne la terapeuta, è osservabile il permanere della competizione ingaggiata con la paziente e dell'ipotizzabile interferenza dei suoi conflitti emotivi, da cui l'assunzione di un ruolo dominante colludente con la sottomissione della paziente.

CAPITOLO 4

Discussione

4.1 Discussione dei risultati

In questo lavoro di tesi è stata analizzata la relazione tra il processo e l'esito di una Psicoterapia Dinamica Intensiva Breve (ISTDP), con l'intento di approfondire il ruolo delle strutture di interazione nel favorire il cambiamento nel paziente, cercando di estendere quanto riportato da Jones (2000) relativamente alla limitata applicabilità dello Psychotherapy Process Q-set (PQS). Sono state considerate la seduta iniziale, intermedia e conclusiva di una ISTDP, applicandovi il PQS per valutarne il processo. Grazie all'utilizzo dello strumento secondo la metodologia precedentemente illustrata, sono state identificate in ciascuna seduta le strutture d'interazione corrispondenti, le quali sono state sottoposte ad un'analisi qualitativa volta a verificarne l'evoluzione. L'eventuale miglioramento sintomatologico e relazionale della paziente è stato valutato mediante il confronto qualitativo dei risultati da lei ottenuti, prima e dopo la terapia, alla SCL-90-R e all'IIP-32.

La prima ipotesi di lavoro, concernente la possibilità di valutare il processo di una ISTDP mediante il PQS, ha trovato conferma. Difatti, l'applicazione dello strumento alle sedute ha permesso di cogliere le strutture d'interazione caratterizzanti la diade paziente-terapeuta all'interno di ognuna.

La seconda ipotesi era relativa all'individuazione di una distribuzione Q-set affine a quella realizzata dal gruppo di ricerca di una ISTDP ideale. In altre parole, essendo la psicoterapeuta formata e specializzata in ISTDP, l'aspettativa era di riscontrare una distribuzione di item descrittiva della peculiare natura del processo terapeutico considerato. Prendendo in considerazione gli item afferenti agli estremi caratteristici e non caratteristici della nostra ipotetica distribuzione, non è stato possibile riscontrare una sostanziale sovrapposizione con quanto rilevato dall'applicazione del PQS alle sedute. In particolare, i dati mostrano che, dei 26 item che compongono il Q-set dell'ISTDP ideale,

12 non sono affatto presenti nelle distribuzioni delle tre sedute, mentre i restanti non sono riscontrabili in modo costante in tutte le sedute e non nelle medesime categorie.

L'ultima ipotesi formulata riguardava la possibilità di spiegare l'*outcome* della psicoterapia riferendosi al processo della stessa, ossia di rilevare un'associazione tra il cambiamento qualitativo delle strutture d'interazione nel corso del processo e l'eventuale miglioramento sintomatologico e relazionale della paziente. I dati ottenuti non confermano quanto ipotizzato.

Per quanto riguarda il cambiamento della paziente, non si assiste ad un sostanziale miglioramento da T1 a T2. Prima della terapia, nessuna delle dimensioni sintomatologiche e relazionali della SCL-90-R e dell'IIP-32 raggiunge il cut-off clinico stabilito. L'unica dimensione della SCL-90-R che si avvicina al valore soglia prima dell'ISTDP è quella della Depressione (DEP), tuttavia i sintomi riportati non sono di intensità tale da giustificare una diagnosi. Ponendo che la paziente sia accostabile ad uno stile di personalità depressivo come postulato, ciò sarebbe coerente con quanto presente in letteratura circa la non necessaria soddisfazione dei criteri per la diagnosi di Disturbo dell'Umore (McWilliams & Shedler, 2020). Sebbene in seguito all'ISTDP si assista ad una diminuzione del punteggio, non è possibile parlare di remissione del sintomo, bensì di un lieve miglioramento. Relativamente all'IIP-32, i dati in T1 rilevano la tendenza della paziente ad essere autogiustificante, eccessivamente accomodante, non assertiva e bisognosa di relazioni intime; tuttavia, non si tratta di difficoltà interpersonali rilevanti. L'abbassamento dei punteggi in tali subscale, parallelamente all'incremento nella dimensione "Centrata su di Sé", è indice di un avvenuto cambiamento in T2, sebbene non sia possibile parlare di miglioramento significativo. L'impossibilità di verificare l'ipotesi deriva inoltre dalla mancata evoluzione delle strutture d'interazione nel corso del processo terapeutico. I dati mostrano la presenza di sostanziali sovrapposizioni tra gli item costituenti i pattern interattivi identificati nelle tre sedute, indice di una staticità del processo.

La convalida della prima ipotesi consente il superamento delle barriere erette da Jones (2000), il quale riteneva che le terapie con frequenza settimanale, in particolare quelle brevi, fossero solo supportive per natura. Secondo l'autore, il ricorso a strategie supportive, aventi come obiettivi il sollievo sintomatologico e il rafforzamento delle difese del paziente, non consentirebbe la manifestazione comportamentale ed emotiva di

transfert e controtransfert. Ciò non significa che tali dinamiche non siano presenti, gli stessi interventi supportivi sono considerati l'attualizzazione delle interazioni transferali e controtransferali, le quali tuttavia resterebbero nascoste e difficilmente rilevabili (Jones, 2000). Lo studio condotto ha permesso di confutare quanto asserito da Jones (2000). Innanzitutto, avendo preso in considerazione una psicoterapia breve a frequenza settimanale con approccio espressivo, è stato possibile evidenziare come, né la durata né tantomeno la frequenza, presuppongano l'adozione di un determinato approccio terapeutico piuttosto di un altro. La dimostrata applicabilità del PQS ad una ISTDP si sarebbe potuta legittimare appellandosi alle peculiarità del processo stesso, il quale, sintetizzabile nella Sequenza Dinamica Centrale (Davanloo, 2000), è fortemente orientato all'insight. Ciò avrebbe consentito un ampliamento parziale della visione di Jones, aggiungendo un'unica postilla stante ad indicare la necessità di considerare non tanto la durata o la frequenza, bensì la natura espressiva o supportiva di una psicoterapia. Tuttavia, il fatto che la terapeuta non si sia attenuta all'approccio prototipico dell'ISTDP, disconfermando in tal modo le nostre seguenti ipotesi, sembrerebbe suggerire che il successo nell'identificare le strutture interattive non dipenda nemmeno dal posizionamento di una psicoterapia in una determinata polarità del continuum espressivo-supportivo (Gabbard, 2017). Ciò consentirebbe dunque un'ulteriore espansione della prospettiva di Jones, aprendo la strada ad addizionali ricerche ed approfondimenti.

Quanto preannunciato pone i presupposti per la discussione delle seguenti ipotesi. L'aspettativa di ottenere distribuzioni Q-set totalmente o parzialmente coincidenti con quella congetturata avrebbe potuto essere disconfermata da due differenti scenari: in primo luogo, il prototipo realizzato, basantesi sulla descrizione del processo dell'ISTDP presentato in letteratura (Davanloo 1978; 1980; 1990; 2000), avrebbe potuto discostarsi significativamente dalla pratica clinica effettiva; in secondo luogo, la psicoterapeuta avrebbe potuto non aderire ai principi tecnici dell'ISTDP. Da un'attenta analisi delle audioregistrazioni e dei trascritti *verbatim* delle tre sedute considerate, è possibile concludere per la seconda opzione. Dall'esame di ogni seduta presa singolarmente emerge la sostanziale assenza delle tecniche che contraddistinguono il processo di una ISTDP.

Relativamente alla prima seduta, questa avrebbe dovuto coincidere con la cosiddetta terapia di prova, volta a valutare l'idoneità della paziente. In questa fase, la psicoterapeuta

avrebbe dovuto utilizzare le principali tecniche del modello, quali interventi attivi e confrontativi, volti ad esaminare la capacità della paziente di tollerare il confronto diretto con sentimenti dolorosi e conflittuali. Parallelamente, la terapeuta avrebbe dovuto valutare le funzioni dell'Io e le reazioni transferali della paziente, prestando attenzione alle proprie eventuali difficoltà controtransferali. Sarebbe stata altresì fondamentale la creazione di un'alleanza terapeutica inconscia, componente essenziale del processo (Abbass et al., 2013; Flegenheimer, 1982; Schröder et al., 2016). Nessuno di questi elementi è rilevabile. La paziente arriva come un fiume in piena, travolgendo la terapeuta con il racconto della propria storia, costellata da eventi spiacevoli. È come se la terapeuta non fosse riuscita a ricostituirne gli argini, lasciandosi trasportare dalla corrente e perdendo in tal modo la rotta. Nella prima parte della seduta, assimilabile ad una confessione, sembrerebbe che la paziente abbia investito la terapeuta del compito di assolverla dai suoi presunti peccati; a questo scapito è significativo che, la paziente, ancor prima di richiedere una consultazione, si sia rivolta ad un parroco nel tentativo di spiare le proprie colpe, evidentemente con scarso successo. Come precedentemente ipotizzato, la paziente ha verosimilmente introiettato la figura materna, identificandovisi di conseguenza, ipotesi avvalorata dall'impressione da lei riferita di rivivere la vita di sua madre. La figura materna viene descritta come rigida e austera, non disponibile al dialogo su determinati argomenti, quali la sessualità. La paziente è certa del fatto che, se fosse venuta a conoscenza della sua relazione extra-coniugale, non l'avrebbe mai perdonata. Verosimilmente, la parte giudicante della paziente coinciderebbe con tale introietto materno. Sembrerebbe inoltre che la paziente abbia disconosciuto proiettivamente tale rappresentazione dell'oggetto materno interiorizzato, spostandola inconsciamente sulla terapeuta ed esercitando una pressione interpersonale volta a favorirne l'identificazione inconscia; tale processo, noto come identificazione proiettiva, oltre alla funzione di difesa intrapsichica, assume con Ogden (1992) una valenza interpersonale, configurandosi come una specifica tipologia di interazione transferale-controtransferale (Gabbard, 2014; 2017). Vi sarebbe da un lato la ripetizione di uno schema infantile, tale per cui la paziente ricercerebbe l'approvazione e il perdono da parte di una figura significativa dalla quale poter dipendere, giustificandosi per le azioni compiute e tentando di fare la "brava paziente"; dall'altro, vi sarebbe la ricerca di un'esperienza correttiva e riparativa, presumibilmente accompagnata dal desiderio che la terapeuta mostri empatia e

comprensione nei suoi confronti. Quanto detto è in linea con la concezione bidimensionale del transfert di Stolorow (1995), secondo la quale vi sarebbe, oltre alla dimensione ripetitiva descritta da Freud, anche una dimensione riparativa, per la quale la paziente ricerca una nuova esperienza da oggetto-Sé (Gabbard, 2014). Se la terapeuta si fosse attenuta ai principi tecnici dell'ISTDP avrebbe valutato attentamente il delinarsi di tale transfert e i complessi sentimenti sottostanti, i quali sarebbero divenuti target del lavoro di esplorazione; tuttavia, è supponibile una collusione con il transfert da oggetto-Sé della paziente, nella misura per la quale la terapeuta assume un atteggiamento materno accogliente e di accettazione non giudicante nei suoi confronti, tentando di alleggerirla dalla colpa provata. Sebbene nella seconda parte della seduta sia ravvisabile un tentativo di ricorso alla tecnica («ora non parliamo dei racconti degli altri, ma delle sue emozioni»), questo si rivela labile. Inoltre, in tutto il corso della seduta si ha la percezione che si sia instaurata una sorta di lotta tra paziente e terapeuta volta ad accaparrarsi il controllo dell'interazione, aspetto che sarà presente per tutta la terapia.

Nella quarta seduta, corrispondente alla fase centrale, la tecnica dell'ISTDP sarebbe dovuta emergere in maniera preponderante, in quanto una volta appurata la capacità della paziente di tollerarla, è possibile ricorrere alla Sequenza Dinamica Centrale, la quale necessiterà di essere ripetuta per più volte per aprire un varco nell'inconscio. Oltre all'assenza di tali tecniche, ad emergere è la marcata difficoltà della terapeuta nella conduzione del colloquio, data dalla probabile presenza di suoi conflitti emotivi soggiacenti. Persiste la lotta insorta nella precedente seduta, ma l'atteggiamento della terapeuta, che diviene condiscendente e altera, si discosta dalla previa accoglienza materna. Vi è un passaggio in particolare in cui la terapeuta si scaglia contro le difese della paziente tentando di far venire a galla il suo bisogno di proteggersi, il quale potrebbe essere confuso con la tecnica dello scontro frontale, probabilmente razionalizzato come tale dalla stessa terapeuta, nella quale tuttavia sembrano aver prevalso i suoi conflitti: «quindi ci sta che tu alzi delle barriere ogni tanto [...], sento che certe barriere forse sono automatiche nel momento in cui in qualche modo si cerca di darti una mano». Immaginando terapeuta e paziente come ingaggiate in una lotta a braccio di ferro, questo sarebbe il punto in cui uno dei due sfidanti inizia a prevaricare sull'altro, che gradualmente ne diviene succube, perdendo la partita. L'esito è difatti quello dell'assunzione, da parte della paziente, di un atteggiamento di totale compiacenza nei

confronti della terapeuta, lasciandosi trasportare, come una foglia al vento, dai suoi interventi privi della necessaria neutralità. Significativa a questo scapito è la modalità con la quale la terapeuta gestisce il conflitto della paziente nei confronti dell'amante, coincidente con la presenza di un forte rammarico per l'accaduto e al contempo di un desiderio non ancora sopito. Tra gli scopi di una psicoterapia dinamicamente orientata dovrebbe esservi l'esplorazione della natura dei conflitti inconsci (Gabbard, 2017), il che vale a dire che un clinico neutrale e operante secondo i principi della tecnica, di fronte a tale scenario, avrebbe dovuto riconoscere le due polarità del conflitto per poi metterle in evidenza, senza prendere parti (Cabaniss et al., 2011). Al contrario, la terapeuta si allea con la parte pentita e afflitta della paziente, schierandosi contro il genere maschile; oltre a fornire alla paziente consigli espliciti su come comportarsi, le suggerisce quali sentimenti dovrebbe provare nei confronti dell'amante, giudicandolo non sulla base di quanto riferito dalla paziente, bensì dei suoi presunti conflitti. Tale atteggiamento si configura come affatto neutrale, da non confondere con la maggiore attività richiesta al terapeuta formato in ISTDP. Tra le concettualizzazioni maggiormente accettate di neutralità vi è quella dell'assunzione di una posizione non giudicante rispetto ai desideri, ai pensieri, ai sentimenti e ai comportamenti del paziente (Gabbard, 2017), aspetto che è risultato mancare nel corso della seduta. In linea con quanto formulato da Greenberg (1986), considerando l'inevitabile partecipazione della terapeuta al mondo interno della paziente, ad una previa identificazione con l'oggetto materno del passato, avrebbe dovuto far seguito il tentativo di liberarsene, per costituirsi come nuovo oggetto, in tal modo avrebbe ottemperato al principio della neutralità (Gabbard, 2017; Nersessian & Silvan, 2007); tuttavia, sembrerebbe che per conflitti personali non risolti la terapeuta non sia riuscita a spogliarsi dei panni di quella figura materna intrusiva e giudicante. Secondo differenti autori (Kernberg, 1996; Mitchell, 1997; Renik, 1996; Schafer, 1983; Stolorow & Atwood, 1997) la neutralità sarebbe solamente un'illusione, facile da prescrivere, ma impossibile da raggiungere e da sostenere (Nersessian & Silvan, 2007). Lo stesso Flegenheimer (1982), nel presentare l'ISTDP, identifica tra le principali difficoltà per il terapeuta quella di mantenere un atteggiamento consistente di neutralità, nonostante questo ne costituisca un prerequisito essenziale. Difatti, qualunque tesi si decida di sostenere, non vi è dubbio che la mancanza di neutralità renda pressoché impossibile poter parlare di ISTDP.

Nella fase conclusiva, la terapeuta avrebbe dovuto ricercare un'evidenza specifica del raggiungimento dell'insight da parte della paziente e della sostituzione del modello nevrotico disadattivo con un modello maggiormente adattivo (Flegenheimer, 1982). Tuttavia, l'ultima seduta appare distante da quanto ci si aspetterebbe da una psicoterapia. L'impressione condivisa è quella di assistere ad una conversazione tra due amiche, data la totale assenza di tecnica e di neutralità. La paziente permane in quella posizione di sottomissione precedentemente assunta, mostrandosi totalmente compiacente rispetto alle osservazioni e alle indicazioni della terapeuta. Quest'ultima mantiene un atteggiamento di presunta superiorità, fornendo alla paziente indicazioni e consigli diretti su come dovrebbe comportarsi in determinate situazioni e formulando giudizi espliciti su di lei e sulle persone significative della sua vita. Si assisterebbe pertanto alla ripetizione di quello schema relazionale infantile precedentemente menzionato, tale per cui la paziente idealizza la terapeuta assumendo un ruolo dipendente e passivo e la terapeuta collude con tale dimensione ripetitiva del transfert (Stolorow, 1995), ponendosi in una posizione di dominanza. In linea con la concezione del transfert come ubiquitario (Gabbard, 2017), ossia riprodotto in medesimi modelli relazionali in tutti i rapporti, tale pattern è ravvisabile anche nelle altre relazioni significative della paziente, quale quella con il marito. In quest'ottica, gli stessi flebili miglioramenti identificabili nei risultati dei test potrebbero essere parte del tentativo della paziente di compiacere la terapeuta. La conclusione della terapia è dunque connotata da un clima generale di tristezza, dato dal permanere della paziente nella medesima posizione di inferiorità con la quale era giunta in consultazione, intrappolata in una coazione a ripetere lo stesso pattern relazionale.

In base a quanto finora detto, il processo della psicoterapia è connotato da una sostanziale staticità, la quale è stata prontamente colta dal confronto qualitativo tra le strutture d'interazione. Non avendo potuto individuare né un'evoluzione nel pattern interattivo, né un sostanziale miglioramento sintomatologico e relazionale nella paziente, non è stato possibile validare la terza ed ultima ipotesi. Tuttavia, è possibile fare riferimento a quanto delineatosi nel processo per tentare di esplicarne l'esito. In linea con quanto asserito da Jones (2000), qualora un pattern interattivo non venga compreso e interpretato, è verosimile il verificarsi di uno stallo terapeutico. In altre parole, il mancato riconoscimento dei pattern d'interazione transferali-controtransferali potrebbe condurre ad una collusione inconscia tra paziente e terapeuta, avente il potenziale di ostacolare il

lavoro terapeutico (Jacobs, 2001), il che appare in linea con quanto verificatosi nella suddetta terapia.

Il deragliamento dai binari della tecnica e della neutralità, che ha verosimilmente impedito l'evoluzione del processo e il miglioramento della paziente, è presumibilmente la manifestazione di un *enactment* controtransferale inconscio ed inesplorato. Ad avvalorare l'ipotesi vi è il fatto che sia stata la stessa terapeuta a selezionare tale processo in quanto a suo parere emblematico dell'approccio ISTDP, il che sembrerebbe essere indicativo della assenza di consapevolezza circa le dinamiche instauratesi. Secondo alcuni autori (Chused, 1991; Steiner, 2006), sarebbe tale ottundimento delle proprie capacità di auto-osservazione a differenziare l'*enactment* dal controtransfert ordinario, impedendo il raggiungimento di quell'oggettività risultante unicamente dal rendere sé stessi oggetto di analisi (Racker, 1968).

Tra le varie concettualizzazioni di controtransfert, Jones (2000) avvalora quella di Racker (1968), secondo la quale il transfert del paziente provocherebbe nel terapeuta un controtransfert derivante dall'identificazione con gli oggetti interni proiettati, scenario che sembrerebbe essersi verificato nell'assunzione da parte della terapeuta di un ruolo materno prima e di un ruolo autoritario poi. Un'ulteriore forma di controtransfert implicata nelle strutture interattive consiste nell'inclinazione a rappresentarsi il paziente nei termini dei propri limiti e conflitti (Jones, 2000). In linea con ciò, gli interventi della terapeuta sembrano volti a favorire nella paziente una maggiore assertività, in particolare nei confronti delle figure maschili; tuttavia, sembra esservi un investimento eccessivo su tale aspetto, tale da portare alla formulazione di giudizi espliciti sulla figura dell'amante, quale quella di "narcisista patologico", senza alcuna base apparente. È dunque probabile che vi sia in gioco un conflitto inconscio non elaborato legato ad un proprio limite e al desiderio di valicarlo. Si potrebbe ipotizzare che la terapeuta abbia voluto esprimere la propria assertività nei confronti di qualche figura maschile, ma non ne sia stata in grado. Inoltre, in alcuni passaggi si ha l'impressione che la terapeuta tolleri difficilmente la passività della paziente nelle relazioni interpersonali, così come la sua difficoltà a riconoscere ed esprimere la rabbia. Nonostante sentimenti di irritazione siano comuni con pazienti che presentano una certa quota di dipendenza (McWilliams & Shedler, 2020), è necessario che questi divengano oggetto di riflessione, onde evitare deviazioni dalla tecnica. I tentativi della terapeuta di elicitarne la rabbia della paziente nei confronti

dell'amante non appaiono difatti guidati dai principi dell'ISTDP, bensì dalla sua rabbia controtransferale inconscia.

In sintesi, il controtransfert identificabile alla base della violazione dei principi tecnici sembrerebbe avere a che fare con gli oggetti interni della terapeuta ed essere di un'intensità emotiva tale da interferire con la sua capacità di pensiero.

Freud (1910) definiva il controtransfert come l'insieme delle reazioni emotive dell'analista, potenzialmente interferenti con la sua neutralità laddove fosse riscontrabile l'incompletezza della propria analisi personale. Compatibilmente con ciò, Ferenczi (1928) sottolineava come molti casi di fallimenti terapeutici fossero dovuti alle difficoltà proprie del terapeuta, evidenziando l'importanza dell'analisi personale come strumento imprescindibile per il lavoro. Secondo l'autore, la mancata attenzione al proprio controtransfert avrebbe condotto in errore anche l'analista più esperto, per questo riteneva fondamentale acquisire le abilità necessarie a padroneggiarlo mediante il superamento di due fasi, una prima in cui si è lontani dal prenderne consapevolezza e una seconda nella quale vi si oppone resistenza, per poi approdare alla padronanza propriamente detta (Cabrè, 2015; Ferenczi, 1919), la quale sembrerebbe non esser stata raggiunta dalla terapeuta. Quest'ultima, al contrario, mancando di prestare un'adeguata attenzione ai propri conflitti psichici, sembrerebbe essere andata incontro a quel rischio evidenziato da Paula Heimann (1950) consistente nell'attribuire alla paziente quanto di pertinenza propria. Gli affetti prorompenti e i conflitti irrisolti della terapeuta sembrerebbero divenire protagonisti del processo, a scapito del testo storico e del mondo interno della paziente, ritrovatasi nuovamente ad assumere una posizione di subordinazione. Difatti, secondo il pensiero di Lacan, riassunto da Massimo Recalcati (2021), l'emergere del controtransfert segnalerebbe la riattivazione, nell'inconscio del terapeuta, di qualcosa non sufficientemente elaborato, il quale ne condizionerà inevitabilmente l'operato portandone in primo piano il vissuto emotivo e configurando in tal modo uno scenario definito come "abuso del controtransfert". Tale circostanza, contraddistinta dalla prevaricazione dell'inconscio del terapeuta, viene posta in contrapposizione con l'uso simbolico del controtransfert, nel quale gli affetti del terapeuta non interferiscono con l'ascolto e con la comprensione del paziente, divenendo ulteriore strumento di comprensione (Recalcati, 2021). Ciò stimola un'ulteriore riflessione, inerente la considerazione del controtransfert come limite o come risorsa.

Differentemente dalla casistica discussa, vi sono casi in cui il controtransfert costituisce un importante strumento diagnostico e terapeutico. Ossia, qualora il terapeuta abbia una buona familiarità con la propria interiorità e riesca a distinguere quanto della propria reazione emotiva sia dato dal proprio passato e quanto dai sentimenti indotti dal paziente, il controtransfert diviene una preziosa fonte di informazioni sul mondo interno del paziente. Se la terapeuta avesse operato tale distinzione, riflettendo sulla possibilità che la paziente induca simili reazioni anche nelle altre persone per lei significative, avrebbe probabilmente raggiunto una maggiore comprensione della stessa. Data l'inevitabilità del controtransfert, è fondamentale che il terapeuta presti attenzione a quei segnali, quali comportamenti o sogni insoliti, che possono segnalare l'insorgenza (Gabbard, 2017). Inoltre, Gabbard (2017) identifica differenti strategie per gestirlo, adottabili a seconda del caso. Nel processo da noi considerato, la terapeuta avrebbe potuto utilizzare il controtransfert in funzione della comprensione interpretativa, ossia per formulare interpretazioni sul mondo interno della paziente; in tal modo, avrebbe potuto evidenziare il legame tra transfert (T), relazioni presenti (C) e relazioni passate (P), ottemperando alla tecnica dell'ISTDP implicante l'interpretazione del triangolo dell'insight. Si ribadisce come requisito essenziale la conoscenza del proprio mondo interno, in quanto come sottolineato da Bion (1981), il "problema" del controtransfert non dovrebbe essere gestito nel presente, ma avrebbe dovuto essere gestito nel passato, nel corso della propria analisi personale.

4.2 Conclusioni, limiti del lavoro e possibili sviluppi futuri

Il presente studio *single-case*, collocabile nella cornice della *process-outcome research*, nasce con l'obiettivo di identificare il legame tra il processo di una Psicoterapia Dinamica Intensiva Breve (ISTDP) e l'esito della stessa. Il processo è stato valutato mediante l'applicazione dello Psychotherapy Process Q-set (PQS) di Enrico Jones (2000), avente come fine l'individuazione delle strutture d'interazione caratterizzanti la diade paziente-terapeuta. I risultati ottenuti mediante analisi qualitativa rivelano la mancata evoluzione dei pattern interattivi, parallelamente all'assenza di un miglioramento sintomatologico e relazionale significativo della paziente, valutato con la SCL-90-R e l'IIP-32. Si ipotizza che l'impossibilità di spiegare l'*outcome* della psicoterapia facendo riferimento al cambiamento qualitativo delle strutture d'interazione sia dovuto

all'interferenza dei conflitti controtransferali non identificati propri della terapeuta, i quali avrebbero condotto ad una deviazione dalla tecnica, impedendo plausibilmente il raggiungimento dell'insight nella paziente.

Lo stesso processo della psicoterapia, non attinente ai principi tecnici dell'ISTDP, costituisce un limite del presente lavoro di tesi. Difatti, essendo state le nostre ipotesi formulate in relazione a tale modello psicoterapico, la lettura dei dati ottenuti ne risulta inficiata. Inoltre, non avendo a disposizione ulteriori indicazioni diagnostiche sulla paziente, quali risultati addizionali di test o la formulazione del caso da parte della psicoterapeuta, non è stato del tutto possibile fare riferimento agli obiettivi attesi dal trattamento secondo la letteratura. Sarebbe risultato interessante disporre di una valutazione di *follow-up* della paziente, per poter verificare qualora il lieve miglioramento si sia mantenuto nel tempo o se sia stato effetto del tentativo della paziente di compiacere la terapeuta.

Ulteriori limitazioni sono inerenti il disegno di ricerca adottato, in quanto i risultati ottenuti da uno studio sul caso singolo sono difficilmente generalizzabili e interpretabili. Per quanto concerne la metodologia, un'analisi di tipo qualitativo non consente l'identificazione di eventuali correlazioni o relazioni causali tra le variabili. Occorre inoltre segnalare che il mancato ricorso al coefficiente di misurazione di Pearson per la stima dell'*inter-rater reliability* e alla tecnica P di Luborsky per l'analisi fattoriale delle misure ripetitive volta all'identificazione delle strutture d'interazione (Jones, 2000) rischia di compromettere l'attendibilità dell'osservazione e la conseguente valutazione del processo.

Dunque, essendo l'analisi qualitativa prerogativa per l'analisi quantitativa (Lingiardi, 2017), siffatto lavoro potrebbero essere ampliato mediante l'applicazione delle analisi statistiche sopra considerate, al fine di verificare l'affidabilità tra giudici indipendenti e la corretta identificazione dei pattern interattivi, fatte seguire dall'analisi delle serie temporali. Quest'ultima consente l'identificazione della relazione causale tra le variabili del processo preservandone la dipendenza sequenziale e considerando la bidirezionalità degli effetti (Jones, 2000); dunque, consentirebbe di verificare la presenza di causalità tra la mancata evoluzione delle strutture interattive e il pressoché assente miglioramento sintomatologico e relazionale della paziente, azzerando l'influenza di possibili variabili interferenti.

Nonostante i limiti considerati, tale studio apporta alla letteratura esistente la possibilità di ampliare la concettualizzazione di Jones (2000) circa l'applicabilità del PQS, avente il potenziale di scardinare i requisiti di lunga durata e natura espressiva identificati dall'autore. Saranno necessari ulteriori ricerche ed approfondimenti per sancire tali conclusioni, prefigurando in tal modo i possibili futuri sviluppi dello studio. Innanzitutto, risulterà interessante una replicazione dello stesso, facendo riferimento ad un processo di ISTDP prototipico, così da riconsiderare le ipotesi da noi formulate. In secondo luogo, per assicurare una maggiore generalizzabilità dei risultati, la medesima procedura potrebbe essere applicata a differenti processi terapeutici afferenti alla tecnica dell'ISTDP, riguardanti distinte diadi paziente-terapeuta. Ampliando ulteriormente la prospettiva, considerando il potenziale delle strutture interattive di influenzare il processo e l'esito della terapia, è auspicabile una maggiore diffusione del PQS, strumento elettivo in grado di identificarle. Questo potrebbe essere incoraggiato da studi volti a verificarne l'applicabilità e utilità su un ampio range di psicoterapie.

Per concludere, il presente lavoro rafforza il monito largamente presente in letteratura circa la necessità da parte del terapeuta di sottoporsi ad un'analisi o terapia personale, onde evitare il mancato riconoscimento degli inevitabili sentimenti controtransferali. Solo prestando costantemente attenzione alle proprie reazioni emotive, identificando quanto è proprio e quanto proviene dal paziente, è possibile ridurre il rischio di un *enactment* e di un fallimento terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. A., Kisely, R. S., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, 7, 1-19.
- Abbass, A. A., Town J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Review of the Treatment Method and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 6-15.
- Ablon J.S., & Jones, E. E. (1998). How Expert Clinician's Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 541-568.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The Contributions of Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy Psychopathology Process and Outcome*, 14, 14-48.
- Abrams, S. (1990). The Psychoanalytic Process: The Developmental and the Integrative. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59, 650-677.
- Bailey, C., Abate, A., Sharp, C., & Venta, A. (2018). Psychometric Evaluation of the Inventory of Interpersonal Problems 32. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 82, 93-113.
- Barkham, M., & Hardy, G. E. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35.
- Bion, W. R. (1981). Seminari brasiliani. In F. Corrao (Eds.), *Il cambiamento catastrofico. La griglia, caesura, seminari brasiliani, intervista* (p.317). Torino: Loescher.
- Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas C. J., & Schwartz, A. (2011). Therapeutic Neutrality. In D. B. Cabaniss, S. Cherry, C. J. Douglas, & A. R. Schwartz (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy: A Clinical Manual* (pp.90-97). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Cabrè, L. J. M. (2015). Controtransfert e teorie dell'analista. *Gli argonauti*, 37, 75-89.
- Cassano, G. B., Conti, L., & Levine, J. (1999). SCL-90-R. In L. Conti (Eds.), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria* (pp. 325-332). Firenze: SEE.

- Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615-639.
- Colli, A., & Gazzillo, F. (2017). Due strumenti per la valutazione del processo terapeutico: le Analytic Process Scales e lo Psychotherapy Process Q-Set. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 677-689). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change Sixth Edition* (pp. 298-333). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2017). Introduzione. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. XXVII-XXXIV). Milano: Raffello Cortina Editore.
- Dazzi, N. (2017). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 3-28). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Bei, F., & Montorsi, A. (2013). Interaction Structure and Transferential Patterns in Brief Psychotherapy: A Single-Case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 24-32.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, scoring and procedures manual for the recise version*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Ferenczi, S. (1919). La tecnica psicoanalitica. In S. Ferenczi (Eds.), *Opere vol. II*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Ferenczi, S. (1928). Il problema del termine dell'analisi. In S. Ferenczi (Eds.), *Opere vol. IV*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Flegenheimer, W. V. (1982). The essential Elements of Brief Psychotherapy. In W. V. Flegenheimer (Eds.), *Tecniques of Brief Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. Gli elementi essenziali della psicoterapia breve (pp. 1-16). In W. V. Flegenheimer (Eds.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Flegenheimer, W. V. (1982). The broad-focus short-term dynamic psychotherapy of Davanloo. In W. V. Flegenheimer (Eds.), *Tecniques of Brief Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. La psicoterapia dinamica breve a focus ampliato di Davanloo (pp. 105-124). In W. V. Flegenheimer (Eds.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Fonagy, P., & Moran, G. (1993). Selecting Single-Case Research Designs for Clinicians. In N. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, J.P. Docherty (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (pp. 62-95). New York: Basic Books.
- Freud, S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. In C. L. Musatti (Eds.), *Opere*, 6 (pp. 200-201). Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G. O. (2014). The theoretical basis of dynamic psychiatry. In G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association. (Tr. It. I fondamenti teorici della psichiatria psicodinamica (pp. 31-64). In G. O. Gabbard (Eds.), *Psichiatria Psicodinamica: quinta edizione*. Galati & Madeddu, 2015).
- Gabbard, G. O. (2014). Treatments in dynamic psychiatry: individual psychotherapy. In G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association. (Tr. It. Trattamenti in psicoterapia psicodinamica: Psicoterapia individuale (pp. 95-125). In G. O. Gabbard (Eds.), *Psichiatria Psicodinamica: quinta edizione*. Galati & Madeddu, 2015).
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A basic text. Third Edition*. Washington: American Psychological Association. (Tr. It. *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica: terza edizione*. Madeddu, 2018).
- Greenberg, J. (1986). Theoretical models of the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87-106.

- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Jacobs, T. J. (2001). On misreading and misleading patients: some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 653-669.
- Jensen, H. H., Mortensen E. L., & Lotz, M. (2013). SCL-90-R Symptom Profiles and Outcome of Short-Term Psychodynamic Group Therapy. *ISRN Psychiatry*, 540134. <https://doi.org/10.1155/2013/540134>.
- Jones, E. E. (2001). Therapeutic Action: A New Theory. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 460-473.
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Lanham: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. *L'azione terapeutica: una guida alla terapia psicoanalitica*. De Bei, 2008).
- Kernberg, O. (1996). The analyst's authority in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 137-157.
- Kirchmann, H., Schreiber-Willnow, K., Seidler, K.P., & Strauss, B. (2011). SCL-90-R symptom profile clusters among inpatients undergoing psychodynamic group psychotherapy: cluster stability, associations with clinical characteristics and treatment outcome. *Psychopathology*, 44, 71-82.
- Knobloch-Fedders, L. M., Elkin, I., & Kiesler, D. J. (2015). Looking back, looking forward: A historical reflection on psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 25, 383-395.
- Lee, B. (2017). The fundamental of Q methodology. *Journal of Research Methodology*, 2, 57-95.
- Lingiardi, V. (2017). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Dazzi, N. (2008). Introduzione all'edizione italiana. In E. Jones (Eds.), *L'azione terapeutica: Una guida alla terapia psicoanalitica* (pp. VII-XV). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-12.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D.A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well--mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2-9.
- McWilliams, N. (2012). I processi difensivi primari. In V. Caretti, & A. Schimmenti (Eds.), *La diagnosi psicoanalitica* (pp. 126-152). Casa Editrice Astrolabio.
- McWilliams, N. (2012). La personalità depressiva e la personalità maniaca. In V. Caretti, & A. Schimmenti (Eds.), *La diagnosi psicoanalitica* (pp. 268-302). Casa Editrice Astrolabio.
- McWilliams, N., & Shedler, J. (2020). Sindromi di personalità - Asse P. In V. Lingardi, & N. McWilliams (Eds.), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione* (pp. 15-81). Raffaello Cortina Editore.
- Migone, P. (2017). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 31- 48). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale: Analytic Press.
- Moras, K. (2002). Research in Psychotherapy. In M. Hersen, & W.H. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 527-544). New York: Academic Press.
- Nersessian, E., & Silvan, M. (2007). Neutrality and Curiosity: Elements of Technique. *The Psychoanalytic Quarterly, 76*, 863-890.
- Ogden, T. H. (1992). The dialectically constituted/decentered subject of psychoanalysis, II: the contributions of Klein and Winnicott. *International Journal of Psychoanalysis, 73*, 613-626.
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*, 319-339.
- Orlinsky, D., & Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in Psychotherapy. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change Second Edition* (p. 284). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., Wilutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and*

- Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change Fifth Edition* (pp. 311-312). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Londra: The Hogart Press and The Institute of Psychoanalysis. (Tr. It. *Studi sulla tecnica psicoanalitica: transfert e controtransfert*. Armando, 1970.)
- Recalcati, M. (2021). Usi e abusi del controtransfert. *Frontiere della psicoanalisi*, 69-82. <https://doi.org/10.48270/102438>.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 495-517.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L.M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24, 4-13.
- Rønnestad, M. H., Willutzki, U., & Tarragona, M. (2010). David E. Orlinsky: Developing Psychotherapy Research, Researching Psychotherapist Development. L. G. Castonguay, C. J. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, & T. Anderson (Eds.), *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers* (pp. 233-240). Washington: American Psychological Association.
- Schafer, R. (1983). *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- Schauenburg, H., & Strack, M. (1998). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) for presenting statistically and clinically significant psychotherapy outcome. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 257-264.
- Schröder, T., Cooper, A., Naidoo, R., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2016). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. In D. Dawson, & N. Moghaddam (Eds.), *Formulation in action: Applying psychological theory to clinical practice* (pp. 99-122). Warsaw: De Gruyter Open Poland.
- Sirigatti, S. (2007). Applicazioni dello Psychotherapy Process Q-sort di Jones. In E. Molinari, & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti* (pp.141-153). Milano: Springer-Verlag.
- Steiner, J. (2006). Interpretative enactment and the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 315-320.

- Stolorow, R. D. (1995). An intersubjective view of self psychology. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 393-399.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1997). Deconstructing the myth of neutral analyst: an alternative from intersubjective systems theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 431-449.
- Turpin, G. (2002). Single-Case Methods and Evaluation. In M. Hersen, & W. H. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 659-667). New York: Academic Press.
- Yalom, I. D. (2012). *Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy*. New York: Basic Books.