



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

Analisi delle strutture di interazione in una Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) attraverso l'applicazione del PQS: uno studio Single Case

Analysis of interaction structures in an Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) through the application of PQS: a Single Case study

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Correlatore:

Prof. Francesco De Bei

Laureando: Enrico Bandiera

Matricola: 2079351

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

| | |
|---|-----------|
| CAPITOLO I - Introduzione..... | 1 |
| 1.1 La ricerca in psicoterapia | 1 |
| 1.2 La ricerca single-case..... | 4 |
| 1.3 Le strutture di interazione | 6 |
| 1.4 La psicoterapia dinamica breve | 11 |
| 1.5 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) | 13 |
| CAPITOLO II - Metodo | 19 |
| 2.1 Strumenti..... | 19 |
| 2.1.1 Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)..... | 19 |
| 2.1.2 Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)..... | 21 |
| 2.1.3 Psychotherapy Process Q-sort (PQS)..... | 22 |
| 2.2 Materiale | 27 |
| 2.3 Procedura | 29 |
| 2.4 Ipotesi di ricerca..... | 31 |
| CAPITOLO III - Risultati | 35 |
| 3.1 Valutazione dell'outcome | 35 |
| 3.1.1 Risultati SCL-90-R..... | 35 |
| 3.1.2 Risultati IIP-32 | 36 |
| 3.1 Valutazione del processo con il PQS | 38 |
| CAPITOLO IV - Discussione | 45 |
| 4.1 Discussione dei risultati | 45 |
| 4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e prospettive future..... | 55 |
| BIBLIOGRAFIA | 58 |

CAPITOLO I

Introduzione

1.1 La ricerca in psicoterapia

La psicoterapia è una modalità di trattamento in cui il terapeuta e il paziente lavorano insieme per migliorare le condizioni psicopatologiche e l'impairment funzionale concentrandosi sulla relazione terapeutica, le attitudini, i pensieri, gli affetti e il comportamento del paziente, tenendo conto del contesto sociale e dello sviluppo (Brent & Kolko, 1998). Oggi è ampiamente confermato che la psicoterapia sia efficace nel trattamento dei disturbi psicopatologici (Bateman & Fonagy, 2000; Cuijpers, 2019; Levy, Ehrental, Yeomans & Caligor, 2014; Perry, Banon & Ianni, 1999; Seligman, 1995). Tuttavia, queste evidenze sono il risultato di molteplici tipologie di ricerca condotte nel corso del tempo. La ricerca in psicoterapia ha seguito differenti fasi, cercando di rispondere principalmente a tre domande (Dazzi, 2006):

1. La psicoterapia, nel suo insieme, funziona?
2. Quale approccio psicoterapeutico funziona meglio?
3. Che cosa succede in psicoterapia? I cambiamenti, nel paziente, sono dovuti a quali fattori?

L'indagine di questi quesiti è alla base dell'*outcome* e *process research*, che sono poi confluite in un'ulteriore corrente di ricerca, la *process-outcome research*, che investiga la relazione tra ciò che accade in terapia e il risultato della terapia stessa (Dazzi, 2006).

L'*outcome research*, sviluppatasi tra il 1950 e il 1970 in risposta alla critica di Eysenck (1952) sull'assenza di prove riguardo l'efficacia della psicoterapia, ha adottato metodologie ispirate alle discipline scientifiche in senso stretto, come la farmacologia, in un'ottica positivista (Migone, 2006). Tuttavia, a differenza degli studi sui farmaci, dove è possibile utilizzare un vero placebo, nella ricerca psicoterapeutica questa soluzione non è attuabile, poiché la psicoterapia non dispone di un intervento comparabile. Infatti, la maggior parte delle tecniche psicoterapeutiche include elementi intrinsecamente terapeutici, rendendo impossibile creare una "psicoterapia placebo" indistinguibile dal trattamento attivo (Enck & Zipfel, 2019). Inoltre, il "doppio cieco" controllato dal placebo, una pratica comune negli studi farmacologici, non è applicabile in questo

contesto, dove le liste d'attesa o i colloqui informali non possono garantire lo stesso livello di controllo, avendo comunque un'influenza sulla persona (Migone, 2006).

Per questo motivo, l'*outcome research* in psicoterapia non è basata sul confronto tra un gruppo trattato e un gruppo di controllo non trattato, ma su controlli pre e post-intervento o sul confronto tra diversi tipi di intervento (Migone, 2006). La ricerca sull'esito utilizza un approccio sperimentale e/o quasi sperimentale, permettendo di valutare gli effetti dell'intervento terapeutico, ad esempio attraverso questionari somministrati al paziente all'inizio, al termine e in un periodo successivo al trattamento (Gelo, Auletta & Braakmann, 2010) o altre tecniche come la valutazione del miglioramento da parte del terapeuta e da parte di giudici esterni (Garfield, 1971).

Le prime metanalisi sull'efficacia della psicoterapia hanno ottenuto un *effect size*, indice che permette di riassumere quantitativamente i risultati di diversi studi di esito, di .85 deviazioni standard su un campione di 475 ricerche che ponevano a confronto gruppi di pazienti trattati in psicoterapia e gruppi di pazienti non trattati (Smith, Glass & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982). In successive ricerche, questi valori rimangono ridimensionati a un *effect size* di .60, dimostrando generalmente l'efficacia della psicoterapia (Asay, Lambert, Christensen, & Beutler, 1984; Balestrieri, Williams, & Wilkinson, 1988; Nicholson & Berman, 1983).

Dall'*outcome research* è emersa l'assenza di differenze significative sull'esito tra i diversi tipi di psicoterapie (cognitiva, dinamica, comportamentale, interpersonale, etc.), mostrando che differenti approcci terapeutici, a livello di efficacia, si equivalgono (Rosenzweig, 1936). Viene quindi posto un ulteriore quesito, che si interroga sui fattori che influenzano l'esito della terapia. In particolare, si cerca di capire se il successo sia attribuibile a fattori comuni/aspecifici, come l'alleanza terapeutica, oppure a elementi specifici legati ad una determinata corrente teorica (Luborsky et al., 2002; Gaab, Bleas, Locher & Gerger, 2016).

Si inaugura così la seconda fase, che si estende circa dal 1960 al 1980, riguardante la ricerca sul processo. Gli obiettivi di questo tipo di ricerca sono vari: capire i meccanismi sottostanti ai processi che portano cambiamenti nel paziente, migliorare la qualità della terapia attraverso questa conoscenza e contribuire allo sviluppo delle teorie legate ad un determinato tipo di terapia (Hardy & Llewelyn, 2014). Questa area ha il potenziale di

identificare quindi le modalità con cui i clinici possono migliorare gli interventi offerti ai pazienti (Tompkins & Swift, 2015). L'approccio utilizzato è non sperimentale (o passivo - osservazionale/correlazionale), poiché, vista l'estrema complessità del processo terapeutico, non risulta possibile seguire i criteri di controllo sperimentale senza snaturare l'oggetto di studio (Dazzi, 2006). Il metodo correlazionale nella ricerca terapeutica osserva le variabili indipendenti senza manipolarle, studiando le caratteristiche specifiche di gruppi o individui, con un approccio longitudinale. L'obiettivo è individuare queste correlazioni e fare previsioni sul rapporto tra variabili, piuttosto che determinare effetti causali diretti (Gelo et al, 2010). La terza fase, che inizia negli anni Settanta, ha come obiettivo quello di analizzare i "microprocessi" terapeutici, rinforzando l'interesse sul processo. In questo periodo nascono alcune scale di valutazione come la *Global Assessment Scale* (GAS) e lo studio dei *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), una misura operazionalizzata del transfert (Migone, 2006). Passando all'osservazione microanalitica, processo ed esito diventano costrutti più sfumati, per cui ciò che da un punto di vista può essere ritenuto processo, può essere considerato allo stesso tempo esito nel corso della terapia, come ad esempio l'*insight*, indagato sia durante il processo di cambiamento, sia come obiettivo finale (Migone, 2006). Questi tipi di ricerca sono utili, forniscono quadri clinici complessi e descrittivi, ma non suggeriscono una interazione causale tra il processo e l'*outcome*, mantenendoli due costrutti a sé stanti.

Per questo motivo, in modo da unire l'aspetto sia di ricerca sui risultati che sulla rilevanza clinica, dai primi anni Cinquanta si è sviluppato un altro filone: la ricerca *process-outcome*. L'obiettivo che si pone questo tipo di ricerca è quello di indagare un aspetto del processo nella psicoterapia e metterlo in relazione con una valutazione dell'*outcome* (Elliott, 2010). In termini operativi, per valutare l'efficacia di un trattamento è necessario sapere se ciò che fa il terapeuta (variabile distale) e il processo che viene attivato con e nel paziente (variabile prossimale) siano collegati, tenendo conto della causazione (Dazzi, 2006). Il campo di indagine sono sia eventi che accadono durante le sedute, e i relativi costrutti che dovrebbero modificarsi durante queste, sia la loro associazione con il cambiamento dei problemi, sintomi e funzionamento del paziente (Crits-Christoph, Gibbons & Mukherjee, 2013).

La ricerca sui processi e sugli esiti mette in luce i diversi elementi che possono essere analizzati (Elliott, 2010). Questi elementi comprendono:

- Le pratiche terapeutiche specifiche che i terapeuti utilizzano per promuovere il cambiamento nei clienti;
- Le modalità di partecipazione dei clienti, come le azioni intraprese, gli argomenti discussi o il livello di motivazione, che favoriscono il cambiamento;
- Le dinamiche interpersonali tra terapeuta e cliente, come l'empatia, il calore, la congruenza e l'alleanza, che contribuiscono al processo di cambiamento;
- I contesti di servizio, inclusi aspetti sociali, storici, culturali e politici, che supportano i processi di trasformazione.

1.2 La ricerca single-case

Nella ricerca in psicoterapia si sono spesso contrapposte due modalità di ricerca: i *Randomized Clinical Trials* (RCT) e i disegni di ricerca *single-case*.

I *Randomized Clinical Trials* (RCT), utilizzati come riferimento nel movimento degli *Empirically Supported Treatment* (EST; Herbert, 2003), sono utilizzati per valutare l'efficacia dei trattamenti, basandosi sul controllo della variabile indipendente e sull'assegnazione casuale dei partecipanti, ma presentano limiti come la rigidità dei criteri di selezione e la manualizzazione degli interventi (Dazzi, 2006; Shean, 2014). In contrapposizione alle EST, le *Empirically Supported Relationships* (ESR) si concentrano sull'identificazione degli elementi che rendono efficace la relazione terapeutica e sulla personalizzazione della terapia in base alle caratteristiche individuali del paziente (Norcross, 2001).

I disegni di ricerca *single-case*, che rientrano nell'approccio delle ESR, sono una metodologia che trae origine dal resoconto clinico freudiano, per passare, nel tempo, a scritti che pongono l'accento sugli aspetti tecnici e operativi del lavoro terapeutico (Kächele et al., 2014). Negli ultimi decenni, c'è stato un aumento significativo del numero di ricerche *single-case*, che permettono una nuova finestra sul processo terapeutico e un progresso nella ricerca, anche attraverso l'utilizzo del registratore (Kächele et al., 1988).

È un approccio metodologico che permette di analizzare ciò che avviene durante una terapia a diversi livelli, sia sull'intera seduta che durante interazioni più specifiche, e

l'impatto della variabile esaminata sull'*outcome*, attraverso osservazioni con misure operazionalizzate (Dazzi, 2006). È inoltre rilevante osservare che lo studio del caso singolo, il quale ha guadagnato notevole considerazione nel campo della ricerca in psicoterapia nel corso degli anni, rappresenta una specifica variante del disegno di ricerca longitudinale utilizzato nella *process research* (Gelo et al., 2010). La valutazione è eseguita in maniera continua, monitorando le variabili esterne che possono essere rappresentate da avvenimenti personali del paziente o influenze del setting; in questo modo si riduce la possibilità che fattori estranei influenzino i risultati. È, inoltre, garantita una flessibilità nella ricerca: i disegni *single case* risultano particolarmente adattabili e modificabili durante il processo di valutazione. Questa flessibilità consente di rispondere in modo dinamico al progresso e alle necessità del paziente (Kazdin, 2019). Andando nel particolare, la ricerca *single case* può essere vista come una tipologia di ricerca intrasoggetto in cui l'aggregazione tra soggetti è evitata e la generalità della scoperta è convalidata attraverso la replica di caso in caso, senza perdere validità (Hilliard, 1993). Come riporta Greenberg (1986), la ricerca *single-case* è centrale nella ricerca esito-processo, perché permette di identificare, descrivere, spiegare e prevedere gli effetti dei processi che producono il cambiamento terapeutico durante l'intero corso della terapia.

I disegni di ricerca *single-case* sono suddivisi in studi di tipo quantitativo e qualitativo; queste due categorie possono essere considerate fasi complementari di un unico iter. Uno studio quantitativo ha alla base un'analisi qualitativa, attraverso cui le categorie in oggetto sono delineate. Allo stesso modo, uno studio qualitativo può utilizzare fonti diverse per esprimere le proprie ipotesi. Inoltre, nei disegni *single-case*, l'indagine quantitativa si basa non sullo stabilire una relazione tra due variabili in ottica causale, bensì dalla co-occorrenza tra le variabili (Lingiardi, 2006). L'analisi quantitativa ha diverse tecniche:

- *Replica per segmentazione*, procedura che permette di studiare le ipotesi di correlazione tra processi assunti come indipendenti dallo stadio temporale, valutando una eventuale relazione tra uno specifico evento che avviene durante la seduta e una dimensione specifica misurabile, ad esempio per indagare l'effetto dell'interpretazione di transfert sull'attività referenziale del paziente (Lingiardi, 2006);

- *Analisi delle serie temporali* (Time Series Analysis), è una tecnica statistica utilizzata per esaminare un insieme di osservazioni ordinate nel tempo, dove gli intervalli tra le osservazioni rimangono costanti. Questa analisi si distingue per il fatto che le serie temporali univariate contengono numerose osservazioni provenienti da una singola fonte (Jebb et al., 2015);
- *Serie di pazienti e disegni quasi sperimentali*, i metodi descritti precedentemente possono essere utilizzati su più pazienti, mantenendo l'attenzione alle caratteristiche del singolo (Lingiardi, 2006);
- *Disegni sperimentali single-case* (Lingiardi, 2006), consistono in condizioni sperimentali che il ricercatore manipola per dimostrare una relazione tra un intervento clinico e un cambiamento a esso successivo.

In generale, tra i vantaggi dei disegni empirici *single-case* elencati da Davison e Lazarus (1994) si elenca quello di mettere in discussione una teoria generale, fornire una base per ricerche successive, facilitare lo studio di fenomeni clinici e l'applicazione di nuovi principi, di assicurare un sufficiente controllo sperimentale e di dare supporto ai concetti teorici di un approccio. D'altra parte, bisogna comunque tenere conto di critiche metodologiche, come problemi di generalizzazione a popolazioni cliniche più ampie, difficoltà nell'interpretare i risultati e l'elevata specificità dei pazienti, scelti per quello studio, in contrapposizione con gli RCT (Roth & Fonagy, 2006).

1.3 Le strutture di interazione

Nella *process-outcome research*, diventa cruciale esaminare i cambiamenti che avvengono all'interno della diade terapeutica nel corso del tempo per comprendere non solo l'efficacia complessiva della terapia, ma anche i processi specifici che determinano tali cambiamenti (Hilliard, 1993). Ciò comporta un'attenzione particolare alla variabilità intrasoggettiva, cioè alle fluttuazioni nei comportamenti del terapeuta e del paziente durante le sedute e nel corso della terapia. Come sottolineato da autori come Gottman e Markman (1978), è essenziale valutare l'interazione reciproca tra paziente e terapeuta per capire come le azioni del terapeuta influenzino direttamente le risposte del paziente e viceversa. Questo approccio permette di scomporre il risultato finale della terapia in una serie di cambiamenti più piccoli e interconnessi, identificando quali aspetti specifici della

relazione terapeutica contribuiscono al cambiamento e come lo fanno. Così, la *process-outcome research* si allontana dalle misurazioni statiche per concentrarsi sulle dinamiche temporali all'interno della diade, offrendo una visione più dettagliata dei meccanismi che facilitano il cambiamento terapeutico (Greenberg, 1986).

L'azione terapeutica, ciò che porta al cambiamento, riguarda diversi aspetti della persona, mediati attraverso differenti meccanismi (Brent e Kolbo, 1998):

- *Relazione terapeutica*: la qualità della relazione terapeutica e l'empatia da parte dell'analista sono centrali per l'efficacia del trattamento, garantendo un coinvolgimento del paziente;
- *Attitudini e pensieri del paziente*: la psicoterapia ha l'obiettivo di modificare le distorsioni cognitive e le credenze disfunzionali, portando ad un miglioramento nella regolazione emotiva e cambiamenti comportamentali;
- *Competenze e comportamento*: molti approcci psicoterapeutici lavorano sulla modifica di comportamenti specifici in modo diretto, per migliorare le competenze sociali e di *problem-solving*;
- *Fattori di sviluppo*: è importante anche valutare la fase di sviluppo del paziente, l'efficacia può variare se si tratta di bambino, adolescente o adulto;
- *Fattori contestuali*: il contesto sociale allargato, riguardante componenti come le dinamiche familiari e fattori ambientali, ha un ruolo importante sia per il processo terapeutico che per l'esito.

Il dibattito riguardo la definizione di azione terapeutica si è spesso delineato su due versanti, uno che propende per gli interventi tecnici, e un altro filone che si focalizza sulla relazione terapeutica, che accompagna al cambiamento (Gabbard & Westen, 2003).

Le strutture di interazione (Jones, 2000) rappresentano un modello dell'azione terapeutica che unisce questi due aspetti. Sono definite come modalità ripetitive attraverso cui paziente e terapeuta interagiscono fra loro, riflettendo in un pattern manifesto il funzionamento intrapsichico di paziente e terapeuta (Jones, 2000).

Costrutti come l'intersoggettività, *enactment* di transfert e controtransfert e responsabilità di ruolo sono centrali, con l'obiettivo finale di identificare i pattern bi-personali in psicoterapia (Jones, 2000). L'intersoggettività è definita come l'interazione dinamica tra le esperienze soggettive dell'analista e del paziente nella situazione clinica (Dunn, 1995),

per la quale non è assodato che il terapeuta sempre interpreti oggettivamente ciò che avviene in terapia. Piuttosto la situazione emotiva è co-creata dalla diade, per cui nell'intrapsichico di paziente e terapeuta, ognuno con le proprie idee e fantasie, si instaura una base per ciò che è manifesto nel campo interpersonale (Jones, 2000). Con il concetto di *enactment* ci si riferisce, in senso generale, ai comportamenti non verbali che si manifestano nella situazione analitica, ad esempio tensione muscolare, cambiamenti nella respirazione o modifiche nella postura del corpo da parte di paziente e terapeuta (Gabbard, 2001). Questi rappresentano interazioni simboliche nella diade (Jones, 2000). Jacobs (1986) definisce questi comportamenti come forme inconscie di comunicazione che provengono dall'analista, dal paziente o dall'interazione tra i loro conflitti e fantasie, necessarie in terapia per comprendere le esperienze passate. La responsività di ruolo, infine, rappresenta il ruolo intrapsichico che paziente e terapeuta si impongono in maniera reciproca durante la seduta: fa riferimento sia al ruolo che il paziente si assegna rispetto al terapeuta, sia quello che il paziente spinge il terapeuta ad assumere, con la risultante di un compromesso tra le sue tendenze personali e l'accettazione riflessiva del ruolo che il paziente gli sta imponendo (Sandler, 1976).

L'azione terapeutica, secondo questo approccio, risiede nella possibilità, sia per il paziente che per il terapeuta, di vivere, riconoscere e comprendere le strutture interattive presenti nella loro relazione, che altrimenti tenderebbero a reiterarsi se non analizzate: questa operazione permette di sviluppare nel paziente la capacità di riflessione e comprendersi (Jones, 2000). Cambiamenti in questi pattern di interazione sono collegati a cambiamenti nella struttura psicologica del paziente e ad un miglioramento sul piano sintomatico (Jones, 2000).

Strutture di interazione e struttura mentale del paziente sono quindi collegate. Secondo Kernberg (1980), le strutture mentali sono caratterizzate da relazioni interpersonali, sia fantasticate che reali, internalizzate e composte da rappresentazioni del sé e degli altri. Il conflitto tra diverse rappresentazioni porta a specifici significati emotivi, che possono sfociare in patologia quando le strutture mentali non sono integrate o sono inibite le capacità di elaborare l'esperienza. Le strutture di interazione riflettono quindi le strutture mentali di paziente e terapeuta che possono essere identificate e comprese attraverso due modalità: integrativa ed evolutiva (Jones, 2000). La prima modalità si basa sul tollerare e rendere consapevoli idee e sentimenti minacciosi: questo processo porta ad integrare le

rappresentazioni primitive, negate e inconse del sé-altro, che esprimono determinati desideri e paure, con strutture mentali più differenziate e consapevoli. Il riconoscimento dei pattern di interazione permette un cambiamento nelle rappresentazioni mentali, portandole alla consapevolezza ed esplorando le strutture mentali che emergono nell'interazione tra paziente e terapeuta. In questo modo si acquisisce una maggiore coesione interna tra le rappresentazioni mentali, incoraggiata dal collegamento tra vecchie rappresentazioni, stati interni e percezioni del terapeuta e degli altri. L'integrazione tra idee di sé e degli altri, precedentemente isolate, porta a raggiungere un concetto di sé più integrato e maggiore coerenza interna (Jones, 2000). La seconda modalità, quella evolutiva, si concentra sullo sblocco di processi mentali inibiti, in particolare sulla capacità del paziente di rappresentare le proprie esperienze e riflettere sugli stati mentali. Attraverso il riconoscimento di schemi di interazione ripetuti, questi processi bloccati possono essere riattivati nell'ambito della relazione terapeutica. Quando il terapeuta interpreta una determinata struttura di interazione, invita il paziente a immaginare come la sua mente viene percepita, ovvero come il terapeuta sta vivendo e comprendendo il paziente. Questo aiuta il paziente a esplorare più profondamente la propria mente, a chiarire i propri stati mentali e a rafforzare la capacità di dare forma a idee e significati, sviluppando così un senso più solido della propria soggettività. Questo approccio mira quindi a stimolare la riflessione e la comprensione del sé, incoraggiando il paziente a costruire una rappresentazione più coerente e consapevole della propria interiorità (Jones, 2000).

Nella prospettiva dinamica da cui deriva il concetto delle strutture di interazione, i concetti di transfert e controtransfert sono centrali. Il transfert oggi viene solitamente considerato un processo che riguarda due aspetti differenti: da un lato la ripetizione di esperienze passate con vecchi oggetti, e dall'altro la ricerca di un nuovo oggetto o di un nuovo oggetto-Sé, riparativa e correttiva per il paziente (Gabbard, 2015). Storicamente, secondo la visione freudiana, il controtransfert era visto come un fattore che costituiva un ostacolo nel processo analitico, dovuto a condizioni personali dell'analista. Attualmente il controtransfert è riconosciuto come una parte integrante della relazione terapeutica, rappresentando una fonte di informazione riguardo il paziente. Il controtransfert è un fenomeno co-creato, che coinvolge paziente e terapeuta: il paziente spinge il terapeuta a interpretare un ruolo che riflette il proprio mondo interno, ma la modalità con cui quel

ruolo si manifesta è influenzata dalla personalità, pensieri e attitudini dello stesso terapeuta. Questa comprensione attuale del controtransfert permette un'esplorazione più approfondita del processo terapeutico e delle dinamiche in gioco (Gabbard, 2001).

Racker (1970) sottolinea, come detto precedentemente, che il processo terapeutico è “bi-personale”, in cui le analogie e le corrispondenze di transfert e controtransfert hanno particolare importanza. Nella relazione emotiva che si instaura tra terapeuta e paziente, il controtransfert del primo influenza il transfert del secondo. Innanzitutto, esso può esacerbare o aiutare nella risoluzione dei conflitti del paziente. Il controtransfert influisce sull'atteggiamento che il terapeuta assume nei confronti del paziente, ma allo stesso tempo il terapeuta è oggetto del transfert del paziente. In altre parole, il comportamento del terapeuta riflette il ruolo che il paziente inconsciamente gli attribuisce. A sua volta, la risposta del terapeuta a questo ruolo influenzerà l'evoluzione del transfert. Questo continuo scambio tra transfert e controtransfert è cruciale per l'intero processo terapeutico, poiché modella e guida le scelte tecniche del terapeuta. I terapeuti devono essere quindi coscienti del proprio controtransfert e come questo influenzi l'atteggiamento interno verso i pazienti.

La costellazione transfert-controtransfert è espressa nelle strutture di interazione e nei pattern che si ripetono tra paziente e terapeuta. Tener conto di ciò può aiutare il clinico a comprendere meglio ciò che accade durante la seduta e informarlo sulla natura delle rappresentazioni del sé proiettate dal paziente, permettendogli di chiarire l'origine delle risposte cosce e inconscie presenti (Jones, 2000). In una terapia funzionante e ben gestita, i terapeuti, coinvolti a livello emotivo, faranno esperienza del proprio controtransfert, riuscendo comunque a mantenere una conoscenza tale da poter utilizzare queste loro reazioni per capire il vissuto del paziente (Jones, 2000). Il controtransfert può partecipare in diversi modi alla terapia: sentimenti di frustrazione e rabbia verso il paziente possono far comprendere, ad esempio, il sadismo del paziente e le relative emozioni elicitate. D'altra parte, può anche distorcere e intralciare la percezione del terapeuta: ad esempio, un atteggiamento del terapeuta di eccessiva gratificazione o che evita la frustrazione, mosso dal senso di colpa suscitato dal paziente, preclude di riconoscere i veri sentimenti sottostanti (Jones, 2000).

Per riuscire a descrivere queste modalità di azione terapeutica, Jones sviluppa lo *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones, 2000), presentato nel prossimo capitolo. Il PQS si adatta alla ricerca *single-case* poiché permette di cogliere in maniera più naturale le azioni di terapeuta e paziente, dando una metodologia alla base per dimostrare la co-occorrenza dei fenomeni (Jones, 2000). Attraverso questo strumento, si riesce non solo a cogliere i miglioramenti nella terapia, ma anche rilevare le dinamiche relazionali associate con l'*outcome* (De Bei & Montorsi, 2013). Inoltre, consente ai giudici clinici di formalizzare e rendere esplicito ciò che di solito rimane informale, implicito e intuitivo e aiuta i valutatori a raggiungere descrizioni affidabili di processi di trattamento complessi (Jones & Ablon, 2005).

1.4 La psicoterapia dinamica breve

La *psicoterapia dinamica breve* ha origine dalla psicoanalisi. Inizialmente, i trattamenti di Freud, rispetto alla psicoanalisi odierna, erano di durata sensibilmente minore, inferiori a un anno, ed erano focalizzati sulla catarsi e la liberazione degli affetti, per poi preferire il metodo delle libere associazioni, aumentando la lunghezza delle analisi (Messer & Warren, 1995). Quest'aumentata lunghezza, che d'altra parte non garantiva l'efficacia, era dovuta in parte alla passività degli psicoanalisti, e provocò una critica alla tecnica e la nascita di nuove modalità di approcciarsi alla terapia (Malan, 1963).

Sandor Ferenczi (1921), allievo di Freud, coglie i limiti della tecnica psicoanalitica tradizionale, tentando quindi di superarli. Mantiene comunque l'approccio tradizionale nelle situazioni in cui esso risulti efficace, promuovendo parallelamente una tecnica che si pone come obiettivo quello di provocare un'esperienza affettiva attraverso il transfert (Messer & Warren, 1995). Ferenczi propose un terapeuta "attivo", interagendo in maniera diretta col paziente, al fine di permettere una rielaborazione delle sue esperienze e diminuire la durata dell'analisi. Per l'autore il cambiamento non è ottenuto unicamente attraverso l'interpretazione, ma intensificando l'esperienza emotiva del paziente in seduta, utilizzando anche consigli e proibizioni al fine di aumentare la tensione psichica (Bauer & Kobos, 1984). Rank e Ferenczi (1925), assieme, sottolineano l'importanza di alleviare i pattern maladattivi che nascono nel transfert e dell'analisi e del riconoscimento degli *acting out*, cioè il meccanismo di difesa che consiste nella messa in atto impulsiva

di desideri o fantasie inconscie al fine di evitare affetti dolorosi (Gabbard, 2015). Infine, Alexander e French (1946) sottolineano che il fattore curativo nella psicoanalisi non risiede solo nell'insight ottenuto tramite le interpretazioni, ma anche nel rivivere, attraverso il transfert con l'analista, i conflitti emotivi e del passato all'interno di un setting controllato, definendo questo processo "esperienza emozionale correttiva". Inoltre, Alexander sottolinea come sia importante per il terapeuta una comprensione dinamica del paziente fin dalle prime sedute (Messer & Warren, 1995) e la focalizzazione sui problemi della vita attuale del paziente; il passato era indagato solo in relazione a questo, al fine di evitare la regressione (Bauer & Kobos, 1984).

Generalmente, con *psicoterapia dinamica breve* si intende una terapia che dura meno di sei mesi o comprende meno di ventiquattro sedute, con un intervallo tra una seduta e l'altra di una settimana (Dewan, Weerasekera & Stormon, 2010). Nelle psicoterapie dinamiche brevi è condotta una valutazione del paziente, al fine di indagare se ha le caratteristiche adatte a questo tipo di trattamento (Dewan et al., 2010). Come criterio di inclusione, non deve presentare disturbi troppo invalidanti, come gravi forme di depressione, di psicosi o di disturbi alimentari, ma preferibilmente a un livello lieve o moderato. Inoltre, le relazioni oggettuali devono essere buone, il paziente deve risultare motivato al cambiamento e con una buona capacità di riflessione e introspezione volta all'*insight*, cosciente che il passato influenza comportamenti e sentimenti attuali. Il focus sul problema rappresenta un elemento centrale nelle psicoterapie dinamiche brevi, sia per il paziente che per il terapeuta (Dewan et al., 2010). Il focus è un sintomo circoscritto, un'area delimitata di difficoltà individuata dalla diade, la cui risoluzione soddisfa il bisogno del paziente, per cui una volta che il focus sarà risolto, il paziente sentirà che la terapia ha raggiunto il suo scopo. Se non si riesce a individuare il focus, la psicoterapia breve è controindicata (Flegenheimer, 1982a). Mantenere la terapia centrata sul focus previene la regressione nel paziente (Flegenheimer, 1982a).

Malan (1963, 1976) ha sviluppato l'*Intensive Brief Psychotherapy* (IBP), sottolineando l'importanza di una valutazione del paziente, se adatto a questa terapia, e soprattutto del focus, su cui si devono focalizzare le investigazioni e interpretazioni del terapeuta, per infine arrivare a quelle di transfert. Sifneos (1979), delinea la *Psicoterapia la Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy*, focalizzandosi sui problemi edipici. In questo approccio l'ansia è parte del trattamento, poiché l'obiettivo non è diminuirla, ma

investigare i conflitti emotivi ad essa correlati. Alcuni dei costrutti teorici di Malan e Sifneos sono presenti nell' *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP) sviluppata da Davanloo.

1.5 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

Habib Davanloo inizia i suoi studi sull'ISTDP negli anni 60, mosso dall'inefficacia delle terapie a lungo termine (Bauer & Kobos, 1984). Per arrivare al suo modello di intervento Davanloo ha affinato la sua comprensione dell'inconscio attraverso revisioni sistematiche delle registrazioni audio-visive delle sue sedute terapeutiche (Beeber, 2018).

Per l'ISTDP, di grande importanza è la selezione del paziente, valutato durante l'intervista iniziale denominata "terapia di prova" (Abbass, Town, Ogrodniczuk, Joffres & Lilliengren, 2017), una seduta della durata di circa un'ora (Bauer & Kobos, 1984), nella quale sono indagate una serie di funzioni dell'Io (Flegenheimer, 1982b):

- *Qualità dei rapporti umani*: attenzione al tipo di rapporto che il paziente instaura durante il colloquio con il terapeuta. Inoltre, vanno ricercate le relazioni significative del paziente nel presente e nel passato. La capacità di stabilire un'interazione a livello emotivo è correlata positivamente con un buon *outcome* (Bauer & Kobos, 1984);
- *Capacità di funzionamento dell'Io nell'area affettiva*: è importante durante la terapia essere in grado di mobilitare e tollerare affetti specifici come ansia, senso di colpa e tristezza;
- *Motivazione*: valuta i pazienti in base alla motivazione al cambiamento, gli scopi sono analizzati in base a quanto sono realistici. Una buona motivazione in questa terapia breve è correlata con un buon esito (Sifneos, 1980);
- *Capacità di elaborazione psicologica*: sono valutate risorse introspettive e motivazione ad utilizzarle, oltre alla capacità di comunicare pensieri, sentimenti e fantasie e la capacità di collegarle alle esperienze del passato;
- *Intelligenza*: significa che il paziente deve essere in grado di elaborare i concetti che fanno parte del trattamento;
- *Organizzazione delle difese dell'Io*: non devono essere rigide, la loro flessibilità va osservata. Le difese vengono attaccate dal clinico e si studiano le oscillazioni nel funzionamento del paziente;

- *Risposta alle interpretazioni*: uno dei criteri più importanti, viene svolta un'interpretazione di prova durante la seduta, non ci deve essere una risposta solo cognitiva ma anche emotiva. Per Davanloo (1980) una buona risposta è anche predittiva di un *outcome* positivo.

Lo scopo del terapeuta è “l'apertura dell'inconscio” (*unlocking*) già in prima seduta, al fine di osservare le forze psicopatologiche dinamiche responsabili dei disturbi (Davanloo, 1996). L'alleanza terapeutica inconscia (*Unconscious Therapeutic Alliance – UTA*) (Davanloo, 2000) è attivata in diversi gradi lungo un continuum che va da un lieve aumento delle emozioni a un significativo e prolungato sblocco dell'inconscio.

Per orientarsi durante la seduta, il terapeuta utilizza come modello quello dei “due triangoli”, derivante dalla teorizzazione di Malan (1976). Il primo è il *triangolo del conflitto* (Malan, 1976; vedi fig. 1), che riprende la formulazione di Ezriel (1952) per descrivere le dinamiche interne che influenzano il comportamento e le emozioni dei pazienti. Queste dinamiche sono collegate alla triade psicoanalitica di difesa (D), ansia (A) e impulso coi sentimenti nascosti (I/S). Il secondo è il *triangolo delle persone* (Malan, 1976; vedi fig. 2), che fu formulato per la prima volta da Menninger (1958), che lo definì il triangolo dell'*insight*, al fine di delineare un modello per il processo di rielaborazione dei contenuti della seduta per il paziente. Ai vertici sono presenti il transfert (T), le persone della vita attuale (C) e le figure significative del passato (P).

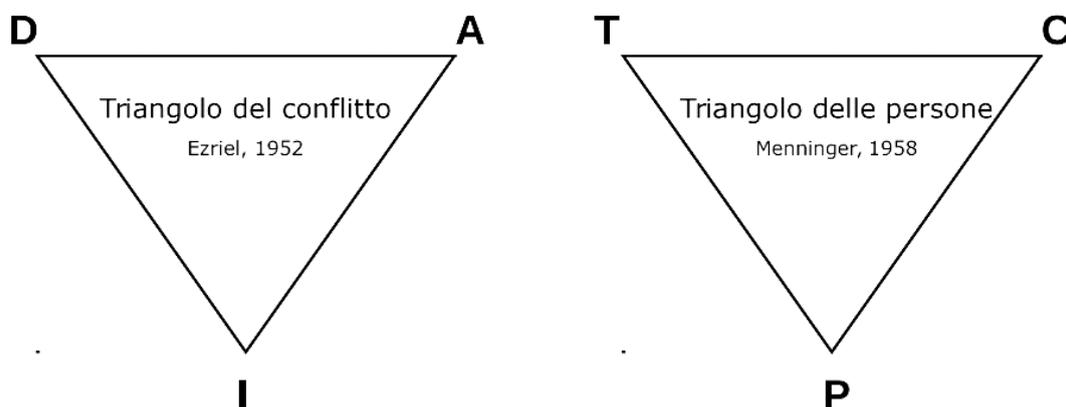


Figura 1: *Triangle of conflict* (Malan, 1976) **Figura 2:** *Triangle of person* (Malan, 1976)

I due triangoli sono collegati, per cui il lavoro del terapeuta è basato sul portare il paziente a riconoscere come si difende (D), dai sentimenti e impulsi conflittuali (I/S), provocanti ansia (A), nelle relazioni presenti (C), nel rapporto col terapeuta attraverso il transfert (T), fino ad arrivare all'origine nelle figure parentali (P) (Davanloo, 1998). Gli impulsi e sentimenti conflittuali emergono alla consapevolezza nel transfert (*breakthrough*), permettendo di vedere l'inconscio e rielaborare i problemi affettivi nella vita presente e passata del paziente (Abbass, 2016). Malan, ponendo i due triangoli vicini, mette in risalto la necessità di affrontare i conflitti "interni" del paziente non in isolamento, ma all'interno delle sue relazioni effettive (Molnos, 1984).

Il processo psicoterapeutico si articola quindi in diverse fasi che Davanloo ha definito "sequenza dinamica centrale": i) *indagine*: esplorazione delle difficoltà del paziente; ii) *pressione*: che porta alla resistenza sotto forma di una serie di difese; iii) *sfida*: identificazione, chiarificazione e sfida alle difese; iv) *resistenza transferale*: chiarificazione e sfida alla resistenza transferale; v) *breakthrough*: crisi intrapsichica e forte aumento dei sentimenti complessi del transfert e primo sblocco dell'inconscio; vi) analisi sistematica del transfert; vii) ulteriore indagine esplorativa della storia dello sviluppo; viii) fase di accesso diretto all'inconscio (Rocco et al., 2021).

Al fine di monitorare la capacità del paziente di tollerare le emozioni inconsce, Davanloo ha identificato diversi pattern di scarica dell'ansia inconscia:

- *La via somatica*: l'ansia è scaricata attraverso i muscoli striati dello scheletro, manifestandosi come tensione muscolare dalle mani alla parte superiore del corpo come viso, collo e testa (Abbass, 2005). I pazienti di questo tipo non hanno difetti strutturali e una buona tolleranza all'ansia inconscia (Davanloo, 1998);
- *La via viscerale*: l'ansia è scaricata attraverso i muscoli lisci degli organi interni, con disturbi respiratori e gastroenterici (Abbass, 2005). I pazienti non hanno difetti strutturali dell'Io, ma hanno bassa tolleranza all'ansia e rischi depressivi (Davanloo, 1998);
- *La via cognitivo-percettiva*: l'ansia interessa le funzioni cognitivo-percettive, con allucinazioni o disturbi dell'associazione del pensiero (Abbass, 2005). I pazienti hanno difetti strutturali dell'Io, con tolleranza all'ansia inconscia molto bassa (Davanloo, 1998).

In parallelo, nel paziente vanno valutate le difese, che Davanloo (1998) divide in: difese tattiche, al servizio della resistenza; difese maggiori, la barriera verso l'affettività inconscia e l'impulso della rabbia; difese regressive, collegate a una bassa tolleranza all'ansia inconscia, e difese primitive, collegate agli strati più profondi dell'inconscio.

Tenendo in considerazione le diverse caratteristiche indagabili e riconoscibili nei pazienti, essi vengono quindi differenziati in due raggruppamenti (Davanloo, 1998):

- *Spettro psiconevrotico*: pazienti la cui struttura dell'Io non presenta rilevanti fragilità. Possono essere pazienti motivati, con bassa resistenza e con difese evolute, trattabili in un numero limitato di sedute oppure pazienti con motivazione più bassa, resistenze più importanti, disturbi somatici e caratteriali diffusi, con organizzazione primitiva degli impulsi inconsci.
- *Spettro fragile*: la struttura dell'Io è fragile, non è tollerata l'affettività inconscia, vi è una bassa sopportazione all'ansia e disturbi cognitivo-percettivi o funzionali se l'ansia supera la soglia di tolleranza+.

A livello di tecnica, Davanloo utilizza confronti e interpretazioni dirette e continue, mantenendo il focus in maniera attiva (Bauer & Kobos, 1984). Uno degli obiettivi del clinico è di portare il paziente a provare rabbia, indagando emozioni e pensieri in quel momento e rendendo manifesto l'affetto, per poi rilevare le resistenze al terapeuta (Flegenheimer, 1982b). Queste resistenze vengono poste all'attenzione del paziente, collocandole nel triangolo transfert-presente-passato. In questo modo l'affetto relativo può emergere e si assiste ad un sollievo della tensione emotiva e aumento della motivazione (Bauer & Kobos, 1984). Questo trattamento altamente interattivo riduce notevolmente il tempo necessario per completare il processo di elaborazione terapeutica. Solitamente la terapia dura tra le 10 e le 15 sedute, con un massimo di 25. Secondo Davanloo (1978), la terapia è considerata efficace quando il paziente non presenta più sintomi, ha abbandonato i comportamenti disfunzionali e ha acquisito una consapevolezza cognitiva ed emotiva della nevrosi centrale che ha causato i suoi problemi. L'ISTDP si è dimostrata efficace per pazienti con disturbi dell'umore, di ansia, somatici e di personalità (Abbass, Town & Driessen, 2012, Abbass, Sheldon, Gyra, & Kaplin, 2008; Hellerstein et al., 1998; Winston et al., 1994).

Il presente lavoro di ricerca si propone di indagare l'applicazione del modello delle strutture di interazione in una psicoterapia ISTDP, evidenziando come, nel corso del processo terapeutico, possano emergere pattern interattivi all'interno della diade e come il riconoscimento e sviluppo di questi pattern sia correlato a un esito positivo del trattamento. Sebbene Jones (2000) sostenga che nei trattamenti brevi, come l'ISTDP, tale modello non sia applicabile a causa della loro natura maggiormente supportiva, che limiterebbe lo sviluppo di dinamiche interattive complesse, altri studiosi offrono una prospettiva diversa. Flegenheimer (1977) riporta infatti che le terapie brevi, inclusa l'ISTDP, sono in grado di suscitare risposte transferali già dalle prime sedute, generando dinamiche interattive significative nella diade. Pertanto, l'applicazione del PQS a questo tipo di terapia risulterebbe non solo possibile, ma utile per analizzare la presenza di schemi interattivi tra paziente e terapeuta, offrendo attraverso questi una spiegazione del successo terapeutico.

CAPITOLO II

Metodo

In questo capitolo vengono presentati gli strumenti impiegati per la valutazione sia dell'esito che del processo psicoterapeutico, con un focus specifico sul *Psychotherapy Process Q-sort* (PQS). Viene inoltre fornita una descrizione del materiale analizzato, incluse le informazioni riguardanti il caso clinico oggetto di studio, la procedura adottata e, infine, le ipotesi di ricerca formulate.

2.1 Strumenti

2.1.1 *Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)*

La SCL-90-R è un questionario autosomministrato che ha origine nella valutazione dei sentimenti di disagio e malessere nei pazienti psichiatrici (Derogatis, Lipman & Covi, 1973; Parloff, Kelman & Frank, 1954), per poi essere standardizzata e utilizzata come misura della salute mentale in diverse popolazioni di pazienti (Derogatis, 1977). È composta da 90 item su scala Likert a 5 punti, con punteggi che vanno da 0, “per niente”, a 4, “moltissimo”, che indicano l'intensità dei sintomi nella settimana durante la quale è eseguita la somministrazione, giorno stesso compreso. Il tempo necessario per completare il questionario è breve, solitamente dai 12 ai 20 minuti (Derogatis, 2000). Gli item vanno a delineare le seguenti scale sintomatiche:

1. *Somatizzazione* (SOM, 12 item): riflette il disagio legato alla percezione disfunzionale nel proprio corpo. Gli item esaminano sintomi dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, in aggiunta a dolore a carico della muscolatura grossolana e altre somatizzazioni dell'ansia;
2. *Ossessività-Compulsività* (O-C, 10 item): include i sintomi della sindrome del disturbo ossessivo-compulsivo, cioè pensieri, impulsi e azioni di natura egodistonica vissuti come persistenti e irresistibili;
3. *Ipersensibilità interpersonale* (I-S, 9 item): valuta sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, particolarmente in confronto ad altre persone;
4. *Depressione* (DEP, 13 item): riflette le manifestazioni cliniche della sindrome depressiva come ritiro di interesse nella vita, mancanza di motivazione e perdita di energia, sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione;

5. *Ansia* (ANX, 10 item): comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori e aspetti più gravi come attacchi di panico e sensazione di terrore;
6. *Ostilità* (HOS, 6 item): riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia; comprende manifestazioni quali aggressività, irritabilità e rancore;
7. *Ansia fobica* (PHOB, 7 item): persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale allo stimolo e che conduce a comportamenti di evitamento o fuga;
8. *Ideazione paranoide* (PAR, 6 item): descrive le manifestazioni caratteristiche del pensiero paranoide come pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità o paura di perdere l'autonomia;
9. *Psicoticismo* (PSY, 10 item): rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item che riguardano il ritiro e l'isolamento come sintomi di primo rango della schizofrenia.

Sono presenti anche sette item addizionali (OTHER) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno. Inoltre, sono delineati tre indici globali che completano la scala, dando una valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente e disponendo indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico:

1. *Global Severity Index* (GSI): è la media dei punteggi dei 90 item, rappresenta un indicatore globale dell'intensità del livello o della profondità del disagio psichico lamentato dal soggetto;
2. *Positive Symptom Total* (PST): è il numero di item con punteggio superiore a zero, cioè il numero di sintomi riportati dal soggetto, indipendentemente dall'intensità del disagio ad essi associato;
3. *Positive Symptom Distress Index* (PSDI): è la media dei punteggi del soggetto superiore a zero, utilizzato come un indice dello stile di risposta del soggetto.

Il *cut-off* clinico è pari a 1.5, perciò un valore superiore o uguale a questo indica un disagio significativo in quell'area (Rocco et al. 2021). L'SCL-90-R si è dimostrata in diversi studi un buon strumento per misurare il funzionamento psicologico e il cambiamento nei sintomi (Derogatis, 2000), anche nell'ambito della ricerca in psicoterapia (De Jonghe et

al. 2001, Piper et al. 1990, Selmi et al. 1990, Shapiro & Firth-Cozar 1990, Van der Sande et al. 1997).

2.1.2 *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)*

L'IIP-32 è la versione breve dell'*Inventory of Interpersonal Problems* (Horowitz et al., 1988, 2000; Lo Coco et al., 2018). È una scala di autovalutazione utilizzata per misurare il funzionamento interpersonale, identificando le difficoltà della persona in questo ambito. Il paziente dà un punteggio a 32 item che descrivono le sue relazioni interpersonali in una scala *Likert* a cinque punti (0=per nulla, 4=molto). Gli item sono posti attraverso due modalità: “Quelle seguenti sono cose che trovi difficile fare con altre persone” per i primi 20 item e “Quelle seguenti sono cose che fai eccessivamente” per i restanti 12. Lo strumento, di natura a-teorica, descrive i comportamenti interpersonali lungo due dimensioni principali: la *dominanza*, che indica quanto una persona desidera influenzare, e l'*affiliazione*, che riflette il bisogno di stabilire relazioni strette con gli altri.

Queste due dimensioni delineano otto scale, rappresentate in un circonflesso (vedi fig.1):

1. *Dominante/Controllante*: essere troppo aggressivo. Riflette un comportamento eccessivamente controllante nelle relazioni interpersonali;
2. *Centrato su di Sé*: essere sospettoso e diffidente. Rappresenta un atteggiamento ostile ed egocentrico;
3. *Freddo/Distante*: mancare di affetto e simpatia. Indica un legame limitato con l'altro;
4. *Socialmente inibito*: essere socialmente ansioso e timido. Rappresenta evitamento sociale, ansia e mancanze nell'interagire con gli altri;
5. *Non assertivo*: non riuscire a essere asservito. Implica difficoltà nell'esprimere le proprie necessità;
6. *Eccessivamente accomodante*: essere troppo fiducioso e permissivo. Si riferisce a comportamenti che portano a essere facilmente sfruttati dagli altri;
7. *Autogiustificante*: essere troppo desideroso di compiacere gli altri. Indica un eccesso di altruismo e premura verso gli altri.

8. *Invadente/bisognoso*: cercare attenzione in modo inappropriato. Riflette una difficoltà nel rispettare i confini personali.

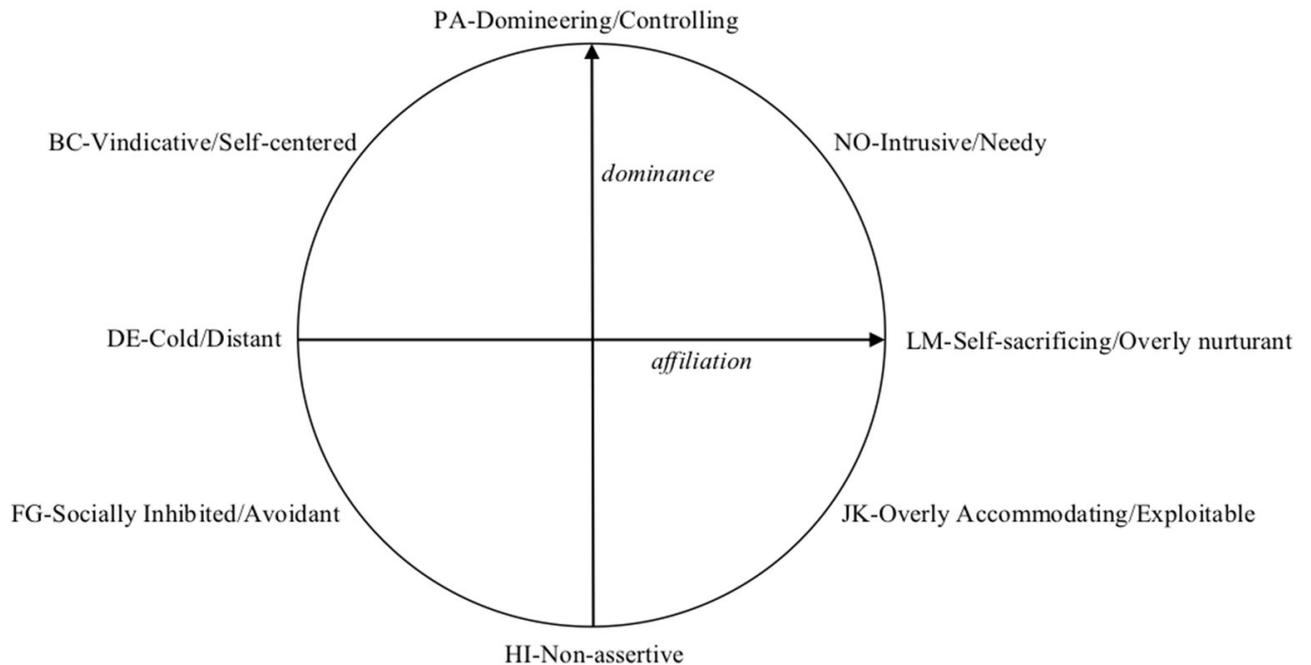


Figura 1: Il circonflesso dei problemi interpersonali

I valori *t* trasformati possono variare da 36 a 99, e un valore superiore a 70 è considerato significativo, indicando problemi relazionali su quella dimensione specifica (Rocco et al., 2021).

2.1.3 Psychotherapy Process Q-sort (PQS)

La metodologia Q-sort, adottata dal PQS, è stata proposta da Stephenson (1953) e sviluppata sistematicamente da Block (1978). I campi di applicabilità sono vari, risultando particolarmente utile per descrivere i dati qualitativi. È un metodo ipsativo, cioè che richiede una collocazione degli item dal più descrittivo al meno descrittivo (Colli & Gazzillo, 2006). Gli item possono descrivere una caratteristica psicologica comportamentale significativa della persona o della situazione esaminata (Siringatti, 2004). È particolarmente adatto ai disegni di ricerca *single-case*, in cui viene valutato più volte lo stesso soggetto in momenti diversi della terapia (Colli & Gazzillo, 2006).

Il PQS nasce dalle ricerche del *Berkeley Psychotherapy Research Program*, sotto la direzione di Enrico Jones. La base teorica è psicoanalitica, ma il PQS è stato sviluppato

con l'idea di mantenere una prospettiva transteorica, e di conseguenza gli item sono costruiti con un linguaggio non gergale e privo di termini tecnici, con descrizioni che richiedono un basso livello di interpretazione ai siglatori (Colli & Gazzillo, 2006). L'obiettivo generale di questo strumento è di offrire una descrizione precisa e significativa delle caratteristiche del processo terapeutico. Può essere utilizzato sia in analisi comparative tra diverse terapie o valutando diverse sedute della stessa terapia (Jones, 2000). Il metodo è progettato per essere applicato ad audio e video registrazioni oppure trascritti *verbatim* delle sedute di terapia, quest'ultime accurate e affidabili, per permettere un'inferenza adeguata del materiale di studio (Jones, 2000). L'unità di osservazione è l'intera seduta, col vantaggio di consentire ai giudici clinici di esaminare il materiale nella sua completezza, senza doverne valutare solamente una parte. Questo livello di osservazione consente di comprendere non solo le singole interazioni, ma anche il loro contesto e la sequenza con cui si manifestano, permettendo di coglierne un significato più ampio all'interno del processo terapeutico. In questo modo, si riesce a cogliere sia l'unicità di ogni seduta che le differenze tra una e l'altra (Jones, 1993).

Il PQS è composto da 100 item, ognuno rappresentante una variabile clinicamente significativa che descrive l'interazione tra paziente e terapeuta, che si dividono in tre categorie che analizzano gli aspetti fondamentali del processo terapeutico:

- Atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente;
- Azioni e atteggiamenti del terapeuta;
- La natura dell'interazione diadica, il clima e l'atmosfera della seduta.

È presente un manuale di codifica che fornisce le definizioni di ogni item assieme ad esemplificazioni per aiutare nell'interpretazione (Jones, 2000). Si riporta un esempio per ognuna delle tre tipologie di item (paziente, terapeuta e relazione):

Item 87. Il paziente è controllante.

- Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se, durante la seduta, il paziente esercita un'influenza direttiva o di controllo (per esempio, domina l'interazione parlando in modo compulsivo, oppure interrompe di frequente il terapeuta).
- Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il paziente non controlla l'interazione, lavorando con il terapeuta in modo più collaborativo.

Item 9. Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).

- Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se l'atteggiamento del terapeuta verso il paziente è freddo, formale e distaccato o caratterizzato da ritiro emotivo.
- Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se il terapeuta è realmente responsivo ed emotivamente coinvolto

Item 39. La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.

- Collocare questo item verso l'estremo *caratteristico* se il paziente o il terapeuta sembrano in competizione. Questo può assumere la forma di vantarsi, "sentirsi superiore" o mortificare l'altro (per esempio, il paziente insinua che il terapeuta faccia una vita fuori dal mondo, mentre egli invece vive e lavora nel mondo reale).
- Collocare questo item verso l'estremo *non caratteristico* se ci sono pochi o nessun sentimento di rivalità tra paziente e terapeuta
(Jones, 2000)

È richiesto agli osservatori di mantenere un certo distacco dalla terapia, attenersi ai fatti concreti, mantenere oggettività e non farsi influenzare da preconcetti teorici o reazioni personali verso terapeuta e paziente (Siringatti, 2004). La capacità degli osservatori clinici di individuare schemi, costanti e covariazioni all'interno di un'indagine relativamente aperta, utilizzando l'ampia gamma di variabili rappresentate nei Q-items, permette di scoprire fenomeni rilevanti nella seduta e le relazioni tra di essi (Jones, 1993).

Gli item vanno distribuiti in nove categorie, secondo un continuum che va dal meno caratteristico (categoria 1) al più caratteristico (categoria 9), il numero di item da distribuire in ogni categoria segue una distribuzione normale (Jones, 2000; vedi tab. 1).

| Valore item | Etichetta della categoria | Numero carte da assegnare |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Estremamente non caratteristico | 5 |
| 2 | Decisamente non caratteristico | 8 |
| 3 | Abbastanza non caratteristico | 12 |
| 4 | Piuttosto non caratteristico | 16 |
| 5 | Relativamente neutrale | 18 |
| 6 | Piuttosto caratteristico | 16 |
| 7 | Abbastanza caratteristico | 12 |
| 8 | Decisamente caratteristico | 8 |
| 9 | Estremamente caratteristico | 5 |

Tab. 1: distribuzione item PQS

Prima di assegnare i punteggi agli item, la seduta va letta attentamente dal valutatore per individuare gli aspetti significativi, ad esempio come si relazionano paziente e terapeuta, il clima della seduta e ogni altro elemento che può caratterizzarla. Dopodiché, il giudice assegna un punteggio a ciascuno dei 100 item, che può variare da 1 a 9, a seconda di quanto il contenuto dell'item sia rappresentativo per quella seduta. Gli item con valore 8 o 9 descriveranno aspetti molto caratteristici della terapia, mentre gli item con punteggio 1 o 2 indicheranno aspetti assolutamente non caratteristici, connotando di conseguenza una loro significatività, poiché l'assenza di una determinata caratteristica è altrettanto rilevante. Ogni categoria prevede un numero fisso di item associabili. Ad esempio, le categorie 1 e 9 devono contenere ciascuna 5 item: 5 saranno considerati estremamente non caratteristici della seduta (categoria 1) e 5 estremamente caratteristici (categoria 9). Alle categorie 2 e 8 vengono assegnati 8 item ciascuna, e così via, aumentando il numero di item in ogni categoria man mano che ci si avvicina a quella centrale. La categoria 5, che rappresenta il punto medio della scala, può contenere fino a 18 item. A questa categoria vengono assegnati gli item definiti "relativamente neutrali", cioè quelli che descrivono aspetti che non sono significativi per descrivere la seduta oppure assenti. Collocazioni intermedie (3-4-6-7) rappresentano in modo meno rilevante l'interazione. Risulta quindi necessario domandarsi in maniera obiettiva quanto l'item è rappresentativo per la seduta, se è da assegnare a valori estremi oppure intermedi del PQS. È stato empiricamente dimostrato che l'assegnazione forzata di un numero fisso di item per categoria è una procedura più valida rispetto alla libera distribuzione degli item da parte del valutatore. Questa modalità riduce infatti la tendenza a collocare gli item in categorie estreme o intermedie, senza considerare accuratamente la loro effettiva descrizione (Jones, 2000). Il valutatore dovrà compiere una valutazione multipla tra gli item per scegliere il punteggio da attribuire, al fine di descrivere in maniera accurata la seduta, dopodiché si può confrontare con altri giudici che hanno svolto la stessa valutazione, raggiungendo una distribuzione dei punteggi comune in base al consenso tra pari. Questa fase può essere critica, poiché è plausibile che i giudici siano in disaccordo sulla collocazione degli item, per tale motivo è essenziale che mantengano un atteggiamento il più possibile oggettivo durante l'attribuzione dei punteggi. Questo significa che i giudici devono riuscire a non lasciarsi influenzare solo dalle proprie opinioni personali, ma anche a considerare e valutare attentamente i punti di vista degli altri giudici, al fine di arrivare

ad una valutazione equilibrata e condivisa. Alla fine, gli item più rappresentativi, quelli con valore 1-2-8-9, vengono usati per delineare le strutture di interazione di quella seduta, che rispecchiano il loro funzionamento psicologico e l'interazione tra transfert e controtransfert (Jones, 2000).

Un esempio di questa procedura è relativo alla terapia del Signor B, un uomo che soffre di depressione. In una seduta analizzata sono presenti scambi tesi, competitivi e intellettualizzati. Il paziente tenta di esercitare un controllo sul terapeuta, non si sente compreso e rifiuta i tentativi di aiuto e supporto. Il terapeuta, come risposta, si pone con minore tatto nei confronti del paziente, dovendo far fronte a reazioni controtransferali rabbiose e sprezzanti, adottando un atteggiamento quasi punitivo. Gli item più (punteggio 9) e meno (punteggio 1, gli ultimi due in elenco) caratteristici per descrivere l'interazione sono stati:

- Item 9: il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto);
- Item 14: il paziente non si sente compreso dal terapeuta;
- Item 24: i conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente;
- Item 30: La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze;
- Item 39: la relazione terapeutica ha una qualità competitiva;
- Item 42: il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta;
- Item 77: il terapeuta è privo di tatto;
- Item 87: il paziente è controllante;
- Item 31: il terapeuta (non) chiede più informazioni o una maggiore elaborazione;
- Item 65: il terapeuta (non) chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.

La struttura d'interazione viene denominata "*interazione arrabbiata*". Jones (2000) ha valutato per tutta la terapia questa struttura d'interazione, che non è diminuita come intensità e frequenza. Ciò implica che questo pattern non è stato sufficientemente interpretato e compreso, associandolo a solo un lieve miglioramento nei sintomi del paziente. Questo pattern di interazione inconscio può aver condotto ad uno stallo nel trattamento.

L'affidabilità del PQS varia tra .83 a .89 per due osservatori differenti e da .89 a .92 quando il numero di osservatori va da tre a dieci (Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones & Windholz, 1990; Pulos & Jones, 1987). Per quanto riguarda la validità, il PQS si è dimostrato in grado di identificare gli aspetti di processo terapeutico riguardo l'alleanza terapeutica, ma anche elementi particolarmente descrittivi come comportamento, pensieri e sentimenti del paziente, insieme ad aspetti più interattivi del trattamento (Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002; Price & Jones, 1998).

2.2 Materiale

Il materiale indagato da questo lavoro di ricerca riguarda una *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP) di 8 sedute di circa un'ora che si sono sviluppate nell'arco di circa 8 mesi. L'analisi è stata condotta utilizzando sia le trascrizioni *verbatim* delle sedute sia le registrazioni audio. In questo modo, è stato possibile cogliere in modo più completo sia il contenuto dei dialoghi, sia le sfumature del discorso (tono, interruzioni reciproche, pause, etc.). È stato scelto di applicare il PQS alle sedute che potessero essere più rappresentative della terapia, per cui sono state analizzate le sedute 1, 4 e 8, ovvero l'inizio della terapia, la fase centrale e la conclusione. La terapeuta è una donna, esperta nell'utilizzo dell'ISTDP. Anche la paziente è una donna, di 52 anni. A inizio terapia sono state somministrati due strumenti psicometrici, la SCL-90-R e l'IIP-32, non evidenziando nessun valore sopra la soglia di significatività. La stessa assenza di significatività si è riscontrata a fine terapia.

La paziente giunge a colloquio riportando inizialmente difficoltà nell'elaborare il lutto materno. Quasi immediatamente, però, si evince un importante senso di colpa legato all'aver tradito il marito anni prima. La paziente stessa collega questo senso di colpa alla figura materna, infatti riguardo a ciò confessa: "*dicendogli a lei magari ti voglio bene, mi toglievo un po' questo peso* (riferendosi al tradimento) *che avevo*". Questo tradimento ritornerà nella seconda seduta analizzata, da cui emerge come sia stata una frequentazione continuativa per un anno, che la paziente giustifica dando la colpa alla noncuranza del marito nei suoi confronti. La paziente riferisce di soffrire di ansia, per la quale assume ansiolitici, che però non sembrano più avere un effetto significativo. Un suo desiderio sarebbe imparare a gestirla, trovando il motivo che la scatena. Sono presenti numerose

problematiche a livello fisico: la paziente ha sofferto di mialgia, con forti dolori agli arti, problemi ginecologici e spesso dolori alla pancia, descrivendo una tendenza alla somatizzazione. Il sistema familiare della donna, oltre la madre, è costituito dal marito e dal figlio, i quali hanno avuto entrambi problematiche di carattere medico importanti. La paziente riporta inoltre di avere una sorella e un fratello, che ha avuto anche lui gravi problemi di salute in passato. Come la paziente riporta, questo contesto familiare difficile la ha sempre impegnata molto nella sua vita, non dandole mai l'occasione di trovare del tempo per se stessa. Nel descrivere le caratteristiche della paziente verranno di seguito prese in considerazione le aree che, come abbiamo visto nel capitolo precedente, vengono ritenute sensibili e significative all'interno dell'approccio l'ISTDP (Abbass et al., 2017). Per quanto riguarda la capacità di stabilire relazioni interpersonali, la paziente, pur mostrando un'adeguata capacità di creare un rapporto con la terapeuta, sembra mantenere una relazione improntata sulla superficialità. Perlopiù riporta la sua storia personale come una "confessione" alla terapeuta, da cui cerca un conforto e un "perdono". Ne deriva che a fronte di questa intesa di facciata, per cui la terapeuta giustifica la paziente e le dà ragione rispetto ai suoi vissuti, non si crea un'autenticità negli scambi fra le due. Sono presenti relazioni interpersonali significative nel passato, poiché la paziente si è sempre presa cura dei suoi familiari, soprattutto del figlio. D'altra parte, si evince come non è sempre riuscita a gestire in maniera adeguata queste relazioni, ad esempio dimostra spesso un'eccessiva preoccupazione nei confronti del figlio, mentre, con il marito, nel periodo in cui lei non riusciva ad esprimere il proprio malessere nei suoi confronti, ha canalizzato la rabbia verso di lui in una relazione extraconiugale. Infatti, la capacità di funzionamento dell'Io nell'area affettiva è limitata, non apparendo in grado di gestire affetti come rabbia o ansia. Nella terapia di prova, una volta che la terapeuta prova a smuovere gli affetti della paziente, presenta grandi difficoltà nell'affrontarli e sposta velocemente i contenuti dell'interazione sul versante cognitivo. Infatti, di fronte ad aspetti che possono generare turbamento, dimostra una bassa tolleranza all'ansia inconscia scaricandola attraverso la via viscerale (terapeuta: *"okay, cosa succede al tuo corpo mentre mi parli adesso?"*, paziente: *"eh, intanto ho bruciore allo stomaco"*). La paziente sembra avere una buona motivazione al cambiamento, accetta subito di iniziare la terapia, mostrando apparentemente il desiderio di impegnarsi nel lavoro terapeutico, ma rivela anche un'impulsività in questa scelta. In parallelo, la capacità di elaborazione psicologica e la

tendenza all'introspezione è limitata. La paziente, anche quando è spinta in maniera diretta dalla terapeuta a parlare di lei e delle proprie emozioni (*“però adesso vorrei che nel tempo che ci rimane, okay? Che è una mezz'ora, non mi raccontassi più nulla, okay? Mi raccontassi più nulla degli altri”*), tende comunque a riportare il focus sulle altre persone. Sono comunque presenti dei buoni collegamenti tra passato e presente, per esempio rispetto al ruolo che la madre molto severa ha avuto sulla sua educazione e nello sviluppo della personalità, ma allo stesso tempo ciò si manifesta con una tendenza a essere molto legata al passato, evitando di attualizzare i suoi vissuti. I collegamenti che fa quindi rimangono spesso limitati a concetti superficiali, rimanendo molto sul piano cognitivo e riportando spesso ragionamenti che non arrivano a una conclusione effettiva sul proprio stato presente. Le difese della paziente appaiono molto rigide, e se la terapeuta cerca di attaccarle la paziente tende sempre a ritornare a determinati contenuti biografici, soprattutto raccontando degli altri, evitando di portare il focus su se stessa. La terapeuta compie alcune interpretazioni di prova rispetto alla paziente, ad esempio rispetto alla madre o al ruolo che ha avuto l'amante, ma rimangono sempre sul versante cognitivo, non generando un'effettiva risposta emotiva nella paziente. L'obiettivo concordato tra paziente e terapeuta è di affrontare il senso di colpa sperimentato, iniziando dall'elaborazione del lutto materno (Terapeuta: *“chi dobbiamo lasciare andare XXX? Tua mamma”*), e proseguendo con le altre relazioni interpersonali problematiche che hanno segnato la sua vita. La terapeuta, inoltre, mette in evidenza la necessità a fini terapeutici di riuscire a vivere e comprendere le proprie emozioni, la rabbia *in primis*, riprendendo un contatto con se stessa. Questo dovrebbe portare a un miglioramento dei suoi vissuti ansiosi e relative somatizzazioni.

2.3 Procedura

La procedura adottata al fine di analizzare le sedute oggetto di questo studio è stata caratterizzata innanzitutto da un periodo di formazione, della durata di circa tre mesi, al fine di imparare ad utilizzare il PQS in maniera appropriata. È risultato prima di tutto necessario leggere il manuale descrittivo degli item del PQS (Jones, 2000), che ha permesso una prima comprensione dei costrutti indagati dallo strumento e una preparazione a esso. Infatti, alcune descrizioni potevano risultare non intuibili

immediatamente, per cui è stato necessario un confronto iniziale con i supervisori del lavoro. I giudici/valutatori delle sedute, tre studenti al secondo anno del corso di Psicologia Clinico-Dinamica presso l'Università di Padova, hanno svolto inizialmente un'analisi del *transcript* di alcune sedute di prova, in modo da prendere dimestichezza con lo strumento e la metodologia. Ogni giudice ha letto individualmente la seduta e applicato ad essa il PQS, rispettando la disposizione degli item secondo la tecnica del Q-sort, assegnando ai 100 item un punteggio che andasse da 1 (estremamente non caratteristico) a 9 (estremamente caratteristico). Successivamente, il lavoro individuale è stato seguito da una fase di confronto fra i tre giudici, che hanno esaminato e comparato i rispettivi PQS riferiti alla stessa seduta. L'obiettivo di questo confronto era verificare se gli item fossero stati assegnati alla stessa categoria nei tre PQS. Tuttavia, questa concordanza non è stata immediatamente riscontrata, rendendo necessario un confronto più approfondito. I giudici, infatti, dovevano raggiungere un accordo sulla classificazione degli item che meglio rappresentasse la seduta, per poi presentarla ai supervisori. Una volta raggiunto un PQS comune a tutti e tre i giudici, sono stati estrapolati gli item estremi e maggiormente rappresentativi della distribuzione, quelli con valore 1-2-8-9, al fine di delineare le strutture di interazione. Gli item sono stati accorpati qualora rispecchiassero le caratteristiche di una modalità interattiva che delineasse una possibile struttura di interazione della seduta. Da una prima supervisione, è emerso che i temi della seduta non erano pienamente individuati dai giudici, sia a livello di item caratteristici sia, conseguentemente, di strutture di interazione. A livello pratico, sono emerse difficoltà nel determinare se l'item descritto fosse realmente rilevante rispetto alla seduta nel suo insieme, nel decidere il punteggio da assegnargli e nel mantenere una visione complessiva della seduta. Spesso risultava difficile concentrarsi sulle dinamiche generali dell'interazione, tendendo a focalizzarsi invece sui singoli scambi. È stato sottolineato da parte dei supervisori che l'attenzione non doveva essere rivolta unicamente ai contenuti espressi da paziente e terapeuta, ma piuttosto al modo in cui questi interagivano tra loro, evidenziando gli scambi comunicativi e relazionali. È stato quindi deciso di cambiare il procedimento, per cui dopo la lettura della seduta i giudici avrebbero effettuato un confronto coi supervisori al fine di individuare meglio i temi e le caratteristiche della seduta, per poi attribuire i punteggi in maniera più precisa. Questa modifica nella modalità ha permesso una migliore attribuzione dei punteggi assegnati nelle sedute di prova,

confermata dal confronto fatto tra una di queste e la siglatura eseguita per la stessa seduta anche da parte di giudici esperti esterni, rivelandosi più accurata. Si è quindi intrapreso il lavoro di analisi delle sedute oggetto della ricerca. Lo *scoring* del PQS della seduta di inizio terapia, a seguito della prima supervisione, ha evidenziato nuovamente delle mancanze nell'individuazione degli item rappresentativi. È stata quindi adottata un'altra modifica in itinere nel procedimento: si è deciso di utilizzare non solamente i trascritti, ma anche le registrazioni audio delle sedute. Ciò è stato cruciale poiché ha permesso una maggiore accuratezza nell'attribuzione dei punteggi delle sedute, avendo a disposizione anche gli aspetti paraverbali oltre ai contenuti. Sono state quindi valutate le sedute 1, 4 e 8. Per ogni seduta, è stato applicato il processo descritto in precedenza: il lavoro individuale di *scoring* è stato seguito da una fase di confronto tra i giudici, che hanno poi discusso insieme per l'attribuzione dei punteggi e definito le strutture di interazione utilizzando gli item con punteggio estremo. Successivamente, l'attribuzione dei punteggi e le strutture di interazione sono state ulteriormente riviste confrontandosi coi supervisori esperti. Infine, sono stati messi a disposizione i punteggi a inizio e fine terapia dell'SCL-90-R e dell'IIP-32, per indagare una modificazione dei parametri della paziente, in modo da fare una valutazione dell'*outcome*.

2.4 Ipotesi di ricerca

La prima ipotesi di ricerca si pone come obiettivo la possibilità dell'utilizzo del PQS per valutare il processo di una ISTDP. Lo stesso Jones (2000) sostiene che il modello delle strutture di interazione sia applicabile solamente nelle psicoterapie a lungo termine o nell'approccio psicoanalitico. D'altra parte, l'ISTDP ha la caratteristica di utilizzare tecniche che portano paziente e terapeuta a interagire tra di loro in maniera attiva, instaurando dinamiche di transfert e relativo controtransfert fin dall'inizio della terapia, velocizzando il processo clinico. Si vuole quindi valutare l'applicabilità dello strumento a questo approccio.

La tecnica nell'ISTDP è caratterizzata da elementi e passaggi precisi nel corso della seduta. Il gruppo di lavoro ha utilizzato il PQS per creare un prototipo di ISTDP. Si è ipotizzata una distribuzione Q-sort dei 100 item, capace di descrivere i principali elementi di questo approccio terapeutico, tenendo conto delle caratteristiche della tecnica ISTDP.

Per la costruzione di tale prototipo è stata adottata la stessa procedura illustrata in precedenza, ma, trattandosi di un modello teorico e non di un processo terapeutico concreto, i siglatori si sono basati sulla letteratura esistente sull'ISTDP per attribuire i punteggi. Gli item più rappresentativi sono stati quindi assegnati a categorie poste agli estremi "caratteristico" e "non caratteristico" (valore 1-2-8-9). La distribuzione di tali item è riportata nella tabella 2. La seconda ipotesi si concentra proprio sulla possibilità che gli item individuati come rappresentativi della terapia assumano una distribuzione coerente con le caratteristiche dell'ISTDP, confrontando la distribuzione degli item di ogni seduta analizzata con quella teorica di una seduta ideale di ISTDP. Questo confronto permette di valutare la coerenza tra la pratica osservata e il modello teorico.

Infine, la terza ipotesi riguarda l'analisi di come un cambiamento nelle strutture di interazione nel corso delle sedute influenzi l'esito della terapia. In altre parole, si ipotizza che le strutture di interazione tra paziente e terapeuta subiscano un cambiamento qualitativo nel corso della terapia, e che tale cambiamento sia associabile a un miglioramento nei sintomi e nella capacità di relazionarsi a livello interpersonale della paziente. Ciò suggerisce la possibilità di utilizzare l'evoluzione o meno dei pattern interattivi come chiave per interpretare l'esito della psicoterapia.

| Item | Descrizione Item | Punteggio |
|-------------|---|------------------|
| 50 | Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione). | 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 o 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 |

Tab. 2: PQS rappresentante le caratteristiche di una ISTDP a livello teorico

CAPITOLO III

Risultati

In questo capitolo sono presentati i risultati dei tre strumenti descritti precedentemente. Per quanto riguarda l'esito, sono stati utilizzati l'SCL-90-R per l'aspetto sintomatologico e l'IIP-32 per le problematiche interpersonali. L'analisi del processo è stata effettuata attraverso il PQS, da cui sono state delineate le strutture di interazione.

3.1 Valutazione dell'outcome

3.1.1 Risultati SCL-90-R

È stata somministrata l'SCL-90-R in due momenti, ad inizio terapia (T1) al fine di valutare con un assesment generale la sintomatologia della paziente, e (T2) a fine della terapia, per indagare l'evoluzione del profilo sintomatologico. I risultati sono riportati nella figura 1.

Al T1 nessuna dimensione supera il *cut-off* di 1.5, indicando la mancanza di sintomatologia a livello clinico nella paziente. La scala relativa alla *Depressione* (DEP) presenta il punteggio maggiore, pari a 1.15, avvicinandosi al *cut-off*. Al fine di capire le caratteristiche della paziente può essere utile mettere in rilievo gli item a cui ha dato punteggio pari a 3, corrispondente a un'intensità descritta pari a "molto". Questi sono l'item 26 "*Rimproverarti per qualsiasi cosa*", l'item 29 "*Sentirti sola*", l'item 30 "*Sentirti giù di morale*" e l'item 89 "*Sentirti in colpa*". La scala relativa all'*Ideazione paranoide* (PAR) ha punteggio pari a 0.8. È significativo il punteggio 3 dato all'item 8 "*Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi*" e il punteggio 2 "moderatamente" dato all'item 68: "*Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono*". Anche la scala relativa all'*Ansia* (ANX), con valore 0.6, è più alta rispetto alle altre. Gli item con punteggio più alto, pari a 2, appartenenti a questa scala sono l'item 39 "*Palpitazioni o sentirti il cuore in gola*" e l'item 40 "*Senso di nausea o mal di stomaco*". Il GSI (*Global Severity Index*), nella figura 1 riportato come "TOT MEAN", è pari a 0.5, indicando un basso livello di intensità del disagio psichico lamentato.

Per quanto riguarda i punteggi al T2, si denota una diminuzione dei sintomi riportati dalla paziente in tutte le scale, ad eccezione di quelle relative ai sintomi ossessivo-compulsivi (O-C) e alla sensibilità interpersonale (INT). Queste ultime evidenziano punteggi più alti,

ma rimangono comunque sotto il livello di attenzione clinica, poiché inferiori di molto alla soglia di *cut-off*.

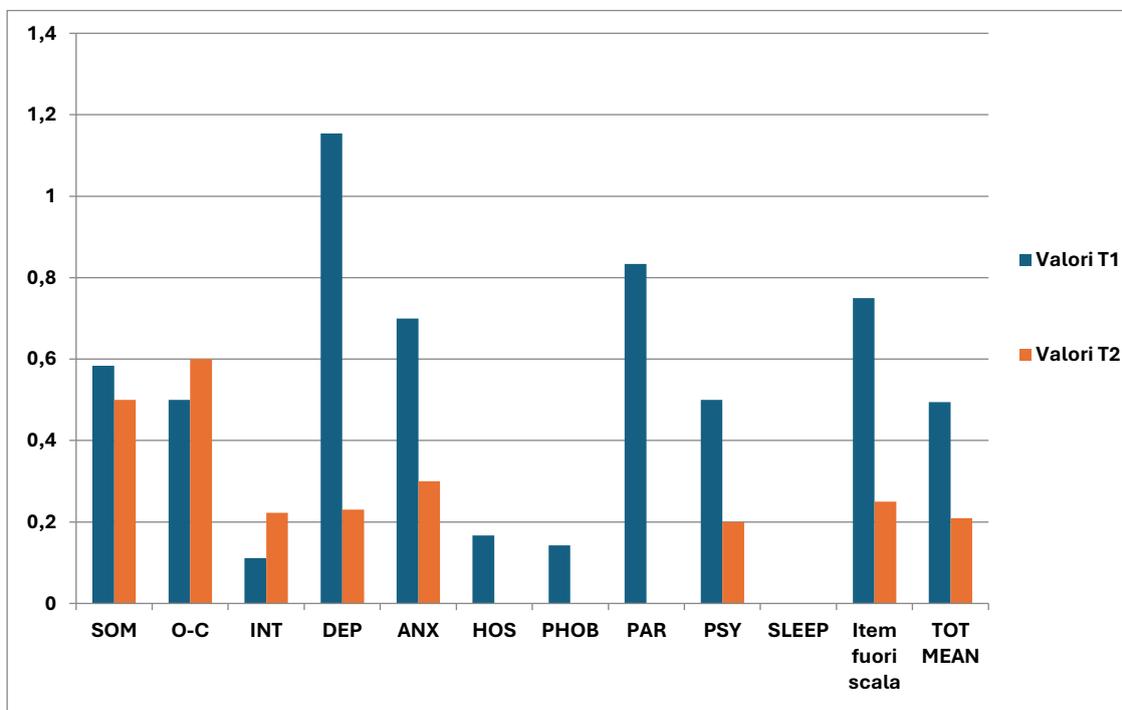


Figura 2: Risultati SCL-90-R

3.1.2 Risultati IIP-32

Anche per quanto riguarda l'IIP-32, la cui distribuzione dei punteggi nel diagramma circonflesso è presentata nella figura 2, nessuna dimensione raggiunge il *cut-off* clinico di 70. Alla prima somministrazione (T1) la dimensione “Autogiustificante” si avvicina al *cut-off*, con punteggio pari a 67, per cui la paziente attraverso il questionario ha assegnato un valore alto, pari a 3 (abbastanza) o 4 (molto), in item come “*Metto eccessivamente i bisogni delle altre persone davanti ai miei*” e “*Sono troppo generoso con le altre persone*”. Un punteggio alto, pari a 62, è presente anche nella dimensione “Non assertivo” dovuto a un’assegnazione di un valore alto ad item come “*È difficile per me dire ad una persona di smettere di infastidirmi*” e “*È difficile per me affrontare le persone con i problemi che ne conseguono*”. Si può vedere che al T2 in generale la paziente mostra un punteggio minore in tutte le dimensioni, esclusa in quella denominata “Centrato su di Sé”, in cui ottiene un punteggio pari a 54, superiore al 43 ottenuto durante la prima somministrazione.

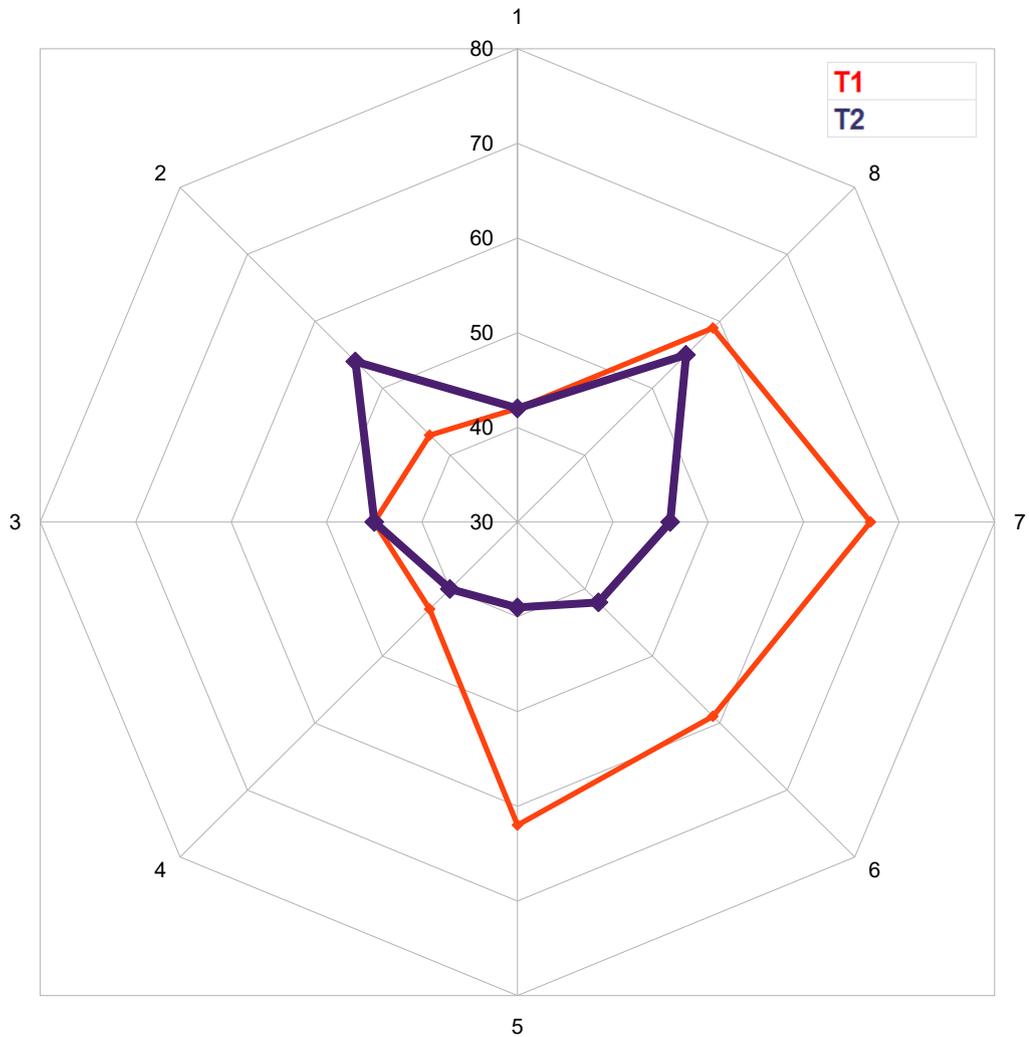


Figura 3: Circonflesso dei problemi interpersonali della paziente

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 di relazioni.

3.1 Valutazione del processo con il PQS

Vengono presentati i risultati dell'applicazione del PQS alle sedute 1, 4 e 8 della terapia. Sono stati estrapolati gli item valutati come rilevanti con punteggio 1-2-8-9 e dal loro contenuto sono state ricavate le strutture di interazione caratteristiche di ciascuna seduta.

Seduta 1

Nella prima seduta sono state ricavate due strutture di interazione, che esprimono due aspetti caratteristici delle dinamiche che si instaurano tra paziente e terapeuta. La prima struttura è stata denominata “*espiazione della colpa/accoglienza materna*” (vedi tab. 1). La terapeuta si pone nei confronti della paziente con grande tatto (77), senza trasmettere un atteggiamento di superiorità nei confronti della paziente (51). Esprime l'idea di un'accoglienza non giudicante rispetto ai suoi vissuti (18), arrivando spesso a perdere la neutralità nei suoi confronti (2). La paziente, infatti, ricerca l'approvazione e la solidarietà della terapeuta (78), sentendosi inadeguata e inferiore (59). La terapeuta si concentra sul senso di colpa (22), che viene espresso dalla stessa paziente (71) e viene ritrovato come tema ricorrente nelle esperienze vissute dalla donna (62). La paziente tende quindi ad accusarsi (34) e d'altra parte la terapeuta la spinge a esplorare l'idea che si assuma troppe responsabilità (76). Questi aspetti si accompagnano ad alcune caratteristiche della tecnica ISTDP per cui la terapeuta prova a portare il focus su sentimenti inaccettabili, come la rabbia, (50) che causano disagio e difficoltà nella paziente (26). La terapeuta risulta emotivamente coinvolta nei racconti della paziente (9), cercando di andare oltre le difese (89), ma con difficoltà. Comunque, in apparenza, la paziente accetta i commenti fatti dalla terapeuta (42) e fa affidamento su di lei per risolvere i propri problemi (52).

Struttura di interazione: “Espiazione della colpa/accoglienza materna”

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

Tabella 1: Prima struttura di interazione seduta 1

La seconda struttura di interazione è stata denominata “*Lotta per il controllo*” (vedi tab. 2). Descrive un aspetto molto caratteristico dell’interazione, infatti la paziente non ha alcuna difficoltà nell’iniziare la seduta (25), per cui porta fin dall’inizio materiale significativo (28). È immediatamente pronta a introdurre nuovi argomenti durante la terapia (15), caratterizzata dalla mancanza di silenzi (12). La paziente è molto fiduciosa e sicura (44), riportando buone aspettative rispetto alla terapia (55). Apparentemente

quindi, si impegna nel lavoro terapeutico (73), analizzando i pensieri collegati ai suoi problemi (58). Si evince però anche un ampio controllo da parte della paziente nello scambio della diade (87).

Struttura di interazione: “Lotta per il controllo”

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

Tabella 2: Seconda struttura di interazione seduta 1

Seduta 4

Nella quarta seduta sono state delineate due strutture di interazione. La prima è stata denominata “*conflitto controtransferale e ambivalenza*” (vedi tab. 3). I conflitti emotivi interni della terapeuta, cioè le reazioni di controtransfert, sembrano interferire nella seduta, portandola a rispondere in modo inappropriato e andando a impattare sulla relazione con la paziente (24). Ciò si delinea in diversi aspetti: la terapeuta perde la neutralità (93) ed è priva di tatto, manifestando quasi un atteggiamento sprezzante nei confronti della paziente (77). È condiscendente e la tratta con sufficienza (51), come se la paziente non fosse in grado di gestirsi autonomamente e avesse bisogno di consigli ed elogi. Non la incoraggia a prendersi la responsabilità dei propri problemi, attribuendo la colpa agli altri (76). Il processo terapeutico non è percepito in maniera corretta (28), il conflitto controtransferale in atto non è sentito dalla terapeuta, per cui dà consigli espliciti e assume un ruolo di guida verso la paziente (27), comportandosi in modo didattico come un insegnante (37). D’altra parte, la paziente, estremamente difesa, lotta per controllare sentimenti e impulsi (70), continuando ad accusare se stessa senza però elaborare il suo

senso di colpa (71). Prova sentimenti conflittuali nei confronti della terapeuta, che rimangono presenti ma non analizzati (49). La paziente utilizza a più riprese la strategia per cui, di fronte a contenuti maggiormente incentrati sul versante emotivo, sposta il focus nel parlare delle relazioni interpersonali (63), soprattutto dell'esperienza avuta con l'amante (11), piuttosto che di sé stessa, rimanendo attiva nell'interazione e portando nuovi argomenti legati a questo ambito (15). Ne risulta che i sentimenti del paziente non vengono messi in evidenza dalla terapeuta in modo efficace, impedendone un'esperienza più profonda (81).

Struttura di interazione: "Conflitto controtrasferale e ambivalenza"

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

Tabella 3: Prima struttura di interazione seduta 2

La seconda struttura di interazione individuata è stata invece denominata “*competizione e compiacenza*” (vedi tab. 4). La prima parte della seduta è caratterizzata dalla qualità competitiva della relazione terapeutica (39), la paziente non ha difficoltà a iniziare la seduta (42), introducendo subito nuovi contenuti e cercando così di esercitare un controllo sull'interazione (87). In questo scambio continuo, senza pause o silenzi (12), la terapeuta non facilita il discorso della paziente, mettendola in difficoltà (3). Da questa lotta per il potere ne esce vincitrice la terapeuta, per cui continua ad essere molto sollecita nei confronti della paziente (9), la quale adotta un atteggiamento compiacente (20), dandole ragione e accettando i commenti e le osservazioni che le vengono sottoposte (42). Ciò che rimane da questa interazione è che la paziente continua ad accusare se stessa per le proprie difficoltà (34), sentendosi in realtà poco aiutata dalla terapeuta (95).

Struttura di interazione: “Competizione e compiacenza”

| Item | Descrizione | Punteggio |
|-------------|---|------------------|
| 39 | La relazione terapeutica ha una qualità competitiva. | 9 |
| 87 | Il paziente è controllante. | 8 |
| 42 | Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta. | 2 |
| 25 | Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta. | 2 |
| 12 | Durante la seduta ci sono dei silenzi. | 2 |
| 34 | Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà. | 2 |
| 3 | Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente. | 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: Seconda struttura di interazione seduta 2

Seduta 8

Nell'ottava seduta, conclusiva della terapia, è stata evidenziata un'unica struttura d'interazione nella diade denominata "*pattern relazionale dipendente*" (vedi tab. 5). I conflitti emotivi della terapeuta, ormai radicati e non elaborati, influiscono sulla relazione con la paziente (24), ostacolando una corretta percezione del processo terapeutico (28). La terapeuta è sicura di sé (86), comportandosi in modo didattico e assumendo il ruolo di guida nei confronti della paziente (37), dando consigli espliciti (27). La terapeuta rassicura la paziente, mostrandosi condiscendente (51) e validando a più riprese il suo punto di vista (99) rispetto ai contenuti che la donna porta. Questi sono principalmente legati ai suoi vissuti interpersonali (63) e alla sua situazione di vita attuale (69). Non porta mai la paziente ad accettare la propria responsabilità rispetto ai problemi (76), piuttosto riporta un'altra prospettiva (80), identificando la colpa sugli altri e suggerendo il significato del comportamento delle altre persone (43). Ciò sembra mostrare un apparente sollievo dagli aspetti di colpa della paziente (71), ma superficiale, non portando la paziente a raggiungere un nuovo *insight* rispetto ai suoi problemi (32). La terapeuta sembra essere assolutamente non neutrale (93), mostrando un alto coinvolgimento emotivo nell'imporre il proprio pensiero a quello della paziente (9). Ciò è collegato alla caratterizzazione competitiva della relazione (30), per cui la paziente prova ad essere controllante (87), ma è vinta dalla terapeuta. In questa seduta il silenzio non è mai presente (12), la paziente presenta comunque argomenti in maniera attiva (15), infatti non ha difficoltà a iniziare la seduta (25) e appare fiduciosa nei confronti della terapeuta (44), accettando le sue osservazioni e commenti (42), che ne giustificano il comportamento. È presente un atteggiamento altamente compiacente da parte della paziente (20), dovuto alla ricerca dell'approvazione da parte della terapeuta (78).

| Struttura di interazione: "Pattern relazionale dipendente" | | |
|---|---|------------------|
| Item | Descrizione | Punteggio |
| 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 |
| 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 |
| 24 | I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente. | 9 |
| 37 | Il terapeuta si comporta come un insegnante (in modo didattico). | 9 |
| 86 | Il terapeuta è fiducioso o sicuro di sé (vs incerto o sulla difensiva). | 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 |
| 39 | La relazione terapeutica ha una qualità competitiva. | 8 |
| 87 | Il paziente è controllante. | 8 |
| 15 | Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo. | 2 |
| 12 | Durante la seduta ci sono dei silenzi. | 2 |
| 25 | Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta. | 2 |
| 42 | Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta. | 2 |
| 71 | Il paziente accusa se stesso; esprime vergogna o colpa. | 2 |
| 76 | Il terapeuta suggerisce al paziente di accettare la responsabilità dei suoi problemi. | 2 |
| 44 | Il paziente è cauto o sospettoso (vs fiducioso e sicuro). | 2 |
| 32 | Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight. | 2 |
| 9 | Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto). | 1 |
| 99 | Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente). | 1 |
| 93 | Il terapeuta è neutrale. | 1 |
| 28 | Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico. | 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 5: *Struttura di interazione seduta 3*

CAPITOLO IV

DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei risultati

Il presente lavoro di tesi si rifà al filone di indagine della *process-outcome research*. Questo tipo di ricerca ha come obiettivo quello di mettere in relazione ciò che accade durante la psicoterapia, cioè il processo, alla valutazione dell'esito (Elliott, 2010). In questo caso, l'analisi dell'*outcome* è stata effettuata analizzando i punteggi ottenuti attraverso due strumenti, l'SCL-90-R per la sintomatologia e l'IIP-32 per le problematiche a livello interpersonale. Il processo è stato analizzato con l'applicazione del *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) alle sedute, al fine di individuare le strutture di interazione tra paziente e terapeuta. Il PQS, in letteratura, ha limitate applicazioni nell'ambito delle psicoterapie dinamiche brevi, difatti lo stesso Jones (2000), dichiara che le strutture di interazioni siano individuabili solamente in psicoterapie a lungo termine. Altri autori, come Flegenheimer (1977), ritengono invece che le psicoterapie dinamiche brevi riescano comunque a facilitare l'emergere immediato dei pattern interattivi tra paziente e terapeuta. In particolare, in questo lavoro di tesi il modello delle strutture di interazione è stata applicato a delle sedute di una *Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy* (ISTDP), contraddistinta dall'uso di tecniche che favoriscono un'interazione attiva tra paziente e terapeuta. Il gruppo di ricerca ha quindi applicato il PQS a tre sedute della terapia, delineando poi dagli item più significativi le strutture di interazione di ogni seduta. Si è voluto quindi valutare se un cambiamento nei pattern interattivi della diade nel corso della terapia fosse associabile a un miglioramento nell'*outcome*.

Per quanto riguarda la valutazione dell'esito della terapia la paziente mostra, apparentemente, un miglioramento dei punteggi sia per quanto riguarda l'SCL-90-R che l'IIP-32, questi però non superano in nessuna somministrazione il *cut-off* clinico. Nell'SCL-90-R, si assiste nel corso delle sedute a una diminuzione della scala che indaga la depressione (DEP), che in T1 sfiora, senza però raggiungerlo, il *cut-off*. La paziente riporta un punteggio maggiore negli item riguardanti il senso di colpa, dichiarando di rimproverarsi e di sentirsi sola. Inoltre, è presente un valore maggiore rispetto alle altre scale dello strumento in quella relativa all'ideazione paranoide (PAR), che riflette il timore che la paziente prova rispetto alle proprie relazioni interpersonali. Infine, la

paziente ha un punteggio elevato nella scala relativa all'ansia (ANX). Questa descrive i sintomi fisiologici dell'ansia nella paziente, come sensazioni di nausea e palpitazioni delle quali dichiara, a volte, di soffrire. In ogni caso, al T2, queste dimensioni diminuiscono il proprio punteggio. Similmente, il GSI – Global Severity Index – mostra un miglioramento.

Per quanto riguarda l'IIP-32, le dimensioni al T1 riscontrate come più vicine al *cut-off* e con punteggio più alto sono state quella “Autogiustificante” e “Non assertivo”. Queste due dimensioni mettono in rilievo la tendenza della paziente a focalizzarsi sugli altri, cercando di compiacerli, mostrando eccessivo altruismo senza tener conto di sé stessa, con difficoltà a esprimere i propri pensieri e necessità. Anche queste hanno avuto entrambe un miglioramento al T2, similmente alle altre scale dell'IIP-32, che rispecchiano un funzionamento interpersonale maggiormente equilibrato. L'unica scala il cui valore è aumentato è quella denominata “Centrato su di Sé”, riflettendo un apparente spostamento dell'interesse della paziente verso le proprie necessità rispetto a quelle altrui.

La valutazione dell'outcome della paziente ha però un aspetto particolare, già evidenziato precedentemente: né alla somministrazione iniziale (T1) che a quella svolta a fine terapia (T2) alcun valore ha mai superato il *cut-off* di significatività clinica. Questo potrebbe essere influenzato dalle caratteristiche della paziente e dai problemi che porta. Infatti, la paziente non si presenta in terapia con una sintomatologia specifica, bensì con problematiche in più ambiti come sintomi depressivi-ansiosi, somatizzazioni e difficoltà interpersonali, con un minore impatto prese singolarmente. Le soglie di significatività clinica non possono essere l'unico riferimento per valutare un miglioramento o meno dei pazienti (Lambert & Ogles, 2009). In contesti clinici specifici, come nella terapia oggetto di studio, molti pazienti possono iniziare il trattamento con sintomatologia clinica bassa o lieve. Se questi pazienti ottengono punteggi inferiori alla soglia stabilita tra le distribuzioni normative funzionali e disfunzionali, non sarà possibile classificarli come " clinicamente migliorati " basandosi esclusivamente sulla significatività clinica degli strumenti psicometrici utilizzati. Inoltre, Kazdin (2001) ha osservato che la riduzione dei sintomi può non riflettere cambiamenti genuini o significativi nella vita quotidiana dei pazienti. Pertanto, utilizzare solo questo indice come criterio per valutare l'efficacia del trattamento può risultare insufficiente per ottenere una visione completa e accurata. È perciò essenziale indagare altre aree significative del funzionamento del paziente.

Ad esempio, nel caso da noi analizzato, la paziente è estremamente difesa e con poca propensione all'introspezione, caratteristiche centrali nella valutazione della persona in una terapia ISTDP (Flegenheimer, 1982b). Questi aspetti non sono però specificatamente indagati dagli strumenti psicometrici somministrati. Altro aspetto non analizzato nella paziente dal punto di vista testistico è quello relativo alla rabbia, che fin da subito nei colloqui si individua come un elemento centrale. Ad esempio, la terapeuta sottolinea come la tendenza della paziente a non esplicitarla la porta ad avere problematiche a livello somatico. Anche gli aspetti depressivi presenti nella paziente, come rilevati dagli strumenti psicometrici, sembrerebbero essere ricollegabili alla rabbia che, a livello intrapsichico, susciterebbe ansia inconscia, la quale la porterebbe a adottare la difesa di rivolgere la rabbia contro se stessa, manifestandola in forme di auto-rimprovero e auto-punizione. Questo meccanismo genera i sintomi tipici della depressione, come ritiro, inibizione e riduzione dell'autostima.

Diventa quindi importante non indagare solamente l'*outcome*, poiché porta a perdere informazioni riguardo a ciò che si è sviluppato nel corso della terapia, ma anche analizzare in maniera approfondita il processo di cambiamento. L'obiettivo è, quindi, quello di indagare se effettivamente la paziente ha tratto beneficio dall'intervento psicoterapeutico, mostrando un'evoluzione nelle strutture di interazione che possono effettivamente spiegare un miglioramento, oppure se si tratta più di una suggestione rispetto al suo benessere, senza risolvere le problematiche intra e interpersonali che la contraddistinguono.

A livello di ricerca bibliografica l'applicazione del PQS a una psicoterapia dinamica breve si riscontra solo in uno studio (Serralta, 2016), nel quale l'individuazione delle strutture di interazione caratteristiche della terapia ha dato un esito positivo. Nel caso analizzato in questo lavoro, si osserva che, sebbene l'ISTDP tenda a mantenere in secondo piano il vissuto del terapeuta, concentrandosi sul paziente e sulle problematiche riportate, l'aspetto interattivo nella diade rimane centrale, soprattutto per quanto riguarda l'importanza del controtransfert del clinico, influenzante l'interazione. Inoltre, in questa terapia, fin dall'inizio si delinea un'interazione tra paziente e terapeuta particolarmente significativa, dovuta ad una dinamica transfert-controtransfert rilevante dal punto di vista clinico. Ha quindi avuto senso clinico applicare lo strumento alla terapia al fine di rilevare delle precise strutture di interazione che riflettono in un pattern manifesto il funzionamento

intrapsoichico di paziente e terapeuta (Jones, 2000). La prima ipotesi, che andava a valutare l'applicabilità del PQS ad una terapia ISTDP è quindi confermata.

La seconda ipotesi andava a confrontare la distribuzione teorica degli item che descrivono le caratteristiche di una ISTDP con quelli presenti nelle strutture di interazione individuate nelle sedute della terapia oggetto di studio. L'obiettivo era di individuare quanto il processo clinico rilevato dal PQS fosse in linea con le attese dell'approccio ISTDP o, viceversa, se fosse condizionato da specifiche modalità interattive transfert-controltfernt presenti nella relazione terapeutica. L'ISTDP, fin dalla prima seduta, propone uno schema di lavoro preciso, detto "Sequenza Dinamica Centrale", al fine di raggiungere gli obiettivi terapeutici delineati. La terapia è focalizzata sull'espressione delle emozioni, l'esplorazione delle difese, l'identificazione di schemi di funzionamento ripetitivi e sulla relazione tra il presente e il passato (Abbass, 2016).

Nel caso della terapia analizzata, durante la prima seduta alcuni item rispecchiano degli aspetti di tecnica. Ad esempio, la terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (item 50), la paziente prova affetti che gli causano disagio o difficoltà (item 26), la terapeuta è sollecitata ed emotivamente coinvolta (item 9) e agisce per abbattere le difese del paziente (item 89). Rappresentano un tentativo della terapeuta di eseguire una "terapia di prova", seguendo la tecnica ISTDP, al fine di valutare le caratteristiche della paziente. Questi item però non assumono un aspetto preponderante nella caratterizzazione della seduta, infatti, non rappresentano una struttura di interazione a sé stante. Nella quarta seduta, molti item o non sono presenti oppure assumono un punteggio opposto rispetto a quello atteso dalla configurazione teorica, dimostrando come la tecnica ISTDP non sia stata applicata. Ad esempio, viene attribuito un punteggio pari a 1, estremamente non caratteristico, all'item 81 (*"Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo"*), indicando come la terapeuta non riesca a indagare in maniera opportuna le emozioni della paziente. Un punteggio pari a 8, ovvero abbastanza caratteristico, opposto rispetto a ciò che è assegnato alla distribuzione teorica, è stato assegnato all'item 51 (*"Il terapeuta è condiscendente o tratta il paziente con sufficienza"*), indicando come il clinico mantenga un atteggiamento di superiorità e superficialità nei confronti della paziente. Infine, nell'ottava seduta, conclusiva della terapia, non è presente alcun item che rifletta aspetti di tecnica ISTDP.

Diventa quindi importante indagare la terza ipotesi, cioè quali siano le strutture di interazioni riscontrate, come queste si modifichino o meno e come vadano ad influenzare il processo della terapia ed il relativo *outcome*.

Nella prima seduta sono state individuate due strutture di interazione, “*espiazione della colpa/accoglienza materna*” e “*lotta per il controllo*”. Per quanto riguarda la prima struttura, questa descrive la caratteristica della paziente per cui giunge in terapia con un forte bisogno di liberarsi dal senso di colpa che la porta ad accusare se stessa. Porta fin dall’inizio contenuti legati a questo, prima di tutto focalizzati sul lutto materno e di come si senta in colpa a non aver potuto essere sempre presente con la madre, dopodiché sposta quasi immediatamente l’attenzione al tradimento nei confronti del marito. Sembra che la paziente presenti questi contenuti ricercandone un’*espiazione*, spingendo la terapeuta ad assumere il ruolo di un “*confessore*” che la liberi dal senso di colpa. La terapeuta fa fronte a questa richiesta implicita della paziente acquisendo su di sé un ruolo materno accogliente, infatti, i suoi interventi sono altamente giustificativi e supportivi, validando a più riprese ciò che dice la paziente. La paziente risponde a queste rassicurazioni, da lei stessa ricercate, accettando i commenti della terapeuta, ma senza mostrare un’*effettiva interiorizzazione*. La paziente non sembra essere in grado di lavorare sui propri aspetti emotivi, rimanendo focalizzata sui contenuti cognitivi presentati a più riprese durante la seduta. Anche quando la terapeuta la esorta a parlare di se stessa, la paziente ritorna su contenuti relativi ad altri, non di lei. Si instaura quindi nella terapia una dinamica per cui la terapeuta effettua una continua validazione che assume una *caratterizzazione automatica*, per cui dal clinico sembra trasparire un aspetto di “*noia*”. In altre parole, è come se la terapeuta di fronte alla necessità della paziente di parlare degli altri e non di se stessa accettasse ciò. Questo avviene con un atteggiamento di superficialità, come se la terapeuta volesse esaurire questa necessità, senza un reale approfondimento dei possibili aspetti sottostanti questo bisogno. Questa interazione mette in evidenza l’aspetto di dipendenza della paziente, che emerge sia dalle dinamiche relazionali, passate e presenti che porta in seduta, sia nel suo rapporto con la terapeuta, dalla quale sembra ricercare costantemente approvazione e giustificazione.

Questa caratteristica della paziente di dover saturare l’interazione di contenuti biografici si riflette nella seconda struttura di interazione, legata alla lotta per il controllo. Fin da subito, nella diade si instaura uno scambio spesso sovrapposto, la paziente comunica

senza entrare in relazione con la terapeuta, limitandosi a esporre i propri pensieri e preoccupazioni. Non c'è uno scambio interpersonale o una risposta che riveli contenuti emotivi rispetto a ciò che emerge in seduta. Ogni sforzo della terapeuta di riportare l'attenzione su questioni centrali per il trattamento viene eluso, poiché la paziente preferisce spostare il discorso su argomenti meno impegnativi o più distanti dalla propria esperienza interna. Infatti, la terapeuta rinuncia a mantenere un focus e, a causa di queste dinamiche, ritira gradualmente il suo controllo nella seduta, arrivando ad accontentarla e acquisendo un atteggiamento giustificante nei suoi confronti. La paziente appare gratificata da questa interazione e infatti quando la terapeuta le propone di iniziare il percorso terapeutico, lei accetta immediatamente. Questo sembra rivelare un aspetto di impulsività nella paziente, poiché appare prendere questa decisione d'istinto, senza aspettare una spiegazione del percorso terapeutico e delle finalità del trattamento in maniera più accurata da parte della terapeuta. Ciò che emerge da questa seduta è che la prova di relazione tra paziente e terapeuta, che consiste nel mettere alla prova le capacità della paziente di esplorare e tollerare i suoi contenuti emotivi, venga a meno. In particolare, attraverso l'utilizzo di interventi mirati, il terapeuta avrebbe dovuto aiutare la paziente a portare alla luce le emozioni sottostanti che emergono come segnali di ansia e difesa (Davanloo, 1988). Di conseguenza, la paziente non ha potuto accedere a una più profonda consapevolezza emotiva.

Nella quarta seduta sono delineate le strutture di interazione “*competizione e compiacenza*” e “*conflitto controtransferale e ambivalenza*”. La prima struttura di interazione riprende ciò che è stato descritto nella seduta precedente, ovvero la sfida per il controllo messa in atto tra paziente e terapeuta. La seduta inizia con uno scambio riguardante la situazione lavorativa della paziente e come questa la facesse sentire. La paziente sposta velocemente l'attenzione su altre persone, in questo caso sui figli, iniziando a riprendere le dinamiche viste nella prima seduta, per le quali tende a focalizzarsi sugli altri. Viene quindi bloccata dalla terapeuta nel seguente scambio:

Terapeuta: ti devo fermare un attimo

Paziente: scusa

Terapeuta: non chiedere scusa

Paziente: (ride)

Terapeuta: devi dire no

Paziente: mm

Terapeuta: okay, Sei qua. Sei te

Paziente: certo

Terapeuta: io sono dalla tua parte, ecco, un po' difficile questo

Paziente: uhm vabbe, sei dalla mia parte sennò non sarei qua ehmm

In questo passaggio, la terapeuta interviene in maniera direttiva, interrompendo la paziente. Quest'ultima, a sua volta, risponde con un atteggiamento non accondiscendente, esprimendo una resistenza. Si manifesta così una tensione reciproca, con tratti di aggressività da parte di entrambe, che riflette un'alterazione della dinamica interpersonale. Poco dopo avviene anche il seguente passaggio significativo, quando la terapeuta rende esplicito alla paziente che tende a spostare la propria autonomia all'esterno, focalizzandosi maggiormente sugli altri rispetto che su stessa. Ciò si pone come barriera tra lei e la paziente rispetto all'aiuto che potrebbe esserci:

Terapeuta: quindi ci sta che tu alzi delle barriere ogni tanto

Paziente: sì, sì, sì, mi tocca, cioè involontariamente le (barriere) te le fai anche

Terapeuta: esatto

Paziente: dipende anche da chi, da chi si incontra

Terapeuta: dipende da chi si incontra e allora sento che certe barriere forse sono automatiche nel momento in cui in qualche modo si cerca di darti una mano.

Paziente: mm

Terapeuta: c'è una barriera che sale come se dall'altra parte appunto non ci fosse neanche la consapevolezza vera che qualcuno può aiutarti. Che cosa significa questo aiutare per te XXX?

Paziente: oddio. Io non ho mai chiesto aiuto ehmm

Terapeuta: allora uno c'è questa cosa qua, cioè questo fenomeno qui, non ho mai chiesto aiuto quindi ci può essere un po' di ansia

Da questo momento l'interazione tra paziente e terapeuta subisce un cambiamento significativo. Mentre nella seduta precedente era stata la paziente a prevalere nella "lotta per il potere", in questo caso è la terapeuta a prendere il controllo. Si avverte un crescente disagio e fastidio da parte della terapeuta, che non si sente ascoltata. Di conseguenza, la terapeuta assume un atteggiamento più deciso, imponendosi con maggiore forza nell'interazione. La paziente, in risposta, adotta un comportamento compiacente, mostrando una sottomissione che caratterizzerà il resto della seduta. A queste dinamiche corrisponde la seconda struttura di interazione ricavata, "conflitto controtrasferale e ambivalenza". L'aspetto di dipendenza della paziente diventa centrale, finisce per essere succube della terapeuta, della quale accetta ogni osservazione a proprio riguardo. La terapeuta si limita a fare interventi che validano e giustificano la paziente, attribuendo la colpa esclusivamente agli altri. Non viene esplorato in profondità il vissuto emotivo della

paziente, né il suo ruolo attivo nelle dinamiche relazionali che instaura con le altre persone, lasciando così inesplorata una parte cruciale del processo terapeutico. È presente un aspetto di ambivalenza poiché la paziente manifesta una componente di rabbia, che però non riesce ad esprimere, ponendosi in una posizione di dipendenza e compiacenza rispetto alla terapeuta. La rabbia è presente a livello controtransferale nella terapeuta, che si presenta come un genitore direttivo e didattico, dando consigli e imponendo il proprio punto di vista alla paziente, che ormai ne è succube. Tuttavia, da entrambe le parti, la componente aggressiva rimane sempre mascherata e mai esplicitamente espressa. L'*enactment* controtransferale di rabbia si evince dalla perdita di neutralità nella terapeuta, che esprime opinioni e giudizi in modo manifesto, giustificando la paziente. Ad esempio, per quanto riguarda la relazione avuta con l'amante, essa necessiterebbe di un'elaborazione al fine di integrare l'aspetto di rammarico e colpa e quello di desiderio legato alla dipendenza dalle altre persone. Invece, la terapeuta liquida la questione dando la colpa a un "narcisismo patologico" dell'amante, che ha portato la paziente a cadere in una trappola e riportando che "*questa tipologia di persone sono incurabili*". La neutralità terapeutica viene meno poiché la terapeuta non riesce a mantenere una posizione di equilibrio e distacco emotivo durante il processo terapeutico. Infatti, si lascia coinvolgere dai vissuti della paziente, schierandosi solo sul versante della rabbia di questa. Influenzata dal suo controtransfert, con un atteggiamento aggressivo, delega interamente la colpa a un'altra persona rispetto alla paziente. Così facendo, spinge nuovamente la paziente a focalizzarsi sugli altri piuttosto che su se stessa, reiterando i meccanismi maladattivi che la contraddistinguono.

Nell'ottava seduta, l'ultima della terapia, è stata riscontrata un'unica struttura denominata "*pattern relazionale dipendente*". Nella seduta conclusiva della terapia, teoricamente, l'attenzione dovrebbe essere posta sul consolidamento dei progressi fatti dalla paziente, sulla riflessione riguardo i cambiamenti ottenuti e sulla preparazione per affrontare autonomamente la vita senza il supporto regolare della terapia (Fragkiadaki & Strauss, 2012). Il tono della seduta è invece molto colloquiale, l'impressione che si ha analizzandola è di superficialità. Infatti, sono elaborati alcuni vissuti della paziente rispetto al figlio, rimanendo quindi focalizzati su altre persone. Inoltre, gli interventi della terapeuta sono improntati principalmente nel dare ragione alla donna e validarla. Si riporta un esempio:

Terapeuta: e io ritengo che loro siano veramente fortunati eh
Paziente: mm
Terapeuta: perché discorsi come i tuoi, ribadisco
Paziente: sì
Terapeuta: adesso non voglio idealizzarti, non lo sto facendo
Paziente: eh lo so
Terapeuta: però ne sento pochi e quindi anche questa tua elasticità mentale
Paziente: mm
Terapeuta: ben venga, ben venga
Paziente: eh lo so
Terapeuta: perché dà anche a loro quella tranquillità per potere sperimentare
Paziente: sì, magari
Terapeuta: devi riconoscerla però XXX
Paziente: sì
Terapeuta: un po' di più
Paziente: sì, lo so
Terapeuta: cosa ti succede quando te lo dico?
Paziente: son contenta io

In questo passaggio si può denotare come la terapeuta si limiti unicamente a fare complimenti e rinforzare narcisisticamente la paziente, senza elaborare in maniera opportuna i contenuti. Ormai i conflitti emotivi della terapeuta, non compresi da parte sua, sono consolidati. Ne deriva che il ruolo di guida assunto dalla terapeuta si reitera e, di conseguenza, anche il pattern di dipendenza già evidenziato nella seduta quattro si ripete. La terapeuta dà in maniera continuativa ragione alla paziente, la quale risponde a questa gratificazione con compiacenza e accettandola. In questo modo la paziente si sente rassicurata, ma senza raggiungere un nuovo *insight*. Questa dinamica si ripete per tutta la seduta, senza che, nuovamente, ci sia un lavoro terapeutico tra paziente e terapeuta.

La paziente giunge in terapia presentando una forte dipendenza emotiva ed è allo stesso tempo animata da una profonda rabbia che non riesce ad elaborare, rivolgendola verso sé stessa e manifestando in questo modo la sintomatologia depressiva auto-punitiva (Davanloo, 1986). Al posto di approfondire questa componente di aggressività con la terapeuta, la paziente idealizza la relazione con lei, trattenendo i sentimenti di rabbia nei confronti del clinico. Pazienti con aspetti dipendenti di personalità hanno la tendenza a far sì che il terapeuta dica loro cosa fare, delegando la responsabilità delle proprie decisioni, al fine di mantenere la dipendenza (Gabbard, 2015). È inoltre frequente nel transfert l'idealizzazione del terapeuta (Perry, 2014), con il paziente che può iniziare a percepire questa figura come onnisciente. Nel nostro caso, la paziente ha cercato nella

terapeuta una figura che potesse “espiare” i suoi sensi di colpa. La terapeuta, dandole ragione in maniera continuativa, ha alimentato la relazione di dipendenza piuttosto che favorire un cambiamento evolutivo. Sandler (1981) ha sottolineato che nella terapia ciascuna parte cerca di imporre all'altra una relazione oggettuale intrapsichica. Questo processo è estremamente prezioso nel fornire informazioni sul mondo interno sia del paziente che del terapeuta, così come sulla relazione che si sviluppa tra loro. Tuttavia, tale scambio contiene anche significativi elementi di controtransfert e può essere influenzato da essi, condizionando la qualità dell'interazione terapeutica. A meno che questi non vengano compresi dal terapeuta, questo potrebbe ritrovarsi ad accettare inconsciamente il ruolo che il paziente gli impone. In questo caso, la terapeuta ha assunto un ruolo attivo di guida all'interno di una dinamica di dipendenza con la paziente, contribuendo alla stagnazione del processo terapeutico. Inoltre, il paziente dipendente, caratterizzato dall'incapacità di riconoscere la propria rabbia, genera nel terapeuta sentimenti di irritazione e pesantezza a livello controtransferale (McWilliams & Shedler, 2020). Questo risentimento si è manifestato nell'*enactment* controtransferale quando la terapeuta ha effettuato interventi che esulavano dalla neutralità terapeutica, adottando un atteggiamento più direttivo o “genitoriale”. Riuscire ad essere neutrali implica non imporre i propri valori e soprattutto mantenere sotto controllo il controtransfert, al fine di valutare le proprie azioni e monitorare la tecnica durante la terapia (Petcu, 2018). In questa terapia ciò non è avvenuto, e di conseguenza il controtransfert della terapeuta e la sua mancanza di neutralità hanno avuto un'influenza significativa nel corso della terapia. Infatti, la terapeuta non si è resa conto che la rabbia che provava, manifestatasi in un atteggiamento autoritario nei confronti della paziente, non era un'emozione personale, ma una risposta controtransferale scatenata dall'atteggiamento passivo della paziente stessa. In situazioni di questo tipo, la sensazione di aggressività e rabbia può emergere con forza, e dovrebbe essere un segnale per la terapeuta di fermarsi e riflettere sul significato di queste emozioni e sul ruolo che stanno assumendo nella relazione terapeutica. Gli *enactment* controtransferali sono inevitabili, ma possono assumere valore clinico se riconosciuti, osservati e compresi (Gabbard, 1995). Lo stesso Jones (2000) riporta un caso in cui il controtransfert del terapeuta si identifica con le rappresentazioni mentali interne moralistiche e punitive del paziente, portando a uno stallo nella terapia. Quindi sarebbe stato opportuno per la terapeuta identificare l'origine dei vari elementi che hanno

contribuito a originare questo determinato controtransfert, analizzando ciò che stava accadendo tra lei e la paziente anziché agire i contenuti proiettati (Gabbard, 2011). Nell'ISTDP, la neutralità del terapeuta è fondamentale per mantenere un equilibrio emotivo che favorisca l'esplorazione profonda del mondo interno del paziente. Tuttavia, in questo caso specifico, la neutralità non è stata mantenuta, compromettendo la capacità della terapeuta di guidare la paziente verso un cambiamento evolutivo significativo.

Riprendendo il concetto dell'azione terapeutica secondo Jones (2000), per il quale essa risiede nella possibilità di riconoscere e comprendere le strutture interattive presenti nella relazione al fine di sviluppare nel paziente la capacità di riflessione e comprensione, si può osservare che in questa terapia ciò non è avvenuto. Le strutture di interazione non sono state comprese, in particolare per quanto riguarda l'influenza del transfert e controtransfert in queste, e gli scambi nella diade si sono reiterati con la stessa modalità per l'intera terapia. In questo modo, il pattern dipendente si è consolidato, rimanendo caratteristico per tutte le sedute. La componente emotiva, soprattutto quella legata alla rabbia della paziente, non è stata esplorata attraverso la tecnica dell'ISTDP, che di fatto non è stata applicata. A livello di esito quindi ciò non ha portato né ad un miglioramento sintomatologico né all'elaborazione del suo vissuto di inferiorità e di dipendenza, che la ha caratterizzata nelle relazioni presenti e passate.

4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e prospettive future

Il presente di lavoro di ricerca ha analizzato il ruolo che hanno le strutture di interazione nell'influenzare l'esito in una *Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy* (ISTDP). Per valutare ciò è stato utilizzato il *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), attraverso il quale è stato possibile individuare le strutture delle sedute analizzate. Rispetto la prima ipotesi, lo studio ha dimostrato che è possibile identificare le strutture di interazione tra paziente e terapeuta anche nelle psicoterapie brevi, utilizzando procedure già consolidate nello studio del processo delle psicoterapie a lungo termine (Jones et al., 1993; Jones & Price, 1998; Pole & Jones, 1998) e nella psicoanalisi (Ablon & Jones, 2005). Ciò si allinea anche con la prospettiva di Flegenheimer (1977) per cui le terapie brevi, inclusa l'ISTDP, sono in grado di suscitare dinamiche interattive significative nella diade già dalle prime sedute. La seconda ipotesi, che prevedeva che gli item identificati come rappresentativi della terapia mostrassero una distribuzione coerente con le caratteristiche dell'ISTDP, è stata

smentita. Non sono infatti emersi aspetti tecnici predominanti che riflettessero il modello teorico della terapia. Questo suggerisce una discrepanza tra la pratica osservata e l'approccio teorico ideale dell'ISTDP. Infine, la terza ipotesi è stata confermata, poiché è emerso chiaramente che la staticità nell'evoluzione delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta, caratterizzate da un pattern di dipendenza e influenzate dal controtransfert della terapeuta, ha rispecchiato l'assenza di un miglioramento effettivo nei sintomi della paziente, che non ha elaborato il suo vissuto di inferiorità e di dipendenza.

I limiti dello studio riguardano principalmente la metodologia adottata. L'approccio single case presenta difficoltà nella generalizzazione dei risultati a popolazioni più ampie (Kennedy, 1979; Roth & Fonagy, 2006). Un altro limite significativo è che la struttura della ricerca per come è formulata non si presta a un'analisi statistica. Le sedute analizzate sono state solo tre, offrendo contenuti significativi della terapia ma comportando, allo stesso tempo, una possibile perdita di informazioni importanti sulle dinamiche della diade paziente-terapeuta.

Un ulteriore limite riguarda l'assenza di un *follow-up*. Considerando quanto emerso dalla terapia, sarebbe stato interessante valutare la paziente in un secondo momento rispetto alla conclusione, al fine di monitorare l'evoluzione dei sintomi presentati.

Per quanto riguarda le prospettive future, innanzitutto questo studio dimostra che è possibile identificare strutture di interazione in una terapia ISTDP. Sarebbe quindi ipotizzabile una ricerca che vada ad analizzare tutte le sedute di una terapia dinamica breve, applicando il PQS e analizzando i risultati attraverso un'analisi statistica completa come la *Time Series Analysis* (Gottman, 1981), frequentemente utilizzata nella ricerca *single-case*. Essa permette di identificare in maniera accurata le relazioni tra gli eventi del processo terapeutico nel lungo tempo, oltre a influenze bidirezionali tra paziente e terapeuta.

Inoltre, è stato evidenziato il ruolo cruciale del controtransfert, soprattutto quando non riconosciuto, nel condizionare significativamente l'andamento della terapia. Sarebbe pertanto utile, in studi futuri, applicare il PQS in combinazione con uno strumento che valuti in maniera precisa sia la tecnica che il controtransfert del terapeuta.

La ricerca in psicoterapia ha visto un costante sviluppo metodologico nel corso degli anni, approfondendo la complessità della relazione terapeutica e le dinamiche soggettive in gioco. L'obiettivo ultimo di questa indagine è quello di affinare le tecniche terapeutiche e, di conseguenza, ottimizzare il benessere dei pazienti, rendendo fondamentale una ricerca continua e aggiornata, per la quale il modello delle strutture d'interazione indubbiamente si adatta.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2), 245–280.
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(3), 211–216.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108.
- Abbass, A., Town, J., Ogrodniczuk, J., Joffres, M., & Lilliengren, P. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy: Effectiveness and Role of “Unlocking the Unconscious”. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 205(6), 453–457.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- Alexander, F. & French T. (1946). *Psychoanalytic Therapy; Principles and Applications*. New York: Ronald Press.
- Asay, T. P., Lambert, M. J., Christensen, E. R., & Beutler, L. E. (1984). A meta-analysis of mental health treatment outcome. *Brigham Young University*. Documento non pubblicato.
- Balestrieri, M., Williams, P., & Wilkinson, G. (1988). Specialist mental health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 18, 711- 717

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *177*(2), 138–143.
- Bauer, G. P., & Kobos, J. C. (1984). Short-term psychodynamic psychotherapy: Reflections on the past and current practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *21*(2), 153–170.
- Beeber, A. R. (2018). A Brief History of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Current Psychiatry Reviews*, *14*(3), 131–140.
- Block, J. (1978). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (lavoro originale pubblicato nel 1961).
- Brent, D. A., & Kolko, D. J. (s.d.). *Psychotherapy: Definitions, Mechanisms of Action, and Relationship to Etiological Models*.
- Colli, A. & Gazzillo, F. 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 (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 677-689). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, *18*(3), 276–285.
- Davanloo, H. (1987). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients. Part I. Restructuring ego's regressive defenses. *Int J Short-Term Psychotherapy* *2*(2), 99-132.
- Davanloo, H. (1987). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients. Part II. Royal road to the dynamic unconscious. *Int J Short Term Psychotherapy* *2*(3),167-85.
- Davanloo, H. (1998). Il terapeuta instancabile. *La tecnica di psicoterapia dinamica breve*. Traduzione di Priscilla Rosi, Milano: Franco Angeli.
- Davison, G. C., & Lazarus, A. A. (1994). Clinical innovation and evaluation: Integrating practice with inquiry. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *1*(2), 157–168.

- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*. (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina
- 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(1), 24–32.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. , Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9,13–28.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version*. Baltimore, Johns Hopkins School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (2000) *Symptom Checklist-90-Revised*. in *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association, 81-84.
- Dewan, M., Weerasekera, P., & Stormon, L. (2010). La psicoterapia psicodinamica breve: aspetti tecnici. In G. O. Gabbard, F. Del Corno, & V. Lingiardi (Eds.), *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (pp. 79-106). Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: A critical review. *The International journal of psycho-analysis*, 76(4), 723.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 456.
- Ferenczi, S., & Rickman, J. (2018). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis* (1a ed.). Routledge.
- Flegenheimer, W. V. (1982). The essential Elements of Brief Psychotherapy. In W. V. Flegenheimer (Eds.), *Tecnhiques 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).

- Flegenhimer, W. V. (1982). The broad-focus short-term dynamic psychotherapy of Davanloo. In W. V. Flegenhimer (Eds.), *Tecnhiques 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. Flegenhimer (Eds.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Fragkiadaki, E., & Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 335-350.
- Garfield, S. L., Prager, R. A., & Bergin, A. E. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 307–313.
- Gaab, J., Blease, C., Locher, C., & Gerger, H. (2016). Go open: A plea for transparency in psychotherapy. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 175–198.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983–991.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823–841.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica: quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Gelo, O. C. G., Auletta, A. F., & Braakmann, D. (2010). Aspetti teorico-metodologici e analisi dei dati nella ricerca in psicoterapia. Parte I: La ricerca sull'esito e la ricerca sul processo dagli anni '50 agli anni '80. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(1).
- Gottman, J. M., & Markman, H. J. (1978). Experimental designs in psychotherapy research. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 23- 62). New York: Wiley
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4–9.

- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2014). Introduction to psychotherapy process research. In O. C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 183-194). Springer.
- Herbert, J. D. (2003). The Science and Practice of Empirically Supported Treatments. *Behavior Modification*, 27(3), 412–430.
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., Pinsker, H., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(4), 261–271.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373–380.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*. Göttingen : Hogrefe .
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bauer, B. A., Ureno, G. and Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 : 885 – 892 .
- Jacobs, T. J. (1986). On Countertransference Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 289–307.
- Jebb, A. T., Tay, L., Wang, W., & Huang, Q. (2015). Time series analysis for psychological research: Examining and forecasting change. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., & Ablon, J. S. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541–568.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 48.

- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(4), 985-1015.
- de Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord*, 64, 217-229.
- Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., & Grünzig, H.-J. (1988). Audio-Recordings of the Psychoanalytic Dialogue: Scientific, Clinical and Ethical Problems. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (A c. Di), *Psychoanalytic Process Research Strategies* (pp. 179–193). Springer Berlin Heidelberg.
- Kächele, H., Albani, C., & Pokorny, D. (2015). From a Psychoanalytic Narrative Case Study to Quantitative Single-Case Research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (A c. Di), *Psychotherapy Research* (pp. 367–379). Springer Vienna
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3–17.
- Kazdin, A. E. (2001). Almost clinically significant ($p < .10$): Current measures may only approach clinical significance. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 455–462.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Levy, K. N., Ehrental, J. C., Yeomans, F. E., & Caligor, E. (2014). The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 377–421.
- 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(1), 2–12.
- Malan, D. H. (A c. Di). (2013). *A Study of Brief Psychotherapy* (0 ed.). Routledge.

- McWilliams, N., & Shedler, J. (2020). Sindromi di personalità - Asse P. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (Eds.), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione* (pp. 15-81). Raffaello Cortina Editore.
- Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 5–22.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. Guilford Press.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 31-49). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Monaghan, T. F., Agudelo, C. W., Rahman, S. N., Wein, A. J., Lazar, J. M., Everaert, K., & Dmochowski, R. R. (2021). Blinding in Clinical Trials: Seeing the Big Picture. *Medicina*, 57(7), 647.
- Nicholson, R. A., & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93(2), 261–278.
- Norcross, J. C. (2001). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-Based Responsiveness*. Oxford University Press.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 3, 343–351.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1312–1321.
- Perry, J. C. (2014) . "Cluster C personality disorders : avoidant, obsessive-compulsive and dependent " . In GABBARD, G.O. (a cura di) , *Gabbard's Treatments o/Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington .
- Piper, W. E., Azim, H. F., McCallum, M., & Joyce, A. S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 475–481. Price, J. L., & Jones, E. E. (1998). Examining the validity of

- psychotherapy process Q-set for characterizing therapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 741-749.
- Pulos, S. M., & Jones, E. E. (1987). A study of differential validity of the Psychotherapy Process Q-Sort. In *Annual Meeting Of The Western Psychological Association, San Diego, CA*.
- Racker, H. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Armando Editore.
- Rank, O. (1924). The Trauma of Birth in Its Importance for Psychoanalytic Therapy. *Psychoanalytic Review*, 11, 241–245.
- Rank, O., & Ferenczi, S. (1925). *The Development of Psychoanalysis*. C. Newton, Trans. New York: Nervous and Mental Diseases Publishing Company.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- Sandler, J. (1981). Countertransference and role-responsiveness. *Classics in psychoanalytic technique*, 273-278.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., & Erdman, H. P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 51–56.
- Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1990). Two-year follow-up of the Sheffield Psychotherapy Project. *British Journal of Psychiatry*, 157, 389–391
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: *A replication and refinement*. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Shean, G. (2014). Limitations of Randomized Control Designs in Psychotherapy Research. *Advances in Psychiatry*, 2014, 1–5.

- Sifneos, P. (1979). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jones' psychotherapy process Q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 194-207.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press: Chicago.
- Thompson, M. G. (1996). Freud's Conception of Neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(1), 25–42.
- Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2015). Psychotherapy Process and Outcome Research. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (A c. Di), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1a ed., pp. 1–7). Wiley.
- Van der Sande, R., van Rooijen, L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., van der Graaf, Y., & van Engeland, H. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide: A randomized controlled intervention study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 35–41.
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18(2), 243–267.
- Wampler, K. S., Riggs, B., & Kimball, T. G. (2004). Observing attachment behavior in couples: The adult attachment behavior q-set (AABQ). *Family process*, 43(3), 315-335.
- Waters, E. (1995). Appendix A: The attachment Q-set (version 3.0). *Monographs of the society for research in child development*, 234-246.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione dellapersonalità con la SWAP–200 [Personality evaluation using SWAP–200]*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag, L., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). *Short-term psychotherapy of personality disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 190-194.

