



UNIVERSITÀ 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

**Controtransfert, alleanza terapeutica e cambiamento nella Intensive
Short-Term Dynamic Psychotherapy: analisi del processo e dell'esito in
una ricerca single-case**

*Countertransference, Therapeutic Alliance, and Change in Intensive Short-Term
Dynamic Psychotherapy: Process-Outcome Analysis in a Single-Case Study*

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Laureanda: Laura Gamanji

Matricola: 2153137

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

CAPITOLO I – INTRODUZIONE	1
1.1 OUTCOME RESEARCH, PROCESS RESEARCH E PROCESS-OUTCOME RESEARCH	2
1.2 LA RICERCA SINGLE-CASE	7
1.3 LA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE	9
1.3.1 <i>Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)</i>	13
1.4 I COSTRUTTI INDAGATI	19
1.4.1 <i>Il controtransfert</i>	19
1.4.2 <i>L'alleanza terapeutica</i>	21
1.5 RAZIONALE DEL LAVORO DI TESI	22
CAPITOLO II – METODO	24
2.1 GLI STRUMENTI	24
2.1.1 <i>Countertransference Behavior Awareness Measure (CBAM)</i>	24
2.1.2 <i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>	26
2.1.3 <i>Session Evaluation Questionnaire (SEQ)</i>	27
2.1.4 <i>Session Evaluation Scale (SES)</i>	29
2.1.5 <i>Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)</i>	30
2.1.6 <i>Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32)</i>	32
2.2 IL MATERIALE	34
2.2.1 <i>Il caso clinico</i>	35
2.3 LA PROCEDURA	39
2.4 IPOTESI DEL LAVORO DI RICERCA	41
CAPITOLO III – RISULTATI DELLA RICERCA	44
3.1 ANALISI DELL'OUTCOME	44
3.1.1 <i>Risultati SCL-90-R</i>	44
3.1.2 <i>Risultati IIP-32</i>	47
3.2 ANALISI DEL PROCESSO	49
3.2.1 <i>Risultati CBAM</i>	49
3.2.2 <i>Risultati WAI</i>	51
3.2.3 <i>Risultati SEQ</i>	53

3.2.4 Risultati SES	55
CAPITOLO IV – DISCUSSIONE	57
4.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	57
4.2 CONCLUSIONI	68
BIBLIOGRAFIA	71

CAPITOLO I

Introduzione

La psicoterapia funziona. Il punto di partenza di questa ricerca è la consapevolezza che la psicoterapia è un metodo di cura efficace (Dazzi et al., 2006). Questo studio si propone di spiegare “come”.

Un percorso di psicoterapia può essere paragonato a un viaggio in cui ogni viaggiatore porta con sé il proprio bagaglio personale di caratteristiche, esperienze e conoscenze. La ricerca in psicoterapia analizza ogni aspetto di questo percorso, concentrandosi sui mezzi, sulle distanze, sui tempi e sui costi per intraprenderlo. I metodi e gli strumenti che la ricerca segue sono molteplici e dipendono dal focus dell'indagine (Dazzi et al., 2006).

Fin dagli albori della psicoterapia, la ricerca in questo settore si è dovuta confrontare da una parte con lo scetticismo di coloro che mettevano in dubbio la fattibilità di studiare con oggettività l'esperienza soggettiva dell'incontro tra due persone e dall'altra con una comunità scientifica esigente rispetto agli standard empirici vigenti. Per rispondere a queste richieste, i ricercatori cercarono di traghettare la psicoterapia nel mondo delle *hard science*, in modo da salvaguardare un patrimonio clinico che sarebbe altrimenti rimasto privo di attendibilità. Il grande valore del loro lavoro fu proprio quello di provare che la psicoterapia fosse un trattamento efficace per i disturbi mentali e della personalità (Dazzi et al., 2006). Tuttavia, se da una parte riuscirono ad elevare l'oggetto di studio alla discussione scientifica, uno dei limiti delle prime ricerche è stato quello di adottare un modello medico di verifica degli esiti, che ha lasciato in sospeso gli interrogativi mossi dalla pratica clinica quotidiana. Privilegiando la correttezza statistico-metodologica si arrivava alla scoperta di concetti già noti, mentre privilegiando la complessità della realtà clinica si perdeva la scientificità del metodo (Dazzi et al., 2006). Ad esempio, i classici studi clinici controllati randomizzati (*Randomized Clinical Trials*, RCT), derivati dal modello medico dei trattamenti supportati empiricamente (*Empirically Supported Treatments*, EST), sono utili per valutare l'efficacia comparata degli approcci di psicoterapia, ma comprendono anche dei rischi. Gli elevati standard di pulizia metodologica impongono di adattare i contesti clinici a quelli di laboratorio in cui si possano semplificare i soggetti dello scambio (pazienti e terapeuti), riducendoli a recipienti passivi del processo di cura (Migone, 2006). Tutt'oggi la critica rivolta agli

RCT ha come punti l'elevato grado di selezione dei pazienti e la standardizzazione degli interventi terapeutici a discapito della ricchezza della realtà clinica (Gabbard & Madeddu, 2015b). Il cuore del dibattito della ricerca riguarda proprio la difficile esportabilità dei risultati alla clinica: infatti, più un'analisi rispetta rigorosi standard scientifici, più si allontana dalla realtà clinica, rendendo la ricerca fittizia e poco rappresentativa (Migone, 2006). Ribadendo l'importanza dei risultati conquistati attraverso l'indagine empirica, i limiti delle prime ricerche hanno spinto i ricercatori ad elaborare metodi di analisi dei dati più adatti alla specificità clinica (Dazzi et al., 2006). Nel corso degli anni, è avvenuto un passaggio dalla ricerca sugli strumenti e i metodi a quella sui concetti, ovvero su quei costrutti teorici che esistevano nella consapevolezza e nella pratica, ma che non erano ancora empiricamente definiti ed indagati (Dazzi, 2006). Il bisogno di valorizzare la peculiarità dell'incontro clinico ci porta a considerare la stessa definizione di psicoterapia, che ci parla di un incontro umano tra due soggetti che mettono sul tavolo il proprio mondo interiore, spesso in modo inconsapevole, celato e non direttamente manipolabile (Orlinsky, 2009).

Come evidenziato dai numerosi ostacoli sopra esposti, rispondere alla domanda di partenza, ovvero "come funziona la psicoterapia?", esige lo sforzo di addentrarsi in un campo d'indagine complesso. Le vie per districarlo sono molteplici e si intrecciano con ulteriori quesiti: la psicoterapia è più efficace di altri metodi nella cura dei disturbi psicologici? Quali cambiamenti permette di ottenere? Quale approccio psicoterapeutico funziona meglio? Come si modifica il paziente e che cosa fanno paziente e terapeuta per raggiungere un cambiamento?

I filoni di ricerca che si occupano di queste domande sono l'*outcome research* e la *process research* (Dazzi, 2006).

1.1 Outcome research, process research e process-outcome research

Il primo obiettivo delle nascenti ricerche in psicoterapia, condotte tra il 1950 e il 1970, era provare che la psicoterapia fosse un metodo efficace per la cura della sofferenza psicologica. In particolare, si voleva dimostrare che il miglioramento a seguito di un percorso di psicoterapia non fosse dovuto al semplice trascorrere del tempo o alla

remissione spontanea, come sostenuto provocatoriamente da Eysenck (1952) (Migone, 2006).

L'*outcome research* è il filone di ricerca che si occupò degli esiti della psicoterapia con lo scopo di eleggere la psicoterapia a metodo di cura scientifica. Tuttavia, bisognerà aspettare il lodevole lavoro di meta-analisi di Smith et al. (1980) e Shapiro e Shapiro (1982) per avere una risposta definitiva. L'analisi di 597 studi controllati diede risultati promettenti: in alcuni gruppi di controllo non trattati si notava una remissione spontanea e in altri trattati con placebo addirittura dei miglioramenti. Tuttavia, la prova inconfutabile risiedeva nel tasso di successo ottenuto con la somministrazione di psicoterapie formalizzate, in gran misura superiore rispetto a quello risultante dai gruppi di controllo e dai placebo (Migone, 2006). Ulteriori ricerche hanno confermato questi risultati, provando come gli esiti della psicoterapia non fossero riconducibili all'effetto placebo e che, sorprendentemente, il trattamento psicologico potesse essere più efficace dei farmaci per specifici tipi di disturbi. Grissom (1996) calcolò un indice di probabilità della superiorità di successo dell'*outcome* della psicoterapia rispetto a condizioni di "non psicoterapia": tale percentuale fu pari al 70% nel confronto con il gruppo di controllo e al 66% nei gruppi sottoposti ad effetto placebo (Dazzi, 2006; Grissom, 1996).

Tuttavia, si comprese ben presto che rispetto alla ricerca farmacologica la situazione sperimentale della psicoterapia mostrasse alcune diversità. La principale era che non si potesse concretamente effettuare ricerche in "doppio cieco" attraverso il placebo, in quanto il trattamento placebo avrebbe potuto essere esso stesso una forma di agente di cura. Ciò che avveniva era in realtà il confronto tra due tipologie diverse di intervento psicologico, di cui uno meno formalizzato. Ci si rese conto che non solo era complicato isolare la situazione emotiva che si creava nell'interazione umana, ma anche identificare quale fosse l'esatto agente terapeutico da manipolare (Migone, 2006).

Dopo aver dimostrato l'efficacia generale della psicoterapia, la ricerca sull'*outcome* portò l'attenzione al problema dell'efficacia comparata rispetto ai diversi approcci psicoterapeutici. Le evidenze empiriche fallirono nel dimostrare la superiorità di una tecnica d'intervento rispetto all'altra, rendendo complesso il compito di identificare quali fossero i fattori che concretamente portassero agli esiti positivi della psicoterapia (Dazzi, 2006). La diatriba si apriva tra i sostenitori dei fattori specifici e quelli dei fattori aspecifici. I primi credevano che il cambiamento in terapia derivasse dall'impiego di

tecniche psicoterapeutiche precise (dimostrando di conseguenza la prevalenza di una scuola di pensiero sull'altra); i secondi attribuivano il successo della psicoterapia a fattori puramente "umani" e trasversali al tipo di approccio utilizzato, come età, esperienza clinica, gravità dei sintomi, qualità della relazione, empatia ed alleanza terapeutica. I fattori aspecifici furono categorizzati da Lambert (2004) in tre gruppi: 1) fattori supportivi (relazionali); 2) fattori di apprendimento (ad esempio insight, esperienza emotiva correttiva); 3) fattori di azione (ad esempio abilità cognitive, esame di realtà, regolazione). Ad oggi, gli elementi della relazione terapeutica sono quelli la cui efficacia è stata maggiormente dimostrata (Dazzi, 2006; Lambert, 2004).

In sintesi, le ricerche dimostrano che i fattori aspecifici contribuiscono in modo più rilevante rispetto ai fattori specifici. Ai tempi della ricerca sull'*outcome*, questi risultati misero a dura prova la legittimità dei vari orientamenti psicoterapeutici.

Il "principio dell'equivalenza" fu il compromesso da accettare per poter riconoscere l'efficacia della psicoterapia preservando la credibilità delle varie scuole. L'implicito accoglieva la validità di tutti gli approcci, poiché sebbene avessero basi teoriche e pratiche differenti, effettivamente si equivalevano nei risultati (Dazzi, 2006). Già nel 1936 Rosenzweig aveva supposto che i fattori comuni dei vari metodi di psicoterapia fossero così pervasivi da ridurre le disparità di esito nel confronto tra esse (Luborsky et al., 2002). In seguito, nel 1975 l'analisi comparata di Luborsky, Singer e Luborsky su 100 ricerche sul trattamento confermò l'ipotesi dell'equivalenza (Luborsky et al., 1975; Luborsky et al., 2002). Ne conseguirono due considerazioni: la prima riguardava i limiti implicati nel metodo di verifica adoperato dalla ricerca sull'*outcome* (Migone, 2006); la seconda riguardava la rinnovata importanza attribuita ai fattori del processo (Dazzi, 2006).

La seconda fase della ricerca dominò dal 1960 al 1980 con lo scopo di svelare proprio il paradosso dell'equivalenza. Nel 1968, la fondazione della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) scandì l'affermarsi di questo nuovo sistema di indagine sui processi. L'associazione di ricerca divenne il punto di riferimento per la condivisione dei risultati e la comunicazione tra ricercatori, diventando una sorta di "università invisibile" (Strupp & Howard, 1992, p. 323, citato in Migone, 2006) e promuovendo la diffusione di importanti riviste di ricerca in psicoterapia, come *Psychotherapy Research* e *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Migone, 2006).

La ricerca sul processo intendeva descrivere e quantificare ciò che avveniva tra le mura della stanza terapeutica. Fu il periodo dei grandi manuali di psicoterapia e della pubblicazione degli strumenti di valutazione del processo. I manuali erano necessari per selezionare i principi delle tecniche psicoterapeutiche da indagare, per fornire esempi concreti di ciascun principio tecnico, a garanzia del grado con cui il campione estrapolato dalla terapia rientrasse in quella tecnica (Migone, 2006).

Lo studio ventennale della *Menninger Foundation* dedicato ai processi della psicoterapia a lungo termine, l'analisi del *follow-up* a distanza di trent'anni di Wallerstein (1986) e il *Temple Study* (Sloane et al., 1975), che pose a confronto la terapia comportamentale e quella psicodinamica, sono alcuni degli esempi delle prime grandi ricerche condotte sotto il paradigma dell'analisi del processo (Migone, 2006).

Il grande merito di questa fase fu comprendere che la ricerca sull'efficacia comparata dovesse partire innanzitutto dalla definizione dei singoli processi psicoterapici; il limite degli studi sul processo fu invece di fornire una fotografia cristallizzata dello stesso, senza argomentare il rapporto di causalità rispetto all'*outcome* (Dazzi, 2006).

Ne conseguì che per dimostrare empiricamente l'efficacia di una tipologia di trattamento psicoterapeutico era necessario collegare uno specifico processo all'*outcome* (Dazzi, 2006), intuizione da cui nacque la ricerca *process-outcome*, tesa a collegare i micro e i macroprocessi della seduta e l'esito della seduta stessa. Il focus di questa metodologia di ricerca può essere sull'intero incontro o può concentrarsi sui singoli scambi, analizzati momento per momento. Orlinsky concettualizzò nove livelli di analisi, in un continuum che partiva dalla valutazione dei microprocessi fino ad arrivare a periodi interi di trattamento e alle valutazioni di *follow-up* (Dazzi, 2006; Orlinsky et al., 2004).

Per sistematizzare la vasta letteratura nascente nell'ambito della ricerca *process-outcome*, Orlinsky ha introdotto anche un "modello generico di psicoterapia" (Orlinsky & Howard, 1987) per poter leggere in chiave comune anche le ricerche apparentemente distanti. Il processo terapeutico venne formalmente distinto in sei dimensioni: gli aspetti contrattuali, le tecniche impiegate, il legame nella coppia terapeutica, il grado di riflessione intrapsichica che ognuno dei membri della diade ha della relazione interpersonale costruita nella stanza di terapia, l'impatto sulla seduta di tutti i fattori precedenti e i pattern che si ripetono nel processo terapeutico (Dazzi, 2006).

La fase moderna (o terza fase) della ricerca *process-outcome* prese piede negli anni '70 e si caratterizzò, rispetto alle precedenti, sia per l'intensificazione degli studi sui microprocessi terapeutici (Migone, 2006) sia per l'introduzione di metodi tecnologici di audioregistrazione e di trascrizione del materiale clinico (Dazzi, 2006).

Nel 1968, Luborsky avviò il *Penn Psychotherapy Project* (un corposo progetto terminato vent'anni dopo la sua inaugurazione) con lo scopo di esaminare 64 psicoterapie psicodinamiche interamente audioregistrate. I risultati culminarono nell'individuazione di sei fattori cardine della terapia psicodinamica (Luborsky, 1992): 1) l'alleanza terapeutica; 2) la comprensione da parte del terapeuta del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT, ovvero il Tema Relazionale Conflittuale Centrale) del paziente, vale a dire una misura operazionalizzata del transfert; 3) l'abilità del terapeuta nell'interpretare il CCRT; 4) la capacità di insight da parte del paziente; 5) la capacità del paziente di interiorizzare ciò che è accaduto in terapia, anche dopo la sua conclusione; 6) la "scala salute-malattia", secondo cui più i pazienti sono funzionali più trarranno vantaggio dalla terapia (Migone, 2006).

Fino al giorno d'oggi, i risultati di questi studi sono riusciti ad abbattere molti pregiudizi sulla psicoterapia e a conciliare ricerche e ricercatori sull'analisi dei fattori trasversali a tutti i tipi di terapia. Poiché gli estremismi conducono sempre a focalizzare l'attenzione e dimenticare parti potenzialmente importanti dei fenomeni, approfondire l'influenza reciproca dei fattori specifici (tecnici) e aspecifici (relazionali) potrebbe fornire un quadro più affidabile e realistico di ciò che realmente accade nel corso di un percorso di psicoterapia (Dazzi, 2006).

Secondo Di Nuovo et al. (1998), negli ultimi anni si sta diffondendo un clima di insoddisfazione rispetto alla ricerca in psicoterapia (Migone, 2006). Il propagarsi di un "contesto di verifica" di studi condotti sotto pressioni esterne (economiche e politiche) ha impoverito il "contesto di scoperta" che caratterizza le teorie, le intuizioni e le scoperte cliniche che avvengono sul campo (Orlinsky & Russell, 1994). La necessità imposta dai classici paradigmi di ricerca di manipolare variabili come la selezione di pazienti e dei terapeuti, la durata prefissata della terapia e la manualizzazione degli interventi hanno spinto la scienza ad adottare una visione riduzionista rispetto alla psicoterapia, con la conseguenza di escludere dalla sua attenzione tradizioni terapeutiche, come quelle

psicodinamiche, la cui efficacia non è ancora stata adeguatamente dimostrata secondo i canoni dei trattamenti supportati empiricamente (Migone, 2006).

A questo proposito, Westen et al. (2004) suggeriscono di implementare gli EST, percorrendo sia la via della ricerca sperimentale (*top-down*, tipica degli EST) sia quella correlazionale (*bottom-up*, partendo dall'osservazione e quantificazione del lavoro clinico) (Migone, 2006). In sintesi: “a volte la ricerca dovrebbe guidare la pratica clinica, a volte la pratica clinica dovrebbe guidare la ricerca” (Migone, 2006, p. 42).

Ad oggi, la replicabilità e la rilevanza clinica dei risultati vantati dalla ricerca fanno pensare di poter far accedere la psicoterapia allo stato di “scienza normale” a cui si riferiva Kuhn nel 1962 e a cui ambivano i primi ricercatori di questo settore (Migone, 2006).

1.2 La ricerca single-case

Tra i filoni di ricerca in psicoterapia, quello contemporaneo riceve il testimone dalla generazione di ricercatori che si sono occupati separatamente del processo e dell'esito. Lo stadio più moderno della ricerca, che arriva fino ai giorni nostri, nasce proprio con l'introduzione di strumenti più sofisticati, come le trascrizioni delle audioregistrazioni (Lingiardi, 2006). La tecnologia ha semplificato la graduale raccolta di un corpus di casi clinici su cui è stato possibile compiere un'analisi più approfondita circa i processi di cambiamento strutturale e di personalità (Lingiardi, 2006).

Il resoconto clinico è stato per lungo tempo il metodo di ricerca elettivo in psicoterapia, anche se in seguito ci si è resi conto che fosse limitato da alcuni fattori, tra cui i criteri di soggettività e attendibilità del resoconto fornito dal terapeuta, la tendenza a generalizzare i risultati dei singoli casi e l'esclusione di eventuali variabili extra-terapeutiche potenzialmente incisive nel processo. Nonostante ciò, il resoconto clinico preserva tutt'oggi l'inestimabile ricchezza dei lavori di grandi maestri della psicoanalisi come Freud, Ferenczi e Adler, e da sempre ha aiutato la costruzione di teorie affascinanti, anche se, proprio in virtù dell'interesse globale verso la materia della psicoterapia, necessitava di metodi di studio più validi e affidabili da un punto di vista scientifico (Lingiardi, 2006). Il cambiamento paradigmatico è avvenuto quando è stato possibile sostituire il resoconto clinico con il registratore, in modo da istituire vere e proprie banche di dati rispetto a ciò che effettivamente accade tra le pareti della stanza terapeutica.

La ricerca *single-case* si è distinta a gran voce come metodo più adatto alla sostituzione dei “classici” resoconti clinici, valorizzando l’incontro clinico e permettendo di verificare ipotesi cliniche sul singolo caso e metodi di ricerca sul processo terapeutico (Lingiardi, 2006). La ricerca sul caso singolo può adoperare diversi metodi di indagine, ma per definizione la sua peculiarità è di occuparsi di un’unità di osservazione che non sia ulteriormente scomponibile (Lingiardi, 2006; Yin, 1994). Tali osservazioni si concentrano su un singolo soggetto e le misurazioni sono finalizzate a valutare la consistenza e la qualità dei cambiamenti ottenuti in un intervallo di tempo preciso. Le osservazioni possono essere replicate attraverso strumenti affidabili e la situazione psicoterapeutica (immortalata dalle trascrizioni di registrazioni) può essere valutata più approfonditamente in ogni suo aspetto.

Malgrado una critica volta alla ricerca *single-case* riguardi la scarsa generalizzabilità dei suoi risultati, i sostenitori dell’approccio *single-case* hanno controbattuto questa posizione, suggerendo che proprio l’ultraspecificazione della popolazione all’interno di uno studio intensivo renderebbe i risultati generalizzabili a una popolazione statistica specifica (Chassan, 1979; Lingiardi, 2006). Infatti, l’accumulo di “gruppi” di casi singoli ha un grande valore informativo e si rivela utile anche per convalidare ipotesi cliniche generali (Lingiardi, 2006). Altri limiti relativi al metodo di ricerca *single-case* sono la difficoltà a svolgere un’interpretazione dei risultati comparata ad altri trattamenti e il notevole livello di selezione dei pazienti a causa di un’assegnazione non casuale (Lingiardi, 2006; Roth & Fonagy, 2004).

Poiché gli approcci empirici ricercano il compromesso tra validità esterna e validità interna, gli studi *single-case* si collocano a metà via tra l’aderenza al rigore scientifico e la fedeltà alla realtà dell’incontro clinico. Se gli RCT sono indicati per la ricerca sui trattamenti da inserire negli EST (durata breve e prefissata, terapie standardizzate, riduzione della sintomatologia come unico indicatore di cambiamento, approccio sequenziale ai sintomi, esclusione di pazienti con comorbidità e disturbi di personalità), i disegni *single-case* sono parte delle *Empirically Supported Relationships* (ESR), che tengono conto di contributi aspecifici, come l’alleanza terapeutica, anche in trattamenti più lunghi e complessi (Lingiardi, 2006).

I disegni *single-case* danno l’opportunità di riflettere sul perché un intervento sia efficace e sulla causalità, e per questo motivo risultano essere il metodo più adatto alla ricerca sul

process-outcome. Si collocano dunque a metà tra la clinica e la ricerca, consentendo di considerare sia le dimensioni qualitative che quantitative della terapia. L'indagine qualitativa si basa sul descrivere le categorie oggetto di studio, mentre l'indagine quantitativa si concentra sul tentativo di stabilire una relazione tra due o più variabili, basandosi sulla co-occorrenza delle stesse invece che sulla manipolazione sperimentale (Lingiardi, 2006). Esistono diverse tipologie di analisi quantitative, tra cui l'analisi delle serie temporali, che si svolge effettuando misurazioni ad intervalli più o meno uguali in diversi momenti del trattamento. Per questa sua caratteristica permette di studiare i fenomeni contingenti rispetto alla loro posizione, scegliendo un numero di osservazioni basandosi sulla supposizione che l'oggetto di indagine sia presente in tutta la serie temporale considerata e, in particolare, nelle unità di analisi adottate (ad esempio le singole sedute o le settimane di trattamento) (Fonagy & Moran, 1993; Lingiardi, 2006). La replica per segmentazione è una seconda tipologia di analisi quantitativa, che prevede il campionamento del materiale testuale suddiviso in episodi/eventi, la scelta di alcuni segmenti in base al contenuto, l'identificazione di una specifica dimensione da misurare in relazione agli eventi ripetuti e la formulazione di un'ipotesi circa la loro co-occorrenza (Lingiardi, 2006; Luborsky, 1967).

1.3 La psicoterapia dinamica breve

Al giorno d'oggi, molte ricerche prendono in considerazione prevalentemente psicoterapie di stampo non psicodinamico, nonostante ne sia già stata dimostrata l'efficacia. Infatti, le evidenze empiriche suggeriscono che i risultati ottenuti con la psicoterapia psicodinamica siano paragonabili a quelli raggiunti con altri trattamenti considerati *evidence-based* (Shedler, 2010), oltre all'osservazione del fatto che i processi di rielaborazione e riflessione attivati dalla terapia psicodinamica producano miglioramenti anche dopo la sua conclusione, con effetti più duraturi nel tempo (Gabbard & Madeddu, 2015b). Non a caso, la definizione di psicoterapia proposta da Orlinsky (2009) ingloba sia gli eventi interni strettamente inerenti al processo terapeutico sia quelli relativi al contesto esterno, come i pensieri, i ricordi, i sentimenti e le azioni del paziente verso il terapeuta e verso la terapia nel tempo che separa le singole sessioni del percorso psicoterapeutico.

Il modello di ricerca *process-outcome* su un *single-case* si delinea come metodo più adatto ad un'indagine su un trattamento la cui riuscita dipende dalla “buona relazione umana” (Osimo, 2001, p. 13). Osimo (2001) ricorda che ciò che caratterizza prevalentemente l'orientamento psicodinamico è l'attenzione alla relazione. Infatti, il rapporto paziente-terapeuta, l'insight, l'uso di sogni, fantasie e associazioni e le manifestazioni del transfert sono tutti elementi comuni delle terapie dinamiche. Nel confronto tra trattamenti psicodinamici a lungo e breve termine, la differenza risiede nel tempo dedicato a ciascun fattore e nel grado di intensità con cui si approfondiscono le associazioni del paziente (Bauer & Kobos, 1984).

La terapia psicodinamica breve ha preso formalmente vita negli anni '70 e fonda le sue origini nella tradizione psicoanalitica, in particolare nel modello pulsionale strutturale freudiano (Dewan et al., 2010). Pur non occupandosene direttamente, Freud stesso aveva ipotizzato l'efficacia di forme più brevi di intervento psicodinamico, sottolineando come la lunghezza della terapia fosse da ricollegarsi alla passività del terapeuta (Bauer & Kobos, 1984). Ad oggi, per definizione consideriamo psicoterapie brevi quelle con una durata inferiore ai 6 mesi o, in alternativa, che contano un numero di sedute inferiore a 24 (Dewan et al., 2010). Ulteriori teorici psicoanalitici contribuirono in diversa misura alla formulazione psicodinamica breve, motivati dall'intento di realizzare un trattamento efficiente in termini di tempo e denaro, che stimolasse la partecipazione e la motivazione del paziente e che permettesse di affrontare un problema più circoscritto (Flegenheimer, 1982a).

Sandor Ferenczi (1920) fu il primo ad introdurre il metodo della tecnica attiva, con cui mirava ad intensificare l'esperienza emotiva del paziente e a mobilitarne i contenuti inconsci, con lo scopo di ridurre le resistenze del paziente e accorciare i tempi dell'analisi. Siccome queste modalità potevano essere tollerate solo da un certo tipo di pazienti e in certi momenti della terapia, secondo Ferenczi la tecnica doveva adattarsi alle necessità del caso, anticipando la così detta flessibilità della tecnica (Bauer & Kobos, 1984).

A seguire, Rank portò l'attenzione sul concetto di trauma generativo (con cui intendeva il trauma della nascita) e gettò le basi per gli studi sull'infanzia e sullo sviluppo pre-edipico. Collegandosi al trauma generativo, analizzò il tema della separazione anche nel setting terapeutico, riprendendo l'idea di tecnica flessibile ed evidenziando l'importanza del limite temporale della terapia. Nel 1925 Rank e Ferenczi pubblicarono una revisione

critica del processo analitico, enfatizzando come l'approccio psicoterapeutico dovesse focalizzarsi anche sulle questioni di vita corrente e sul valore effettivo dell'esperienza relazionale. Pertanto, per questi autori lo strumento fondamentale del terapeuta era la lettura dei pattern disfunzionali reiterati nel setting terapeutico (Bauer & Kobos, 1984). Se Ferenczi aveva in un qualche modo anticipato il concetto di flessibilità della tecnica, fu Alexander che lo definì in modo rigoroso. Alexander & French (1946) portarono grande attenzione all'esperienza emotiva correttiva, intesa come ripetizione, sotto condizioni più favorevoli, di situazioni emotive e relazionali passate. L'esperienza correttiva aveva luogo proprio per la differente risposta da parte del terapeuta, che il paziente avrebbe, in origine, desiderato ricevere dal genitore. Per riuscire nell'intento, suggerirono che il terapeuta dovesse sviluppare una precoce comprensione delle dinamiche del paziente e della sua anamnesi, rimanendo sempre emotivamente presente nell'atmosfera interpersonale (Bauer & Kobos, 1984).

Questi teorici possono essere considerati i pionieri delle moderne psicoterapie dinamiche brevi a cui sono succeduti, sistematizzando la tecnica, autori come Malan, Sifneos e Davanloo (Dewan et al., 2010).

Malan e Balint promossero l'approccio dell'*Intensive Brief Psychotherapy* (IBP) (Bauer & Kobos, 1984). I contenuti del loro lavoro riguardavano i criteri di selezione dei pazienti, la tecnica attiva, il focus e la durata limitata della terapia. L'attenta valutazione psicodinamica dei pazienti era finalizzata ad elaborare un piano terapeutico centrale, costruito sulla storia psichiatrica del paziente, sulle sue abilità emotive e sull'interazione paziente-terapeuta. Per quanto riguarda l'ultimo punto, Malan ricorreva all'utilizzo di interpretazioni precoci per testare ipotesi circa il funzionamento del paziente, intensificare il rapporto e ridurre le resistenze. Pertanto, pazienti psicotici o con sintomi di grave depressione, con difese rigide e scarsa motivazione erano esclusi dal trattamento con IBP (Malan, 1963). L'identificazione di un focus preciso, inteso come target del trattamento, stimolava la motivazione del paziente ed eludeva il problema della passività del terapeuta, poiché seguire il focus avrebbe garantito di stabilire obiettivi realistici e da perseguire con compartecipazione (Bauer & Kobos, 1984; Malan, 1963). Poiché la terapia permetteva di esperire nuovamente il conflitto emotivo rimosso, le interpretazioni, tecnica immancabile del trattamento, potevano riferirsi a contenuti profondi, ma solo se collegati all'area del conflitto relazionale (Bauer & Kobos, 1984).

Nello stesso periodo, Sifneos diede vita alla *Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy* (STAPP), ovvero una terapia breve basata su conflitti edipici e rivolta esclusivamente ad un gruppo di pazienti con un livello di funzionamento particolarmente elevato. Il paziente selezionato possedeva la capacità di circoscrivere un focus del problema, la capacità di mantenere relazioni significative, la flessibilità durante il colloquio ed intelligenza e motivazione adeguate. Il focus era limitato ad un singolo conflitto, necessariamente di tipo edipico/genitale, ovvero concernente i temi della separazione e della perdita. Come suggerisce il nome, la STAPP prevedeva l'utilizzo di interventi espressivi finalizzati alla confrontazione con il paziente e all'interpretazione precoce del transfert. Guidare in modo attivo la seduta consentiva sia la rapida formazione di un'alleanza terapeutica sia l'evitamento di materiale più primitivo (Bauer & Kobos, 1984).

Ciascun approccio definì una tecnica peculiare, anche se è possibile osservare dei fattori comuni ai vari tipi di psicodinamica breve:

- 1) Tecnica attiva: l'utilizzo della tecnica attiva è finalizzato alla prevenzione della nevrosi di transfert (Dewan et al., 2010). Sia il transfert positivo sia quello negativo vengono interpretati in relazione all'area del focus per evidenziare i meccanismi di difesa tipici del paziente. Inoltre, si è dimostrato come l'interpretazione precoce del transfert stimoli la motivazione al cambiamento nel paziente (Flegenheimer, 1982a);
- 2) Relazioni oggettuali adeguate: la disponibilità di un numero minore di incontri determina la necessità di sviluppare l'alleanza di lavoro rapidamente e ciò richiede la capacità di instaurare relazioni durature (Flegenheimer, 1982a);
- 3) Focus su un problema circoscritto: la capacità di circoscrivere un solo problema è tipico dei pazienti a più alto funzionamento. Se i disturbi sono troppo diffusi, il trattamento breve è sconsigliato, di conseguenza solo i pazienti meno gravi potranno giovare di una terapia psicodinamica breve (Dewan et al., 2010). La capacità stessa di definire un accordo comune sul focus è un fattore predittivo della motivazione al trattamento (Bauer & Kobos, 1984).

Infine, la riflessione sull'applicabilità dei trattamenti brevi sembra incontrare le esigenze del mondo contemporaneo: ritmi frenetici, cambiamenti repentini, mancanza di tempo e

diffusione dei disturbi mentali rendono saliente la necessità di un trattamento che si adegui alle risorse dei pazienti e sia sempre più accessibile. Il trattamento psicodinamico breve risponde a queste richieste. In sintesi, ha senso ricordare il detto, attribuito a Freud, secondo cui “il paziente ha, in un qualche modo, sempre ragione” e deve, in questo senso, essere coinvolto nella scelta e nella progettazione del proprio piano terapeutico (Dewan et al., 2010, p. 124).

Mi concentrerò ora su una descrizione più approfondita dell'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP), ovvero l'approccio indagato nella presente ricerca ed il cui principale esponente è Davanloo.

1.3.1 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

Habib Davanloo è l'autore che ha concettualizzato la ISTDP, una forma di psicoterapia dinamica breve caratterizzata dall'attività del terapeuta, dalla confrontazione sulle difese e dalla stimolazione di materiale emotivo inconscio (Abbass et al., 2012).

Nel 1960 Davanloo iniziò i suoi studi presso il *Montreal General Hospital* in Canada sollecitato dagli scarsi risultati ottenuti su pazienti psichiatrici ambulatoriali con la psicoterapia dinamica a lungo termine (Bauer & Kobos, 1984). L'idea di accorciare la durata del trattamento fu supportata da altri studi, come la ricerca sulle percentuali di abbandono del trattamento in un centro psichiatrico pubblico di Sledge et al. (1990). I risultati provarono che stabilire la durata precisa di un percorso psicoterapico riducesse significativamente il tasso di interruzione (Gabbard & Madeddu, 2015b; Sledge et al., 1990).

Gli studi di Davanloo prevedevano l'utilizzo estensivo delle videoregistrazioni dei trattamenti svolti sui pazienti, su cui osservava gli effetti dei propri interventi, non limitandosi a raccogliere i dati delle proprie osservazioni, ma condividendo il materiale con i pazienti in modo che loro stessi potessero dare un riscontro sulla seduta. In questo modo, centralizzò l'apprendimento e lo sviluppo della tecnica su studi sul singolo caso, che venivano studiati momento per momento (Abbass et al., 2012). L'uso della tecnologia nell'insegnamento, nei casi clinici e nella supervisione fu una vera e propria rivoluzione per l'apprendimento delle dinamiche comunicative verbali e non (Rocco, Calvo, et al., 2021).

I principi cardine dell'ISTDP sono i principi psicoanalitici come la liberazione delle emozioni represses e mobilitazione dell'inconscio attraverso l'interpretazione della resistenza, l'attenzione al transfert e alla ripetizione nelle relazioni passate e correnti (Bauer & Kobos, 1984; Davanloo, 1978).

Come nelle altre forme di trattamento dinamico breve, anche nella ISTDP Davanloo descrisse dei criteri di selezione dei pazienti sulla base di valutazioni applicabili già al primo colloquio (Flegenheimer, 1982b):

- 1) Qualità delle relazioni oggettuali: la capacità di creare dei buoni rapporti umani è correlata con la capacità di costruire un buon rapporto terapeutico;
- 2) Capacità di funzionamento affettivo dell'Io: si analizza la capacità del paziente di provare un affetto specifico, notando come egli sia in grado di tollerarlo o come se ne difenda. Sono particolarmente oggetto d'interesse l'ansia, la colpa, la depressione e la rabbia;
- 3) Motivazione conscia e inconscia al trattamento: Davanloo ha evidenziato come le interpretazioni del terapeuta abbiano un effetto diretto sulla motivazione del paziente, costituendo un effetto pronostico favorevole;
- 4) Mentalità psicologica: si approfondiscono le risorse del paziente e la capacità di pensare in termini psicologici ai propri vissuti emotivi e alle proprie esperienze;
- 5) Risposta alle interpretazioni: è fondamentale che il paziente dia una risposta completa alle interpretazioni, sia di tipo cognitivo che emotivo;
- 6) Intelligenza: si valuta quanto l'intelligenza sia inibita dai sintomi o dagli interventi espressivi del terapeuta;
- 7) Flessibilità nell'uso delle difese: si analizza l'oscillazione del funzionamento difensivo del paziente, con particolare attenzione alla proiezione, al diniego e all'acting out. La comparsa transitoria di difese primitive e rigide non è un criterio di esclusione per questo tipo di terapia, ma lo è se il loro utilizzo è pervasivo (Flegenheimer, 1982b).

Più in generale, il trattamento con ISTDP è controindicato per pazienti con scompenso psicotico, con sintomi paranoici, discontrollo degli impulsi e con una storia di serie manifestazioni anticonservative (Bauer & Kobos, 1984).

Un'altra innovazione introdotta con la ISTDP è l'applicazione di una terapia di prova, in cui oltre a raccogliere informazioni anamnestiche e diagnostiche è fondamentale stabilire se il paziente riuscirà a sostenere l'attivazione emotiva dovuta alla mobilitazione del materiale inconscio da parte del terapeuta. Il primo incontro può durare una o più ore e si focalizza sul rapido sviluppo dell'alleanza in modo da rendere il disturbo egodistonico (Dewan et al., 2010). Questo fa sì che nella seduta di prova si utilizzi la stessa tecnica dell'intera fase iniziale di trattamento, nella quale il terapeuta cerca in modo persistente, ma gentile, di attivare le difese nevrotiche del paziente, prestando attenzione alle sue risposte. La tecnica prevista è quella di investigare sui sentimenti inespressi del paziente, più che interpretarli, utilizzando una ferma confrontazione di fronte all'evitamento o alle risposte vaghe del paziente. La ripetizione di questo processo rispetto a sentimenti dolorosi provoca nel paziente irritazione e rabbia verso il terapeuta, la quale diventa essa stessa oggetto di indagine poiché rendere il paziente consapevole di questa rabbia è il fulcro della fase iniziale della terapia (Bauer & Kobos, 1984).

Lo scheletro teorico della ISTDP si rifà anche al modello sull'attaccamento di Bowlby (1982), secondo cui traumi relazionali precoci provocano un blocco emotivo. I vissuti emotivi evitati possono essere mobilitati da eventi successivi, provocando ansia inconscia e un pattern ripetitivo di difese primitive che hanno originato il disturbo (Rocco, Calvo, et al., 2021). Anche Abbass et al. (2013) parlano di trauma dell'attaccamento come interruzione temporanea, persistente o permanente dell'attaccamento emotivo al legame, responsabile di perturbazioni nel rapporto. La difficoltà conseguente ad avvicinarsi all'altro provoca colpa e rabbia verso i propri cari, sentimenti inaccettabili che attivano ansia inconscia e difese, con conseguenze psicopatologiche. A questo proposito, Davanloo identificò 3 livelli di scarica dell'ansia inconscia: 1) tensione della muscolatura striata (respiro affannato, tensione nel corpo, serrare le mani); 2) tensione della muscolatura liscia (effetti gastrointestinali, vascolari e respiratori); 3) alterazione cognitivo-percettiva (confusione mentale, interruzione della visione, perdita di conoscenza). I 3 pattern di maggiore resistenza sono invece l'isolamento dell'affetto, la repressione dell'affetto e la proiezione/identificazione proiettiva (Davanloo, 2005).

Lo scopo della terapia è sperimentare le emozioni represses il prima possibile, rendendo consapevoli quei processi che hanno portato al blocco emotivo e alla sintomatologia (Rocco, Calvo, et al., 2021). Diverse ricerche hanno mostrato come il passaggio alla

consapevolezza renda più palesi le difese attivate per proteggersi dall'ansia, che viene elaborata per mezzo della tecnica delle confrontazioni ripetute, utile per diminuire la resistenza e stimolare alti livelli di arousal emotivo (Abbass et al., 2013). La pressione esercitata dal terapeuta porta ad un aumento dei complessi sentimenti transferali positivi e negativi ("*complex transference feelings*"), a cui seguono ansia e difese inconse. Quando è possibile osservare un pattern ripetitivo nella relazione terapeutica, il terapeuta può sfidarle e guidare il paziente contro esse. La comunicazione al paziente rispetto alla realtà della resistenza e delle difese porta ad una "crisi intrapsichica" nel paziente dovuta alla consapevolezza acquisita: questo stato psichico stimola la motivazione e determina un abbassarsi dell'ansia e delle difese grazie alla forza dell'Alleanza Terapeutica Inconscia, che si contrappone alle resistenze e favorisce la formazione di immagini e ricordi vividi dei contenuti inconsci (Abbass et al., 2013). Quando l'Alleanza Terapeutica Inconscia è dominante rispetto alle resistenze, avviene il così detto "sblocco dell'inconscio", che si traduce in un maggiore accesso all'inconscio stesso e in una riduzione dei sintomi nella sessione in corso (Rocco, Calvo, et al., 2021). I sentimenti sottostanti diventano accessibili e sperimentabili, determinando consapevolezza emotiva e processuale. I pazienti più resistenti possono necessitare di questo sblocco ripetute volte e la sequenza delle suddette fasi prende il nome di Sequenza Dinamica Centrale (Abbass et al., 2013).

Il processo della Sequenza Dinamica Centrale è organizzato in otto fasi principali:

- 1) L'inchiesta per esplorare le difficoltà del paziente;
- 2) La pressione per l'attivazione delle resistenze e delle difese;
- 3) La sfida delle difese attraverso la chiarificazione;
- 4) La resistenza transferale;
- 5) La crisi intrapsichica e l'attivazione dei complessi sentimenti transferali (primo sblocco dell'inconscio);
- 6) Analisi sistematica del transfert;
- 7) Esplorazione della storia evolutiva del paziente;
- 8) Diretto accesso all'inconscio (Davanloo, 1990).

Tali fasi non seguono necessariamente questo ordine, in quanto prima di arrivare allo sblocco dell'inconscio può essere necessario ripetere alcuni punti. In generale, il lavoro

attivo del terapeuta nell'applicazione della sequenza dinamica centrale porta ad un'effettiva riduzione del tempo di trattamento (Rocco, Calvo, et al., 2021).

Nella fase iniziale si utilizzano domande incessanti per raccogliere più dati possibili sulla vita attuale e passata del paziente, impedendogli di sfuggire con risposte ambigue. L'uso della confrontazione in questa fase è connesso ad una riduzione delle resistenze in momenti più avanzati della terapia (Abbass & Town, 2013). Mentre si raccoglie materiale, il terapeuta lo utilizza collegandolo alle formulazioni dinamiche già elaborate, con "parole cariche di significato" utili ad accedere all'inconscio del paziente (Flegenheimer, 1982b). Il grado di accelerazione del processo dinamico viene regolato in base alla capacità del singolo di sostenere l'impatto con le proprie emozioni inconse (Flegenheimer, 1982b). La flessibilità del terapeuta nell'applicazione della tecnica è fondamentale e dipende dalla sua capacità di prestare attenzione alle risposte esplicite o inconse del paziente momento per momento (Bauer & Kobos, 1984). Ai confronti diretti il terapeuta deve sempre contrapporre interventi supportivi che tutelano la relazione e coinvolgono il paziente nel processo (Flegenheimer, 1982b).

Diversi studi hanno dimostrato che gli *outcome* positivi nella ISTDP siano correlati all'accettazione da parte del paziente delle interpretazioni di transfert (Abbass et al., 2012). Lo stesso Davanloo aveva notato come più precocemente fossero accolte le interpretazioni del transfert meno tempo sarebbe stato necessario per il trattamento (Flegenheimer, 1982b). Per le interpretazioni del transfert e dei conflitti, come cornice di intervento Davanloo riprenderà l'intuizione di Malan, che per primo propose l'accostamento del "triangolo del conflitto" e il "triangolo delle persone", mettendo in luce il valore psicodinamico di qualsiasi comunicazione nel setting terapeutico (Malan, 1963; Osimo, 2001). Con l'utilizzo dei due triangoli è possibile descrivere l'organizzazione delle difese del paziente dagli impulsi o emozioni conflittuali (Rocco, Calvo, et al., 2021). Il triangolo delle persone delinea tre categorie relazionali: quelle presenti (*current*, C), la relazione con il terapeuta (T) e quelle del passato remoto (*past*, P), ovvero con le figure di attaccamento primario. Il triangolo del conflitto costituisce le fondamenta della formulazione psicodinamica del conflitto del paziente e ha come vertici le difese (D), le rappresentazioni, i sentimenti, gli affetti, i desideri e gli impulsi divenuti inconsci (X) ed infine l'ansia (A), con eventuali ulteriori sentimenti di dolore, colpa e vergogna. I triangoli aiutano gli interventi del terapeuta a seconda che si rivolgano al Sé

(triangolo del conflitto) o agli “altri” (triangolo delle relazioni interpersonali). Vi sono svariate combinazioni con cui è possibile formulare gli interventi e questi dipendono dal materiale psicodinamico che viene condiviso dal paziente (Abbass & Town, 2013). Nel caso delle interpretazioni transferali negative, Davanloo utilizza un atteggiamento più assertivo, in particolare per quelle sessualizzate (Flegenheimer, 1982b). La nevrosi di transfert è invece considerata un ostacolo alla rapida attivazione dei contenuti inconsci (Abbass, 2016).

Nella fase centrale della terapia si porta minore attenzione al transfert e più al flusso di materiale (Flegenheimer, 1982b) e, per mezzo di ripetuti interventi sulle resistenze, si ripropongono le interpretazioni del triangolo della persona e dei conflitti, ricapitolando ciò che è stato appreso fino a quel momento e rafforzando ulteriormente l'alleanza (Abbass & Town, 2013).

La ISTDP ha una durata media dalle 10 alle 15 sedute, con un massimo di 25 (Bauer & Kobos, 1984). Per Davanloo la fase conclusiva è raggiunta quando scompaiono la sintomatologia iniziale ed il comportamento disfunzionale e quando il paziente ha accolto l'insight rispetto al nucleo nevrotico che li ha causati (Bauer & Kobos, 1984). Se il conflitto è edipico la fase conclusiva tende ad essere breve; diversamente, se il conflitto principale riguarda la perdita o c'è più di un focus, possono essere necessarie più sedute per affrontare il tema della conclusione della terapia (Abbass & Town, 2013). La presa di consapevolezza rispetto ai pattern relazionali, le emozioni, l'ansia e le difese è responsabile del decremento dei sintomi e del cambiamento comportamentale (Abbass et al., 2012). La rassegna di Abbass et al. (2013) supporta l'ipotesi che gli elementi fondamentali per il successo dell'ISTDP siano il riferimento attivo alle difese del paziente, il focus sull'esplorazione dei pattern transferali, l'esperienza delle emozioni rimosse e la riduzione delle difese.

Considerati questi aspetti tecnici, possiamo riconoscere come l'ISTDP sia un approccio intensivo, in quanto il processo terapeutico è accelerato, ma anche esperienziale perché ha lo scopo di mobilitare l'esperienza emotiva bloccata (Rocco, Calvo, et al., 2021).

Un numero moderato di ricerche sull'esito suggerisce l'applicazione dell'ISTDP ad un ampio range di disturbi psichiatrici e psicosomatici. Le ricerche sono state condotte sui disturbi di personalità, con notevoli miglioramenti persistenti in tutte le aree del funzionamento (Abbass et al., 2013). Lo stesso Davanloo sostenne che la costante sfida

alle difese poteva rendere la tecnica efficace anche con pazienti con disturbi somatici o di personalità (Abbass et al., 2012).

1.4 I costrutti indagati

Come già esposto, il panorama futuro della ricerca in psicoterapia propone di integrare il contributo dei fattori specifici e quello dei fattori aspecifici. Infatti, uno studio in cui si valutava la loro influenza sull'*outcome* ha confermato come la loro interazione spiegasse il 60% della varianza degli esiti in un confronto che prevedeva quattro forme di psicoterapia (Dazzi, 2006). Pertanto, la strada che si intende intraprendere in questo lavoro di tesi si focalizza sugli aspetti relazionali della psicoterapia psicodinamica, di cui è stata dimostrata l'efficacia (Rocco et al., 2026).

Osimo (2001) ci ricorda che ogni coppia terapeutica è diversa, così come lo sono il singolo paziente e il terapeuta, sottolineando così che il fattore umano è sempre implicito nella riuscita di una terapia. Nel contesto dell'approccio ISTDP, l'uso della tecnica attiva implica il rischio di scivolare nella dominanza e nella suggestione, motivo questo che ha portato Flegenheimer (1982b) a definire questo approccio come il più complesso da padroneggiare. Davanloo stesso ribadì che la tecnica ISTDP richiedeva un'elevata competenza da parte del terapeuta per poter garantire la neutralità (Flegenheimer, 1982a). Per quanto riguarda i fattori aspecifici, in letteratura se ne individuano due particolarmente influenti, il controtransfert e l'alleanza terapeutica.

1.4.1 Il controtransfert

Il controtransfert è un fenomeno pervasivo in ogni processo di trattamento psicoterapeutico. Il concetto di controtransfert, fin dalla prima formulazione freudiana del 1910, ha subito una notevole evoluzione. Se inizialmente era visto come un ostacolo alla relazione terapeutica, con Heimann (1950) diventa bussola rispetto al mondo inconscio del paziente. Ad oggi, è considerato un fenomeno co-costruito, in una dialettica a cui contribuiscono sia paziente che terapeuta (Gabbard, 2001), poiché il modo in cui il comportamento del paziente influenza emotivamente il clinico dipende sia dalla pressione interpersonale esercitata dal paziente sia dal mondo interno del terapeuta. Quando il

terapeuta risponde mettendo in atto l'identificazione proiettiva del paziente, si parla di *enactment* controtrasferale (Gabbard, 2001).

Gelso e Hayes (2007) concettualizzarono una definizione integrativa del controtransfert, descrivendolo come il frutto delle “reazioni interne ed esterne in cui sono implicati i conflitti irrisolti del terapeuta, spesso, ma non sempre, consci” (Hayes et al., 2018, p. 497). Trattandosi di un fenomeno circolare, Racker (1968) riassume la dinamica transfert–controtransfert affermando che ogni transfert positivo origina un controtransfert positivo, così come un transfert negativo origina un controtransfert negativo. Allo stesso modo, le reazioni controtrasferali del terapeuta influenzano la risposta transferale del paziente (Negri et al., 2022). Pertanto, è una forza con molti effetti rispetto alla qualità della seduta e fornisce, solo se conscio e gestito efficacemente, strumenti importanti per comprendere il mondo interno del paziente (Negri et al., 2022). I risultati di due meta-analisi condotte da Hayes et al. (2011, 2018) hanno mostrato una relazione negativa e moderata tra le reazioni controtrasferali e gli esiti della psicoterapia, con una robusta associazione positiva tra capacità di gestione del controtransfert ed esiti (Negri et al., 2022), ovvero meglio il controtransfert è gestito, migliori sono i risultati circa l'alleanza di lavoro e la profondità percepita della seduta (Rocco, De Bei, et al., 2021).

Quando si attiva il fenomeno del controtransfert, questo non giunge sempre a consapevolezza e può portare a reazioni verbali e non verbali inconsapevoli, di cui non si può ponderare l'effetto terapeutico. Infatti, la consapevolezza del controtransfert ha effetti mediatori sull'*outcome* e su altri processi terapeutici (Negri et al., 2022). Conviene dunque seguire l'indicazione di Gabbard: “il controtransfert deve essere identificato tanto prima di poter parlare della sua gestione” (Gabbard, 2004, p. 138). Avere consapevolezza del controtransfert è indicatore della capacità clinica di riconoscere gli stati interni o esterni come risultato dell'attivazione di conflitti personali irrisolti nel lavoro con il paziente (Rocco et al., 2026). Non essere consapevoli del controtransfert crea una barriera verso le dinamiche inconsce del paziente e verso la relazione terapeutica (Rocco, De Bei, et al., 2021; Rocco et al., 2026).

Altri studi dimostrano l'influenza del fenomeno del controtransfert e della consapevolezza su di esso nella formazione dell'alleanza terapeutica, soprattutto con pazienti con disturbi di personalità (Barreto et al., 2020).

1.4.2 L'alleanza terapeutica

Freud postulò che un legame positivo tra paziente e terapeuta potesse favorire l'elaborazione del materiale traumatico mobilitato, infondendo sicurezza e fiducia nel paziente. Tuttavia, il rapporto terapeutico non veniva visto come un vero legame in quanto frutto delle proiezioni sul terapeuta dei legami genitoriali (Horvath, 2000).

Dopo essere stata oggetto di riformulazioni, l'alleanza terapeutica è diventata oggi un costrutto trasversale ad ogni orientamento. Infatti, anche in risposta al paradosso dell'equivalenza sviluppato in quegli anni, Edward Bordin presentò, nel 1975 all'*Annual Conference of the Society for Psychotherapy Research*, un discorso intitolato *The Working Alliance: Basis for a General Theory of Psychotherapy* in cui definì l'alleanza terapeutica primariamente una relazione conscia nel qui ed ora, anche se nelle prime fasi della terapia potrebbe essere influenzata da legami passati irrisolti (Horvath, 2000).

L'alleanza è una condizione facilitante e positiva per implementare altri fattori terapeutici ed è agente terapeutico a sé che, secondo la visione di Bordin (1979), prevedeva una collaborazione mutuata da un accordo tra le parti (Horvath, 2000). Sulla base del contributo di autori psicoanalitici come Sterba, Menninger, Zetzel e Greenson, Bordin elabora tre punti fondamentali nell'alleanza terapeutica: il *bond*, inteso come legame interpersonale; i *task*, ovvero l'accordo sui compiti da seguire per perseguire gli obiettivi della terapia; i *goal*, cioè il consenso sulle aspettative di esito a breve e lungo termine (Bordin, 1979).

Numerose ricerche cercarono di dimostrare la correlazione tra alleanza terapeutica ed esiti della terapia: la meta-analisi di Horvath e Symonds (1991) sintetizzò 15 anni di ricerche concludendo che l'alleanza fosse effettivamente un predittore dell'*outcome*, a discapito di altri costrutti relazionali come il transfert e l'empatia (Bordin, 1979).

Una buona alleanza può essere costruita già durante le prime sedute, ma la sua qualità non è costante e non predice il successo delle sedute successive, nemmeno in terapie di successo, poiché è normalmente oggetto di rotture nel corso del trattamento. Solo se si è in grado di instaurare un buon rapporto terapeutico fin dall'inizio delle sessioni, si possono evitare fallimenti motivazionali o di abbandono della terapia (Bordin, 1979). Ulteriori studi dimostrano che se entro la quinta seduta non si è costruita una buona

alleanza, le probabilità di successo del trattamento diminuiscono significativamente (Bordin, 1979).

In base al tipo di attività che viene richiesta nel processo terapeutico, variano anche gli aspetti relazionali che contribuiscono alla costruzione dell'alleanza. Nelle prime fasi della terapia le fasi di costruzione dell'alleanza sono comuni nei diversi trattamenti perché presuppongono un framework di collaborazione, accettazione e negoziazione degli obiettivi; successivamente il tipo di alleanza verrà declinato in base al tipo di compito richiesto, alla durata del trattamento e al focus della terapia (Horvath, 2000).

Le ricerche dimostrano che la capacità di stabilire una buona alleanza di lavoro dipende da diverse variabili: 1) le relazioni oggettuali precoci del paziente e la qualità di quelle attuali; 2) il grado di compromissione funzionale dovuto ai sintomi (viceversa una solida alleanza terapeutica può compensare la severità dei sintomi del paziente); 3) le relazioni oggettuali e il tipo di attaccamento del terapeuta possono interferire con una risposta adeguata a certi pazienti; 4) l'attenzione alla relazione nel contesto della terapia (Horvath, 2000).

Per concludere, riprendendo le considerazioni di McCullough Vaillant (1997), la relazione affettiva reale tra paziente e terapeuta può essere fondamentale nel processo di cambiamento, in quanto la sola presenza emotiva del terapeuta, oltre che quella tecnica, può creare terreno fertile per la crescita. Anche Malan sottolinea l'importanza della persona del terapeuta, che utilizzerà la tecnica facendo uso anche della propria personalità negli interventi, ma anche nell'umorismo e nelle associazioni personali (Osimo, 2001).

1.5 Razionale del lavoro di tesi

Dopo aver compiuto passi da gigante per rendere inconfutabile l'efficacia della psicoterapia, i limiti derivati da metodi di indagine inadeguati e oggetti di studio indefiniti sono diventati le nuove sfide della ricerca moderna. Nel complesso campo degli interrogativi che alimentano il fuoco della ricerca in psicoterapia, uno fra tutti rimane ancora aperto: "se molte ricerche dimostrano che il cambiamento è da attribuire ai fattori aspecifici, perché si cerca di validare l'efficacia comparata dei trattamenti cercando quindi di stabilire la superiorità di determinati fattori specifici su altri?" (Dazzi, 2006, p. 26). Sempre più ricercatori di vari approcci stanno spingendo verso una visione interattiva tra fattori tecnici e fattori relazionali (Dazzi, 2006).

Il presente lavoro di tesi ha come obiettivo quello di contribuire alla ricerca sull'integrazione tra fattori specifici e aspecifici in una terapia di successo svolta con l'approccio ISTDP. Riconoscendo le scoperte tecniche e concettuali inaugurate da Davanloo, vorrei ricordare le parole con cui Malan ne ha definito il valore, identificandole come "il progresso più significativo dalla scoperta dell'inconscio" (Abbass, 2016, p. 246; Davanloo, 1980).

Il paradigma di ricerca che meglio si sposa con questo intento è la ricerca *process-outcome*, che applicata allo studio *single-case*, permette di studiare l'interazione tra i processi delle singole sedute con gli esiti delle stesse e della terapia in generale. Le sedute del trattamento sono state analizzate valutando sia l'influenza reciproca dei costrutti di controtransfert e alleanza terapeutica, sia le loro oscillazioni nel corso della terapia. Giudici esterni hanno valutato l'impatto del controtransfert sulle dinamiche relazionali paziente-terapeuta, attraverso scale di valutazione della natura del controtransfert, dell'alleanza di lavoro e della qualità del colloquio. Lo scopo finale è comprendere quali aspetti tecnici e relazionali influenzino effettivamente l'esito positivo della terapia, inteso come riduzione dei sintomi e miglioramento della qualità delle relazioni oggettuali, e quale sia il loro andamento nel corso delle sedute.

CAPITOLO II

Metodo

2.1 Gli strumenti

In questa sezione si presentano gli strumenti adoperati per la valutazione dei costrutti oggetto di ricerca. Di seguito verranno descritte le caratteristiche degli strumenti e come questi hanno permesso di misurare il processo e l'*outcome* dell'ISTDP.

L'analisi del processo nelle singole sedute di terapia è stata svolta attraverso la valutazione del controtransfert, dell'alleanza terapeutica e del grado di impatto della sessione percepito dal paziente a conclusione delle sedute stesse. Nello specifico, gli strumenti impiegati sono la *Countertransference Behavior Awareness Measure* (CBAM), il *Working Alliance Inventory* (WAI), il *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) e la *Session Evaluation Scale* (SES).

L'*outcome* della terapia nel suo complesso è stato misurato attraverso la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) e l'*Inventory of Interpersonal Problems-32* (IIP-32), somministrati al termine del primo e dell'ultimo colloquio del percorso di cura.

2.1.1 Countertransference Behavior Awareness Measure (CBAM)

Lo strumento utilizzato per descrivere qualitativamente il comportamento di controtransfert messo in atto dal terapeuta è la CBAM. Questo strumento è stato elaborato da Rocco et al. (2026) a partire dall'adattamento di una misura del controtransfert già esistente e denominata *Countertransference Behavior Measure* (CBM). La CBM è un questionario costruito da Mohr et al. (2005) a 10 item a cui i clinici rispondono utilizzando una scala Likert a 5 punti, indicando il grado di rappresentatività del singolo item rispetto al comportamento del terapeuta da 1 ("to no extent") a 5 ("to a great extent") (Mohr et al., 2005). Ciascun item rientra in una delle tre subscale utilizzate per descrivere le diverse manifestazioni del controtransfert: 1) la subscale *Dominant Countertransference Behaviour*, composta da 5 item descrittivi di un atteggiamento controllante e dominante da parte del terapeuta; 2) la subscale *Distant Countertransference Behaviour*, composta

da 2 item descrittivi di una mancanza di coinvolgimento da parte del terapeuta; 3) la subscale *Hostile Countertransference Behaviour*, composta da 3 item descrittivi di forme di ostilità e di rifiuto verso il paziente.

I risultati delle analisi di Mohr et al. (2005) avevano già ampiamente dimostrato che le dinamiche controtransferali sono il frutto della configurazione di attaccamento elicitata dalla peculiare diade terapeutica. Pertanto, il ricorso ad un giudice esterno nella compilazione dello strumento avrebbe consentito di analizzare il materiale clinico senza bias dovuti al coinvolgimento emotivo del terapeuta nella relazione (Rocco et al., 2026). La CBAM nasce proprio con lo scopo di approfondire il fenomeno del controtransfert con uno strumento che potesse essere compilato sia dal clinico (con modalità *self-report*) che da un osservatore, in modo da raccogliere risultati tra loro comparabili attraverso il metodo della triangolazione metodologica, che prevede l'esplorazione simultanea di più fonti rispetto alla compilazione del medesimo strumento (Rocco et al., 2026). Uno studio condotto da Rocco, De Bei, et al. (2021) aveva messo in luce come la natura di alcuni comportamenti controtransferali potesse essere letta diversamente dai clinici e dagli osservatori esterni, portando l'attenzione sull'importanza della componente della consapevolezza rispetto al controtransfert e sui suoi esiti in terapia, la quale poteva essere inficiata dal resoconto soggettivo del clinico. Tenendo conto di questo fattore, diversamente dalla CBM, la CBAM prevede sia la versione destinata al clinico coinvolto nelle sedute che quella destinata ai giudici esterni.

L'adattamento a partire dalla CBM è stato condotto applicando modifiche alla formulazione degli item e alle istruzioni inserite nel questionario, oltre a variazioni concernenti il numero di item e il range di risposta sulla scala Likert. In totale, la CBAM conta 12 item, distribuiti omogeneamente nelle tre subscale (Dominante, Distante e Ostile), di cui è stata confermata la struttura fattoriale, con 4 item ciascuna. Gli studi di validazione dello strumento ne hanno inoltre confermato l'affidabilità psicometrica (Rocco et al., 2026).

Nel corso della seguente ricerca la CBAM è stata applicata alle audioregistrazioni delle sedute, utilizzando esclusivamente la versione destinata all'osservatore esterno. La pertinenza degli item rispetto alla seduta è stata valutata con una scala Likert a 7 punti, con 3 punti chiave: 0 ("per niente"); 3 ("moderatamente"); 6 ("molto"). Più il punteggio attribuito tende allo zero, minore è la rappresentatività dell'item; maggiore è il punteggio

attribuito all'item, più l'item è pertinente al contenuto della seduta. Infine, per studiare l'impatto di ciascuna sottoscala, è stata calcolata la media dei punteggi assegnati agli item corrispondenti.

2.1.2 Working Alliance Inventory (WAI)

Il modello teorico sull'alleanza di lavoro proposto da Bordin (1975) trovò l'approvazione di molti autori, tanto da favorire la creazione di uno strumento che permettesse di misurare le componenti di tale costrutto. In particolare, emerse la necessità di esaminare l'alleanza terapeutica in modo aspecifico rispetto ai vari tipi di terapia e di correlarla ai suoi effetti clinici sul cambiamento. Con questo proposito, Horvath (1981, 1982) elaborò il WAI, un inventario composto da 36 item misurabili con una scala Likert a 7 punti, i cui punteggi sono così contrassegnati: 1= Mai; 2= Raramente; 3= Ogni tanto; 4= Qualche volta; 5= Spesso; 6= Molto spesso; 7= Sempre. Tali item sono stati valutati come rappresentativi delle tre componenti dell'alleanza (Horvath & Greenberg, 1989), come teorizzata da Bordin, vale a dire il legame (*bond*), l'accordo sui compiti (*task*) e l'accordo sugli obiettivi (*goal*), delineando le tre subscale dello strumento. Ogni sottoscala conta 12 item: la *Task* contiene 7 item in proposizione affermativa e 5 in proposizione negativa; la *Bond* è composta da 9 item in forma affermativa e 3 in forma negativa; la *Goal* conta 6 item in forma affermativa e 6 in negativa. La compilazione dello strumento può essere svolta dal paziente (WAI-P), dal terapeuta (WAI-T) o da un osservatore esterno (WAI-O). Oltre alla validità di contenuto degli item, è stata anche dimostrata la validità convergente del WAI, calcolata rispetto ad altri strumenti che misurano il medesimo costrutto.

Oltre a supportarne la struttura fattoriale, la ricerca di Tracey e Kokotovic (1989) ha suggerito, a conferma dell'ipotesi di Bordin (1979), come le tre sottodimensioni si sviluppino in modo flessibile nel percorso di terapia e con intensità differente in base al tipo di orientamento seguito dal clinico (Lingiardi, 2002). Negli studi di validazione del WAI, anche Horvath e Greenberg (1989) hanno suggerito che le componenti dell'alleanza terapeutica, pur mostrando un alto grado di intercorrelazione, sono fattori distinti e che la loro significatività varia in base alla fase della terapia. Infine, ne hanno supportato l'attendibilità e la validità (Horvath & Greenberg, 1989).

Allo scopo di questa ricerca, è stato adoperato il WAI-O, la cui compilazione è stata effettuata da giudici esterni attraverso l'ascolto delle audioregistrazioni delle sedute. I

punteggi attribuiti ai singoli item sono poi confluiti nella media ponderata dei punteggi totali delle tre subscale. In questo modo, è stato possibile ottenere una panoramica delle fluttuazioni dell'alleanza terapeutica nel corso del trattamento attraverso l'analisi delle sue singole componenti, associandole alla fase della terapia e alle dinamiche relazionali in atto.

2.1.3 Session Evaluation Questionnaire (SEQ)

Il SEQ è uno strumento ideato da Stiles (1980) per valutare l'impatto percepito dal paziente rispetto alla sessione di psicoterapia appena conclusa (Rocco et al., 2017). L'impatto è considerato un mediatore del processo e dell'*outcome* e viene analizzato sulla singola seduta per valutare il suo andamento rispetto ai micro e ai macroprocessi attivati. L'impatto è definito dallo stesso Stiles come “gli effetti soggettivi immediati, inclusi la valutazione della sessione da parte del cliente, la loro definizione del carattere specifico della seduta e il loro stato affettivo post-sessione” (Stiles et al., 1994, p. 175). Nella ricerca in psicoterapia, valutare l'impatto della seduta è clinicamente utile per studiare la qualità dei processi in atto e le risposte del paziente alle modalità di intervento del terapeuta (Rocco et al., 2017).

Nella presente ricerca, lo strumento utilizzato è stato l'adattamento italiano della quarta versione del SEQ, la cui validità psicometrica è stata confermata da molteplici ricerche, come quella di Rocco et al. (2017).

Il SEQ può essere compilato sia dal paziente che dal terapeuta ed il suo utilizzo è estensivo rispetto ai vari tipi di incontri psicologici. Contiene una lista di 27 aggettivi bipolari, numerati in una scala da 1 a 7 punti e organizzati nel formato del differenziale semantico, in cui gli aggettivi costituenti gli item comprendono sia la loro connotazione positiva che quella negativa, poste rispettivamente agli estremi della scala (punteggi 1-7), dove il punto centrale (4), rappresenta la neutralità. I 27 item totali sono suddivisi in tre sezioni:

- 1) Valutazione della seduta (12 item), introdotta da “Questa sessione era...”;
2) Stato d'animo post-seduta (12 item), introdotto da “In questo momento mi sento...”;

- 3) Valutazione del terapeuta da parte del paziente (3 item), introdotta da “Oggi sento che il mio terapeuta era...”. Quest’ultima sezione è prevista solo nella versione destinata al paziente.

L’analisi fattoriale condotta da Stiles et al. (1994) dimostra che gli aggettivi della prima sezione sono organizzati nelle dimensioni *Depth* (profondità e valore della seduta) e *Smoothness* (clima emotivo della seduta) ciascuna composta da sei item, mentre i vissuti emotivi descritti nella seconda sezione sono organizzati nelle dimensioni *Positivity* (positività percepita) e *Arousal* (grado di attivazione) (Rocco et al., 2017). Gli ultimi tre item sono riportati ad un solo fattore, denominato *Good Therapist*. Le coppie di aggettivi che descrivono *Depth*, *Smoothness*, *Positivity* e *Arousal* sono, rispettivamente, le seguenti: 1) Cattiva – Buona, Di valore – Senza Valore, Superficiale – Profonda, Piena – Vuota, Debole – Potente, Speciale – Ordinaria; 2) Sicura – Pericolosa, Difficile – Facile, Rilassata – Tesa, Spiacevole – Piacevole, Ruvida – Liscia, Confortevole – Disagevole; 3) Felice – Triste, Arrabbiato – Ben disposto, Incerto – Certo, Fiducioso – Pauroso, Sveglia – Assonato, Amichevole – Ostile; 4) In movimento – Fermo, Calmo – Eccitato, Lento – Veloce, Energico – Pacioso, Coinvolto – Distaccato, Quietista – Attivato. In seguito alla compilazione dello strumento è possibile calcolare un indice per ogni dimensione attraverso la media dei punteggi attribuiti agli item compresi in quella specifica dimensione: punteggi maggiori indicano elevate intensità di *Depth*, *Smoothness*, *Positivity* e *Arousal*.

Ulteriori ricerche, come lo studio di Pesale et al. (2012), hanno evidenziato interazioni significative tra i punteggi delle singole sottodimensioni (in particolare la *Smoothness*) nel corso della terapia ed il successo del trattamento, supportando l’efficacia dello strumento nelle analisi dell’*outcome*.

Nella presente ricerca, il SEQ è stato applicato da giudici esterni alle audioregistrazioni delle sedute, inferendo dall’analisi delle stesse la percezione del paziente sulla qualità della seduta. Lo scopo è di analizzare il rapporto tra l’impatto delle sedute e le dinamiche relazionali rilevate dagli altri strumenti, collegando i risultati non solo all’esito generale della terapia, ma anche al fenomeno del controtransfert del terapeuta e dello stato dell’alleanza terapeutica al momento della somministrazione.

2.1.4 Session Evaluation Scale (SES)

Secondo Sukhorukov et al. (2024), i due strumenti più utilizzati per misurare la qualità delle sedute sono il SEQ e la SES. Dopo aver approfondito il SEQ, passerò ora a descrivere le proprietà del secondo strumento impiegato in questa ricerca.

La SES venne sviluppata da Hill e Kellems (2002) per analizzare gli esiti intermedi della terapia, ovvero i risultati ottenuti a seguito delle singole sedute. Secondo la teoria di Hill e Norcross (2023), tali risultati sono mediatori degli esiti post-trattamento e rappresentano i cambiamenti inter-processuali. Infatti, misurare gli esiti intermedi fornisce un resoconto al clinico e aiuta a migliorare l'efficacia del trattamento (Barkham et al., 2023; Stefana & Hill, 2025). Per studiare la qualità della seduta, considerando aspetti come il coinvolgimento, la soddisfazione e l'esperienza generale, Lent et al. (2006) proposero una versione della SES composta da 5 item (al posto dei 4 della prima versione) e destinata sia alla compilazione da parte del paziente (SES-P), che da parte del clinico (SES-T). L'analisi di Stefana e Hill (2025) ha supportato le proprietà psicometriche dello strumento e l'affidabilità nella valutazione della qualità della seduta.

Diversamente dal SEQ, la SES si distingue come misura diretta della soddisfazione legata alla sessione, in quanto non utilizza la forma del differenziale semantico. Gli item che compongono la scala indagano la qualità della seduta in modo specifico, contribuendo al suo elevato grado di validità di contenuto. I 5 item di cui è composta sono:

- 1) “Il paziente è contento di aver partecipato alla sessione”;
- 2) “Il paziente non si è sentito soddisfatto di ciò che ha ottenuto da questa sessione”;
- 3) “Il paziente ha trovato questa sessione utile”;
- 4) “Il paziente non ha trovato questa sessione di valore”;
- 5) “Valuta l'efficacia complessiva di questa sessione”.

Il range di risposta prevede una scala Likert a 5 punti, che va da 1 (“fortemente in disaccordo”) a 5 (“molto d'accordo”) per i primi 4 item e da 1 (“non efficace”) a 5 (“molto efficace”) per il quinto item. Il punteggio totale viene calcolato compiendo una media dei punteggi attribuiti agli item (di cui alcuni *reversed*).

Nella presente ricerca, la SES è stata compilata dai giudici esterni, in un adattamento della sua versione destinata al paziente (SES-P), in seguito all'ascolto delle audioregistrazioni delle sedute.

2.1.5 Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

La SCL-90-R è un inventario *self-report* che riflette lo stato clinico del paziente in un framework multidimensionale (Derogatis, 1994). Si tratta dell'evoluzione del *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL), nella quale si valutavano una ristretta gamma di sintomi, in seguito ampliata fino a raggiungere gli attuali 90 item della *Symptom Check List 90 items* (SCL-90) (Derogatis et al., 1973). In seguito, alcune criticità psicometriche della SCL-90 hanno spinto Derogatis (1994) alla formulazione di una versione *Revised*, ovvero la versione più recente dello strumento, caratterizzata da 3 misure di valutazione generale del disagio e da 7 item aggiuntivi (Gomez et al., 2021). Attualmente, lo strumento presenta buone proprietà psicometriche di validità e di affidabilità, testate su un'ampia popolazione di pazienti, e una robusta consistenza interna, studiata su diverse popolazioni (Gomez et al., 2021).

Dato il suo ampio spettro di analisi sintomatologica, è ad oggi uno degli strumenti per la valutazione dell'esito più indicati (Schauenburg & Strack, 1998). È adatto sia a contesti clinici che di ricerca e può essere facilmente incorporato alle usuali procedure di valutazione da parte del clinico per la valutazione sintomatologica di pazienti con un livello di gravità variabile (Derogatis et al., 1973).

La consegna prevede di indicare il grado di disagio sperimentato negli ultimi 7 giorni, in un range di risposta a 5 punti, distribuiti su scala Likert che va da 0 ("per niente") a 4 ("estremamente"). I 90 item sono suddivisi in nove dimensioni sintomatiche primarie e tre indici globali di disagio. Alcune validazioni dello strumento hanno suggerito la convergenza di tre item in una decima dimensione (Disturbi del sonno, SLEEP), che non è presente nella formulazione originale della SCL-90-R, che conta invece solo 9 dimensioni statisticamente validate. Le dimensioni sono presentate di seguito:

- 1) Somatizzazione (SOM, 12 item): indica il disagio derivante dalle percezioni corporee, focalizzate sui sistemi cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e altri sistemi mediati dall'autonomo;

- 2) Ossessività-Compulsività (O-C, 10 item): riflette sintomi comuni del disturbo ossessivo-compulsivo e riguarda pensieri, impulsi e azioni che sono irresistibili per il soggetto, seppur percepiti come indesiderati. Sono compresi anche item indicanti deficit nelle performance cognitive;
- 3) Sensibilità Interpersonale (INT, 9 item): riflette una percezione di inadeguatezza e inferiorità, auto-svalutazione, insicurezza e disagio nel contesto delle relazioni interpersonali;
- 4) Depressione (DEP, 13 item): indica una serie di sintomi associabili alla sindrome depressiva, secondo i criteri diagnostici attuali. Ne sono un esempio l'umore e l'affetto disforici, la mancanza di motivazione ed energia, la perdita di speranza e l'ideazione suicidaria;
- 5) Ansia (ANX, 10 item): include una serie di sintomi associati alla manifestazione ansiosa, come nervosismo, tensione e tremori fino al terrore e agli attacchi di panico;
- 6) Ostilità (HOS, 6 item): comprende una gamma di pensieri, sentimenti ed azioni che indicano presenza di uno stato affettivo di rabbia e ostilità, come manifestazioni di aggressività, irritabilità e risentimento;
- 7) Ansia Fobica (PHOB, 7 item): comprende il timore di natura fobica verso una persona, un luogo, un oggetto o situazione specifici, con conseguente messa in atto di comportamento di evitamento o fuga;
- 8) Ideazione Paranoide (PAR, 6 item): indica una modalità di pensiero specifica di un disturbo del pensiero, caratterizzato da paura della perdita di autonomia, ostilità, idee di riferimento, pensiero proiettivo, grandiosità e deliri;
- 9) Psicoticismo (PSY, 10 item): comprende alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni uditive, inserzione del pensiero), ma anche isolamento sociale e ritiro, tipici dello spettro schizoide. Inoltre, include un range di sintomi che va dall'alienazione interpersonale ad evidenti segni di psicosi;
- 10) Disturbi del sonno (SLEEP, 3 item): descrive sintomi di un sonno disturbato, di insonnia e di risveglio precoce.

I restanti quattro item liberi non rientrano nel calcolo delle sottodimensioni, ma contribuiscono alla rilevazione del *Global Severity Index*.

Un altro elemento di valutazione importante deriva dalle informazioni aggiuntive, ovvero informazioni degne di nota che il paziente ha riportato e sono particolarmente rilevanti in fase di diagnosi e trattamento. Ne sono un esempio l'ideazione suicidaria, la presenza di sintomi vegetativi e, più in generale, gli item a cui il paziente ha risposto con il punteggio più elevato (Groth-Marnat, 2009).

Infine, si completa la valutazione con il calcolo del punteggio dei tre indici globali di disagio: il *Global Severity Index* (GSI), il *Positive Symptom Total* (PST), il *Positive Symptom Distress Index* (PSDI). Il GSI indica l'intensità del disagio generale esperito dal soggetto, il PST rappresenta il numero di sintomi riportati ed il PSDI definisce l'intensità dei sintomi e lo stile di risposta del paziente. Tra questi, il GSI risulta particolarmente significativo nell'ambito della valutazione degli esiti della psicoterapia grazie alla sua sensibilità nella rilevazione del cambiamento, poiché la gravità dei sintomi riportati dal paziente è rispecchiata da questo indice (Schauenburg & Strack, 1998). Alla luce di queste caratteristiche, si può concludere che il punteggio ottenuto dalla compilazione fornisce un resoconto di tipo descrittivo, più che interpretativo (Groth-Marnat, 2009).

Il SCL-90-R può essere somministrato a partire dai 13 anni di età e non è indicato per pazienti in stato di psicosi acuta. Alcuni vantaggi nel suo utilizzo riguardano la possibilità di effettuare valutazioni in più momenti per monitorare l'andamento sintomatologico e sondare un ampio numero di sintomi, sia internalizzanti che esternalizzanti. Nel calcolo dei punteggi, il *cut-off* clinico è 1,5, anche se a partire da valori superiori a 1 è richiesta l'attenzione clinica (Rocco, Calvo, et al., 2021).

2.1.6 Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32)

L'IIP-32 è uno strumento creato per misurare le fonti di distress personale, con lo scopo di aiutare il clinico a identificare il focus di lavoro della terapia, distinguere le problematiche di tipo relazionale e monitorare i progressi. Si tratta di un questionario *self-report* teorico ideato nella sua prima versione da Horowitz et al. (1988), e considerato uno degli strumenti più utilizzati per misurare il funzionamento interpersonale (Lo Coco et al., 2018). Poiché le difficoltà interpersonali sono pervasive nei disturbi mentali e centrali nelle varie forme di trattamento (soprattutto nell'approccio psicodinamico), ne consegue che l'IIP-32 abbia un considerevole valore nell'ambito della ricerca sull'esito (Barkham et al., 1996).

La prima versione dello strumento conteneva 127 item ed era noto come *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP). Gli item erano organizzati in due sezioni, identificate attraverso lo studio delle modalità con cui i pazienti si esprimevano durante il primo colloquio: 78 item iniziavano con la frase “È difficile per me...” e 49 item con “Queste sono cose che faccio troppo...”. La consegna era di valutare quanto quell’item li rappresentasse, da 0 (“per niente”) a 4 (“estremamente”) (Horowitz et al., 1988). Nonostante gli studi sullo strumento ne confermassero la buona validità e affidabilità, la sua corposità ne rendeva onerosa la somministrazione (Lo Coco et al., 2018). Per ovviare a questo problema, Horowitz et al. (2000) proposero due versioni più ristrette, rispettivamente composte da 64 e 32 item. Gli autori mantennero il range di risposta seguendo i 5 punti sulla scala Likert, da 0 (“per niente”) a 4 (“estremamente”), e descrissero il comportamento interpersonale secondo due dimensioni bipolari: 1) Affiliazione (i cui poli sono la freddezza e l’eccessiva compiacenza); 2) Dominanza (i cui poli sono la dominanza e la non assertività).

La compilazione dell’IIP-32 restituisce sia un punteggio globale che uno specifico per le 8 subscale in cui sono suddivise le caratteristiche interpersonali, rappresentate nella *Figura 2.1* e delineate dalle due dimensioni organizzatrici sopracitate (Barkham et al., 1996):

- 1) Dominanza/Controllo: indica un agire aggressivo e soverchiante, con comportamenti di controllo e manipolazione nelle relazioni interpersonali;
- 2) Vendicativo/Autocentrato: descrive un atteggiamento di diffidenza, sospettosità e ostilità verso gli altri;
- 3) Freddo/Distante: riflette una mancanza di empatia e la tendenza a mantenere una distanza emotiva dagli altri;
- 4) Socialmente inibito: rappresenta una tendenza all’evitamento di situazioni sociali, all’introversione e al vissuto di sentimenti di ansia ed imbarazzo in presenza degli altri;
- 5) Non assertivo: esprime una difficoltà ad autoaffermarsi e una mancanza di autostima;
- 6) Eccessivamente accomodante: indica dei comportamenti di eccessiva compiacenza, ricerca di approvazione e sottomissione;

- 7) Sacrifica sé stesso: si riferisce allo spendersi in modo eccessivo verso l'altro a discapito di sé;
- 8) Inadente/Bisognoso: descrive un atteggiamento di intromissione e di inappropriata richiesta di attenzione, annessa ad una difficoltà a rispettare i confini degli altri.

Il punteggio globale restituisce il grado di distress generale nelle relazioni interpersonali; i punteggi ottenuti nelle singole subscale identificano le problematiche specifiche del paziente. Lo scoring dello strumento prevede che più elevato sia un punteggio, maggiori siano le problematiche interpersonali del paziente, in cui un valore superiore a 60 è considerato rilevante, mentre è clinicamente significativo quando superiore al *cut-off* di 70 (Rocco, Calvo, et al., 2021).

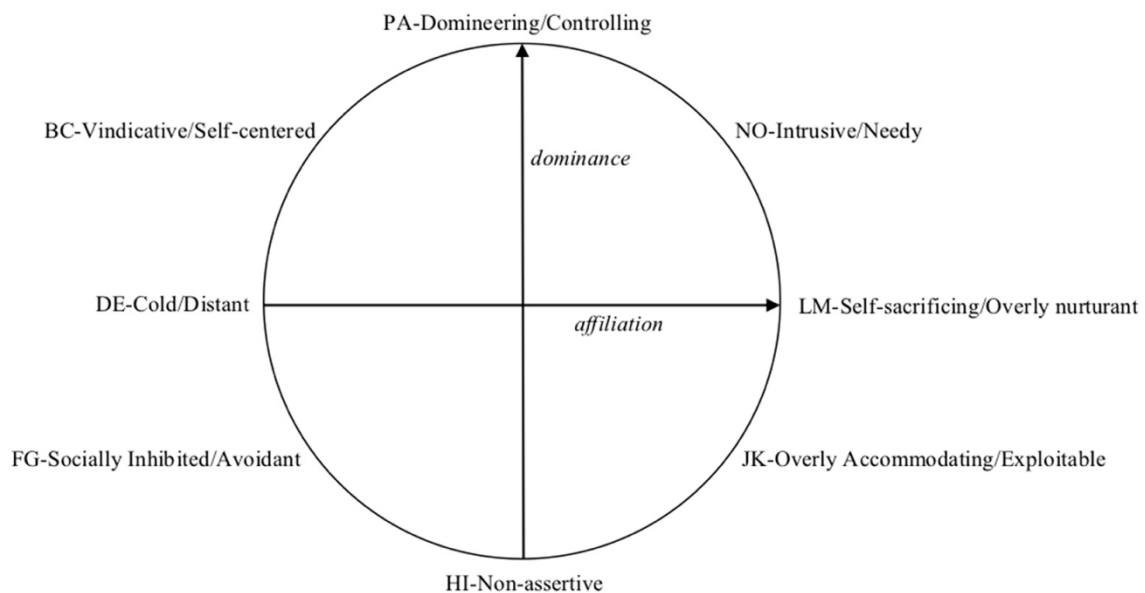


Figura 2.1. *The interpersonal problems circumplex* (Lo Coco et al., 2018)

2.2 Il materiale

Il presente lavoro di ricerca segue il modello dell'analisi *single-case* sul processo e sull'esito di un caso clinico trattato con ISTDP.

Si tratta di un percorso terapeutico della durata di 15 sedute totali, distribuite nel corso di 10 mesi e con frequenza variabile in base alla fase del trattamento, iniziando con 1 seduta ogni due settimane fino ad incontri più sporadici nelle fasi conclusive della terapia. Le

sedute hanno una durata di circa un'ora e mezza e sono state condotte da un terapeuta maschio con un'esperienza più che decennale nell'approccio ISTDP.

Il modello di ricerca applicato consiste in un'indagine quantitativa svolta attraverso il metodo dell'analisi delle serie temporali, che prevede la selezione di un certo numero di sedute particolarmente significative rispetto al percorso di cura. Considerando le variabili di interesse, per lo studio di questo caso è stato utilizzato il materiale di audioregistrazioni e trascrizioni delle sedute numero 1-2-5-7-11-15. I file audio sono stati registrati previo consenso del paziente e sono state condivisi nel rispetto della privacy allo scopo della presente ricerca.

2.2.1 Il caso clinico

La paziente è una giovane donna di 24 anni che si presenta a colloquio in autonomia a causa di attacchi di panico che persistono da circa un mese e mezzo e acutizzatisi nelle precedenti due settimane. I sintomi sono comparsi per la prima volta 7 anni prima, per poi attenuarsi a seguito di un precedente percorso psicologico della durata di circa 1 anno. Tuttavia, gli attacchi di panico non sono mai scomparsi del tutto, lasciando la paziente libera dai sintomi per soli 2-3 anni consecutivi.

Durante il primo colloquio la paziente ha riferito che gli attacchi di panico sono insorti in concomitanza con il peggioramento dello stato di salute del nonno materno, a cui era stata successivamente diagnosticata una patologia oncologica. I nonni materni sono da sempre molto presenti nella vita della paziente, in quanto risiedono nello stesso nucleo abitativo della donna, composto dal padre, dalla madre e dal fratello minore. Quando era piccola trascorreva molto tempo con il nonno, che ha sempre visto come una forte figura di riferimento e con cui ha stretto un intenso legame affettivo. A seguito della malattia del nonno, la paziente ha cominciato a dedicarsi assiduamente alla sua cura, cercando di supportarlo fisicamente ed emotivamente, mostrandosi sempre positiva e sorridente. Questo meccanismo di mascheramento emerge fin dai primi colloqui sotto forma di sorrisi e difficoltà a mantenere lo sguardo, soprattutto quando vengono toccate tematiche relative alla sofferenza e al dolore interiore della paziente. In linea con la tecnica attiva peculiare dell'approccio ISTDP, il terapeuta fa un notevole uso della confrontazione per attivare le difese della paziente ed eludere le sue risposte di evitamento, rendendole consapevoli. Già durante il primo colloquio il terapeuta testa la tolleranza della paziente,

soffermandosi sulle sue resistenze ed elicitando irritazione nei suoi confronti. Nonostante le difficoltà relative a questa fase, la donna dimostra una buona capacità di funzionamento affettivo e una spiccata motivazione al cambiamento. A conclusione della terapia, ripercorrendo il proprio percorso, la paziente la definirà metaforicamente “un’operazione a cuore aperto”, significando un tanto doloroso quanto necessario passaggio per potersi liberare dai sintomi. L’indagine sulla rabbia inespressa è stata infatti il fulcro delle prime fasi del trattamento terapeutico.

La paziente è una studentessa universitaria, da sempre capace di impegnarsi in diversi lavori per sostenere i propri interessi e coltivare, nel frattempo, relazioni significative come quella quinquennale con il fidanzato. Pur sentendosi molto legata ai propri genitori, la paziente descrive un rapporto ambivalente con il padre, che definisce come l’unica persona emotivamente accessibile ed in grado di capirla, ma anche assente e distante, ed un rapporto più conflittuale con la madre, che nella narrazione della paziente assume spesso il ruolo di giudice rispetto all’operato della figlia. Fin dal primo incontro, il terapeuta collega le dinamiche ripetute nella stanza terapeutica a quelle esterne, relative alle relazioni arcaiche con i genitori e a quelle più attuali con il fidanzato. Il lavoro di interpretazione e confronto si ripete nel corso delle sedute e porta l’attenzione sul corpo. Il corpo viene spesso nominato per aiutare la paziente a riconoscere l’ansia e sperimentarla consapevolmente, favorendo i processi di mentalizzazione rispetto alle proprie emozioni. Il clinico dà importanza alle informazioni somatiche, occupandosi di monitorare costantemente l’attivazione fisica provocata dall’ansia a livello di muscolatura liscia volontaria, involontaria e cognitivo-percettiva. Le sensazioni corporee sono anche il mezzo con cui il terapeuta approccia al tema della rabbia, aiutando la paziente a riconoscere la fisiologia della rabbia e ad esplorare le sue modalità di scarica (ad esempio, immaginando di colpire ripetutamente il terapeuta). Infatti, nonostante la paziente mostri di avere un mondo interno florido, presenta un conflitto primario, matrice del sintomo: l’evitamento della rabbia, poi accumulata e introiettata, ed un radicato senso di colpa, capovolto in un atteggiamento di cura e dedizione verso gli altri.

La natura degli attacchi di panico della paziente, descritti come episodi terrorizzanti preceduti da nausea intensa, tremore, iperventilazione e senso di oppressione al petto, soddisfa i criteri per un disturbo di panico, secondo i criteri del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). In aggiunta, solo in una fase inoltrata della terapia la

paziente riferisce una serie di agiti compulsivi sotto forma di gesti rituali legati all'igiene. Sebbene non risulti clinicamente significativo e non comprometta la funzionalità della paziente, questo aspetto rientra nel quadro di elevata somatizzazione, ansia e ossessività-compulsività rilevata dal SCL-90-R, somministrato durante il primo colloquio. Si tratta di un elemento molto importante in fase di terminazione della terapia, in cui si nota uno spostamento dagli attacchi di panico, sintomo particolarmente invalidante, alle innocue "insaponate in doccia". La paziente riferirà con consapevolezza che questi comportamenti si intensificano nei momenti di stress e, su indicazione del terapeuta, imparerà a riconoscerli come personali indicatori di un disagio interiore da attenzionare. Il bisogno di controllo da parte della paziente emerge anche nelle relazioni interpersonali, come confermato dalla somministrazione dell'IIP-32. Date le precedenti considerazioni, la paziente mostra dei tratti verosimilmente riconducibili a uno stile di personalità depressivo, di cui sono distintivi il senso di colpa e l'introiezione della rabbia. Il terapeuta concentra molto del lavoro sull'identificazione di questo meccanismo, in quanto portatore di conseguenze psicopatologiche. Nel corso delle sedute, la paziente si concederà sempre più di vivere la rabbia, soprattutto grazie all'esperienza diretta di quella distruttività tanto temuta.

L'intensificazione degli attacchi di panico è avvenuta a seguito dei problemi di salute del nonno ed il super-io punitivo della paziente la porta ad esperire una doppia sofferenza: quella del sintomo, inteso come auto-punizione per l'evitamento della rabbia, e quella della delusione per la propria "debolezza". Il timore verso la morte, intesa come separazione ultima, è uno dei temi caldi del conflitto della paziente. La lettura psicodinamica del disturbo di panico secondo il manuale *Psichiatria Psicodinamica* (Gabbard & Madeddu, 2015a) considera tale sintomatologia l'esito di uno stile relazionale iper-controllante, che porta ad evitare sia la separazione che la vicinanza eccessiva. Infatti, il vissuto di minaccia all'attaccamento genera così tanta ansia da portare allo sviluppo di sensazioni di panico e di frammentazione del Sé, rendendo necessaria una figura significativa esterna che mantenga saldo il senso di identità di questi pazienti. A livello relazionale, la paziente è collaborante e disponibile e nel corso dei colloqui coltiva un crescente affetto verso il clinico, dichiarando ripetutamente i propri timori per la perdita del rapporto terapeutico instaurato e adottando un atteggiamento compiacente. Nonostante il rischio di dipendenza affettiva, le buone relazioni oggettuali della paziente

saranno anche quelle che agevoleranno lo sviluppo di una buona alleanza nel corso della terapia.

L'approfondimento dei significati personali attribuiti ai sintomi costituisce la chiave di lettura psicodinamica del disturbo di panico. L'esplorazione dei fattori scatenanti gli attacchi di panico, l'analisi delle difese e della capacità di esperire la rabbia, l'allenamento delle abilità di mentalizzazione sono i punti fondamentali distintivi dell'approccio psicodinamico nel trattamento del disturbo di panico (Gabbard & Madeddu, 2015a). In particolare, la scelta di una psicoterapia breve trova riscontro nella tendenza alla dipendenza relazionale della paziente e alla riflessione sul tema della separazione. In linea con il quadro clinico presentato, la tecnica ISTDP riflette fedelmente la riflessione di Gabbard e Madeddu (2015a) sull'esplorazione delle fantasie omicide per il trattamento degli attacchi di panico, la cui efficacia è motivata dal conflitto rispetto alla rabbia comune nei pazienti con disturbo di panico. Nel corso delle sedute il terapeuta riprenderà a più riprese il tema della fantasia omicida, permettendo alla paziente di familiarizzare sia con l'immagine della morte sia con l'intensità della propria rabbia. Ne è un esempio la seguente frase pronunciata dal clinico nella fase centrale della terapia: *“Tu finisci per proteggere tuo nonno rivolgendoti la rabbia contro, proteggi me rivolgendoti la rabbia contro. E di fatto scatenando tutti gli attacchi di panico, per punirti dell'omicidio che tu hai appena commesso”*. La presa di consapevolezza rispetto al bisogno inespresso di sperimentare la rabbia culmina nella metafora della “legalizzazione emotiva”, intesa dalla paziente come presa di azione sul proprio mondo interiore. La “liberazione”, ovvero la concessione di “stare” insieme agli affetti negativi, si traduce in una migliorata capacità di mentalizzare e di riconoscere non solo la propria, ma anche la rabbia altrui. L'incremento della capacità di insight della paziente trova conferma nelle considerazioni conclusive della terapia, quando la donna riferisce di aver sempre detto “bugie” a sé stessa, nonostante ritenesse di essere sempre trasparente con gli altri. Inoltre, si stupisce dell'evoluzione del processo terapeutico, poiché mentre da principio l'emozione più difficile da gestire era la rabbia, con il proseguire della terapia ha scoperto anche le proprie difficoltà emotive rispetto all'affetto.

Il momento del congedo terapeutico si configura come uno spazio di elaborazione del percorso clinico. L'esperienza dimostra l'avvenuta interiorizzazione della funzione del

terapeuta quale “rete di sicurezza”, mitigando l’ansia legata al proseguimento autonomo della propria esistenza.

2.3 La procedura

La procedura del lavoro di tesi ha previsto un iniziale periodo di formazione sulle modalità di ricerca in psicoterapia, sull’analisi del singolo caso e sull’approccio ISTDP. Nella prima fase del training, della durata di circa tre mesi, il gruppo di lavoro composto da cinque studentesse del corso magistrale di Psicologia Clinico-Dinamica dell’Università di Padova ha familiarizzato con il processo di lavoro e con la somministrazione degli strumenti utilizzati nel corso della successiva ricerca. La formazione è avvenuta utilizzando il materiale audioregistrato di sedute ad approccio psicomotricità diverse dal caso clinico oggetto di studio, a cui sono stati somministrati gli strumenti di misurazione del processo. Le prime fasi di ascolto sono state eseguite sotto supervisione per esercitare il ragionamento clinico. In seguito alla siglatura autonoma degli strumenti, il momento di confronto tra giudici (e con il supervisore) rispetto agli *outcome* ha consentito di notare eventuali criticità relative alla somministrazione degli strumenti.

Nella seconda fase, è stato formalizzato il gruppo di lavoro, composto da tre laureande, che si sarebbe concentrato sullo studio specifico della psicoterapia svolta con approccio ISTDP. Lavorare sul medesimo materiale clinico ha permesso di raccogliere in modo convergente i risultati ottenuti con la compilazione degli strumenti, stimolando la discussione clinica sugli eventuali punteggi discostanti. La fase di allenamento ha consentito di potenziare l’abilità nell’uso degli strumenti e la lettura dei risultati in un’ottica di interazione tra variabili, consentendo di sviluppare una visione clinica globale rispetto all’andamento della terapia e dei suoi processi. Nello specifico, gli strumenti sono stati studiati e poi applicati alle audioregistrazioni in seguito ad un duplice ascolto e assieme al supporto visivo delle trascrizioni *verbatim*. Le audioregistrazioni hanno agevolato l’immersione nell’atmosfera della stanza terapeutica, privilegiando la comunicazione non verbale delle interazioni, come i silenzi, il tono, le inclinazioni e le interruzioni, che hanno arricchito la compilazione di strumenti sensibili alla qualità della relazione terapeutica.

Durante la fase di training è emersa una criticità rispetto alla compilazione del WAI, in quanto si è notata una discordanza nei punteggi attribuiti agli item dai diversi valutatori. Il confronto tra i giudici ha permesso di notare come tale divergenza fosse attribuibile all'interpretazione del continuum della scala Likert dello strumento. Per sopperire a queste differenze, sono state fornite le linee guida del *Manual for the Working Alliance Inventory – Observer Form (WAI-O): Revision IV* (Darchuk et al., 2000), in cui sono presenti delle descrizioni dei singoli item rispetto al range dei possibili punteggi.

In relazione alla siglatura degli strumenti, un secondo punto di problematicità ha riguardato la compilazione del SEQ, che sarebbe destinato alle sole compilazioni da parte del paziente o del clinico. In questa ricerca, la consegna era di rispondere agli item considerando la percezione della paziente, ma risultava complesso da parte dei valutatori trovare un compromesso tra la propria percezione sulla qualità della seduta (filtrata da uno sguardo esterno e clinico) e quella soggettiva della paziente. Tuttavia, grazie al periodo di training con le sedute di prova, si è sempre più trovato un accordo sulle modalità con cui dovesse essere svolta la compilazione. In aggiunta, è stata segnalata una seconda criticità riguardante il SEQ a causa della formulazione degli item con aggettivi bipolari, che non venivano interpretati univocamente dai giudici durante l'attribuzione di punteggi intermedi. Ne sono un esempio le coppie di aggettivi Piena – Vuota, Ruvida – Liscia, Energico – Pacioso e Sveglia – Assonnato, che hanno richiesto ripetuti momenti di confronto tra i valutatori per trovare un accordo sui punteggi assegnati e sulla valenza attribuita all'aggettivo.

In generale la CBAM e la SES sono stati gli strumenti compilati con più agio, mentre il WAI e il SEQ sono stati quelli che hanno richiesto più confronti tra i giudici e con il supervisore.

La procedura di training è stata fondamentale per poter acquisire dimestichezza non solo con gli strumenti, ma anche con le modalità di lettura della tecnica applicata dal clinico. Infatti, poiché la ISTDP richiede una tecnica attiva, densa di confrontazioni ed interpretazioni, è stato necessario studiare approfonditamente la tecnica stessa per disambiguarla da quello che poteva essere una risposta puramente controtrasferale da parte del terapeuta.

Infine, dopo aver raccolto i dati relativi alla siglatura degli strumenti, sono stati forniti i punteggi risultanti dalla somministrazione della SCL-90-R e dell'IIP-32, compilati dalla

paziente in occasione del primo e dell'ultimo colloquio per misurare l'*outcome* della terapia. Non sono state invece fornite informazioni sui due incontri di *follow-up* a cadenza semestrale, durante i quali non è noto se fosse prevista un'ulteriore somministrazione degli strumenti.

2.4 Ipotesi del lavoro di ricerca

La presente ricerca analizza il processo e l'esito di un *single-case* focalizzandosi sull'impatto delle varie configurazioni del controtransfert sull'alleanza terapeutica e il rapporto di entrambe queste variabili sull'impatto delle sedute e sugli esiti della terapia. Escluse le componenti di personalità del paziente che influiscono sulla capacità di instaurare delle buone relazioni oggettuali, è stato dimostrato come siano proprio i fattori legati al terapeuta e agli specifici processi coinvolti nella formazione dell'alleanza a determinare l'efficacia della terapia, soprattutto nei pazienti con deficit nell'area interpersonale (Barreto et al., 2020).

La letteratura scientifica sul tema offre già robusti riscontri sull'associazione tra alleanza e *outcome*; tuttavia, non è ben chiaro quali meccanismi ne determinino il nesso (Tishby & Wiseman, 2022). Infatti, una cattiva alleanza terapeutica, già nelle prime fasi di terapia, è predittiva di un *drop-out* prematuro (Lingiardi, 2002). Ulteriori studi hanno dimostrato come le diverse dimensioni di controtransfert contribuiscano all'andamento dell'alleanza terapeutica, tenuto conto dei consueti momenti di rottura e riparazione a cui tende ad andare incontro (Safran & Kraus, 2014). In particolare, la categoria *Bond* sarebbe quella più significativa nell'agevolare sia la costruzione di una solida alleanza terapeutica sia l'attivazione dei processi di cambiamento intrinseci nel percorso di cura (Barreto et al., 2020).

Nel contesto della presente indagine, analizzare in maniera continuativa il controtransfert del clinico ci permette di avere una visione più esauriente non solo dei suoi effetti sull'alleanza, ma anche della percezione del paziente sull'esito e sul proprio vissuto interpersonale rispetto a una terapia che, utilizzando una tecnica attiva, richiede la formazione di un'alleanza di lavoro vigorosa e salda fin dal primo colloquio.

Inoltre, la recente ricerca di Negri et al. (2022) aveva suggerito l'incidenza delle diverse manifestazioni controtransferali sulla qualità dei processi di elaborazione della seduta da parte del paziente e sulle capacità emotive acquisite attraverso la psicoterapia. Poiché

massicci atteggiamenti di controtransfert sono indice di scarsa consapevolezza e, di conseguenza, di scarso accesso al lavoro terapeutico in corso, è possibile supporre come valori inferiori nelle dimensioni del controtransfert siano positivi per l'esito della terapia. Tuttavia, diverse tipologie di controtransfert rilevate con il CBM hanno diversi impatti sulla qualità della seduta. L'analisi di Rocco, De Bei, et al., (2021) conduce a tali conclusioni: la dimensione Ostile è quella più rara, mentre la Distante quella più frequente nei contesti terapeutici (in quanto spesso adottata dai terapeuti novizi). Un'ulteriore ricerca ha invece associato la dimensione Dominante, rilevata da un giudice esterno, ad affetti negativi riferiti dal paziente (Negri et al., 2022).

Il monitoraggio della qualità delle singole sedute consente di mettere in relazione l'andamento di alleanza terapeutica e controtransfert con il successo della terapia. Inoltre, l'*outcome* e la soddisfazione relativi alle sessioni di un percorso terapeutico sono essi stessi mediatori dell'esito del trattamento (Stefana & Hill, 2025). In particolare, la ricerca di Tryon (1990) suggerisce come le dimensioni *Depth* e *Smoothness* del SEQ seguano un andamento differente quando i colloqui di consultazione hanno come esito un inizio di terapia o un *drop-out* precoce. In particolare, i pazienti che decidevano di proseguire il trattamento tendevano ad attribuire punteggi maggiori alla dimensione *Depth*, al contrario dei pazienti che abbandonavano il percorso (Tryon, 1990). In aggiunta, Nash e Garske (1988) riscontrarono che valori elevati nella dimensione *Smoothness*, valutata dopo il primo colloquio, correlassero con il successivo *drop-out*. Insieme, questi risultati prospettano che la profondità e la potenza della seduta siano caratteristiche più rilevanti della sua confortevolezza e piacevolezza ai fini dell'esito del trattamento.

In sintesi, la prima ipotesi di lavoro del presente progetto di ricerca di tesi concerne la rilevazione degli esiti positivi della terapia ISTDP attraverso l'analisi dei dati forniti dagli strumenti somministrati ad inizio e a conclusione del trattamento. L'aspettativa è che il successo dell'intervento psicoterapeutico venga confermato da un decremento dei punteggi registrati dalla SCL-90-R e dall'IIP-32 nei due momenti, per i quali l'esito positivo corrisponderebbe alla riduzione della severità del quadro sintomatologico e al miglioramento delle capacità relazionali della paziente. Legando questo riscontro ai cambiamenti in atto nel processo terapeutico, si attende che ad un *outcome* positivo si associ un andamento fluttuante degli strumenti di rilevazione del processo, secondo le ipotesi esposte di seguito:

- 1) Dall'analisi dell'alleanza terapeutica si ipotizza di rilevare, fin dai primi colloqui, un andamento crescente, come espresso dalle sue tre dimensioni *Bond*, *Task* e *Goal*. Pur ammettendo oscillazioni, ci si aspetta una particolare evoluzione positiva nella componente *Bond*, indice diretto del legame della diade;
- 2) A seguire, il monitoraggio delle dinamiche processuali prevede di correlare l'andamento dell'alleanza terapeutica a dimensioni del controtransfert contenute e distinte a seconda delle fasi del trattamento. Si ipotizzano livelli consistenti di comportamenti controtransferali Dominanti nei colloqui di incipit, motivati da un'iniziale prevalenza di interventi espressivi previsti dalla tecnica ISTDP, ed un successivo decremento nei momenti centrali e conclusivi;
- 3) Infine, si intende approfondire i microprocessi determinanti l'alleanza terapeutica attraverso la rilevazione dell'impatto delle singole sessioni sul paziente, delineando non solo l'andamento generale dei costrutti di alleanza terapeutica e controtransfert, ma anche la loro interazione con gli indici di qualità ed efficacia della seduta. Si ipotizza che punteggi elevati sia della dimensione *Depth* del SEQ e sia di efficacia della SES si associno ad una buona alleanza terapeutica e a comportamenti controtransferali ridotti. In merito alla *Smoothness*, si prevedono punteggi iniziali contenuti, verosimilmente legati al costo emotivo e alla complessità tipiche dell'avvio di un trattamento psicologico, ed una successiva crescita. Poiché l'*Arousal* può essere associato sia ad un'attivazione fisiologica spiacevole (come gli attacchi di panico) sia positiva (eccitazione), ci si aspettano punteggi variabili in base alle tematiche trattate durante la seduta. Infine, per quanto riguarda la *Positivity*, poiché la psicoterapia per natura implica un certo grado di sofferenza e la sperimentazione di un ampio range di emozioni, ci si aspetta che anche quest'ultima dimensione sia più dipendente dal contenuto della sessione.

CAPITOLO III

Risultati della ricerca

Nel seguente capitolo vengono illustrati i risultati emersi dalla somministrazione degli strumenti descritti nella sezione precedente. In particolare, inizierò presentando i dati relativi all'*outcome* della terapia, valutati con l'impiego della SCL-90-R e dell'IIP-32. Successivamente, verrà approfondita l'analisi del processo riportando i risultati della CBAM, del WAI, del SEQ e della SES.

3.1 Analisi dell'*outcome*

Alla luce delle ipotesi della presente ricerca, risulta prioritario constatare l'effettivo successo della terapia condotta con ISTDP. L'analisi del quadro sintomatologico e del funzionamento relazionale della paziente è stata svolta attraverso la somministrazione della SCL-90-R e dell'IIP-32 al tempo T1, in seguito al primo colloquio, e al tempo T2, al termine della seduta conclusiva del trattamento psicoterapeutico. Lo scopo afferente alla presente ricerca è quello di confrontare i dati rilevati al tempo T1 e T2, verificando così se vi sia stata una riduzione dell'intensità e della varietà dei sintomi clinici e delle problematiche interpersonali come rilevate dagli strumenti *self-report*, che restituiscono i dati relativi alla severità del quadro clinico così come percepito dal paziente stesso.

3.1.1 Risultati SCL-90-R

I dati forniti a seguito della somministrazione della SCL-90-R hanno consentito di tracciare un resoconto preciso dell'evoluzione dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dichiarati dalla paziente ad inizio e fine terapia. I punteggi della scala Likert a 5 punti attribuiti ai 90 item sono stati utilizzati per calcolare la media di ciascuna sottodimensione, compresa la decima subscale relativa ai Disturbi del sonno. I dati riguardanti i quattro item liberi, ovvero gli "Item fuori scala", sono stati utilizzati per il calcolo della media complessiva totalizzata dagli item ("TOT MEAN"), vale a dire il corrispettivo del *Global Severity Index* (GSI), significativo nella valutazione della severità generale del quadro sintomatologico del paziente in quanto sensibile al

cambiamento clinico. Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i punteggi grezzi ed il rispettivo *cut-off* clinico di 1,5.

La consegna ha richiesto alla paziente di quantificare quanto gli item rappresentassero la propria sintomatologia nell'arco degli ultimi sette giorni.

La *Tabella 3.1* mostra i punteggi grezzi relativi a ciascuna subscale e al GSI al T1 e al T2. Il GSI al T1 raggiunge il valore di 1,65 ed è indice dell'elevato impatto dei sintomi sulla qualità di vita della paziente. Al T2, la riduzione del punteggio del GSI a 0,76, valore sottosoglia di attenzione clinica, rappresenta a pieno il miglioramento del quadro clinico della paziente al termine del percorso di cura.

Tabella 3.1. Punteggi grezzi SCL-90-R al T1 e T2

Dimensione	Valore T1	Valore T2
Somatizzazione (SOM)	1,33	0,92
Ossessività-Compulsività (O-C)	2,5	1,2
Sensibilità Interpersonale (INT)	1,44	0,78
Depressione (DEP)	3	1
Ansia (ANX)	2,8	0,9
Ostilità (HOS)	1,17	0,5
Ansia Fobica (PHOB)	0,57	1,14
Ideazione Paranoide (PAR)	1,33	0,5
Psicoticismo (PSY)	1,3	0,5
Disturbi del sonno (SLEEP)	1	0,67
Item fuori scala	1,75	0,75
TOT MEAN	1,65	0,76

Ciò che si nota, sia nella *Tabella 3.1* che nella *Figura 3.1*, è un decremento dei punteggi nelle singole sottodimensioni.

Considerando i parametri di ciascun dominio, emerge come prima del trattamento fossero sopra soglia di significatività clinica numerose dimensioni sintomatologiche. La più rilevante è quella della Depressione, con un valore di 3 al T1, seguita da Ansia e Ossessività-Compulsività. Tali riscontri quantitativi sono coerenti con la diagnosi di

disturbo di panico e con i sintomi riportati verbalmente dalla paziente durante i colloqui, anche se l'entità della variabile Depressione veniva spesso mascherata da un meccanismo di minimizzazione ed evitamento.

In aggiunta, sono meritevoli di attenzione clinica anche le altre dimensioni sintomatologiche, in quanto, ad eccezione dell'Ansia Fobica, hanno tutte un punteggio superiore a 1.

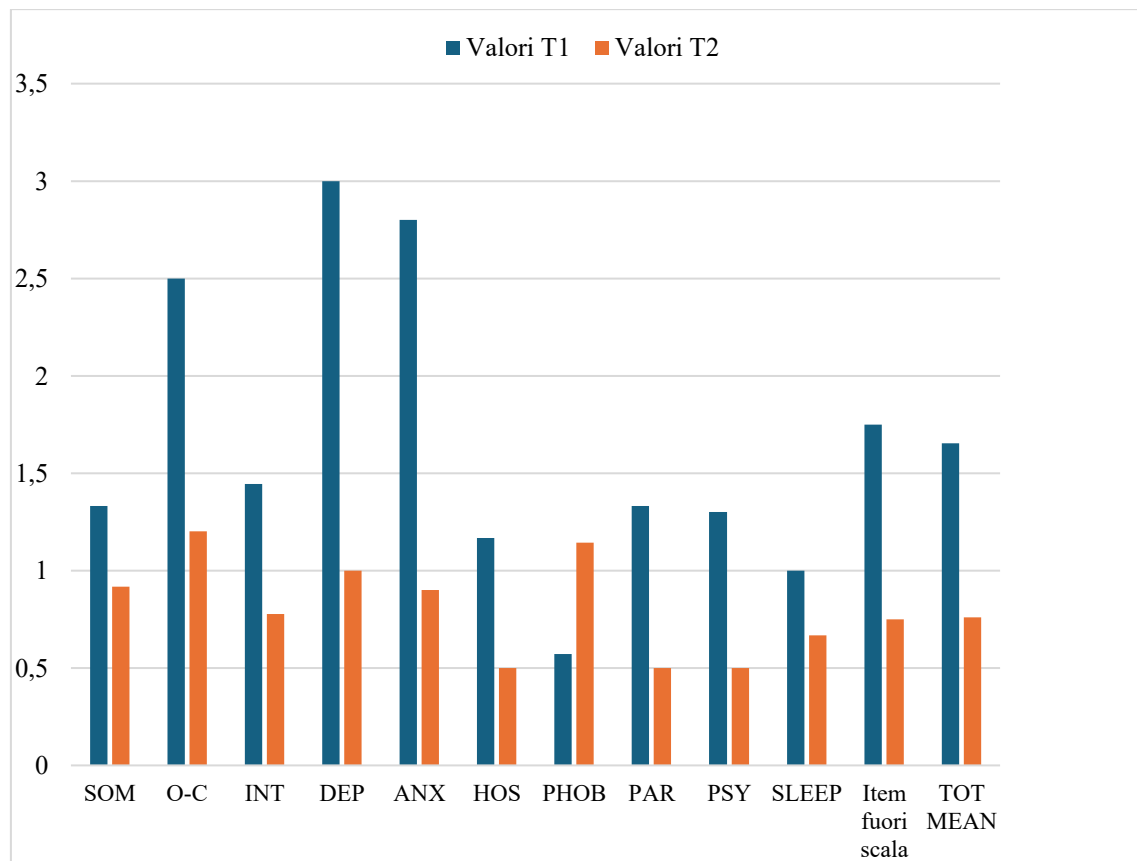


Figura 3.1. Grafico dei punteggi SCL-90-R

Nel complesso, al T2 emerge un miglioramento del quadro sintomatologico, coerente con la riduzione del GSI. Rimangono, invece, di rilevanza clinica le dimensioni di Ossessività-Compulsività e di Ansia Fobica; per quest'ultima si può evidenziare una tendenza inversa, in quanto da un punteggio di 0,57 al T1 è salita a 1,14 al T2, pur mantenendosi sotto il *cut-off* di significatività clinica.

3.1.2 Risultati IIP-32

Il secondo strumento utilizzato per quantificare l'esito della terapia è l'IIP-32. I punteggi ottenuti dalla sua compilazione da parte della paziente sono relativi alla prima e all'ultima seduta e restituiscono il profilo dell'evoluzione delle modalità relazionali adottate dalla paziente.

La compilazione ha previsto l'attribuzione di punteggi su una scala Likert a 5 punti; a seguire, i punteggi grezzi sono stati convertiti in punti T, seguendo la scala normativa della popolazione femminile. Si ricorda che punteggi superiori a 60 sono considerati da attenzionare in quanto superiori alla media della popolazione di riferimento, e punteggi superiori al *cut-off* di 70 sono ritenuti clinicamente patologici.

La *Tabella 3.2* riporta l'*output* dello strumento, evidenziando i punteggi registrati dalle specifiche caratteristiche interpersonali al T1 e al T2. Prima del trattamento, si osserva un punteggio totale (TOT) di 64, lievemente superiore alla soglia di attenzione clinica; a conclusione del trattamento il punteggio totale ha subito un decremento, favorendone il rientro nel range di normalità.

Tabella 3.2. Punti T IIP-32 al T1 e T2

Dimensione	Valore T1	Valore T2
1–Dominante/Controllante	72	59
2–Centrato su di Sé	53	56
3–Freddo/Distante	46	51
4–Socialmente inibito	44	56
5–Non assertivo	63	55
6–Eccessivamente accomodante	64	54
7–Autogiustificante	60	51
8–Intrusivo/Bisognoso (di relazioni intime)	86	55
TOT	64	56

La *Figura 3.2* rappresenta graficamente l'andamento seguito dalle sottodimensioni.

Come si può vedere, al T1 è presente un netto sbilanciamento nelle dimensioni 1–Dominante/Controllante e 8–Intrusivo/Bisogno di relazioni intime, che superano il *cut-off* clinico di 70. Ciò indica che la paziente riporta un pattern relazionale caratterizzato da una tendenza al controllo dell'altro e, al contempo, un notevole bisogno di attirare l'attenzione altrui, con eccessi di estroversione e socievolezza. La prevalenza di questi tratti si unisce ad una difficoltà nell'autoaffermazione e nell'autostima, con una tendenza alla ricerca di approvazione, alla compiacenza e all'evitamento di situazioni di ostilità, al punto di sacrificarsi eccessivamente per gli altri a discapito di sé. Sempre al T1, si attestano valori degni di attenzione clinica anche per quanto riguarda le dimensioni 5–Non assertivo (63), 6–Eccessivamente accomodante (64) e 7–Autogiustificante (60), in cui le misure superano la media della popolazione femminile, pur non delineando un quadro patologico.

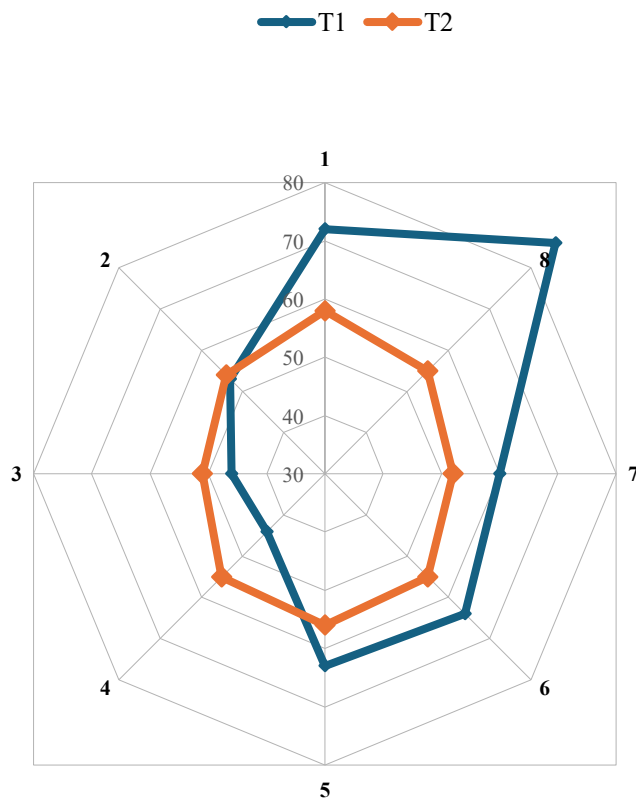


Figura 3.2. Grafico dei punteggi IIP-32

Dopo il trattamento, come conferma la raffigurazione grafica al T2, tutte le subscale precedentemente sopra *cut-off* si sono ridotte, collocandosi sotto la soglia clinica. Il

migliore equilibrio nelle dinamiche di interazione relazionale della paziente è supportato quantitativamente anche dal lieve incremento dei punteggi nelle dimensioni 2–Centrato su di Sé, 3–Freddo/Distante e 4–Socialmente inibito.

3.2 Analisi del processo

L'analisi del processo psicoterapeutico è stata svolta per mezzo dei quattro strumenti compilati dai giudici esterni in seguito all'ascolto delle audioregistrazioni e alla lettura delle trascrizioni dei colloqui selezionati, ovvero le sedute 1-2-5-7-11-15.

I punteggi attribuiti dai tre giudici ad ogni strumento sono stati confrontati e ne è stata valutata la concordanza. Successivamente, per ogni strumento è stata calcolata la media dei punteggi in modo da ricavare una misura unica che resocontasse i valori corrispondenti di ciascuna seduta. L'insieme dei dati raccolti ha consentito di creare un prospetto circa l'evoluzione dei costrutti oggetto di analisi della presente ricerca, descrivendo il loro andamento nei vari momenti del percorso di cura con ISTDP.

3.2.1 Risultati CBAM

La compilazione della CBAM ha consentito di ottenere una panoramica sui comportamenti controtransferali messi in atto dal terapeuta, classificati, quando presenti, nelle sottodimensioni Dominante, Distante e Ostile. Ogni item ha previsto l'assegnazione di un punteggio da 0 a 7, un range che associa al crescere dei valori una più intensa presenza del comportamento in questione. I punteggi medi risultanti dalla somministrazione della CBAM sono riportati nella *Tabella 3.3* e sono distinti per ciascuna seduta analizzata.

Tabella 3.3. Punteggi CBAM per ogni seduta

Numero seduta	Dominante	Distante	Ostile
Seduta 1	1,15	0	1,65
Seduta 2	0,5	0	0,33
Seduta 5	0,58	0	1,25
Seduta 7	0,33	0	0

Seduta 11	0,25	0	0
Seduta 15	0,25	0	0

Come emerge dai valori soprastanti, e come è possibile osservare nella *Figura 3.3*, i valori complessivamente ottenuti nelle tre dimensioni sono contenuti, e mai superiori a 1,65. Ciò indica che il terapeuta non ha mai agito in modo rilevante il proprio controtransfert. La *Figura 3.3* illustra come in nessun momento della terapia i comportamenti controtransferali del clinico si caratterizzano come distanti, al punto che la linea del grafico del dominio Distanza è sovrapposta all'asse orizzontale.

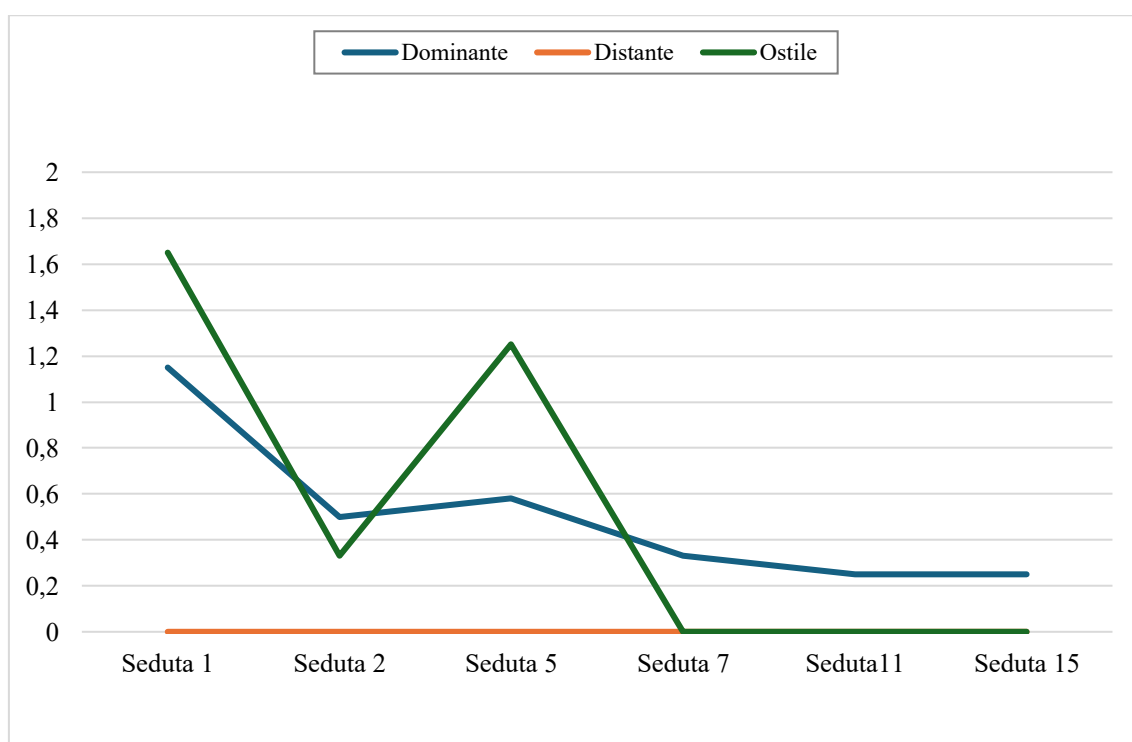


Figura 3.3. Grafico dei punteggi CBAM per ogni seduta

Per quanto riguarda la dimensione Dominante, si può notare un andamento decrescente nel corso delle sedute. Tale risultato è in linea con la tecnica psicoterapeutica dell'ISTDP, in cui è richiesto un ruolo attivo da parte del clinico, soprattutto durante i colloqui iniziali. Gli item più rappresentativi di questa scala sono "Il clinico si è comportato in maniera troppo genitoriale verso il paziente" e "Il clinico si è comportato in modo troppo dominante in seduta".

Infine, per la dimensione Ostile si rileva un andamento più irregolare. Si evidenziano dei punteggi più elevati nella Seduta 1 e nella Seduta 5. I valori più consistenti sono stati attribuiti ad item come “Il clinico si è comportato in maniera critica verso il paziente” e “Il clinico ha perso la calma verso il paziente”. Nonostante ciò, nelle Sedute 7, 11 e 15 il punteggio è sceso a 0, suggerendo che i comportamenti controtransferali ostili fossero intercettabili solo nelle prime fasi della terapia.

In sintesi, i giudici hanno registrato l’assenza di un controtransfert Distanza da parte del clinico, una costante, ma decrescente, presenza di controtransfert Dominante e la presenza di un controtransfert Ostile circoscritto alle prime sedute della psicoterapia.

3.2.2 Risultati WAI

Lo strumento utilizzato per la misurazione dei processi relativi all’alleanza terapeutica è il WAI nella sua versione destinata all’osservatore esterno. Dopo l’ascolto delle audioregistrazioni, l’inventario è stato siglato dai giudici in maniera indipendente, attribuendo ai 36 item un punteggio da 1 a 7. In seguito, tale valore è confluito nelle medie delle singole dimensioni componenti l’alleanza terapeutica (*Bond*, *Task* e *Goal*), a loro volta confrontate per misurare il grado di accordo tra i giudici. I risultati ottenuti sono esposti sotto forma numerica nella *Tabella 3.4* e graficamente nella *Figura 3.4*.

Tabella 3.4. Punteggi WAI per ogni seduta

Numero seduta	Legame (<i>Bond</i>)	Accordo sui compiti (<i>Task</i>)	Accordo sugli obiettivi (<i>Goal</i>)
Seduta 1	4,25	4,3	4,83
Seduta 2	5,14	5,64	5,92
Seduta 5	5,84	5,78	6,16
Seduta 7	6,25	6,33	6,39
Seduta 11	6,66	6,61	6,64
Seduta 15	7	6,83	6,77

La costruzione dell’alleanza terapeutica nel corso delle sedute descrive un andamento crescente in tutte le sue componenti. In generale, tutte le dimensioni partono da un

punteggio intermedio, superiore al valore centrale di 4, per poi salire, raggiungendo, in quasi tutti i casi, il massimo di 7.

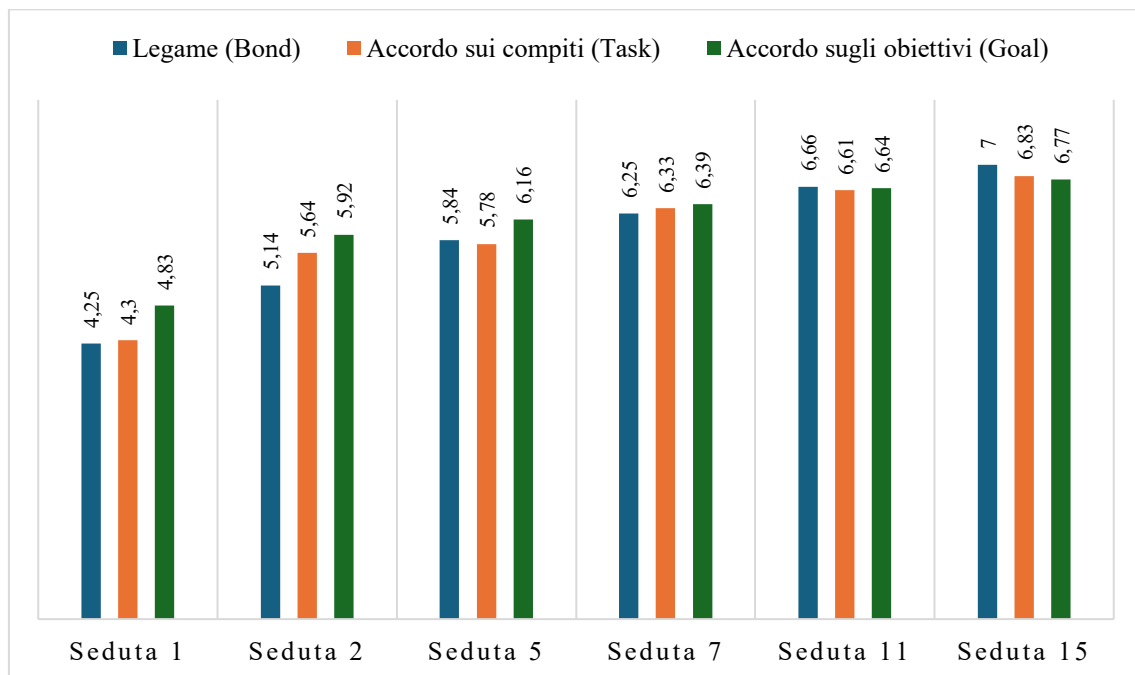


Figura 3.4. Grafico dei punteggi WAI per ogni seduta

In particolare, la dimensione *Bond* è quella che nella fase conclusiva della terapia ha toccato il punteggio massimo, indicando che la relazione terapeutica instaurata tra paziente e clinico si è sviluppata positivamente e si è caratterizzata per elevati livelli di fiducia, confidenza e complicità. Nonostante durante le prime due sedute sia stata la componente che ha registrato i punteggi inferiori, la *Bond* si è caratterizzata per uno sviluppo incrementale costante nel corso della psicoterapia.

Anche le dimensioni *Task* e *Goal* totalizzano dei punteggi positivi e testimoniano il notevole grado d'accordo sui compiti e sugli obiettivi, già presente in fase iniziale dei colloqui. Tali risultati documentano l'elevata motivazione intrinseca della paziente e la sua capacità psicologica per quanto concerne la gestione delle attività e degli scopi del trattamento concordati con il clinico, come traspare dai consistenti punteggi attribuiti ad item come "Paziente e terapeuta ritengono che ciò che stanno facendo in terapia aiuterà il paziente a realizzare i cambiamenti che lui/lei desidera" e "Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati". Per entrambe le dimensioni *Task* e *Goal*, tra la Seduta 1 e la Seduta 2 si osserva un considerevole

incremento del punteggio, con una discrepanza superiore ad 1 punto; gli incrementi registrati nelle sedute successive confermano un decorso crescente, graduale e continuo anche per queste componenti, attestando il quadro generale di progressivo consolidamento dell'alleanza terapeutica.

3.2.3 Risultati SEQ

L'applicazione del SEQ alle sedute ha permesso di valutare l'impatto dei colloqui sulla paziente a conclusione degli stessi. È stato compilato dai giudici tenendo conto del punto di vista della paziente, pertanto, considerando per inferenza lo stato emotivo e la sua attivazione a seguito del colloquio appena svolto. Il punteggio da 1 a 7 è stato attribuito a ciascuno dei 12 aggettivi bipolari contenuti nelle due sezioni, preposte a valutare la seduta stessa secondo le dimensioni *Depth* e *Smoothness* e ad indicare lo stato emotivo corrispondente attraverso le dimensioni *Positivity* e *Arousal*. Sono esclusi dalla siglatura i tre item relativi alla valutazione del terapeuta da parte del paziente, seppure presenti nella versione dello strumento rivolto al paziente e compilato dagli osservatori esterni. La *Tabella 3.5* sottostante riporta i valori attribuiti alle dimensioni per ogni seduta analizzata.

Tabella 3.5. Punteggi SEQ per ogni seduta

Numero seduta	<i>Depth</i>	<i>Smoothness</i>	<i>Positivity</i>	<i>Arousal</i>
Seduta 1	5,27	2,53	4,57	5,2
Seduta 2	6	3,61	5,44	5,5
Seduta 5	6,39	2,5	3,5	6,06
Seduta 7	6,67	3,94	4,95	5,78
Seduta 11	5,28	5,22	5,72	4,83
Seduta 15	6,06	5,61	6	5,11

La lettura della *Figura 3.5* evidenzia la notevole oscillazione delle varie dimensioni, per le quali si riscontra un andamento irregolare nel corso delle sedute. Confrontando l'inizio e il termine della terapia, è possibile notare una crescita delle dimensioni *Depth*, *Smoothness* e *Positivity*, ed una lieve diminuzione dell'*Arousal*.

Osservando i punteggi a livello assoluto, si nota come la dimensione in cui si è misurato il maggiore incremento, intesa come maggiore variabilità, è la *Smoothness*, che descrive la seduta con coppie di aggettivi come Sicura – Pericolosa, Rilassata – Tesa e Confortevole – Disagevole (item *reversed*). Il punteggio di 2,53 della Seduta 1 raggiunge il 5,61 nella Seduta 15, indicando che il clima emotivo dei colloqui, seppur non costante, si è evoluto da una fase iniziale di adattamento ad un'atmosfera finale di sintonizzazione e piacevolezza.

Anche per quanto riguarda la dimensione *Positivity* è possibile riscontrare un andamento irregolare nel corso della terapia, che segue pressoché le curve descritte dalla *Smoothness*, ma con livelli più leggermente marcati. In entrambe, si osserva una crescita tra la prima e la seconda seduta, un netto calo durante la Seduta 5 e un progressivo aumento, fino al picco raggiunto nella Seduta 15.

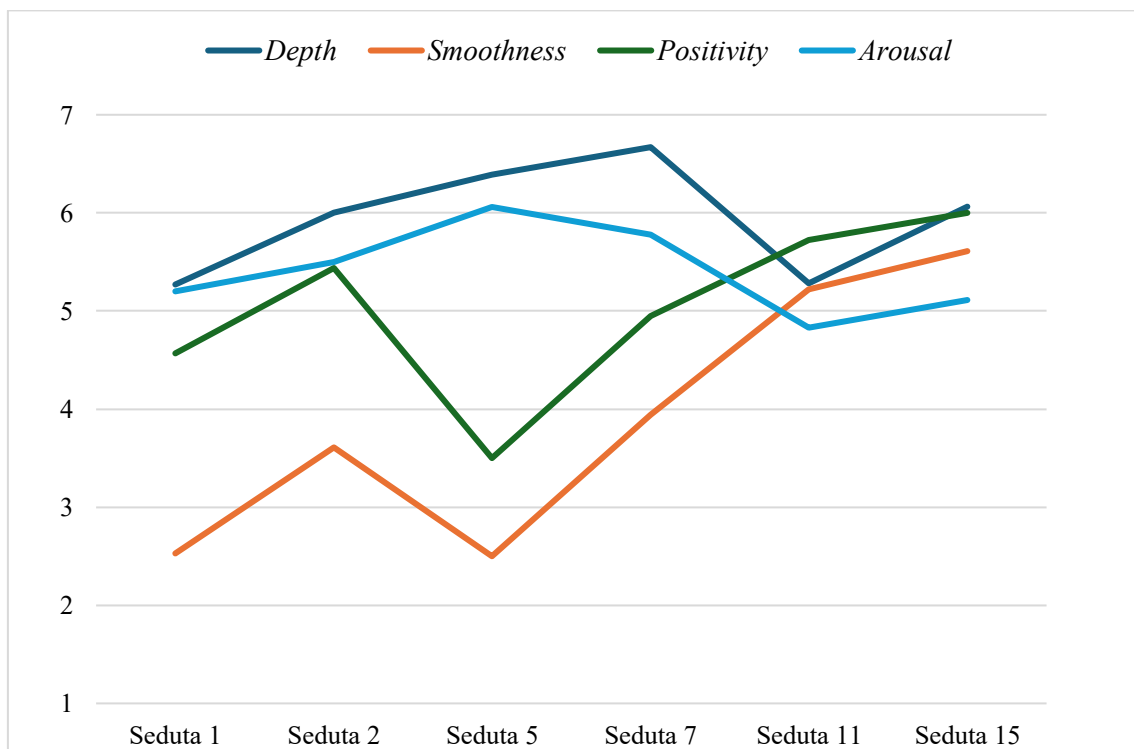


Figura 3.5. Grafico dei punteggi SEQ per ogni seduta

In Figura 3.5 si nota che gli indici *Depth* e *Arousal* si sono sempre mantenuti sopra il punteggio intermedio di 4 e disegnano un profilo di maggiore stabilità nel corso del trattamento, caratterizzato da una crescita iniziale e un brusco decremento nella Seduta 11. Sostanzialmente, le due dimensioni convergono in una configurazione analoga;

soltanto nella Seduta 7 la dinamica ha mostrato un'inversione, evidenziando un andamento divergente delle due variabili, crescente per la subscale *Depth* e decrescente per l'*Arousal*.

3.2.4 Risultati SES

La SES ha restituito in maniera diretta la percezione di efficacia della seduta, secondo la paziente, sulla base della compilazione svolta dai giudici esterni. Anche in questo caso i punteggi ricavati sono la media dei punteggi attribuiti in maniera indipendente dai giudici ai 5 item (*Tabella 3.6*), in cui i valori più elevati sono rappresentativi di una maggiore efficacia della sessione.

Tabella 3.6. Punteggi SES per ogni seduta

Numero Seduta	Efficacia della seduta
Seduta 1	3,8
Seduta 2	4,6
Seduta 5	4,5
Seduta 7	4,8
Seduta 11	4,6
Seduta 15	5

I dati riportati nella *Figura 3.6* attestano che la qualità delle sedute svolte segue un decorso nel complesso crescente che sembra confermare l'efficacia generale delle sedute. La percezione di maggiore efficacia emersa nella seduta conclusiva rispecchia a pieno le considerazioni significative condivise dalla diade relativamente al percorso svolto e a ciò che è stato guadagnato dall'esperienza di terapia, contribuendo all'impatto positivo di quest'ultima sessione.

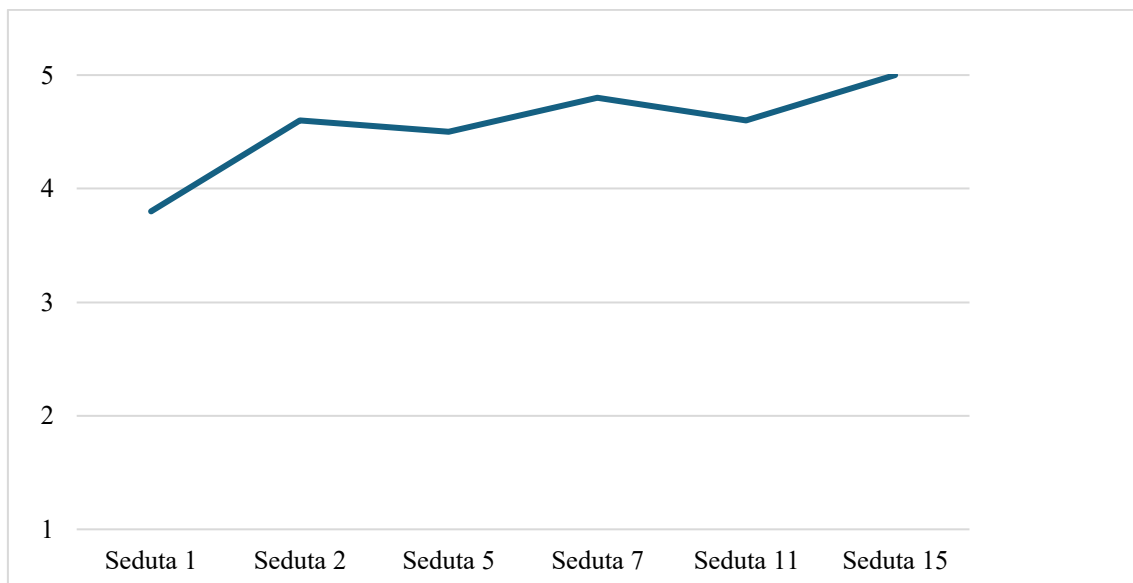


Figura 3.6. Grafico dei punteggi SES per ogni seduta

CAPITOLO IV

Discussione

4.1 Discussione dei risultati

Il presente lavoro di tesi si è proposto di contribuire alla ricerca in psicoterapia attraverso l'applicazione del paradigma di ricerca *process-outcome*, ovvero intrecciando lo studio dell'esito della psicoterapia a quello sui micro e macroprocessi in grado di delineare una traiettoria di cambiamento (Migone, 2006). La prima parte dello studio ha incluso una rassegna della letteratura sulla ricerca in psicoterapia, evidenziando come il modello *process-outcome* applicato al caso singolo sia ormai considerato il metodo elettivo per approfondire gli aspetti intrinseci dell'approccio psicodinamico breve. Pertanto, si sono approfondite le radici di tale orientamento, dedicando particolare attenzione all'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP) adottata per il trattamento del caso. L'impiego delle audioregistrazioni e delle trascrizioni ha consentito di approfondire il ruolo giocato dai fattori relazionali all'interno del processo di cura, in particolare del controtransfert e dell'alleanza terapeutica. Partendo dal presupposto che una gestione consapevole del controtransfert influenza la formazione dell'alleanza terapeutica e l'esito positivo della terapia (Rocco, De Bei, et al., 2021; Rocco et al., 2026) e della correlazione esistente tra l'alleanza terapeutica e l'*outcome* (Bordin, 1979), la presente ricerca mira a connettere i processi attivati dai comportamenti controtransferali del clinico con le dinamiche di sviluppo dell'alleanza stessa. Le fluttuazioni di tali processi, esaminate in 6 sedute valutate da giudici esterni, sono state correlate alla qualità delle singole sessioni e all'esito clinico generale.

Il primo obiettivo è stato quello di rilevare il successo della terapia per mezzo dei risultati della SCL-90-R e dell'IIP-32, somministrati ad inizio e a conclusione del trattamento. È stato riscontrato un esito decisamente positivo nei termini di miglioramento del quadro clinico generale della paziente. In un arco di tempo di 10 mesi di trattamento, entrambi gli strumenti hanno riportato un decremento dei punteggi e un conseguente rientro degli indicatori clinici al di sotto della soglia di criticità, mostrando una remissione della psicopatologia al momento della conclusione della psicoterapia. Nello specifico, per quanto concerne la SCL-90-R si è verificato un alleviamento del disagio inizialmente

contraddistinto dalla severità delle scale di Depressione, Ansia e Ossessività-Compulsività. Il rientro di questi parametri è significativo della risoluzione del disturbo di panico che aveva portato la paziente ad intraprendere il percorso di cura e dello stato di benessere raggiunto. La paziente mostra di aver acquisito una maggiore regolazione emotiva, riuscendo ad accogliere e tollerare i vissuti ansiosi, senza che questi si manifestino in modo repentino e dirompente. Il calo dei sintomi depressivi rimanda invece al lavoro sulla “legalizzazione” emotiva, che ha permesso alla paziente di elaborare anche rabbia e tristezza senza mascherarle, ma esprimendole in maniera controllata e sperimentando l’inversione del meccanismo di introversione della rabbia, causa dei sintomi di panico. In seguito al trattamento, l’Ossessività-Compulsività e l’Ansia Fobica (quest’ultima risultata incrementata), rimangono le uniche dimensioni con un punteggio superiore a 1. La persistenza di tali indicatori descrive lo spostamento del sintomo acuto alla dimensione compulsiva, incentrata sulla frequenza di docce e lavaggi che la paziente tende a fare, tanto da provocarle un’irritazione cutanea di entità moderata. La germofobia della paziente appare sensibile al suo stato di stress, configurandosi agli occhi della paziente stessa come un compromesso accettabile rispetto all’ansia acuta precedente al trattamento. L’ultima seduta della terapia si caratterizza come un momento di confronto rispetto a questi comportamenti compulsivi; la coppia terapeutica interpreta e valorizza con lucidità il ruolo centrale del numero di docce ed insaponate come indicatori del disagio psichico della paziente. Sono le riflessioni della paziente sul proprio percorso che ne evidenziano la grande capacità introspettiva e i traguardi raggiunti, alla luce di una consolidata autostima e di un maggior senso di autoefficacia. Questi cambiamenti sono testimoniati anche dai risultati dell’IIP-32 circa le modalità interpersonali adottate dalla paziente. Prima del trattamento si evidenziavano alcune dimensioni clinicamente significative, ovvero la scala Dominante/Controllante e Intrusivo/Bisognoso. Sulla base dei tratti di personalità della paziente, riconducibili ad uno stile depressivo, l’introversione della rabbia si potrebbe interpretare come un tentativo di proteggere l’altro per mantenere un senso di controllo delle relazioni interpersonali. Allo stesso tempo, la paziente riportava un consistente bisogno di legami affettivi, caratteristica che, verosimilmente, si rifletteva nel precoce bisogno di vicinanza al clinico. Questo profilo relazionale ricalca a pieno anche la lettura psicodinamica del disturbo di panico proposta da Gabbard & Madeddu (2015a), secondo cui la

sintomatologia di panico è il frutto di uno stile relazionale iper-controllante e di estremo timore relativo alla perdita. Nonostante sia possibile osservare che gli atteggiamenti di compiacenza sono presenti anche in occasione delle sedute finali, il rientro delle dimensioni relazionali sotto il *cut-off* descrive un quadro di migliorato equilibrio interpersonale a conclusione del trattamento. L'esperienza terapeutica (e la relazione terapeutica) hanno consentito alla paziente di valorizzare le sfumature emotive del proprio mondo intrapsichico, disinvestendo energie dal controllo e dal bisogno degli altri, e migliorando la propria assertività. Alla luce di questi risultati, è possibile attestare il successo della ISTDP, sia nei termini di miglioramento dello stato di benessere e della funzionalità che di acquisizione di capacità interpersonali.

A questo punto ci si è interrogati su quale sia stata l'evoluzione del percorso di cura e quali fattori abbiano maggiormente determinato il successo della psicoterapia. Per rispondere a tale quesito, è necessario ripercorrere le singole sedute attraverso il profilo delineato dagli strumenti di misurazione del processo.

La prima ipotesi sul processo prevedeva che all'esito positivo della terapia si correlasse un andamento crescente dell'alleanza terapeutica, valutata attraverso il WAI. I risultati emersi convalidano tale attesa e suggeriscono un quadro di buona alleanza terapeutica fin dai primi colloqui; quelli successivi ne sanciscono la crescita, soprattutto per quanto riguarda la componente *Bond*, confermando l'ipotesi in questione e ampliando le scoperte di Barreto et al. (2020) circa il rapporto tra il livello della *Bond* ad inizio trattamento e la sua predittività dell'efficacia della psicoterapia. Nel complesso, l'alleanza terapeutica è stata instaurata fin dai primi colloqui e ha visto uno sviluppo incrementale dei punteggi, raggiungendo il picco al termine del percorso. Alla luce di questi dati, è plausibile supporre che l'*outcome* positivo della terapia sia stato favorito dalla costruzione precoce di una robusta alleanza terapeutica, definita da valori marcatamente elevati in tutte le sue componenti. L'andamento seguito dalle scale *Task* e *Goal* indica un crescente grado di allineamento della coppia terapeutica rispetto ai compiti previsti dalla terapia e agli obiettivi del processo di cura, mentre quello della dimensione *Bond* rappresenta il consolidamento del clima di fiducia e sintonia sperimentato nella stanza terapeutica. Presumibilmente, la costruzione di una solida cornice relazionale è stata un fattore protettivo rispetto ai momenti più difficili del percorso, in cui la paziente ha visto il clinico come un alleato durante il complesso processo di cambiamento. Gli aspetti relazionali

sono stati essi stessi fattori centrali del trattamento, in quanto la paziente è stata guidata a confrontarsi con la propria tendenza alla dipendenza affettiva. Seguendo la tecnica ISTDP, il clinico ha utilizzato il materiale transferale per fornire interpretazioni rispetto ai pattern relazionali della paziente, prima sfidando le sue resistenze e poi intervenendo supportivamente.

La seconda ipotesi sul processo prevedeva, nel caso di un *outcome* positivo, che fosse rilevabile una buona gestione dei comportamenti controtransferali da parte del clinico, in linea con le evidenze di Negri et al. (2022). I risultati osservati alla somministrazione della CBAM confermano tale attesa e suggeriscono che il terapeuta è riuscito, nella maggior parte del tempo, a gestire il proprio controtransfert, attenendosi alla tecnica più che all'attivazione emotiva suscitata dall'interazione con la paziente. Sono stati registrati, con punteggi molto limitati, alcuni comportamenti controtransferali, descritti dalle dimensioni Dominante e Ostile, ma allo stesso tempo non sono stati rilevati nemmeno quelli caratterizzanti la dimensione Distante, che identifica la passività e l'estraneamento del clinico dalla situazione terapeutica. Viceversa, il clinico è sempre apparso coinvolto e partecipe durante i colloqui. Anche quando sono stati rilevati comportamenti controtransferali associati alle subscale Dominante e Ostile si è notato, in linea con le aspettative riportate dalla seconda ipotesi, il loro decremento nelle sedute successive. Ciò si è verificato particolarmente nei primissimi colloqui, densi di confrontazioni e interventi di sfida alle resistenze. Questa interazione ha creato notevole difficoltà nella paziente al punto che, a fine terapia, ha ammesso di aver avuto il dubbio se proseguire o meno il trattamento, data la pressione relazionale di cui era oggetto e l'impegno richiesti. Tuttavia, l'insistenza del terapeuta nel voler mettere alla prova la tolleranza della paziente nel primo colloquio è coerente con la tecnica della "terapia di prova" prevista da Davanloo (Davanloo, 1980, 1990), nella quale l'atteggiamento del terapeuta è stato registrato più marcatamente Ostile. Il fatto che il terapeuta si stesse attenendo alla tecnica e non stesse agendo aspetti controtransferali è stato confermato anche dalla flessione di ambedue le dimensioni osservata nella fase centrale della terapia, ovvero quella che, secondo la Sequenza Dinamica Centrale dell'ISTDP, prevede il consolidamento delle interpretazioni e l'esplorazione del transfert. Questo risultato arricchisce la riflessione clinica, poiché suggerisce che una manifestazione circoscritta di comportamenti controtransferali percepiti come ostili non inficia la costruzione di una buona alleanza terapeutica e, quindi,

di un percorso clinico funzionale. Dalla seconda seduta la tecnica utilizzata sembra mostrare la propria flessibilità, poiché il clinico non manca di alternare al confronto diretto momenti di autentica sintonizzazione emotiva, ad esempio attraverso l'utilizzo di un gergo informale e la precoce definizione di un linguaggio comune per riferirsi ai vissuti della paziente. Il successo di questo avvicinamento è attestato proprio dalla stabilità dei punteggi dell'alleanza terapeutica. Un'ulteriore osservazione sul controtransfert riguarda la complessa gestione dei momenti in cui la paziente sembra aver espresso, implicitamente o verbalmente, un transfert erotico nei confronti del clinico. Frequentemente, la paziente ha esplicitato il senso di complicità della coppia terapeutica come desiderio di vicinanza al clinico, dicendo "mi mancavi", "vorrei abbracciarti" o "ti voglio bene". Il terapeuta ha sempre accolto queste manifestazioni d'affetto, confermando la reciprocità del legame tra i due, né eccedendo i confini terapeutici con eventuali comportamenti controtransferali dal carattere erotico né mettendo in atto comportamenti di distanziamento. Al contrario, il terapeuta ha ripetutamente usufruito di tali momenti di transfert positivo per consolidare il rapporto di fiducia tra i due ed esplorare il bisogno di intimità della paziente. Infine, rispetto alla rilevazione del controtransfert ci si potrebbe interrogare sull'eventuale influenza degli aspetti personologici del clinico: la presenza di minimi comportamenti di dominanza anche nelle sedute finali potrebbe infatti derivare da una commistione tra i tratti caratteriali del terapeuta, che ha mostrato un atteggiamento determinato e audace, e la stessa ISTDP, la quale, per sua elevata strutturazione, potrebbe far leva proprio su tali caratteristiche di personalità, infondendo al clinico una maggiore sicurezza. D'altra parte, nel recente studio di De Bei et al. (2025) gli autori hanno evidenziato che il controtransfert Dominante rilevato dai giudici esterni è associato ad una maggiore attività diagnostica del clinico tra le sedute, suggerendo che, in queste circostanze, la gestione del controtransfert segua una modalità di elaborazione cognitivo-teorica piuttosto che empatica. Questo dato sembra confermare che una tecnica fortemente strutturata come la ISTDP possa favorire una gestione del controtransfert improntata più sull'aderenza alla tecnica che sull'esperienza emotiva del clinico.

La terza ipotesi si proponeva di approfondire la dinamica del processo terapeutico correlando il successo della terapia all'esito delle singole sedute, di cui è stato misurato l'impatto attraverso il SEQ. Infatti, oltre a valutare l'alleanza terapeutica e il controtransfert, l'obiettivo era ricavare in che modo la qualità delle sedute fosse

influenzata dai microprocessi e come questi influenzassero l'*outcome*. Alla luce del buon esito della terapia, l'attesa di riscontrare dei punteggi elevati nella dimensione *Depth* del SEQ è stata confermata. I risultati dello strumento hanno evidenziato, già nel primo colloquio, dei livelli particolarmente elevati di profondità (*Depth*) delle sedute, supportando le evidenze di Tryon (1990) sulla correlazione tra elevati punteggi di *Depth* in fase iniziale del percorso terapeutico e un buon avvio di terapia. La *Depth* ha seguito un andamento incrementale nella prima metà del percorso, raggiungendo il punteggio più consistente nella Seduta 7. Durante quest'ultima è possibile identificare un momento cruciale del trattamento, ovvero quello, utilizzando i termini di Davanloo (1980,1990), di "crisi intrapsichica" e di "accesso all'inconscio". Si tratta di un incontro emotivamente intenso, durante il quale la paziente viene guidata dal terapeuta ad elaborare la fantasia dell'omicidio del nonno, accedendo alla rabbia rimossa e preparandosi al lutto imminente di questa figura significativa, la cui salute era in progressivo peggioramento. In questi momenti la commozione era tangibile e le difficoltà della paziente venivano affrontate congiuntamente grazie alla calda presenza del clinico. La vicinanza emotiva fornita ha creato l'atmosfera adatta affinché la paziente verbalizzasse anche il proprio affetto nei confronti del terapeuta, accompagnato dai timori relativi alla fine di questo legame. È in questa seduta, dalla spiccata profondità, che si delinea il transfert erotico da parte della paziente, che il clinico esplora al fine di approfondire la sua paura della separazione. Esclusivamente durante la Seduta 11 è stato possibile riscontrare un'inversione nell'andamento della dimensione *Depth*. Durante la sessione si è osservato un ampio resoconto della paziente rispetto a dinamiche relazionali concrete, piuttosto che emotive, unito alla disamina di alcune sue scelte di vita. Tale colloquio si è contraddistinto per un approccio più cognitivo, ovvero focalizzato sull'esplorazione delle credenze disfunzionali della paziente e sulla restituzione di strategie comportamentali più efficaci, caratteristiche che hanno determinato un calo della profondità percepita. Tuttavia, poiché al decremento della *Depth* nella Seduta 11 non si è associato né un calo nelle componenti dell'alleanza terapeutica né un aumento dei comportamenti controtransferali negativi, ne consegue che tale risultato è attribuibile alla natura di questa sessione, di cui la SES ha rilevato un buon livello di efficacia. In assoluto, per la *Depth* si sono riscontrati punteggi elevati durante l'intero trattamento, suggerendo che la terapia si è contraddistinta per

avere un'elevata densità emotiva e che ha impattato significativamente il vissuto della paziente.

L'analisi delle altre dimensioni del SEQ ha mostrato che il profilo dell'*Arousal* è stato sostanzialmente coincidente con quello della *Depth*. I risultati evidenziano un'associazione tra le traiettorie delle due dimensioni, il cui andamento è risultato pressoché sovrapponibile lungo l'intero percorso, seppure con valori leggermente inferiori per l'*Arousal*. Nello specifico, la subscale *Arousal* ha mostrato un andamento oscillante, caratterizzato da un incremento iniziale, un lieve calo nella Seduta 7, un ulteriore decremento nella Seduta 11 e un successivo aumento nella Seduta 15. La dimensione *Arousal* ha conservato valori piuttosto consistenti anche in concomitanza con il raggiungimento di traguardi terapeutici, presumibilmente ad indicare uno stato di eccitazione psicologica, come suggerito dai punteggi attribuiti ad aggettivi quali Energico e Coinvolto. Pertanto, l'ipotesi di un andamento variabile per questo indice risulta parzialmente confermata.

In fase iniziale, l'*Arousal* elevato poteva essere attribuito alla sintomatologia ansiosa; sintomi somatici quali nausea e tremore si accompagnavano all'incremento dell'ansia, soprattutto durante i primi colloqui del trattamento. La sfida alle resistenze prevista dalla tecnica si traduceva in una crescente attivazione della paziente, che il terapeuta monitorava costantemente per evitare la comparsa di un sintomo parossistico, per portare l'attenzione alle vie di scarica di motoria dell'ansia e per garantire la sicurezza dell'ambiente terapeutico. Il picco di attivazione dell'*Arousal* è stato riscontrato nella Seduta 5, particolarmente conflittuale, durante la quale il clinico ha intenzionalmente intensificato nella paziente il vissuto di rabbia nei propri confronti, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle sue sensazioni corporee distruttive. Da principio, la paziente ha risposto aggirando le proprie reazioni d'ira con risposte evasive (e riscontrando un aumento dell'ansia), ma in seguito si è lasciata andare alla loro espressione. In questo colloquio, al picco di *Arousal* si sono associate le flessioni di *Smoothness* e *Positivity*, che hanno toccato i punteggi più bassi di tutto il trattamento. In relazione agli altri strumenti di misurazione del processo, sempre nella Seduta 5 è stato riscontrato un incremento di circa 1 punto della dimensione Ostile (CBAM). Ne consegue che l'aumento dei comportamenti controtransferali ostili nella fase centrale del percorso terapeutico sembra aver impattato sulla sessione, concorrendo ad aumentare il grado di attivazione (*Arousal*)

e a far registrare un calo nella piacevolezza (*Smoothness*) e nella positività (*Positivity*) della seduta. Il decremento dell'*Arousal* evidenziato nella Seduta 11, invece, sembra derivare dalla natura più psicoeducazionale e meno emotivamente coinvolgente del colloquio stesso.

Per quanto riguarda la *Smoothness*, si è attestata l'ipotesi di rilevare dei punteggi inizialmente contenuti, comprovanti bassi livelli di confortevolezza della seduta. Questo dato risulta particolarmente significativo alla luce dei risultati degli studi di Nash e Garske (1988), che avevano suggerito che precoci punteggi elevati in questa dimensione si potessero interpretare come indici di resistenza al trattamento e di tendenza a rimanere nell'ambito superficiale della relazione con il terapeuta. Pertanto, il fatto che la terapia abbia avuto un buon esito e che la bassa *Smoothness* sia accompagnata sia da una buona alleanza fin dalle prime sedute che da comportamenti controtransferali contenuti, testimoniano che un certo grado di spiacevolezza della seduta sia tollerata nelle fasi iniziali del percorso. Dopo la Seduta 5, che si ricorda essere stata particolarmente conflittuale, si è verificato un netto incremento del livello di *Smoothness*, in corrispondenza della fase di consolidamento dei risultati terapeutici, confermando l'ipotesi relativa al suo andamento nella fase conclusiva del percorso. Questo è supportato anche dalla paziente, che nell'ultima seduta riporta: *“All'inizio la terapia è difficile, dolorosa e tu non me l'hai mai negato, tanto che nella prima seduta avresti potuto benissimo essere più delicato, più dolce [...]. Non girare attorno ai problemi è un compromesso molto difficile da accettare, è una necessità difficile da comprendere, ma adesso che stiamo terminando, la vedo come una cosa bellissima essere riusciti a non far finta di niente, a prenderci il diritto di affrontare determinate cose, per quanto difficili per quanto dolorose, per quanto scomode”*. Mentre la *Smoothness* si riferisce al clima emotivo della seduta, la dimensione *Positivity* si concentra sugli aspetti emotivi, ovvero sul grado di sensazioni positive dopo i colloqui. Poiché i profili di *Positivity* e *Smoothness* hanno mostrato un andamento sovrapponibile, si può dire che l'ipotesi relativa alla *Positivity* è parzialmente verificata, in quanto il suo andamento è stato variabile, ma, in aggiunta a quanto ipotizzato, correlato a quello della *Smoothness* e crescente in fase conclusiva della terapia. La relazione tra le due dimensioni è confermata dallo studio di Rocco et al. (2017), che indica un'associazione tra il clima generale della seduta e lo stato emotivo del paziente a seguito della stessa. Infatti, pur configurandosi complessivamente

più elevata della *Smoothness*, anche per la dimensione *Positivity* è stata notata una diminuzione nella Seduta 5, non motivata da una scarsa efficacia della seduta, ma coerente con la specificità di un momento terapeutico focalizzato sulla sperimentazione di rabbia, paura e tristezza, affetti centrali del conflitto della paziente. In generale, sia per la *Smoothness* che per la *Positivity*, i colloqui finali evidenziano i punteggi più alti, correlando con la quasi totale assenza di comportamenti controtransferali del clinico, con un rafforzamento dell'alleanza terapeutica e con un'elevata efficacia delle sessioni misurata dalla SES.

La SES è la scala che descrive l'esito delle singole sedute basandosi sul concetto di efficacia. La definizione stessa di efficacia comprende un ampio range di cambiamenti, di conseguenza la sua attribuzione può essere molto variabile. Ad esempio, l'elevato punteggio di efficacia della Seduta 5 era riferito alla possibilità da parte della paziente di sperimentare la rabbia come emozione rivolta all'esterno e non più introiettata; diversamente, per quanto riguarda la Seduta 7 l'efficacia è stata attribuita rispetto all'elaborazione della morte del nonno, culminata in un momento particolarmente trasformativo per il percorso della paziente. In generale, l'analisi dell'efficacia delle sedute è fluttuante, ma crescente, e raggiunge il picco nell'ultima seduta, durante la quale vengono ripercorsi tutti i momenti della terapia e in cui la paziente si è espressa in modo consapevole, condividendo con il terapeuta le proprie considerazioni. In questo caso, l'elevata efficacia si riferisce alla capacità di ricapitolazione di tutti i traguardi raggiunti, emotivi e cognitivi, simboleggiati anche dall'introduzione della figura del clinico: *“Penso che questo percorso sia stata una delle cose più belle che mi siano successe nella vita, e più difficili [...]. So che sarai sempre dentro di me in quello che affronto, nei ricordi che avrò”*. In quest'ultimo incontro la paziente appare meno giudicante verso di sé e sviluppa riflessioni autonome sulla propria germofobia e sull'incertezza verso il futuro, riconoscendo come quest'ultimo le generi un livello di ansia funzionale. Dice: *“Ho eliminato un sacco di giudizi e ho liberalizzato un sacco di emozioni, pensieri, paure, omissioni [...], e io mi sento più donna, mi sento più matura, mi sento super spaventata per quello che è il poi”*. Poi, descrive come sia riuscita a compiere una scelta di vita per trasformare una passione in un percorso di studi e in una professione: *“Sinceramente mi sento libera, in parte, di sentire quello che sento e provare quello che provo. E il risultato, forse più evidente, è proprio che l'anno scorso mai mi sarei sognata*

di provare a fare un'accademia così". Inoltre, la paziente riesce a comunicare anche una certa quota di rabbia verso il terapeuta per l'imminente separazione, pur riconoscendo la necessita di questo passo. Tutti questi aspetti contribuiscono a confermare l'elevata efficacia della seduta nei termini di raggiungimento degli obiettivi del trattamento e di risoluzione dei conflitti. Tuttavia, le considerazioni rispetto a quest'ultima seduta inducono a delle riflessioni sul termine del percorso di cura. Infatti, ci sono degli aspetti potenzialmente conflittuali che non sembrano essere stati risolti, come la germofobia e la tendenza alla compiacenza, all'idealizzazione dell'altro, che permangono anche in occasione dell'ultimo colloquio. In particolare, la paziente appare molto desiderante di ricevere conferme circa l'autenticità del legame instaurato con il clinico e rispetto alla propria "performance" come paziente. Forse in conseguenza a questi desideri della paziente, il clinico stesso si lascia andare ad una serie di *self-disclosure*, che sono interpretabili come agito di un controtransfert di affetto nei confronti della paziente. Sintonizzandosi emotivamente con lei, riferisce di condividere il sentimento di nostalgia rispetto al fatto che si tratta dell'ultima seduta e afferma sia che conserverà il loro legame dentro di sé come "un'orma", sia che il suo specifico trattamento si è dispiegato in modo molto rapido. Ci si può chiedere se rispondere positivamente al desiderio della paziente di essere effettivamente stata più "brava" degli altri possa rischiare di colludere con la sua tendenza a ricercare la gratificazione all'esterno; pertanto, sarebbe opportuno indagare se la scelta del clinico sia stata di tipo tecnico o sia stato un agito controtransferale. D'altra parte, seppure la regola dell'astinenza suggerisca che non bisognerebbe gratificare i desideri transferali del paziente, è del tutto riconosciuto come gratificazioni parziali si verifichino costantemente durante la terapia e favoriscano la creazione di una relazione autentica (Gabbard & Madeddu, 2015b). Allo stesso tempo, essendo l'ultima seduta, il clinico non indaga ulteriormente l'aspetto di transfert erotico della paziente e non lo utilizza per interpretazioni sui suoi pattern relazionali. Probabilmente la natura breve e focale dell'ISTDP non ha consentito di approfondire ogni aspetto del mondo psichico della paziente, in quanto l'attività del clinico era finalizzata a mantenere il lavoro sul conflitto primario, il quale è stato risolto determinando l'effettivo decremento dei sintomi e il cambiamento comportamentale (Abbass et al., 2012). Tuttavia, la scelta di un trattamento psicodinamico breve è particolarmente indicata se si considera l'inclinazione alla dipendenza affettiva della paziente, con cui un trattamento psicodinamico a lungo

termine rischierebbe di colludere. Dopotutto, lo stesso Fleggenheimer (1982b) afferma che dopo una terapia breve “rimangono sempre alcuni problemi irrisolti” (p. 15), mentre Osimo (2001) sottolinea che la qualità della vita psichica di una persona deriva dalla possibilità di sperimentare tutte le emozioni e di riuscire ad usarle in maniera adattiva. In sintesi, le parole di McCullough Vaillant (1997, pp. 1–2) descrivono perfettamente gli obiettivi di cambiamento di questa paziente: “[...] *più una persona riesce a ridere quando è felice, a piangere quando è triste, ad usare la rabbia per porre limiti precisi, a fare l'amore appassionatamente, a dare e ricevere tenerezza in modo pieno e aperto, più lontana si pone dalla sofferenza. E più gioia di vivere si ha, più si riesce ad essere generosi con gli altri*”.

Analizzando la terapia nel suo complesso, e approfondendone i risultati specifici, si possono convalidare le ipotesi rispetto all’andamento dell’alleanza terapeutica e del controtransfert e il suo esito positivo. Questi dati arricchiscono le conclusioni di Horvath e Symonds (1991) rispetto alla potenza trasformativa della relazione terapeutica (e umana) instaurata dalla diade terapeutica già nei primi momenti dell’incontro clinico. Analizzare l’eventuale presenza di un controtransfert negativo ha permesso di evidenziare una solida associazione tra punteggi controtransferali contenuti, l’attinenza alla tecnica ed il conseguente successo della terapia, supportando le evidenze di Hayes et al. (2018) sul legame tra reazioni controtransferali del clinico e *outcome*. In breve, si è dimostrato che più il clinico è in grado di avere familiarità con il proprio mondo emotivo, più avrà consapevolezza del proprio controtransfert e più sarà in grado di gestirlo e di utilizzarlo, in concomitanza alla tecnica, per leggere la dinamica relazionale in atto e calibrare i propri interventi. Sulla base di quanto emerso, una limitata presenza di comportamenti di dominanza e ostilità non sembra impattare negativamente sul processo e sull’esito, purché riconducibile alla tecnica applicata e inserita in un contesto di alleanza terapeutica complessivamente positiva. In tal senso, si può riflettere sul fatto che sia irrealistico aspettarsi un atteggiamento completamente impersonale da parte del clinico, poiché l’interazione umana determina un inevitabile ciclo di transfert–controtransfert, e un’assenza responsiva da parte del clinico rischierebbe di configurarsi come “freddezza”, disconfermando il mito freudiano del “buon clinico” che non deve sperimentare il controtransfert (Hayes et al., 2011). I risultati della ricerca suggeriscono che le singole reazioni controtransferali non sono di per sé influenti negativamente sul cambiamento

clinico, ma che a fare la differenza è il clima emotivo relazionale generale, co-costruito attraverso l'interazione ripetuta e la flessibilità di un legame capace di assorbire eventuali conflitti e modificarsi in seguito ad eventuali momenti di rottura.

L'andamento di alleanza terapeutica e controtransfert è stato conforme alle ipotesi e ha verosimilmente contribuito all'esito positivo della terapia. In aggiunta, la presente ricerca ha anche fornito nuovi riscontri per quanto riguarda il legame tra tali fattori specifici e la qualità del processo terapeutico. È stata fornita evidenza a supporto di come una buona alleanza sia in grado di resistere a momenti critici della psicoterapia, soprattutto nell'ambito di una tecnica attiva come la ISTDP in cui potrebbero essere elevati il rischio di suggestione e di bassa tolleranza alla pressione emotiva (Flegenheimer, 1982a). Inoltre, una solida alleanza terapeutica e dei comportamenti controtransferali circoscritti sembrerebbero creare l'ambiente ideale per vivere un'esperienza terapeutica significativa, come testimoniato dall'elevata efficacia delle sedute stesse e dalla loro profondità emotiva (*Depth*), il cui andamento è risultato correlato anche al grado di attivazione (*Arousal*) della paziente. Alla luce di tali caratteristiche, si è riscontrato che punteggi elevati di piacevolezza (*Smoothness*) e positività (*Positivity*) sono plausibili nelle fasi conclusive del trattamento, ma non in quelle iniziali, in cui è ammesso un certo grado di difficoltà. Lo studio per la validazione italiana del SEQ aveva già evidenziato un'elevata intercorrelazione tra *Smoothness* e *Positivity*, ma non tra *Depth* e *Arousal* (Rocco et al., 2017).

Infine, i risultati di questa ricerca stimolano una riflessione sull'applicabilità della psicoterapia psicodinamica breve per il trattamento del disturbo di panico. L'analisi psicodinamica del caso in esame ha infatti confermato la centralità di quei nodi conflittuali che trovano pieno riscontro nell'eziologia del disturbo proposta da Gabbard e Madeddu (2015a), e che sono stati trattati con successo attraverso l'approccio ISTDP.

4.2 Conclusioni

Il presente lavoro di tesi è nato con l'obiettivo di contribuire al campo della ricerca in psicoterapia attraverso un'analisi del processo e dell'esito di un caso singolo di ISTDP. La ricerca si è focalizzata sullo studio di una psicoterapia della quale sono stati analizzati qualitativamente alleanza terapeutica e controtransfert per comprenderne il ruolo e la loro sinergia nel determinare o ostacolare il processo di cambiamento.

Il punto di partenza è stato quello di verificare l'esito positivo della terapia monitorando la riduzione dei sintomi e il cambiamento delle modalità interpersonali del paziente. Le prime due ipotesi sul processo sono state comprovate, suggerendo che il successo del trattamento possa effettivamente essere spiegato dalla costruzione di una salda alleanza terapeutica e da una presenza limitata di comportamenti controtransferali. In particolare, valori elevati e progressivamente crescenti dell'alleanza terapeutica, soprattutto nella dimensione *Bond*, confermano i riscontri della letteratura esistente sul rapporto tra alleanza terapeutica ed *outcome* della terapia (Barreto et al., 2020; Bordin, 1979). Per quanto riguarda il controtransfert, è stato possibile confermare che bassi livelli di comportamenti controtransferali (Dominante, Distante e Ostile) si associano ad esiti positivi. I dati sembrano indicare che la gestione consapevole del controtransfert previene l'insorgenza di *enactment*, facilita lo sviluppo dell'alleanza e consente al clinico di canalizzare le proprie percezioni controtransferali nel processo terapeutico. In generale, nel caso in esame si è riscontrato che l'alleanza terapeutica è stata un fattore più stabile rispetto al controtransfert, e che lievi variazioni del comportamento controtransferale non hanno tuttavia inficiato lo sviluppo di una buona alleanza. Inoltre, tali dati si legano alle ipotesi sulla qualità delle singole sessioni in caso di successo della terapia, le quali hanno trovato conferma: i punteggi di efficacia e profondità (*Depth*) si sono mantenuti costantemente elevati, mentre la *Smoothness* ha mostrato una crescita marcata nelle sessioni conclusive del percorso. Le ipotesi relative ad *Arousal* e *Positivity* sono state invece confermate solo parzialmente. L'andamento dell'*Arousal* è risultato concomitante a quello della *Depth*, assestandosi su valori sempre elevati; la *Positivity*, invece, ha mostrato un legame più stretto con la *Smoothness* che con le altre variabili considerate. Nonostante i risultati emersi offrano spunti clinici e metodologici, la ricerca presenta alcuni limiti. In primo luogo, l'analisi *single-case* adottata dal disegno di ricerca restituisce risultati difficilmente generalizzabili, ma alimenta il corpus di casi clinici su cui è possibile corroborare ipotesi cliniche generali e formulare ipotesi future. In secondo luogo, la ricerca ha seguito un approccio quantitativo descrittivo, compatibile con una lettura psicodinamica del processo terapeutico, ma i cui risultati necessitano di cautela interpretativa. L'analisi visiva dei grafici ha consentito di mappare la complessità delle dinamiche relazionali in atto mantenendone la validità ecologica, anche se l'assenza di analisi inferenziali impedisce di verificare la significatività statistica delle relazioni tra le

variabili. Un terzo limite riguarda la soggettività dei valutatori esterni, ovvero psicologi in formazione con un limitato livello di esperienza clinica. Nonostante le procedure di addestramento previste, questo fattore potrebbe aver determinato una minore sensibilità nel rilevamento dei microprocessi delle sedute. I bias degli esaminatori riguardano anche delle criticità concernenti la compilazione del SEQ e del SES. Entrambi gli strumenti sono stati compilati dai giudici esterni; per gli studi futuri, si auspica un'implementazione della valutazione della qualità dei colloqui attraverso la somministrazione diretta dello strumento al paziente a conclusione del colloquio.

Per quanto riguarda gli orizzonti futuri della ricerca, una possibile direzione potrebbe essere quella di arricchire questo tipo di studio esplorativo analizzando la dinamica interattiva transfert–controtransfert in modo più completo, introducendo uno strumento che restituisca una misura operazionalizzata del transfert del paziente, analizzando quali comportamenti controtransferali del clinico contribuiscano effettivamente alla costruzione di una buona alleanza terapeutica. In aggiunta, potrebbe essere utile indagare l'impatto della figura del terapeuta sulle percezioni post-sessione del paziente, integrando allo scoring anche gli item del SEQ relativi alla dimensione *Good Therapist*, non approfondita nella presente ricerca, ma di cui la letteratura riporta la correlazione significativa con la *Depth* (Rocco et al., 2017).

Infine, poiché le dinamiche relazionali si sviluppano attraverso interazioni ripetute, potrebbe essere interessante analizzare tutte le sessioni di una terapia, piuttosto che applicare la selezione delle serie temporali, ed includere nell'analisi anche le sedute di *follow-up* per ricavare un'immagine longitudinale del successo della terapia e mostrare se i risultati vengono interiorizzati e mantenuti anche dopo la cessazione del rapporto terapeutico.

Per concludere, questo lavoro intende collocarsi all'interno del filone di studi orientato a valorizzare gli aspetti relazionali, aspecifici e trasversali a ogni modello psicoterapeutico, ed in tal senso, mira ad incrementare il valore scientifico e l'evidenza empirica dell'orientamento psicodinamico, offrendo nuovi stimoli riflessivi per orientare i futuri quesiti di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 44(2), 245–280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(3), 433–437. <https://doi.org/10.1037/a0032166>
- 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. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
- Abbass, A. A., Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A review of the treatment method and empirical basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 6–15. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.84>
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British journal of clinical psychology*, 35(1), 21–35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>

- Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy*, 57(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/pst0000250>
- 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. <https://doi.org/10.1037/h0085967>
- Bordin, E. S. (1975, August). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy* [Paper presentation]. Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Washington, DC, United States.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books.
- Chassan, J. (1979). *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. Appleton Century Crofts.
- Darchuk, A., Wang, V., Weibel, D., Fende, J., Anderson, T., & Horvath, A. (2000). *Manual for the Working Alliance Inventory – Observer Form (WAI-O): Revision IV*. Department of Psychology, Ohio University.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Spectrum Publications.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious*. Wiley.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 2628 – 2652). Williams and Wilkins.

- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 3–28). Raffaello Cortina Editore.
- Dazzi, N., Lingiard, V., & Colli, A. (2006). Introduzione. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. XXVII-XXXIV). Raffaello Cortina Editore.
- De Bei, F., Negri, A., Dell'Arciprete, G., & Rocco, D. (2025). Countertransference inside and outside sessions: The impact of countertransference on the therapist's Post-session elaboration. *Psychodynamic Psychiatry*, 53(2), 215–234. <https://doi.org/10.1521/pdps.2025.53.2.215>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedure manual for the revised version of the SCL-90*. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13–28.
- Dewan, M., Weerasekera, P., & Stormon, L. (2010). La psicoterapia psicodinamica breve: aspetti tecnici. In G. O. Gabbard, F. Del Corno, & V. Lingiard (Eds.), *Le psicoterapie: Teorie e modelli di intervento* (pp. 79-104). Raffaello Cortina Editore.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998). *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Franco Angeli.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Ferenczi, S. (1950). *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (J. I. Suttie, Trans.; J. Rickman, Ed.). Hogarth. (Original work published 1920)
- Flegenheimer, W. V. (1982a). The broad-focus short-term dynamic psychotherapy of Davanloo. In W. V. Flegenheimer (Ed.), *Techniques of Brief Psychotherapy*. Jason

- Aronson, Inc. (Tr. It. La psicoterapia dinamica breve a focus ampliato di Davanloo (pp. 105-124). In W. V. Flegenhimer (Ed.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Flegenhimer, W. V. (1982b). The essential elements of brief psychotherapy. In W. V. Flegenhimer (Ed.), *Techniques of Brief Psychotherapy*. Jason Aronson, Inc. (Tr. It. Gli elementi essenziali della psicoterapia breve (pp. 1-16). In W. V. Flegenhimer (Ed.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Fonagy, P., & Moran, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 62–95). Basic Books.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy. A basic text*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gabbard, G. O., & Madeddu, F. (2015a). Disturbi d'ansia. In G. O. Gabbard, & F. Madeddu (Eds.), *Psichiatria psicodinamica* (5. ed. basata sul DSM-5®, pp. 255-275). Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O., & Madeddu, F. (2015b). Trattamenti in psicoterapia psicodinamica: Psicoterapia individuale. In G. O. Gabbard, & F. Madeddu (Eds.), *Psichiatria psicodinamica* (5. ed. basata sul DSM-5®, pp. 95-125). Raffaello Cortina Editore.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Erlbaum.
- Gomez, R., Stavropoulos, V., Zarate, D., & Palikara, O. (2021). Symptom Checklist-90-Revised: A structural examination in relation to family functioning. *PloS one*, 16(3), e0247902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247902>

- Grissom, R. J. (1996). The magical number .7 +/- .2: meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 973–982. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.5.973>
- Groth-Marnat, G. (2009). Brief Instruments for Treatment Planning, Monitoring, and Outcome Assessment. In G. Groth-Marnat (Ed.), *Handbook of psychological assessment* (5th ed., pp. 519-533). John Wiley & Sons.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Hill, C. E., & Kellems, I. S. (2002). Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 264–272. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.264>
- Hill, C. E., & Norcross, J. C. (2023). Research evidence on psychotherapist skills and methods: Foreword and afterword. *Psychotherapy Research*, 33(7), 821–840. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2186281>
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32/IIP-64)*. Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical

applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885–892.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.885>

Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the concept of therapeutic alliance and its measurement* [Unpublished doctoral dissertation]. University of British Columbia.

Horvath, A. O. (1982). *Working alliance* (Rev. ed.) [Unpublished manuscript]. Simon Fraser University.

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163–173.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<163::aid-jclp3>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<163::aid-jclp3>3.0.co;2-d)

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Kuhn, T. S. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (A. Carugo, Trad.). Einaudi. (Opera originale pubblicata nel 1962)

Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). Wiley.

Lent, R. W., Hoffman, M. A., Hill, C. E., Treistman, D., Mount, M., & Singley, D. (2006). Client-specific counselor self-efficacy in novice counselors: Relation to perceptions of session quality. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 453–463. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.453>

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

- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 123–147). Raffaello Cortina Editore.
- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in psychology*, 9, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>
- Luborsky, L. (1967). Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: A theory and research method. In R. Holt (Ed.), *Motives and Thought: Psychoanalytic Essays in Honour of David Rapaport*. International Universities Press.
- Luborsky, L. (1992). Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica: I fattori curativi e la formazione per incrementarli. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 26(3), 43–56.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, 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. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Plenum Press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character*. Basic Books.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 31-48). Raffaello Cortina Editore.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298–309. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.298>

- Nash, J. M., & Garske, J. P. (1988, August). *Client and process variables as predictors of early counseling dropout* [Paper presentation]. Annual convention of the American Psychological Association, Atlanta, GA, United States.
- Negri, A., De Bei, F., Christian, C., & Rocco, D. (2022). Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3442>
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychology*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed., pp. 307- 392). John Wiley and Sons.
- Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). *Reassessing Psychotherapy Research*. Guildford.
- Osimo, F. (2001). *Parole, emozioni e videotape. Manuale di Psicoterapia Breve Dinamico-Esperienziale (PBD-E)*. Franco Angeli.
- Pesale, F.P., Hilsenroth, M.J., & Owen, J.J. (2012). Patient early session experience and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 417-425.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. International Universities Press.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology

- and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in psychotherapy (Milano)*, 24(1), 503. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503>
- Rocco, D., De Bei, F., Negri, A., & Filipponi, L. (2021). The relationship between self-observed and other-observed countertransference and session outcome. *Psychotherapy*, 58(2), 301–309. <https://doi.org/10.1037/pst0000356>
- Rocco, D., De Bei, F., Negri, A., Spoto, A., & Hayes, J. A. (2026). Development and validation of countertransference feeling and behavior awareness measures in an Italian and American clinician sample. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 36(1), 98–111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2455470>
- Rocco, D., Salcuni, S., & Antonelli, E. (2017). A pilot study of the Italian adaptation of the Session Evaluation Questionnaire fourth version. *Research in psychotherapy (Milano)*, 20(2), 269. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.269>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd ed.). Guilford Press.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Schauenburg, H., & Strack, M. (1998). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) for presenting statistically and clinically significant psychotherapy outcome. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 257–264.
- 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>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1341–1347. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.10.1341>
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Stefana, A., & Hill, C. E. (2025). Session evaluation scale: psychometric evaluation and development of short versions. *Psychotherapy research*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2587694>
- Stiles, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176–185.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.175>
- Sukhorukov, S. D., Golovanova, I. V., & Zhukova, M. A. (2024). Session quality in psychotherapy and counseling: A narrative review of assessment methods and main characteristics. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 13(1), 21–32. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130102>
- Tishby, O., & Wiseman, H. (2022). Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance. *Psychotherapy Research*, 32(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934>

- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Tryon, G. S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 248–253. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.3.248>
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford Press.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2nd ed.). Sage Publications.