



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Modelli di interazione ed esito del trattamento: analisi di una Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy tramite lo Psychotherapy Process Q-Set

*Interaction models and treatment outcome: analysis of an Intensive
Short-Term Dynamic Psychotherapy with the Psychotherapy Process
Q-Set*

Relatore

Prof. Diego Rocco

Correlatore

Prof. Francesco De Bei

Laureanda: Giulia Zorzi

Matricola: 2081982

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

In linea con il modello proposto da Enrico E. Jones (2000), la formazione e la trasformazione delle strutture di interazione, pattern interattivi e ripetitivi fra paziente e terapeuta durante la terapia, porterebbe a un cambiamento nel trattamento. All'interno dell'ambito di ricerca *process-outcome*, tale studio *single case* si pone l'obiettivo di comprendere il rapporto fra *pattern* interattivi ed esito di una terapia dinamica breve, la *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP). Le strutture d'interazione sono state indagate tramite l'utilizzo dello *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Queste sono state poi relate all'esito della terapia misurato tramite la *Symptom Check List-90-Revised* (SCL-90-R) e l'*Inventory of Interpersonal Problems-32* (IIP-32). I risultati evidenziano una stabilità nei *pattern* interattivi fra paziente e terapeuta con il procedere del trattamento e una conseguente assenza di cambiamento nel funzionamento della paziente.

According to the model proposed by Enrico E. Jones (2000), the creation and transformation of interaction structures, interactive and repetitive patterns between patient and therapist during therapy, would result in a change in treatment. Within the context of process-outcome research, this single-case study aims to understand the relationship between interactive patterns and outcome of a brief dynamic therapy, the Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). Interaction structures were investigated using the Psychotherapy Process Q-Set (PQS). They were subsequently related to the therapy outcome measured using the Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) and the Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32). The results reveal stability in the interactive patterns between patient and therapist as the treatment progresses, leading to a consequent absence of change in the patient's functioning.

INDICE

CAPITOLO 1 - Introduzione	1
1.1 La ricerca in psicoterapia: ambiti e storia	1
1.2 La ricerca single-case.....	7
1.3 Le strutture di interazione: un nuovo modello di azione terapeutica.....	8
1.4 Strutture di interazione e terapie brevi.....	10
1.4.1 <i>Le psicoterapie dinamiche brevi</i>	11
1.4.2 <i>Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)</i>	13
1.5 Obiettivo della ricerca.....	17
CAPITOLO 2 - Metodo	18
2.1 Strumenti.....	18
2.1.1 <i>Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000)</i>	18
2.1.2 <i>Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983)</i>	23
2.1.3 <i>Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32; Horowitz et al., 2000)</i>	26
2.2 Materiale	29
2.3 Procedura	31
2.4 Ipotesi di ricerca.....	32
CAPITOLO 3 - Risultati.....	35
3.1 La valutazione dell'esito del trattamento	35
3.1.1 <i>Risultati SCL-90-R</i>	35
3.1.2 <i>Risultati IIP-32</i>	36
3.2 L'analisi del processo: le strutture di interazione con il PQS.....	37
CAPITOLO 4 - Discussione.....	44
4.1 Discussione dei risultati	44
4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e sviluppi futuri	52
BIBLIOGRAFIA	55
RINGRAZIAMENTI	64

CAPITOLO 1

Introduzione

Il territorio della ricerca in psicoterapia è delineato da tre principali domande, ognuna articolata in vari quesiti. La prima è: la psicoterapia funziona? Ovvero, permette di ottenere dei cambiamenti dimostrabili ed è maggiormente efficace rispetto a quella di altri metodi di cura dei disturbi psicologici? La seconda è: quale approccio psicoterapeutico è da considerarsi migliore? La terza è: Cosa accade in una psicoterapia? Se avvengono dei cambiamenti, come si modifica il paziente? (Dazzi, 2006).

Nel tentativo di rispondere a tali interrogativi, si sono sviluppati alcuni ambiti di ricerca (Dazzi, 2006; Migone, 2006) e numerose risposte sono state date, tuttavia lasciando delle questioni ancora aperte.

1.1 - La ricerca in psicoterapia: ambiti e storia

La ricerca in psicoterapia si snoda in due settori principali: l'*outcome research* e il *process research*. Il primo fa riferimento alla ricerca sui risultati della terapia, mentre il secondo riguarda lo studio delle varie componenti del processo terapeutico (Migone, 2006). L'unione fra queste due tipologie di ricerca prende il nome di *process-outcome research* (Orlinsky *et al.*, 2004), la quale si occupa di indagare il rapporto fra ciò che accade durante una seduta o una specifica fase del trattamento e l'esito del singolo colloquio o dell'intera terapia (Dazzi, 2006). I due ambiti di ricerca possono essere considerati insieme, anche se nel corso della storia si sono per lo più intervallati (Migone, 2006). Da un punto di vista pratico, i metodi solitamente utilizzati per indagare i processi e i risultati si dimostrano differenti (Wallerstein, 2001).

La ricerca in psicoterapia può essere ulteriormente organizzata in: ricerca sui fattori specifici e ricerca sui fattori aspecifici. La prima analizza tutti quegli elementi caratteristici di un preciso orientamento terapeutico e deputati a garantire un cambiamento nel paziente, ad esempio l'interpretazione del transfert in ambito psicoanalitico. La seconda riguarda invece tutti quei fattori trasversali alle varie terapie e inerenti alla relazione tra clinico e paziente, come l'alleanza terapeutica (Dazzi, 2006).

La storia della ricerca in psicoterapia è stata divisa in varie fasi sulla base degli ambiti di ricerca, degli obiettivi raggiunti e delle conquiste ottenute (Braakmann, 2015). La fase iniziale è stata preceduta da una “preistoria” (Migone, 2006) caratterizzata dai contributi di alcuni ricercatori fra cui Carl Rogers, primo psicologo americano ad utilizzare il registratore per studiare le sedute psicoterapeutiche (Braakmann, 2015; Kirschenbaum, 2007; Migone, 2006).

La prima fase, dal 1950 al 1970, è stata segnata da un interesse verso il risultato della psicoterapia. L'intento era quello di comprendere se la terapia fosse un metodo efficace per la cura delle difficoltà psicologiche, a prescindere dal modello teorico su cui si basa (Dazzi, 2006). Questo obiettivo è nato con l'idea di rispondere alla provocazione di Eysenck (1952) secondo il quale il miglioramento dell'individuo è dovuto più allo scorrere del tempo, la cosiddetta “remissione spontanea”, che all'efficacia di uno specifico intervento psicoterapeutico. L'introduzione della tecnica innovativa della meta-analisi ha permesso di confutare tale ipotesi (Dazzi, 2006). Il metodo in questione riassume i risultati di studi diversi su uno stesso argomento in un indice di misura comune chiamato *effect-size* (Durlak, 1999), ovvero la “dimensione del risultato” (Migone, 2006). Il tema che le ricerche condividono riguarda l'efficacia delle varie psicoterapie e l'identificazione del trattamento più valido (Dazzi, 2006).

Smith, Glass, Miller (1980) e Shapiro & Shapiro (1982) furono i primi a utilizzare questa tecnica per dimostrare l'efficacia della terapia, analizzando 597 ricerche. Dagli esiti emerse un miglioramento duraturo nei pazienti trattati nettamente maggiore rispetto a gruppi di controllo (Migone, 2006). Molte meta-analisi successive si sono focalizzate sulla questione dell'efficacia della psicoterapia in rapporto sia a varie diagnosi, ad esempio i disturbi d'ansia o l'abuso di sostanze, sia ad altre forme di trattamento, quali cura psicofarmacologica o placebo. Un esempio è dato dalle 19 meta-analisi considerate da Lambert (2004) sulla terapia per la depressione. Le ricerche hanno evidenziato un'efficacia maggiore o uguale della psicoterapia rispetto ai medicinali antidepressivi (Dazzi, 2006). Nei casi più gravi, tuttavia, il trattamento più consono è risultato essere la combinazione fra terapia e farmaci (Thase *et al.*, 1997).

Al di là dei progressi ottenuti e dei metodi utilizzati, non si riusciva effettivamente a dimostrare la maggior efficacia di un approccio psicoterapeutico rispetto ad un altro.

Bisognava dunque venire a patti con il “paradosso dell’equivalenza” (Migone, 2006) secondo il quale non esisteva una tecnica psicoterapeutica migliore rispetto alle altre, nonostante le diverse teorie e modelli d’intervento (Dazzi, 2006). In alcuni casi però le meta-analisi sembravano indicare un’efficacia leggermente superiore per terapie di tipo cognitivo-comportamentale rispetto ad altre (Dobson, 1989; Shapiro & Shapiro, 1982). Tali risultati sono stati ben presto relati a un *bias* dovuto alle preferenze del ricercatore rispetto a quello specifico intervento terapeutico più che alla maggior validità dello stesso (Luborsky & Barrett, 2005). Il paradosso si è dunque dimostrato valido, ma non ancora definitivo (Wampold, 2001).

Un’ulteriore problematica riguardante la ricerca sul risultato fa riferimento alla difficoltà da parte dei ricercatori nel definire l’*outcome* in termini pratici, condizionando quindi la scelta degli strumenti e l’analisi dei dati. A livello storico, infatti, è sorta una disputa fra coloro che lo descrivevano in termini di modificazione della sintomatologia (terapie cognitivo-comportamentali) e chi lo considerava sotto forma di cambiamento della personalità sottostante il sintomo (terapie psicoanalitiche) (Dazzi, 2006).

È proprio a causa di queste incertezze metodologiche che, nella fase successiva, è stato fondato il settore di ricerca sul processo (Migone, 2006).

La seconda fase, dal 1960 al 1980, si è contraddistinta per alcune innovazioni. È stata innanzitutto fondata la *Society for Psychotherapy Research* (SPR) nel 1968 (Marmar, 1990; Migone, 2006). L’istituzione della SPR ha permesso di creare uno spazio condiviso per i vari ricercatori in psicoterapia e di garantire loro una costante comunicazione tramite telefonate, *e-mail* e convegni. Si sono anche diffuse, nello stesso periodo, una serie di ricerche sui manuali di psicoterapia, ovvero quei volumi contenenti i principi base di un determinato orientamento psicoterapeutico. L’intento era quello di risolvere le lacune degli studi comparativi precedenti che cercavano di confrontare diversi trattamenti terapeutici senza prima analizzare i processi sottostanti ognuno di essi. Gli studi successivi hanno dunque permesso di rilevare l’associazione fra uno specifico manuale e i meccanismi alla base della tecnica terapeutica che descrive (Migone, 2006).

L’evento più importante che ha segnato questo periodo storico riguarda la nascita della *process research* (Migone, 2006). Tale ambito di ricerca è sorto con l’obiettivo di “classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Stiles *et al.*, 1999,

p. 365). L'enfasi viene infatti posta sul "come" più che sul "cosa" accade in terapia (Migone, 2006). Greenberg and Pinsoff (1986) hanno definito la ricerca sul processo come lo studio del rapporto fra paziente e clinico per individuare i processi di cambiamento che intercorrono in questa relazione. Permetterebbe dunque di unire le due figure attraverso l'analisi di aspetti pratici molto utili dal punto di vista clinico (Hardy & Llewelyn, 2015).

Le componenti terapeutiche in questione sono:

- L'alleanza terapeutica o alleanza di lavoro: è definita come il rapporto interpersonale che si instaura tra paziente e terapeuta durante il trattamento. Tale relazione influenza sia il clinico sia l'individuo per quanto riguarda gli obiettivi terapeutici da raggiungere, concordati da entrambi, e il grado reciproco di coinvolgimento nelle attività (Whiston & Sexton, 1993). L'alleanza terapeutica rappresenta un elemento trasversale ai vari approcci psicoterapeutici. L'individuazione di tale costrutto come fattore comune ai diversi trattamenti ha permesso di rispondere affermativamente a uno dei quesiti che la ricerca sul processo si è posta: "Le psicoterapie presentano dei fattori comuni?" (Dazzi, 2006).
- Gli elementi associati all'organizzazione e al *setting* delle sedute: il pagamento del trattamento e il tempo delle sedute.
- I modelli teorici e le tecniche specifiche adottati dal terapeuta nel trattamento: differiscono sulla base dell'orientamento terapeutico a cui il clinico aderisce.
- Le esperienze che il paziente vive all'interno della terapia: un coinvolgimento emotivo maggiore dell'individuo verso il trattamento è associato a una migliore capacità di gestione delle proprie problematiche e dunque a un suo cambiamento positivo (Whiston & Sexton, 1993).

Date le numerose componenti che questo campo di ricerca tenta di misurare, vari risultano essere gli strumenti che gli autori utilizzano. Lambert (2004) ha sviluppato una serie di criteri per la classificazione delle metodologie adottate per l'analisi del processo terapeutico. Nello specifico riguardano: 1) focus della valutazione, ossia paziente, terapeuta o entrambi; 2) aspetto del processo, ovvero comportamenti e aspetti stilistici o qualitativi; 3) fondamenti teorici che si riferiscono all'approccio psicoterapeutico di riferimento; 4) prospettiva di colui che valuta, ovvero giudice interno o esterno al

trattamento; 5) unità di studio che si suddivide in microprocessi (piccole unità che indagano comportamenti specifici della persona in un preciso momento, quali scambi comunicativi) e macroprocessi (misure più estese che necessitano di giudizi globali per analizzare gli atteggiamenti dell'individuo, come intere sedute); 6) tipologia di scala utilizzata: nominale, ad intervalli o *Q-sort*; 7) livello di inferenza richiesta, ovvero inferenziale o non inferenziale; 8) materiale richiesto per il giudizio, ossia partecipazione diretta o indiretta (Dazzi, 2006).

Nonostante il maggior *focus* sui meccanismi che intercorrono durante la terapia, la ricerca sul processo terapeutico presenta un limite: fatica a collegare empiricamente ciò che accade durante il trattamento con gli *outcome* dello stesso. Non riesce dunque a fornire interpretazioni causali fra processo e risultato. L'ambito di ricerca che caratterizza la fase successiva ha tentato di risolvere tale problematica (Dazzi, 2006).

La terza fase, il cui inizio è stato fissato al 1970 e che ancora oggi sta proseguendo, è stata segnata dalla nascita della ricerca *process-outcome* (Dazzi, 2006). La tendenza a considerare processo e risultato come due domini a sé stanti è stata dunque rimpiazzata da questa prospettiva d'integrazione che si interroga sulla relazione causale fra i due campi di ricerca (Marmar, 1990).

L'intento che si pone la ricerca *process-outcome* è quello di esplorare le modalità con cui avviene il cambiamento del paziente unito alla verifica di un'effettiva evoluzione dello stesso (Dazzi, 2006). È da questo obiettivo che si sono intensificati gli studi volti ad approfondire i "microprocessi" terapeutici. Una delle ricerche più rilevanti in tale ambito è il *Penn Psychotherapy Project* (Luborsky & Crits-Christoph, 1988). Ha coinvolto l'analisi di 63 psicoterapie dinamiche totalmente audioregistrate, ricavandone innumerevoli risultati. Alcuni di questi riguardano: la rilevanza prognostica della "scala salute-malattia" (*Health-Sickness Rating Scale*, HSRS; Luborsky, 1962) nelle fasi iniziali della terapia e l'approfondimento del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT, Tema Relazionale Conflittuale Centrale; Luborsky & Crits-Christoph, 1990), ovvero l'operazionalizzazione del transfert. In relazione a quanto emerso, Luborsky individuò, successivamente, sei fattori di cura in psicoterapia dinamica, ognuno dei quali è stato relato a un risultato positivo: 1) l'alleanza terapeutica; 2) l'individuazione del CCRT dal terapeuta; 3) la precisione delle interpretazioni rispetto al CCRT; 4) la consapevolezza

del sé del paziente (*insight*); 5) la realizzazione da parte dell'individuo dei risultati raggiunti; 6) la condizione per cui, sulla base della HSRS, migliore è lo stato di salute dell'individuo all'inizio della terapia e più questi gioverà del trattamento (Migone, 2006). Lo studio del rapporto fra processo e risultato, al di là della valutazione dei microprocessi, può avvenire anche a livelli differenti. Orlinsky e colleghi (2004) hanno individuato altri livelli di analisi che vanno dai segmenti di una seduta di psicoterapia per dirigersi verso intervalli di studio più ampi che comprendono interi trattamenti e valutazioni *follow-up* (Dazzi, 2006).

I metodi solitamente utilizzati in questo campo di ricerca sono di tipo quantitativo o qualitativo. I primi, che hanno a lungo dominato il campo della ricerca *process-outcome*, coinvolgono un vasto numero di pazienti e terapeuti e si basano sulla comprensione dei punteggi tramite analisi statistiche (Llewelyn *et al.*, 2016). I secondi, invece, riguardano dati soggettivi che riflettono le esperienze del singolo individuo (Hill & Corbett, 1993) e rappresentano un'occasione per approfondire la storia del paziente e la sua esperienza in fatto di terapia. L'approccio qualitativo si serve di interviste *vis a vis*, risposte ottenute dalla compilazione di questionari ed interviste telefoniche (Llewelyn *et al.*, 2016). Un metodo che considera entrambe le modalità di analisi e che si è particolarmente diffuso in questo ambito è la ricerca *single-case* (Lingiardi, 2006), le cui peculiarità verranno descritte nel paragrafo 1.2.

Il periodo storico appena descritto ha, complessivamente, favorito un maggior senso di fiducia sulla validità della ricerca in psicoterapia e ha permesso di costruire alleanze trasversali fra i vari ricercatori (Migone, 2006).

Un'ulteriore fase della ricerca in psicoterapia è stata tuttavia delineata a seguito di sentimenti di insoddisfazione e ripensamento per le continue ricerche su micro e macro processi terapeutici (Orlinsky & Russel, 1994). La necessità è stata quella di tornare al "contesto della scoperta" (Migone, 2006), riconducibile alle origini della ricerca in psicoterapia e utilizzato nella pratica clinica quotidiana, dopo un lungo periodo caratterizzato da intuizioni cliniche, paradigmi di ricerca e formazione di scuole che ha operato nel "contesto della verifica". I due ambiti fanno tuttavia riferimento a due modalità differenti di studiare la psicoterapia che non andrebbero divisi. La proposta di Westen e colleghi (2005) nell'aderire sia alla metodologia sperimentale (studi

randomizzati) sia a quella correlazionale (legame fra osservazioni nella pratica clinica reale e verifica sperimentale degli interventi in un secondo momento) ha permesso di includere entrambi i contesti nella ricerca in psicoterapia (Migone, 2006).

1.2 La ricerca single-case

La ricerca sul caso singolo utilizza come oggetto d'indagine un'unica unità di osservazione N=1 (Yin, 1994), ossia una persona sola. Tale ambito si differenzia dai disegni sperimentali *between-groups* in cui le misurazioni vengono fatte su gruppi di pazienti considerati nel loro insieme e le valutazioni dei singoli vengono accorpate in valori generali (Lingiardi, 2006). Nel disegno *single-case*, invece, vengono compiute più rilevazioni su un unico individuo tramite una serie di misure operazionalizzate e viene analizzato il suo funzionamento psichico in diversi momenti del trattamento clinico (Jones, 2008). La ricerca *single-case* appartiene dunque alla categoria delle ricerche intrasoggetto in cui il ricercatore analizza le variabili caso per caso (Hilliard, 1993). Un'importante peculiarità di tale metodo riguarda la replicabilità delle osservazioni attraverso l'uso di specifici strumenti nella situazione psicoterapeutica (Lingiardi, 2006). L'utilità della ricerca sul caso singolo sta nel comprendere la relazione fra interventi del terapeuta, componenti del processo terapeutico e *outcome* (Lingiardi, 2006). Risulta dunque un approccio che può "candidarsi a svolgere un ruolo ancora più importante non solo nella ricerca sul processo, ma anche in quella sull'*outcome*" (Fonagy, 2002, p. 43). Secondo alcuni autori, rappresenta un ambito naturale per lo studio sia dei processi sia dei cambiamenti che intercorrono nel trattamento: permette di catturare il contesto in cui terapeuta e paziente agiscono, scorgendone anche le relazioni causali (Jones *et al.*, 1993). Fonagy e Moran (1993) hanno affermato che la ricerca *single-case* ha favorito la formazione di strumenti utili per l'analisi della personalità del paziente e dei suoi cambiamenti strutturali. Alcuni di questi sono: il *Karolinka Psychodynamic Profile* (KAPP; Weinryb & Rössel, 1991) che permette di comprendere il funzionamento della personalità come indice predittivo del trattamento psicoterapeutico, la *Schedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Westen & Shedler, 1999a, 1999b) che valuta anch'essa la personalità dell'individuo e l'*Object Relations Inventory* (ORI; Blatt *et al.*, 1997) che analizza l'organizzazione e la composizione delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto (Lingiardi, 2006).

La ricerca sul caso singolo discende direttamente dal resoconto clinico classico e viene utilizzata come alternativa allo stesso (Fonagy & Moran, 1993). I ricercatori hanno spostato la loro attenzione da l'uno all'altro a causa delle difficoltà riscontrate nella tradizionale metodologia psicoanalitica, quali testare ipotesi e verificare i costrutti clinici. Il disegno *single-case* rappresenta infatti una rilevante risorsa di informazioni per formulare ipotesi piuttosto che per verificarle (Jones, 2008).

Oltre alla tradizione psicoanalitica, il metodo pone le sue radici in altre discipline fra cui neuropsicologia e psicologia della personalità (Lingiardi, 2006).

La ricerca *single-case* può variare sulla base di: tipologia di dati (quantitativi o qualitativi); manipolazione o no delle variabili indipendenti da parte del ricercatore (esperimenti od osservazioni passive); verifica di ipotesi già formulate o creazione delle stesse da testare in ricerche successive (contesto di giustificazione o contesto di scoperta) (Hilliard, 1993). Le ricerche *single-case* di tipo quantitativo si suddividono in differenti classi fra cui: 1) replica per segmentazione in cui il materiale registrato viene raccolto e segmentato in differenti episodi per analizzarne i processi, indipendentemente dal momento della terapia in cui si verificano; 2) analisi delle serie temporali nella quale la misurazione di ogni dimensione osservata viene effettuata più volte nel tempo e a intervalli simili (Lingiardi, 2006).

Nell'approccio *single-case*, un ruolo cardine è attribuito all'attendibilità delle osservazioni, le quali variano a seconda della fonte da cui si ricavano (paziente, terapeuta, osservatore) e del metodo impiegato per valutarle, ad esempio questionari o valutazioni *Q-sort* (Lingiardi, 2006). Quest'ultime cercano di cogliere al meglio gli eventi rilevanti che caratterizzano una seduta di terapia considerandola per intero e possono essere analizzate nel tempo per individuare i nessi causali (Jones, 2008). Uno strumento basato su tale tipologia d'indagine è il *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, 2000) che si pone l'obiettivo di fornire un linguaggio utile alla descrizione (Jones, 2008) e alla classificazione del processo terapeutico (De Bei & Montorsi, 2013; Jones, 2008).

1.3 Le strutture di interazione: un nuovo modello di azione terapeutica

La tradizione psicoanalitica è stata a lungo coinvolta in un dibattito fra due differenti correnti di pensiero riguardo la natura dell'azione terapeutica e degli aspetti che possono portare un miglioramento nel paziente (Jones, 2008). Da una parte c'era chi sosteneva gli

effetti degli interventi tecnici quali l'interpretazione e dell'*insight* come promotori del cambiamento (Castonguay & Hill, 2007; Jones, 2008), dall'altra coloro che enfatizzavano il ruolo della relazione terapeutica (Hill & Knox, 2009; Jones, 2008). Jones (2000) è l'autore che ha tentato di arginare questa diatriba unendo le due correnti (De Bei & Montorsi, 2013). Il risultato è stato quello di costituire un modello di azione terapeutica derivato empiricamente e denominato "modello delle strutture di interazione" (Jones, 2008). Quest'ultime sono state definite come *pattern* di interazione fra paziente e terapeuta che si ripetono nel tempo e che si influenzano reciprocamente. Tali modalità faticano a modificarsi, motivo per il quale rappresentano la struttura psicologica di paziente e terapeuta. Rimanendo per lo più invariate, un mutamento delle stesse è correlato a cambiamenti strutturali nell'individuo e quindi a una diminuzione della sintomatologia. Il miglioramento avviene dunque grazie a una serie di interazioni ripetitive che stimolano il paziente a fare esperienza di specifici stati mentali, a riflettere sugli stessi e a comprendere il proprio sé. Non sono solo gli interventi del terapeuta a permettere all'individuo di modificarsi, ma anche le caratteristiche e il comportamento del paziente a impattare il clinico e il loro rapporto (Jones, 2008). Il cambiamento nel paziente può avvenire per mezzo di due modalità: integrativa ed evolutiva. La prima si focalizza sul riuscire a tollerare affetti ed elementi minacciosi, così da integrare le rappresentazioni sé-altro e costituire delle raffigurazioni mentali differenziate e consapevoli; la seconda, invece, favorisce lo svincolo di stati mentali bloccati o inibiti, aiutando il paziente a comprendere la mente del terapeuta per poter accedere alla sua e acquisire una maggiore soggettività (Fonagy *et al.*, 1993).

Sulla base del modello, l'azione terapeutica si pone nei termini di garantire ad entrambi l'esperienza, il riconoscimento e la comprensione dei *pattern* interattivi che si presentano (Jones 2008). In questo senso, il concetto di strutture di interazione permette di dare rilievo all'idea che l'azione terapeutica debba interfacciarsi sia ad aspetti tecnici sia interpersonali attraverso l'identificazione e l'interpretazione di modalità relazionali disfunzionali del paziente che emergono nel rapporto con il clinico (De Bei & Montorsi, 2013). I *pattern* interattivi sono dunque osservabili nella pratica clinica e, nello specifico, nella modalità con cui transfert e controtransfert si esprimono in seduta (De Bei & Montorsi, 2013; Jones, 2008), rappresentando gli elementi emotivi e comportamentali più accessibili. Gli aspetti dell'interazione interpersonale che le strutture di interazione

permettono di operationalizzare sono: intersoggettività, *enactment* di transfert-controtransfert e responsività di ruolo. La prima fa riferimento alla situazione emotiva creata e condivisa da paziente e terapeuta (Jones, 2008). Il secondo esprime le interazioni simboliche fra i due protagonisti della seduta e che hanno un forte significato inconscio per entrambi (McLaughlin, 1991). Ciò che paziente e terapeuta percepiscono come vero nella situazione terapeutica è infatti influenzato dalla dinamica transfert-controtransfert. Le angosce e le motivazioni inconsce del terapeuta sono attivate dagli atteggiamenti del paziente e si esprimono sotto forma di intenzioni e azioni. Queste componenti sono inevitabili e fungono da base per un efficace processo terapeutico (Jones, 2008). La terza componente riguarda invece sia il ruolo che il paziente impersonifica rispetto al terapeuta sia la veste che il paziente spinge il clinico ad assumere (Sandler, 1976).

Lo sviluppo del nuovo modello di azione terapeutica e dunque del costruito strutture di interazione deriva da un progetto, *il Berkeley Psychotherapy Research Project*, il quale si è focalizzato sullo studio di videoregistrazioni e trascritti *verbatim* di molte sedute di psicoterapia e psicoanalisi condotte da clinici esperti (Jones, 2008).

Le strutture di interazione sono parte fondamentale della terapia e possono facilitare o impedire il processo terapeutico (Ablon & Jones, 2005). Scorgerne l'evoluzione è possibile tramite l'utilizzo ripetitivo del PQS (Fonagy *et al.*, 1993), strumento ampiamente utilizzato in tale elaborato.

1.4 Strutture di interazione e terapie brevi

Le strutture di interazione sono una dimostrazione di ciò che accade nelle psicoterapie a lungo termine (Jones *et al.*, 1993) e in psicoanalisi (Ablon & Jones, 2005). Nel caso invece di psicoterapie brevi, l'analisi delle stesse risulta essere, a quanto emerge dalla letteratura, poco proficua. Jones, infatti, affermò “quasi tutti i trattamenti brevi una volta alla settimana sono supportivi di natura, dato che per lo più non creano la situazione per cui le reazioni transferali e controtransferali possono emergere e possono essere esplorate e capite” (Jones, 2000, p. 215). La durata ridotta di questi approcci non permetterebbe dunque l'emergere di tali dinamiche, considerando l'azione terapeuta in modo differente rispetto al modello proposto da Jones (De Bei & Montorsi, 2013).

I *pattern* interattivi si potrebbero tuttavia verificare anche nelle psicoterapie dinamiche brevi: alcuni autori sosterebbero la presenza, anche per questo approccio terapeutico, di

modelli d'intervento capaci di catturare, e quindi modificare, le strutture di interazione in modo veloce (Flegenheimer, 1977).

Nelle sezioni avvenire approfondirò prima le peculiarità delle psicoterapie dinamiche brevi a livello generale per poi soffermarmi su un modello terapeutico specifico.

1.4.1 Le psicoterapie dinamiche brevi

Il termine “psicoterapia breve” fa riferimento a una tipologia di trattamento con una durata tra le dodici e le venticinque sedute, tempo sufficiente per stimolare un cambiamento positivo e duraturo nel paziente (Shapiro *et al.*, 2003). Il trattamento è a cadenza settimanale, ha una durata di quarantacinque, cinquanta minuti ed è condotto faccia a faccia (Flegenheimer, 1982).

Sono attualmente presenti varie tipologie di psicoterapie brevi (Cameron, 2006). Le quattro categorie principali in cui viene suddiviso l'approccio sono: psicodinamiche, cognitivo-comportamentali, interpersonali ed eclettiche (Blais *et al.*, 2024). Nonostante le loro peculiarità, condividono alcune caratteristiche comuni (Cameron, 2006), quali condurre il paziente alla guarigione, mantenere un *focus* specifico per tutta la durata del trattamento, utilizzare in maniera rigorosa il tempo a disposizione, fissare obiettivi e *outcome* specifici, integrare *assessment* iniziale e trattamento vero e proprio e servirsi di un terapeuta attivo (Cooper, 1995; Shapiro *et al.*, 2003). Il trattamento breve viene solitamente suddiviso in tre fasi cardine: un momento iniziale che comprende la valutazione e la selezione sia del paziente (a cui vengono dedicati circa due colloqui) sia del *focus* specifico e l'individuazione dell'alleanza terapeutica; una seconda fase che riguarda il lavoro vero e proprio sui contenuti che emergono in seduta e nella quale il paziente inizia a comprendere la difficoltà del percorso di guarigione e la brevità del trattamento; un momento finale in cui si continua a lavorare sul materiale a disposizione, ma con una graduale diminuzione della sintomatologia del paziente fino alla sua scomparsa (Blais *et al.*, 2024).

Nell'ambito della psicoterapia psicodinamica si trova una differenziazione tra terapie dinamiche a breve termine, il cui tempo a disposizione è limitato, e trattamenti a lungo termine, la cui durata varia da un minimo di tre mesi a un massimo di vent'anni (Leichsenring & Rabung, 2011). Un aspetto importante che accomuna tutte le terapie

psicodinamiche, è la necessità di stabilire una buona alleanza terapeutica; tuttavia, nella terapia breve, il clinico ha un ruolo più attivo in quanto molti elementi, dato il minor tempo a disposizione, entrano in gioco dal primo incontro (Flegenheimer, 1982). Una peculiarità che invece contraddistingue la psicoterapia dinamica breve è il lavoro clinico sul transfert come punto di partenza dell'azione terapeutica. È prevista l'interpretazione precoce dello stesso, puntando da subito l'attenzione su sentimenti, desideri, pensieri e comportamenti proiettati dal paziente sia nelle sue relazioni interpersonali che nella relazione terapeutica (De Bei & Montorsi, 2013). La terapia breve psicodinamica si basa dunque sull'analisi delle difese e sull'emergere dei conflitti inconsci attraverso il transfert. Particolare attenzione viene posta su interpretazione e *insight* come elementi che possono condurre il paziente alla guarigione (Blais *et al.*, 2024).

Le psicoterapie psicodinamiche brevi pongono le loro origini nella tradizione psicoanalitica. Verso la fine del diciannovesimo secolo, con la fondazione della psicoanalisi da parte di Freud, i primi trattamenti si basavano sulla cura dei sintomi isterici da parte di un terapeuta attivo e in un tempo limitato. Con l'avvenire delle libere associazioni, dell'interpretazione del transfert e dell'analisi dei sogni, la durata della terapia aumentava come anche la passività del clinico (Blais *et al.*, 2024). Attorno agli anni '20 del secolo scorso, Ferenczi e Rank (1925), allievi di Freud, hanno tentato di diminuire la lunghezza dei trattamenti psicoanalitici. Nonostante le numerose critiche in merito a questo nuovo modo di procedere, l'approccio dinamico breve ha continuato a svilupparsi (Garfield, 1997). Furono Sifneos e Malan i primi autori che, durante gli anni '60 del Novecento, concettualizzarono esaustivamente un tipo di terapia basata su tale metodo. Il primo è stato il fondatore della "psicoterapia breve mobilizzante l'ansia" mentre il secondo della "psicoterapia breve intensiva" (Blais *et al.*, 2024). Nello stesso periodo, Davanloo ha sviluppato un tipo di terapia breve denominata "psicoterapia intensiva dinamica breve a focus ampliato" (Flegenheimer, 1982). Quest'ultima, la cui originale denominazione è *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP) (Davanloo, 2000), è un approccio terapeutico che fa dunque parte dell'ampia categoria delle psicoterapie dinamiche brevi e su cui il presente elaborato si focalizzerà.

1.4.2 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

L'ISTDP è un modello di intervento psicoterapeutico formulato da Habib Davanloo verso la fine del secolo scorso (Davanloo, 1990; 2000). L'autore è stato uno dei principali esponenti della psicoterapia dinamica breve (Abbass *et al.*, 2012), di cui ha iniziato ad occuparsene dagli anni '60 del Novecento presso il *Montreal General Hospital* (Flegenheimer, 1982). Collocandosi nelle terapie brevi, l'ISTDP ha mantenuto alcune delle loro caratteristiche: durata ridotta del trattamento, *setting* vis-à-vis, *focus* specifico e ruolo attivo e coinvolto del terapeuta (Levy *et al.*, 2012). La tecnica è stata sviluppata a partire dall'analisi di video-registrazioni delle sessioni terapeutiche per comprendere al meglio gli aspetti salienti che possono condurre il paziente a un miglioramento duraturo (Abbass *et al.*, 2013).

L'ISTDP si è dimostrata efficace per molte tipologie di pazienti, tanto che è stata applicata all'86% circa dei pazienti psichiatrici ambulatoriali (Abbass, 2002). La letteratura sostiene l'utilità del modello per una varietà di condizioni psicopatologiche: depressione, disturbi d'ansia, condizioni somatiche e dell'umore, disturbi di personalità (Abbass *et al.*, 2012; Johansson *et al.*, 2014) e sintomi ossessivi o fobici ad esordio recente (Flegenheimer, 1982). Davanloo ha delineato due spettri di pazienti possibilmente trattabili con il suo approccio terapeutico: 1) gamma di disordini psiconevrotici caratterizzata da pazienti con un grado di resistenza da moderato, tipiche di coloro che lavorano sul tema della perdita, a elevato, presente in situazioni con gravi traumi alle spalle; 2) spettro di pazienti con strutture del carattere fragili, la cui fragilità oscilla da moderata, nel caso di individui con modesta capacità di tollerare l'ansia, a severa, tipica di pazienti che soddisfano i criteri per un disturbo dissociativo o un disturbo *borderline* di personalità (Abbass *et al.*, 2013).

Ancor prima dell'inizio della terapia e in fase di pianificazione del trattamento, la selezione del paziente (Flegenheimer, 1982) e la valutazione psicodiagnostica dello stesso risultano centrali nell'approccio ISTDP (Abbass *et al.*, 2013). In merito alla selezione del paziente, alcune funzioni specifiche dell'Io devono essere valutate al fine di sceglierlo adeguatamente:

- Qualità dei rapporti umani: il terapeuta deve porre attenzione alla tipologia di rapporto che il paziente instaura con lui durante il colloquio. Cerca infatti

reciprocità e non manipolazione. Una buona capacità di mettersi in contatto con l'altro nel *setting* clinico è associata a sane relazioni interpersonali al di fuori.

- Capacità di funzionamento dell'Io nell'area affettiva: si riferisce all'abilità del paziente di manifestare le emozioni e tollerarle quando vengono esperite. Tale capacità è associata alla possibilità di un adeguato lavoro terapeutico.
- Motivazione: il paziente deve avere un buon grado di motivazione all'evoluzione. Vengono esaminate la tipologia e la realizzabilità della stessa. Coloro che vedono la terapia come un'esperienza puramente regressiva non sono adatti a una terapia ISTDP.
- Capacità di elaborazione psicologica: oggetto di analisi sono le risorse interiori del paziente, la sua intenzione ad utilizzarle nel trattamento e la capacità di comunicare i propri stati interni. L'individuo deve anche essere di grado di comprendere come questi si collegano alle sue esperienze passate.
- Risposta alle interpretazioni: dopo un'interpretazione di transfert, al paziente è richiesta una risposta emotiva completa nei suoi aspetti sia emotivi sia cognitivi.
- Intelligenza: la persona deve possedere un'intelligenza tale da poter affrontare tutti i processi che caratterizzano il trattamento.
- Organizzazione delle difese dell'Io: le principali difese dell'individuo non devono essere rigide. L'utilizzo continuo di meccanismi di difesa primitivi è infatti controindicato per tale terapia (Flegenheimer, 1982).

Al di là delle funzioni dell'Io, anche le reazioni transferali del paziente vengono valutate durante i colloqui iniziali a scopo selettivo: si fa particolare riferimento alle aspettative e alle fantasie dell'individuo verso il terapeuta, siano esse conscie o inconscie (Flegenheimer, 1982).

La valutazione psicodiagnostica consiste invece nel determinare la modalità di scarico dell'ansia inconscia adottata dal paziente (Davanloo, 2000). Davanloo ha individuato tre principali percorsi della stessa:

- Ansia inconscia della muscolatura striata (volontaria): si esprime sotto forma di mani strette a pugno e sospiri. Il paziente coinvolto in questa modalità tende ad isolare gli affetti, ovvero considerare gli aspetti consapevoli tralasciando però la componente emotiva;

- Ansia inconscia della muscolatura liscia (involontaria): è associata a mal di testa, sindrome del colon irritabile e ipertensione. Tale percorso dell'ansia caratterizza un individuo che tende a reprimere nell'immediato le emozioni, incanalate nel corpo ancor prima di raggiungere la coscienza;
- Ansia come perturbazione cognitiva-percettiva: è legata a vissuti di offuscamento visivo, confusione mentale e allucinazioni. Individui che scaricano l'ansia secondo questa modalità tendono ad utilizzare la proiezione e l'identificazione proiettiva come principali metodi di difesa (Abbass *et al.*, 2008, Davanloo, 2005).

Le basi metapsicologiche dell'ISTDP derivano sia dalla psicoterapia psicoanalitica sia dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1982) (Rocco *et al.*, 2021). Riguardo a quest'ultima, l'instaurarsi dalla nascita del legame di attaccamento con una figura di riferimento risulta essenziale per lo sviluppo umano. Durante la crescita, può però accadere che tale rapporto, temporaneamente o persistentemente, venga interrotto causando vissuti traumatici di variabile intensità ed esprimibili tramite emozioni quali rabbia, senso di colpa e lutto. Trattandosi di sentimenti particolarmente dolorosi, questi rimarrebbero per lo più inconsci (Hickey, 2015) e si esprimerebbero sotto forma di ansia inconscia a livello psichico. Conseguentemente a ciò, la persona perderebbe la capacità di vivere esperienze autentiche di vicinanza con l'altro (Abbass *et al.*, 2013). Davanloo ha infatti parlato di "resistenza contro la vicinanza emotiva" come della difficoltà di un individuo nel sperimentare sentimenti di intimità con qualcuno a seguito di esperienze di attaccamento avverse (Davanloo, 2005). L'autore ha dunque sostenuto la tesi della teoria dell'attaccamento secondo cui la psicopatologia non sarebbe altro che il risultato di un trauma emozionale o di attaccamento (Rocco *et al.*, 2021). A partire dalla tradizione psicodinamica da cui l'ISTDP attinge, il terapeuta si destreggia fra quelli che Malan (1963) ha definito triangolo del conflitto (sentimenti, ansia e difese) e triangolo della persona (transfert, persone attuali e persone del passato) (Blais *et al.*, 2024; Rocco *et al.*, 2021). Questi descrivono le dinamiche intrapsichiche generate nelle varie relazioni interpersonali del paziente e da cui lui stesso si difende: quelle attuali, quella con il clinico e quelle con le persone importanti del passato. A livello pratico, risulterebbero utili per orientare il terapeuta nelle varie interazioni con il paziente (Rocco *et al.*, 2021).

A partire da queste premesse teoriche, uno degli obiettivi principali dell'ISTDP è quello di aiutare il paziente a superare l'evento relazionale traumatico in un periodo di tempo

limitato, permettendogli di esprimere in modo genuino quei sentimenti che fino a quel momento sono stati soppressi e inespressi da meccanismi di blocco emotivo (Rocco *et al.*, 2021). Gli effetti terapeutici nell'ISTDP dipendono dall'emergere, all'interno delle sessioni d'intervento, di una serie di processi emotivi sotto forma di intensi sentimenti di transfert, ansia inconscia e vissuto emotivo doloroso. Per poter accedere ai nuclei traumatici del paziente, il terapeuta si affida alle resistenze dell'individuo e alle sue emozioni transferali: entrambe le componenti aumentano di pari passo fino a quando le resistenze diminuiscono e infine scompaiono. L'intersezione di questi due aspetti prende il nome di "componente transferale della resistenza", ovvero il grado di resistenza del paziente che emerge nel transfert verso il terapeuta (Davanloo, 2005). Tali sentimenti transferali si esprimono sia nei termini di riconoscenza verso il terapeuta sia sotto forma di irritazione e rabbia nei suoi confronti. Questa ambivalenza rimanda alle emozioni associate alle relazioni primarie che hanno subito un blocco, e la loro attivazione mobilita meccanismi di difesa che impediscono loro di emergere. Grazie all'individuazione, all'analisi e alla sfida delle resistenze, il paziente ha la possibilità di opporsi alle stesse e di esperire i sentimenti fino a quel momento repressi, con la conseguente diminuzione dell'ansia inconscia (Abbass *et al.*, 2012). La forza curativa che permette il passaggio alla consapevolezza dei contenuti inconsci irrisolti prende il nome di "alleanza terapeutica inconscia" (Davanloo, 1987). L'ISTDP ritiene dunque che lo sblocco dell'inconscio del paziente sia associabile a un miglioramento dell'individuo e dunque a un risultato positivo della terapia (Johansson *et al.*, 2014). Il risultato è quello di raggiungere una comprensione approfondita dell'inconscio, definita "metapsicologia dell'inconscio" (Davanloo, 1990).

Sulla base di quanto riportato, si può affermare che Davanloo attribuisce alla resistenza un ruolo fondamentale, per cui non va evitata ma, anzi, accolta, osservata e intensificata così da poterla superare rapidamente e completamente (Hickey, 2015).

Il processo terapeutico è stato da Davanloo nominato "sequenza dinamica centrale". Questa si articola in fasi o eventi differenti che garantiscono un rapido accesso alle emozioni inconscie (Abbass *et al.*, 2012; Rocco *et al.*, 2021). L'autore parla nello specifico di: i) indagine, ovvero esplorazione delle problematiche del paziente; ii) pressione, ossia portare l'individuo verso l'espressione di resistenze e difese; iii) chiarificazione delle difese in cui il terapeuta identifica, chiarifica e mette in gioco le stesse; iv) resistenza

transferale, ossia individuazione e sfida della resistenza resa esplicita nel transfert con il clinico a causa dell'incalzante richiesta al paziente di dare un nome alle proprie emozioni; v) accesso all'inconscio, ovvero esperienza da parte del paziente di intense emozioni non ancora elaborate e legate a conflitti emotivi passati; vi) analisi sistematica del transfert così da evitare una possibile nevrosi di transfert; vii) ulteriore esplorazione in cui viene approfondita la storia di sviluppo del paziente; viii) accesso diretto all'inconscio, ossia momento conclusivo in cui l'individuo è riuscito ad elaborare il conflitto emozionale inconscio, raggiungendo così l'*insight* cognitivo ed emotivo. Tali eventi possono presentarsi in ordine differente e in più di un'occasione prima che l'inconscio venga sbloccato (Rocco *et al.*, 2021).

1.5 Obiettivo della ricerca

La presente ricerca si pone l'intento di osservare da una parte come e se si modificano le strutture di interazione che si istaurano, fra paziente e terapeuta, all'interno di una terapia ad approccio ISTDP, e dall'altra se l'eventuale loro cambiamento sia associato all'*outcome* positivo del trattamento. Jones ha applicato il PQS alle psicoterapie psicoanalitiche, ma non ad altri trattamenti brevi in ambito psicodinamico come l'ISTDP. Lui stesso ha affermato, come visto sopra, che le psicoterapie brevi, dato il poco tempo a disposizione, non permetterebbero l'emergere e l'evoluzione dei *pattern* interattivi fra clinico e paziente (Jones, 2000). Al contrario, c'è chi ha dichiarato la possibilità di catturare e modificare tali modalità relazionali in un trattamento breve (Flegenheimer, 1977). In linea con tale visione, l'applicazione del PQS a una terapia di approccio ISTDP risulterebbe un'ipotesi plausibile.

CAPITOLO 2

Metodo

Nel presente capitolo viene descritta la metodologia utilizzata per condurre il lavoro di ricerca. La prima parte prevede una dettagliata descrizione degli strumenti, mentre la seconda sezione è dedicata alla descrizione del materiale, ovvero le sedute analizzate, le trascrizioni degli incontri e le informazioni riguardanti il caso clinico. La terza parte riguarda la procedura con cui la ricerca è stata condotta mentre nell'ultima sezione verranno riportate le ipotesi su cui è basato lo studio.

2.1 Strumenti

La ricerca è stata condotta tramite l'utilizzo di tre strumenti volti ad approfondire il processo e l'esito del trattamento. Il primo, il PQS, è stato impiegato per l'analisi delle strutture di interazione fra paziente e terapeuta nei vari momenti della terapia. Il secondo, l'SCL-90-R, è stato scelto per valutare la sintomatologia della paziente all'inizio e alla fine del trattamento, mentre l'ultimo, l'IIP-32, è stato usato per scorgere l'evoluzione del funzionamento interpersonale della paziente.

2.1.1 *Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000)*

Lo strumento utilizzato per condurre il lavoro di ricerca descritto in questo elaborato è lo *Psychotherapy Process Q-Set (PQS)*, creato da Enrico E. Jones (2000). L'obiettivo del PQS è quello di analizzare il processo terapeutico arrivando ad individuare le strutture di interazione, ovvero *pattern* interattivi stabili e ripetitivi fra paziente e terapeuta che rappresentano la componente manifesta di transfert e controtransfert. Nello specifico, permette di cogliere il processo alla base di ogni coppia terapeutica caratterizzata da modalità relazionali peculiari. L'assunto sottostante è che il trattamento potrà avere un esito positivo in funzione di quanto questi *pattern* si modificheranno (Colli & Gazzillo, 2006) in senso di cambiamenti nella struttura psicologica del paziente così come di un miglioramento della sua sintomatologia (Jones, 2008). Per tale ragione, l'utilizzo dello strumento risulta utile negli studi comparativi e nelle valutazioni pre e post terapia (Jones,

2008). Il PQS nasce all'interno del *Berkeley Psychotherapy Research Project*, un progetto nato con l'intento di sviluppare metodologie d'analisi quantitative da applicare alla ricerca *single-case* (Colli & Gazzillo, 2006). La creazione del manuale dello strumento risale agli anni '80 (Jones, 1985), ma la sua pubblicazione ufficiale è avvenuta successivamente all'interno del libro "L'azione Terapeutica" (Jones, 2000).

Nell'ambito della ricerca sul processo, campo all'interno del quale lo strumento opera, una delle maggiori problematiche riguarda la selezione delle unità di osservazione a partire dal materiale clinico a disposizione. Il campionamento usuale consiste nella suddivisione di una seduta in termini di segmenti di tempo arbitrari, come cinque o dieci minuti, o in base a eventi o comportamenti specifici che costituiscono un unico momento. Queste modalità non permettono però di cogliere i processi di cambiamento nella terapia (Colli & Gazzillo, 2006). Inoltre, la scelta di segmenti troppo brevi può impedire il riconoscimento del rapporto fra alcune variabili e la selezione di segmenti eccessivamente lunghi può portare a scorgere relazioni non realmente esistenti fra diversi elementi (Jones, 2000). Il PQS ha risolto tali problematiche selezionando come unità di osservazione non più una sezione di ampiezza variabile, ma l'intera seduta. Questa rappresenta una cornice temporale naturale, ovvero un momento significativo non solo per i ricercatori che indagano il processo terapeutico, ma anche per il paziente e per il terapeuta che ne fanno esperienza (Colli & Gazzillo, 2006). Considerare la seduta per intero apre ai giudici la possibilità di cogliere al meglio gli eventi salienti dell'interazione e valutare con accuratezza le proprie impressioni sul processo terapeutico. Il PQS viene dunque applicato ad audio e video registrazioni o a trascritti *verbatim* di sedute di terapia. Tali tipologie di raccolta dati permettono di accedere a informazioni oggettivamente verificabili e di ottenere un accordo intersoggettivo fra siglatori su processi che richiedono un'inferenza. In aggiunta, l'applicazione dello strumento avviene spesso per un numero limitato di sedute, selezionate in precisi momenti del trattamento: nella prima fase, nei momenti centrali e nella fase finale (Jones, 2008).

Il PQS si basa su una metodologia *Q-sort*, una tecnica di tipo ipsativo all'interno della quale gli item vengono collocati, per ogni individuo in esame, dal più descrittivo al meno descrittivo. Dato che la tecnica *Q-sort* si focalizza sull'analisi delle variazioni in un unico soggetto, si dimostra particolarmente adatta in disegni *single-case* (Colli & Gazzillo, 2006). Una delle prime applicazioni del PQS all'interno di uno studio *single-case* è

avvenuta ad opera di Jones e Windholz (1990), i quali hanno esaminato il caso della signora C., una terapia psicoanalitica della durata di 6 anni, con l'intento di esaminarne i cambiamenti in termini di processo. Un campione di settanta sedute è stato valutato tramite lo strumento, riportando un esito terapeutico considerato positivo sia dal terapeuta che dalla paziente (Ablon *et al.*, 2011; Jones, 2000). Il metodo *Q-sort*, ampiamente utilizzato per lo studio della soggettività, è descritto come “una tecnica per lo studio oggettivo della soggettività umana” in grado di “mantenere l'integrità dell'espressione soggettiva all'interno di un particolare contesto” (McKeown & Thomas, 1988, p. 18). La capacità del PQS di valorizzare la soggettività della relazione fra paziente e terapeuta deriva dal modo in cui il processo terapeutico viene concepito, ovvero come l'insieme di tanti “processi terapeutici” e non unico uguale per tutti (Boesky, 1990). Il valore peculiare dello strumento sta proprio nella possibilità di quantificarne la qualità e di cogliere al tempo stesso sia l'unicità di ogni seduta sia le differenze e le somiglianze fra momenti diversi del trattamento (Block, 1961).

Il PQS è stato costruito mantenendo una prospettiva per lo più transteorica, nonostante la matrice teorica di riferimento fosse di stampo psicoanalitico. Gli item dello strumento sono stati formulati con un linguaggio formale e privo di termini tecnici, oltre che descrittivo dei comportamenti di paziente e terapeuta nel corso della seduta (Colli & Gazzillo, 2006). La proprietà descrittiva e transteorica degli stessi permette dunque di realizzare formulazioni comuni a diversi orientamenti psicoterapeutici (Sirigatti, 2004).

Il PQS si compone di 100 item suddivisi in tre differenti categorie di valutazione:

1. Descrizione degli atteggiamenti, delle comunicazioni e delle esperienze del paziente. Un esempio è l'item 84 “Il paziente esprime rabbia o sentimenti aggressivi” che si riferisce a sentimenti di rabbia, amarezza, odio o aggressività espressi dal paziente nei confronti di persone diverse dal terapeuta;
2. Indagine dei comportamenti e degli interventi del terapeuta. Un esempio è l'item 66 “Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito” che indica un atteggiamento del clinico per cui allevia le ansie del paziente in modo diretto e gli infonde un senso di speranza;
3. Analisi della natura dell'interazione fra clinico e paziente e dell'atmosfera della seduta. Un esempio è l'item 19 “La relazione terapeutica ha una qualità erotica”,

che descrive una componente di erotizzazione nel rapporto fra clinico e paziente (Jones, 2008).

Ogni item è riportato nel manuale di codifica con un linguaggio puntuale, accompagnato da istruzioni per la loro collocazione e da esempi volti a ridurre al minimo le potenziali variabilità nelle interpretazioni (Jones, 2008). Un esempio di item e di relativa descrizione sono l'item 26, ovvero "Il paziente prova affetti (dolorosi) che causano disagio e difficoltà", la cui descrizione è "Collocare questo item verso l'estremo caratteristico se il paziente esprime sentimenti di vergogna, colpa, paura o tristezza durante la seduta. La collocazione estrema di questo item indica l'intensità dell'affetto"; e ancora "Collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica che il paziente non esprime tali sentimenti problematici o piuttosto esprime sensazioni di benessere e contentezza" (Jones, 2008; p. 204).

La procedura di applicazione dello strumento prevede un iniziale studio minuzioso dei trascritti o delle registrazioni delle sedute da parte dei siglatori e una successiva collocazione delle 100 carte su nove pile differenti. Quest'ultime variano su un *continuum* che va dalle caratteristiche meno rilevanti (pila 1) a quelle più rilevanti (pila 9) (Jones, 2008). Una collocazione estrema dell'item nella direzione più caratteristica comporta la chiara presenza di un determinato atteggiamento o esperienza nell'incontro, mentre un posizionamento nell'estremo non caratteristico implica l'assenza di un significativo comportamento o esperienza e dovrebbe dunque far parte della descrizione della seduta. Nella categoria centrale (pila 5) vanno invece inserite le carte considerate neutrali o irrilevanti rispetto all'interazione in esame. Il protocollo di utilizzo del PQS prevede che due o più giudici provvedano alla siglatura del *Q-sort* in modo indipendente. Una volta completata l'assegnazione dei punteggi, i siglatori si confrontano e concordano l'inserimento degli item nelle varie pile. A partire da quelli collocati nelle categorie estreme (1-9 e 2-8), è possibile individuare una descrizione dei *pattern* interattivi specifici fra paziente e terapeuta. A scopo esemplificativo, si riportano in seguito i Q-item di una delle strutture di interazione della terapia del signor B. individuata da Jones (2000) e denominata "Interazione arrabbiata":

- Item 14: Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.
- Item 9: Il terapeuta è freddo e distaccato (*vs* sollecito ed emotivamente coinvolto).
- Item 31: Il terapeuta (non) chiede più informazioni o una maggiore elaborazione.

- Item 42: Il paziente rifiuta (*vs* accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.
- Item 77: Il terapeuta è privo di tatto.
- Item 87: Il paziente è controllante.
- Item 65: Il terapeuta (non) chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.
- Item 39: La relazione terapeutica ha una qualità competitiva.
- Item 24: I conflitti emotivi del terapeuta interferiscono nella relazione con il paziente.
- Item 30: La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o credenze.

La distribuzione degli item è forzata, ovvero prevede l'obbligo di posizionare, per ogni pila, un numero prestabilito di item (Colli & Gazzillo, 2006), nella quantità descritta in tabella 2.1. La collocazione forzata obbliga i giudici ad effettuare valutazioni multiple degli item per evitare un effetto alone sia positivo sia negativo. Permette inoltre di ridurre i *bias* legati allo stile di risposta e all'orientamento psicoterapeutico dell'osservatore (Jones, 2000). Jones (2000) ha esposto alcune indicazioni sulla distribuzione delle carte, dato che la procedura di classificazione può creare delle iniziali difficoltà. Propone ai giudici di formare inizialmente tre pile di carte, posizionando gli item caratteristici da una parte e quelli non caratteristici dall'altra, lasciando nel mezzo le carte rimanenti; nel momento in cui le pile sono state assemblate, possono essere ulteriormente divise, rispettando le giuste proporzioni. In aggiunta, prima di collocare gli item, è necessario chiedersi se quel determinato atteggiamento è effettivamente presente o assente, individuando una specifica evidenza. Raccomanda inoltre di essere obiettivi e liberi dai pregiudizi, in particolare cercando di non farsi influenzare dalle reazioni individuali verso paziente e terapeuta (Jones, 2008).

L'applicazione del PQS richiede un periodo di addestramento variabile, ma che risulta abbastanza semplice e veloce in quanto, per raggiungere una buona attendibilità, è richiesta la conoscenza dei principi di psicoterapia e un'esperienza clinica di base. Il *training* più efficace prevede un'iniziale divisione in piccoli gruppi in cui ogni siglatore compie la propria valutazione singolarmente, per poi confrontarsi con gli altri (Colli & Gazzillo, 2006). I punteggi di *interrater reliability* (IRR), ossia l'affidabilità nella valutazione fra esaminatori indipendenti nell'analizzare lo stesso costrutto, possono essere utilizzati come punto di riflessione durante l'addestramento. In particolare, la

letteratura ha dimostrato che l'IRR ha sempre prodotto coefficienti alfa compresi fra .83 e .89 con due osservatori, e fra .89 e .92 da tre a dieci giudici (Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones & Pulos, 1993; Jones *et al.*, 1991).

Lo strumento si è dimostrato valido e affidabile per diverse tipologie di terapie, fra cui terapie psicodinamiche, centrate sul cliente, cognitivo-comportamentali, relazionali emotive e interpersonali (Albon & Jones, 1999, 2002; Jones *et al.*, 1988; Jones & Pulos, 1993).

Tabella 2.1 – Distribuzione *Q-sort* degli item

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

2.1.2 *Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983)*

La SCL-90-R (Derogatis, 1983) è un questionario autosomministrato costituito da 90 item che ha l'obiettivo di misurare la severità dei sintomi psicologici in pazienti psichiatrici e dai 13 anni in su. Rappresenta la versione più recente dell'originale SCL-90, realizzata da Derogatis nel 1973 e viene utilizzata sia nel contesto clinico sia in quello di ricerca. A livello pratico, lo strumento si è dimostrato utile nell'ambito d'indagine dei risultati dei trattamenti psicoterapeutici e nei contesti di cura primaria (Prunas *et al.*, 2012) in cui, specialmente per quei pazienti con un disturbo cronico e con un'integrità psicologica gravemente compromessa, sintomi relati ad ansia e depressione possono essere facilmente associati a un disturbo a base organica (Derogatis & Savitz, 2000). Secondo l'autore, la SCL-90-R ha quattro scopi principali: 1) individuare un eventuale sintomatologia in persone apparentemente nella norma; 2) valutare possibili variazioni nei sintomi, sia specifici che generali; 3) fungere da base per previsioni e prognosi cliniche; 4) aiutare il clinico a formulare la diagnosi in accordo con i criteri diagnostici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders-3, DSM-3; *American Psychiatric Association* [APA], 1980). Uno dei punti di forza della scala è quello di misurare sia i sintomi internalizzanti, quali depressione, somatizzazione e ansia, sia quelli esternalizzanti, tra cui aggressività, ostilità e impulsività (Prunas *et al.*, 2012). È possibile inoltre somministrare lo strumento in momenti differenti del trattamento in modo tale da analizzare i cambiamenti nei vari domini sintomatologici del paziente e nella gravità del disagio psichico (Preti *et al.*, 2011).

I 90 item vengono valutati su una Scala Likert a 5 punti, da 0 (per nulla) a 4 (moltissimo) (Rocco *et al.*, 2021). Il tempo richiesto per la somministrazione del test è di circa 15 minuti (Preti *et al.*, 2011). Lo strumento include dieci sottoscale che permettono di esplorare il peso dei sintomi per l'individuo nel corso della settimana appena trascorsa, compreso il giorno della compilazione (Prunas *et al.*, 2012). Le categorie sono:

1. Somatizzazione (SOM, 12 item): riflette il disagio proveniente dalle auto percezioni inerenti al corpo. Le lamentele riportate riguardano l'apparato cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e altri sistemi mediati dal sistema nervoso autonomo. Molti di questi sintomi sono inclusi nei disturbi d'ansia e in quelle condizioni a eziologia funzionale, come dolori a carico della muscolatura grosso-motoria. Esempi di item inclusi in questa categoria sono il 4 "Sensazione di svenimenti o vertigini" e il 52 "Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo".
2. Ossessività-compulsività (O-C, 10 item): si riferisce a pensieri, impulsi e azioni vissuti dall'individuo come persistenti, non voluti e incontrollabili. La loro natura è egodistonica, ovvero sono percepiti dalla persona come fonte di malessere. Strategie di controllo cognitivo sono anche incluse in questa dimensione. Nella descrizione di tale categoria sono compresi gli item 9 "Difficoltà a ricordare le cose" e 38 "Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro/a di farle bene".
3. Sensitività interpersonale (INS, 9 item): si focalizza sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità personale nei confronti degli altri. Sono inclusi vissuti di criticità verso sé stessi, agitazione e disagio durante le interazioni interpersonali. Come esempi di item troviamo "Sentirsi intimidito/a nei confronti dell'altro sesso" (21) e "Senso di fastidio quando la gente ti guarda o parla di te" (61).

4. Depressione (DEP, 13 item): comprende i sintomi tipici della sindrome depressiva. Include, nello specifico, mancanza di motivazione, diminuzione degli interessi, perdita di energia vitale, sentimenti di disperazione, pensieri suicidi e altri correlati cognitivi e somatici della depressione. Fanno parte di questa categoria gli item 15 “Idee di toglierti la vita” e 32 “Mancanza di interesse”.
5. Ansia (ANX, 10 item): descrive i segni associati a una sintomatologia ansiosa quali nervosismo, tensione, tremori, e sentimenti di terrore e panico. Sono esemplificativi gli item “Paure improvvise senza ragione” (23) e “Sensazione che le cose più comuni e familiari siano estranee o irreali” (80).
6. Ostilità (HOS, 6 item): riflette sentimenti, pensieri o azioni tipici di uno stato affettivo negativo di rabbia. Le manifestazioni associate sono aggressione, irritabilità e risentimento. Esempi di item che rispecchiamo questa descrizione sono il 24 “Scatti d’ira incontrollabili” e il 74 “Ingaggiare frequenti discussioni”.
7. Ansia fobica (PHOB, 7 item): è definita come una persistente risposta di paura nei confronti di una specifica persona, luogo, oggetto o situazione sperimentata come irrazionale, sproporzionata o immotivata rispetto allo stimolo che l’ha provocata. A seguito di ciò, l’individuo mette in atto comportamenti di evitamento o fuga. A scopo esemplificativo troviamo gli item 50 “Necessità di evitare certi oggetti” e 70 “Sentirsi a disagio fra la folla come nei negozi, al cinema ecc.”.
8. Ideazione paranoide (PAR, 6 item): è rappresentata come un disturbo legato al pensiero. Le principali manifestazioni di tale condizione sono: pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, paura di perdere la propria autonomia e deliri. Sono compresi nella descrizione di questa categoria l’item “Mancanza di fiducia negli altri” (18) e il “Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono” (68).
9. Psicoticismo (PSY, 10 item): riflette il costrutto come una dimensione continua dell’esperienza umana, che varia da alienazione interpersonale di lieve entità a evidenti episodi di psicoticismo. Include item indicativi di comportamenti di ritiro e isolamento sociale e sintomi tipici della schizofrenia quali allucinazioni ed estraneità del pensiero. Esempi inerenti alla dimensione psicotica sono gli item 62 “Avere dei pensieri che non sono tuoi” e 90 “Idea che qualche cosa non funzioni bene nella tua mente”.

10. Disturbi del sonno (SLEEP, 3 item): fanno riferimento all'insonnia (item 44 "Difficoltà ad addormentarsi"), al risveglio precoce (item 64 "Svegliarti presto al mattino senza riuscire a riaddormentarti") e al sonno disturbato (item 66 "Sonno inquieto e disturbato").

Sono presenti inoltre alcuni item addizionali (OTHER, 4 item), non collocabili all'interno delle dimensioni precedenti, ma che comunque contribuiscono alla valutazione complessiva dell'individuo e fanno riferimento a disturbi dell'appetito. Al fine di offrire una maggiore elasticità nella valutazione globale dello stato psicopatologico del paziente, sono presenti tre indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico: a) *Global Severity Index* (GSI) che è l'indice del livello di intensità o di profondità del disagio psichico riportato dall'individuo, ottenuto sommando i punteggi di tutti gli item e dividendo per 90; b) *Positive Symptom Total* (PST) che corrisponde al numero di sintomi riferiti dal paziente, a prescindere dal grado di disagio a essi associato; c) *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) che è l'indice dello stile di risposta del paziente, ricavato dalla somma dei valori di tutti gli item diviso il punteggio dell'indice PST (Derogatis, 1983; Preti *et al.*, 2011).

Ogni dimensione risulta rilevante se il risultato ottenuto equipara o supera il valore 1: nel caso in cui è compreso fra 1 e 2 si parla di situazione *borderline* (a metà fra il normativo e il clinico), nel momento in cui invece eguaglia o supera la soglia 2 ci si trova in presenza di un punteggio indice di un disagio clinicamente significativo (Derogatis, 1983).

2.1.3 Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32; Horowitz et al., 2000)

L'inventario dei problemi interpersonali (IIP-32; Horowitz *et al.*, 2000; Lo Coco *et al.*, 2018) è uno strumento *self-report* ampiamente utilizzato per indagare il funzionamento interpersonale del paziente e per identificare le problematiche relazionali legate a quest'area (Rocco *et al.*, 2021). La prima formulazione dello strumento prevedeva 127 item (IIP; Horowitz, 1988), successivamente ridotti a 64 (IIP-64) in una seconda versione e a 32 (IIP-32) in una terza (Horowitz *et al.*, 2000). La decisione di diminuire il numero degli item deriva dalla necessità, in ambito clinico, di aumentare la flessibilità della stessa per diminuire, ad esempio, la durata della fase iniziale di *assessment* (Lo Coco *et al.*, 2018). L'IIP-32 è diffuso a livello globale, viene utilizzato in molti Paesi ed è disponibile in diverse lingue (Coco *et al.*, 2018; Salazar *et al.*, 2010).

Lo strumento si compone di 32 item che valutano le problematiche che gli individui possono sperimentare nelle relazioni interpersonali; ognuno di essi è valutato su Scala *Likert* a 5 punti, da 0 (per nulla) a 4 (estremamente) (Rocco *et al.*, 2021). I primi 20 item iniziano con l'espressione "È difficile per me...", mentre gli altri 12 con la frase "Cose che faccio troppo..." (Barkham *et al.*, 1996). La sua natura è ateorica e si organizza lungo due dimensioni descrittive del comportamento interpersonale: 1) dominanza che fa riferimento a quanto l'individuo vuole influenzare ed essere influenzato. Questa dimensione varia su un *continuum* da comportamenti prevaricatori a sottomissione, dal polo della dominanza a quello della non assertività; 2) affiliazione che indica il grado in cui la persona percepisce la necessità di creare legami solidi con gli altri. Oscilla fra il polo di freddezza e comportamento ostile e fra quello di eccessivo altruismo e atteggiamento amichevole (Coco *et al.*, 2018; Rocco *et al.*, 2021). A partire da queste due dimensioni, rappresentate nel diagramma circomplesso in figura 1 sono state sviluppate otto scale, anch'esse riportate nella figura 1:

- I. Dominante/Controllante (PA) indica la tendenza ad avere un controllo sulle persone, manipolare, non considerare la prospettiva altrui e agire in modo troppo aggressivo.
- II. Centrato su di Sé (BC) fa riferimento al grado di diffidenza, sospettosità e alla tendenza a vendicarsi dell'altro.
- III. Freddo/distante (DE) evidenzia aspetti di distanza emotiva dalle persone, difficoltà a mantenere relazioni durature, tendenza all'isolamento sociale e mancanza di empatia e tatto.
- IV. Socialmente inibito (FG) riguarda il grado di timidezza e di ansia nelle situazioni sociali, la difficoltà nell'iniziare a interagire con gli altri e la tendenza a essere distaccati per sviare da possibili critiche o rifiuti.
- V. Non assertivo (HI) indica problematiche legate ad autostima e auto affermazione, difficoltà nell'esprimere la propria opinione e nell'essere al centro dell'attenzione, evitando il più possibile contesti che implicino sfide.
- VI. Eccessivamente accomodante (JK) fa riferimento a problemi di compiacenza, ricerca di approvazione, sottomissione e riluttanza a mostrarsi contrariati per evitare possibili momenti di scontro.

- VII. Autogiustificante (LM) evidenzia aspetti di eccessivo prestarsi all'altro, a discapito dei propri bisogni. È presente una problematica nel mantenimento dei confini fra sé stessi e l'altro.
- VIII. Intrusivo/bisognoso (NO) riguarda l'avanzamento di richieste inappropriate da parte della persona agli esterni, la presenza di un'eccessiva estroversione e socievolezza con l'obiettivo inconsapevole di attirare l'attenzione altrui e atteggiamenti di intromissione nelle questioni che non riguardano in modo specifico la persona.

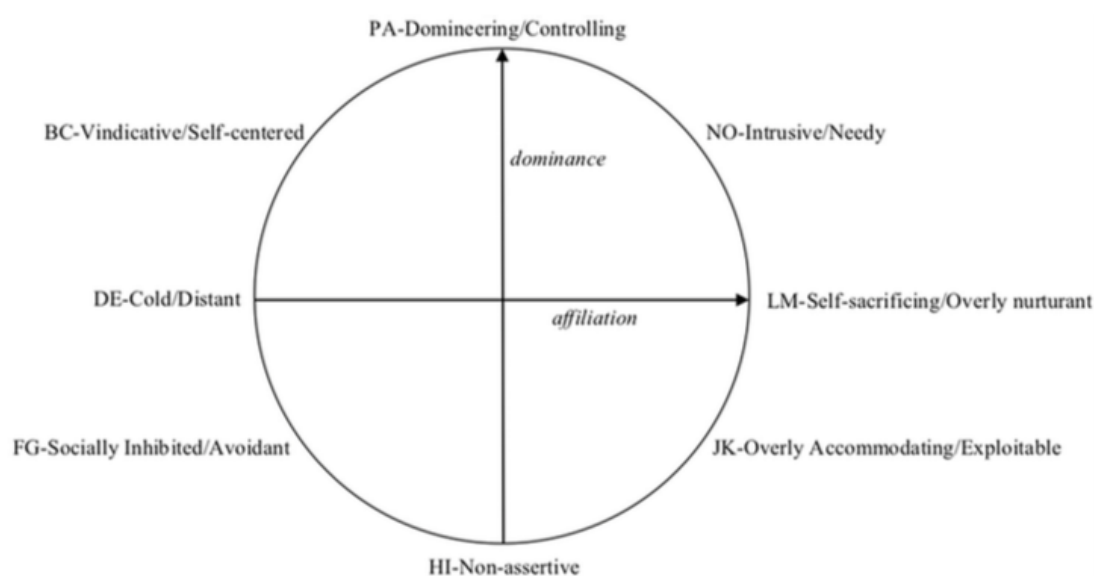


Figura 1 Diagramma circomplesso dei problemi interpersonali: pone al centro le due dimensioni descrittive del comportamento interpersonale, attorno alle quali si sviluppano le otto sottoscale (Alden *et al.*, 1990)

L'IIP-32 permette di ottenere sia un punteggio per ogni singola scala sia uno globale che rappresenta il livello complessivo di problematicità nelle relazioni interpersonali. I valori grezzi vengono trasformati in punti T il cui numero può oscillare fra 36 e 99; un punteggio maggiore di 70 è da considerarsi, per ogni dimensione in esame, clinicamente significativo (Rocco *et al.*, 2021). Lo strumento presenta una buona validità e replicabilità, dato supportato da numerosi studi che esaminano l'associazione dell'IIP-32 con differenti disturbi mentali fra cui disturbi d'ansia (Salzer *et al.*, 2008), depressione (Grosse Holtforth *et al.*, 2014) e disturbi del comportamento alimentare (Hartmann *et al.*, 2010). Inoltre, nel validare la versione italiana dell'IIP-32, Lo Coco e collaboratori (2018)

hanno valutato le proprietà psicometriche dello strumento. La scala, con particolare riferimento a un campione non clinico, presenta una buona consistenza interna con valore omega di .985 per il punteggio totale, mentre fra 0.776 e 0.975 per ogni singolo fattore (Coco *et al.*, 2018).

2.2 Materiale

Il materiale analizzato nel presente lavoro di ricerca riguarda un caso clinico basato su una terapia a orientamento ISTDP (*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*) di 8 sedute sviluppate nel corso di circa dieci mesi. Le prime sedute si sono svolte con cadenza settimanale, mentre le successive erano più dilazionate nel tempo. Gli incontri iniziali avevano una durata di un'ora e mezza, mentre i successivi di circa un'ora. Il materiale preso in esame nel seguente studio e raccolto previo consenso del paziente, riguarda sia trascrizioni *verbatim* delle singole sedute sia audio registrazioni di ognuna, oltre che dati ad inizio e fine terapia provenienti da SCL-90-R e IIP-32. Le sedute oggetto d'analisi sono state le numero 1-4-8, ovvero quella iniziale, quella centrale e quella finale, al fine di comprendere l'evoluzione delle strutture di interazione fra paziente e terapeuta e di cogliere il processo globale della terapia. Il trattamento è stato condotto da una psicoterapeuta di sesso femminile specializzata nell'utilizzo della tecnica ISTDP. La paziente è S., una donna di 53 anni, casalinga e con pregressa esperienza lavorativa e sposata con uomo di 56 anni che viene descritto come una persona razionale, calma e riflessiva, in grado di contenere l'impulsività della moglie. Dalla loro unione sono nati due figli: quello maggiore è un giovane adulto, mentre quello minore è un adolescente e vivono entrambi coi genitori. La donna li descrive come individui con personalità totalmente opposte. Uno dei due ragazzi è affetto dal Morbo di *Crohn*, condizione che ha portato S. a interrompere la propria carriera lavorativa per dedicarsi all'assistenza del figlio. Il suo nucleo familiare d'origine è invece composto da madre, padre e cinque fratelli. La madre, descritta come una donna severa, giudicante e con uno stile educativo rigido, è venuta a mancare qualche anno prima a seguito di una serie di complicanze derivate da una precedente emorragia cerebrale. Il padre viene delineato come uomo emotivamente assente dalla vita di S, aspetto che, asserisce la paziente, l'ha portata a cercare la figura paterna in relazioni con uomini sensibilmente più grandi di lei. Per quanto riguarda il resto della famiglia, parla di una delle sorelle, descritta come distaccata

ed egoista, e del fratello maggiore, il quale presenta una serie di problematiche di salute derivate da un incidente che lo ha coinvolto in giovane età e che lo ha sottoposto a innumerevoli interventi chirurgici. La donna riporta di aver passato la maggior parte della sua vita a prendersi cura delle persone a lei care, in particolar modo del figlio e del fratello maggiore. Dal modo in cui S. parla delle proprie relazioni interpersonali, emergono delle componenti di dipendenza e passività, aspetti resi visibili anche nella relazione con la terapeuta e dunque ritracciabili nelle dinamiche transfert-controtransfert. In riferimento a ciò, la paziente descrive una sua tendenza a prestarsi agli altri, cercando di soddisfare i loro bisogni prima dei propri. Questa attitudine la porta a faticare a chiedere aiuto all'esterno e a riuscire a mettere in primo piano il suo sentire interiore, sperimentando di conseguenza un forte sentimento di solitudine e vuoto. L'incapacità di pensare a sé stessa e di esprimere i propri stati interni è riconducibile a vissuti di ansia percepiti soprattutto a livello di pancia e stomaco. La paziente parla di due attacchi di panico avvenuti di recente che l'hanno portata ad affidarsi al suo medico di base, il quale le ha prescritto un ansiolitico per gestire l'ansia. Riporta inoltre una serie di problematiche fisiche comparse negli ultimi anni fra cui mialgie e problemi muscolari. S. giunge in terapia con l'obiettivo primario di comprendere il motivo del suo malessere, e risolvere i suoi vissuti d'ansia. S. riporta, già dal primo incontro, un marcato senso di colpa legato al suo coinvolgimento in un rapporto extraconiugale con un altro uomo, anch'esso sposato. La paziente si sente colpevole sia nei confronti del marito che della madre e teme che questa possa giudicarla dall'alto, dato che non è stata messa al corrente dell'accaduto prima che morisse. La donna mostra un forte atteggiamento autopunitivo per quanto accaduto, al punto che una delle ragioni che hanno condotto la paziente in terapia sembra essere anche quella di ricercare nella terapeuta una via di espiazione dai propri peccati. Quest'ultima indaga a fondo sia le motivazioni alla base del tradimento che il sentimento di colpa della paziente rispetto a quanto accaduto. Col procedere della terapia, l'atteggiamento autopunitivo di S. lascia spazio a forti sentimenti di rabbia nei confronti sia del marito per aver messo da parte le sue esigenze in fatto di intimità che dell'altro uomo per averla usata e manipolata. L'aspetto della rabbia dunque, a differenza di quello dell'ansia, non giunge fin da subito alla consapevolezza della paziente ed è inizialmente rivolto a sé stessa per poi, nel corso della terapia, spostarsi verso l'esterno. Il lavoro terapeutico, in linea con l'approccio ISTDP, prevedrebbe una parte di lavoro sul corpo, considerato luogo privilegiato in cui i

sentimenti possono essere depositati ed espressi. All'inizio del trattamento, la terapeuta invita la paziente a focalizzarsi sulle parti del corpo in cui fluiscono le emozioni, in particolare l'ansia e la rabbia, aspetto poi messo da parte con l'avanzare della terapia.

2.3 Procedura

Il processo che ha condotto alla realizzazione di questo progetto di ricerca si è costituito di un iniziale periodo di formazione all'utilizzo del PQS. Il *training* ha avuto una durata di circa quattro mesi, da gennaio a maggio 2024, ed è stato effettuato con l'intento di comprendere l'utilizzo e le peculiarità dello strumento. I valutatori/giudici sono stati tre studenti di un corso di Laurea Magistrale della Facoltà di Psicologia presso l'Università degli Studi di Padova, coadiuvati da due supervisori, esperti nell'utilizzo dello strumento. Ancor prima di approfondire le sedute oggetto di studio, i valutatori hanno esaminato degli incontri di altre terapie con il PQS, così da impraticarsi nell'applicazione dello strumento. La siglatura prevedeva un'iniziale lettura e analisi della seduta da parte dei giudici e una successiva compilazione del PQS distribuendo i 100 item fra le varie categorie comprese tra 1 (estremamente non caratteristico) e 9 (estremamente caratteristico), con una distribuzione fissa come indicata nella tabella 2.1. Tale lavoro è stato svolto in un primo momento individualmente per poi confluire in un confronto fra giudici sulla ripartizione degli item. Dai tre PQS differenti sulla medesima seduta si è passati alla siglatura di uno unico, definitivo, che è stato poi analizzato e confrontato con il PQS, dello stesso incontro, individuato dai supervisori, così da verificarne l'effettiva convergenza. Inizialmente l'assegnazione dei punteggi per ogni seduta spesso non combaciava, a causa di difficoltà dovute soprattutto alla comprensione delle modalità con cui lo strumento andava applicato, ovvero quale item favorire nella collocazione più estrema delle categorie, come procede al meglio nella distribuzione dei vari item, ecc... Un altro aspetto da considerare è lo scarso livello di esperienza clinica tenuto dai tre giudici, elemento che ha richiesto del tempo in più per acquisire sicurezza nella lettura delle sedute e nell'individuazione degli aspetti più salienti. In merito ai suggerimenti, i due esperti hanno proposto di collocare gli item prima riempiendo le categorie estreme, costituite da 5 item totali, per poi spostarsi a mano a mano in direzione di quella centrale, composta da 18 item. Dopo questi ulteriori *step* si è giunti ai definitivi PQS descrittivi degli incontri.

A questo punto sono state prese in considerazione le trascrizioni degli incontri da analizzare ai fini della ricerca. La lettura, l'analisi, l'individuazione del PQS definitivo della prima seduta e il successivo confronto coi supervisori, ha fatto emergere delle difficoltà ulteriori per quanto riguarda la comprensione del tono emotivo dell'incontro. Per tale ragione, sono state introdotte le audioregistrazioni delle sedute, partendo da quella iniziale per poi man mano passare alle successive. L'aggiunta dell'elemento audio ha aiutato sia i giudici sia i supervisori a cogliere le sfumature emotive all'interno degli incontri e il ritmo dei dialoghi, facilitando di conseguenza l'applicazione del PQS. Una volta fornito tutto il materiale necessario, la procedura è stata la seguente: ascolto dell'audioregistrazione, applicazione dello strumento da parte dei giudici prima singolarmente e poi in gruppo ed infine siglatura del PQS definitivo. Solo a questo punto vi era un ultimo confronto coi supervisori in merito alla distribuzione degli item e infine l'individuazione delle strutture d'interazione, anch'esse verificate dagli esperti.

I *pattern* interattivi in questione sono stati ricavati dai valutatori a partire dagli item collocati nelle categorie estreme, ovvero gli item appartenenti ai poli 8-9 e 1-2. Gli elementi sono stati raggruppati sulla base di quanto riflettevano l'appartenenza a una stessa modalità interattiva, rappresentativa della dinamica transfert-controtransfert in quella seduta. Come ultimo aspetto, i supervisori hanno reso disponibili i risultati di due strumenti somministrati alla paziente sia nel momento iniziale sia in quello finale della terapia per la valutazione dei risultati della psicoterapia: l'SCL-90-R e l'IIP-32.

2.4 Ipotesi di ricerca

La ricerca condotta nel seguente elaborato propone di indagare la presenza di *pattern* interattivi specifici nella relazione fra paziente e clinico all'interno di una terapia breve a orientamento ISTDP, le cui modificazioni siano associate all'esito del trattamento. L'applicabilità dello strumento a una psicoterapia a breve termine si scontra tuttavia con l'idea di Jones (2000), secondo il quale non è possibile cogliere le dinamiche interattive in questa tipologia di trattamento in quanto supportivo di natura. Di diverso avviso è invece Flegenheimer (1977), che sostiene che in una terapia breve si possono comunque sviluppare dinamiche complesse che prevedono lo sviluppo delle dinamiche transfert-controtransfert e di conseguenza il cambiamento delle strutture di interazione. Il seguente

lavoro di ricerca parte da quest'ultima visione per elaborare le proprie ipotesi, in seguito riassunte:

- Si ipotizza che sia possibile valutare l'evoluzione del processo anche in una terapia breve di approccio ISTDP mediante l'utilizzo del PQS.
- La possibilità di ottenere una specifica distribuzione degli item all'interno delle categorie, in linea con le caratteristiche base della tecnica ISTDP. Al fine di descrivere gli elementi salienti di tale approccio mediante l'utilizzo del PQS, il gruppo di ricerca ha prodotto un prototipo di ISTDP tramite la collocazione dei 100 item nelle varie categorie del *Q-sort*. La costruzione dell'ISTDP ideale è avvenuta seguendo la procedura illustrata nel paragrafo precedente e facendo riferimento ai dati presenti in letteratura in merito ai fondamenti teorici e applicativi della tecnica. Nella tabella 2.2 sono riportati gli item del prototipo collocati nelle categorie estreme, ovvero 8-9 e 1-2.
- La possibilità di individuare un cambiamento qualitativo e graduale nelle strutture di interazione fra paziente e terapeuta, oltre che di un eventuale miglioramento nella sintomatologia e nella qualità delle relazioni interpersonali della paziente a seguito di tale modificazione, al fine di verificare se all'evoluzione dei *pattern* interattivi corrisponda l'esito della terapia.

Tabella 2.2 – Distribuzione Q-item ISTDP ideale

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

CAPITOLO 3

Risultati

I risultati riportati in questo capitolo sono stati ricavati dall'utilizzo dei tre strumenti descritti in precedenza. Nello specifico, l'SCL-90-R e l'IIP-32 sono stati applicati per la valutazione dell'*outcome* della terapia, approfondendo la sintomatologia e le problematiche interpersonali della paziente. Il PQS è stato invece applicato per l'analisi del processo clinico tramite l'iniziale siglatura dei trascritti e delle audio registrazioni delle sedute e la successiva individuazione delle strutture d'interazione caratterizzanti il rapporto terapeutico.

3.1 La valutazione dell'esito del trattamento

3.1.1 Risultati SCL-90-R

Lo strumento è stato utilizzato per indagare la sintomatologia della paziente in due differenti momenti, ovvero pre-trattamento (T1) e post-trattamento (T2), con l'obiettivo di comprenderne la tipologia e l'intensità presentata nel momento iniziale della terapia e di individuarne i cambiamenti a seguito della conclusione della stessa.

Nella figura 2 è possibile osservare i valori medi ottenuti su ognuna delle dieci dimensioni dello strumento e sugli item fuori scala. Dal grafico si può notare come nessun punteggio riportato dalla paziente al tempo T1 superi il *cut-off* clinico di 2. La scala che ha ottenuto il valore più alto risulta essere quella relativa alla sintomatologia depressiva (DEP), alla quale è stato attribuito un punteggio di 1.15; tale dato è collocabile nel *range borderline*, a metà fra il normativo e il clinico, e dunque non riconducibile a un disagio clinicamente significativo. Nella condizione post-trattamento è visibile una riduzione dei valori in quasi tutte le dimensioni, compreso l'indice globale del disagio psichico (GSI), rappresentato nel grafico dalla media di tutti i punteggi (TOT MEAN). Le scale che hanno seguito un andamento opposto sono quella inerente ai sintomi ossessivo-compulsivi (O-C) e quella relativa alla sensibilità interpersonale (INT) che presentano punteggi più

elevati rispetto a T1. L'aumento di tali scale non è di interesse clinico, in quanto i valori non superano il *cut-off* di riferimento.

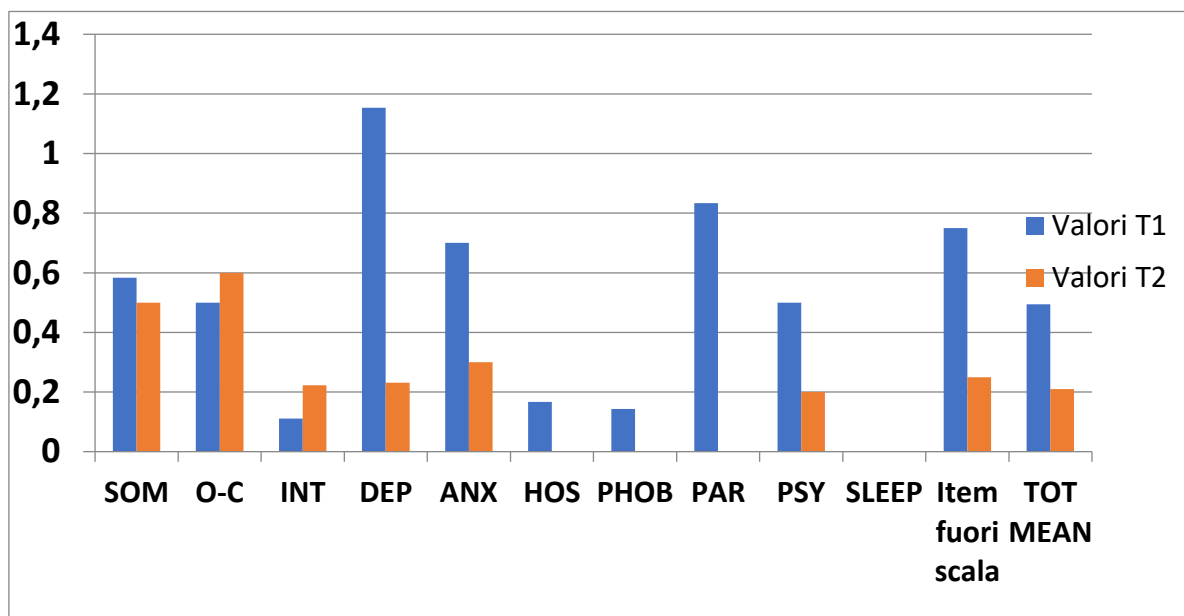


Figura 2 – Punteggi SCL-90-R a T1 e T2

3.1.2 Risultati IIP-32

Anche questo strumento, impiegato per valutare la presenza di problematiche interpersonali nella paziente, è stato somministrato in due tempi differenti, all'inizio della terapia (T1) e una volta concluso il trattamento (T2), con lo scopo di comprendere quali fossero le difficoltà relazionali presentate dalla paziente nel momento iniziale della terapia e di individuarne l'evoluzione a seguito della conclusione della stessa.

Nella figura 3 sono riportati i punteggi assegnati dalla paziente ad ognuna delle otto categorie dello strumento. Dal grafico è possibile osservare come nessuno dei valori superi il *cut-off* clinico, fissato a 70. I punteggi che tuttavia risultano più elevati al tempo T1 sono quelli relativi alla dimensione Non assertivo, alla quale è stato assegnato il valore 62, e a quella Autogiustificante, la quale ha totalizzato 67 punti. Al momento T2, la paziente mostra dei punteggi uguali o inferiori a T1 in quasi tutte dimensioni. L'unica categoria in cui si è verificato un aumento dei valori, è quella denominata Centrato sul sé nella quale si osserva un valore di 43 al T1 e di 54 al momento T2.

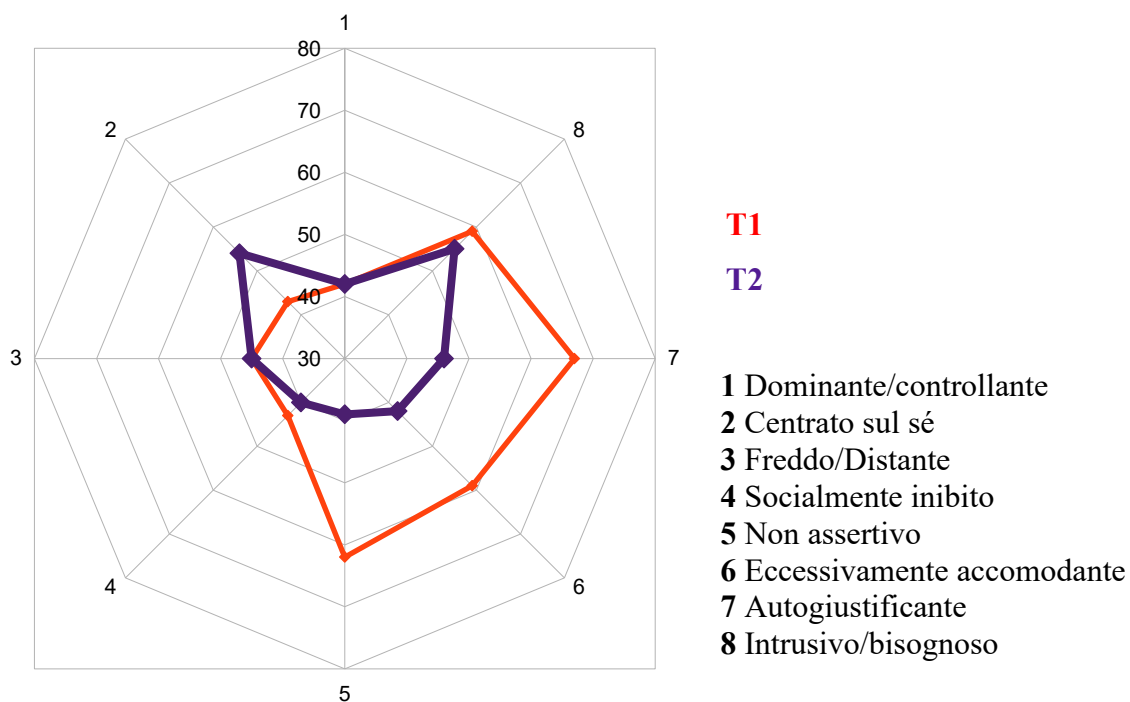


Figura 3 – Punteggi IIP-32 a T1 e T2

3.2 L'analisi del processo: le strutture di interazione con il PQS

L'applicazione del PQS ha permesso di analizzare il processo terapeutico e di individuare le strutture di interazione presenti nei diversi momenti della terapia, nello specifico le sedute 1-4-8. I *pattern* interattivi sono stati ricavati dalla selezione degli item più descrittivi di ogni incontro e collocabili nelle categorie estreme, ossia 9-8 e 1-2. A seguire una breve descrizione di ciascuna struttura di interazione ricavata.

Seduta 1

Nella seduta iniziale sono state individuate due strutture di interazione. La prima è stata descritta nei termini di *Lotta per il controllo* (tabella 3.1), si focalizza esclusivamente sul comportamento della paziente ed include gli item 12, 15, 25, 44, 55, 58, 73, 87, 88. Lo spazio dell'incontro è controllato dalla paziente (87) e dal materiale da lei riportato (88), senza la presenza di momenti di silenzio (12). Non mostra infatti alcuna difficoltà nell'iniziare la seduta (25) e assume da subito un ruolo attivo (15). La paziente manifesta una propensione positiva nei confronti della terapia (55) e un atteggiamento di fiducia verso la terapeuta (44). Intende impegnarsi nel lavoro terapeutico (73), elemento

dimostrato dalla sua disponibilità ad analizzare i pensieri e le motivazioni connesse ai propri problemi (58).

La seconda struttura di interazione è stata denominata *Espiazione della colpa e accoglienza materna* (tabella 3.2), si concentra sui sentimenti della paziente e sugli atteggiamenti della terapeuta in risposta agli stessi ed include gli item 9, 18, 22, 26, 34, 42, 50, 51, 52, 59, 62, 71, 76, 77, 78, 89, 93. La paziente esprime sentimenti di vergogna e colpa (71) e altri affetti dolorosi che le causano disagio (26); si percepisce inoltre come inadeguata e inferiore (59). Tutti questi elementi la portano ad accusare sé stessa per le proprie difficoltà (34). La terapeuta focalizza la sua attenzione sia sul senso di colpa della paziente (22) che sui sentimenti per lei inaccettabili (50). Il risultato è l'identificazione di un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti della paziente (62), sui cui la terapeuta agisce al fine di indebolire le sue barriere difensive (89) e di diminuire il senso di responsabilità per i propri problemi (76). La paziente si relaziona alla terapeuta cercando affetto e approvazione (78), accettando di buon grado i suoi commenti e le sue osservazioni (42) e sperando che trovi una soluzione alle proprie problematiche (52). La terapeuta risponde con un atteggiamento accogliente, privo di giudizio (18) e gentile (77), senza porre la paziente in una condizione di inferiorità rispetto al proprio ruolo (51). Si mostra anche emotivamente coinvolta nell'interazione (9) e assume una posizione non neutrale (93).

Tabella 3.1 – Lotta per il controllo

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

Tabella 3.2 – Espiazione della colpa e accoglienza materna

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

Seduta 4

Nel quarto incontro sono state identificate due strutture di interazione. La prima è stata delineata nei termini di *Compiacenza e competizione* (tabella 3.3), si focalizza sul clima emotivo che si è instaurato fra paziente e terapeuta in seduta e comprende gli item 3, 9, 12, 20, 25, 34, 39, 42, 87, 95. La terapeuta risulta emotivamente coinvolta nell'interazione (9), aspetto che scaturisce nella paziente un comportamento compiacente (20) che la porta ad accettare di buon grado i commenti e le osservazioni della terapeuta (42). La paziente mostra inoltre una tendenza ad assumersi la responsabilità per le proprie problematiche (34), aspetto che riporta senza difficoltà sin dall'inizio della seduta (25). La relazione terapeutica assume anche una connotazione competitiva (item 39) tale per cui da un lato la paziente impone il proprio controllo sull'interazione (87) ed esprime un senso di scoraggiamento e frustrazione per la mancanza di aiuto dalla terapeuta (95) e dall'altro quest'ultima non sembra facilitare il discorso della paziente (3); l'aspetto della

competitività instaura un tipo di comunicazione per cui non sono presenti pause o momenti di silenzio (12) tra un dialogo e l'altro.

La seconda struttura di interazione è stata denominata *Conflitto controtrasferale e ambivalenza* (tabella 3.4), si concentra sul conflitto emotivo della terapeuta e sui comportamenti della paziente in risposta allo stesso ed include gli item 11, 15, 24, 27, 28, 37, 43, 49, 51, 63, 70, 71, 76, 77, 81, 93. L'incontro vede come punti di maggior discussione il tema delle relazioni interpersonali della paziente (63) e quello dei suoi sentimenti ed esperienze sessuali (11). La paziente affronta tali argomenti in maniera attiva (15), esprimendo sentimenti di vergogna e colpa (item 71) e cercando di gestire e controllare le proprie emozioni (70). La terapeuta interviene dando consigli espliciti, assumendo un ruolo di guida per la paziente (27) e comportandosi verosimilmente come un insegnante con uno studente (37). Suggerisce alla paziente di diminuire il peso della responsabilità per i propri problemi (76) e tenta di spostare l'attenzione dai suoi affetti (81) al comportamento di altre persone, proponendo una possibile spiegazione a tali atteggiamenti (43). Gli interventi della terapeuta la pongono in una posizione non neutrale (93) e nella quale i suoi conflitti emotivi interferiscono nella relazione con la paziente (24), non permettendole dunque di percepire in modo accurato il processo terapeutico (28). Il tipo rapporto che si è instaurato nella coppia terapeutica vede l'alternarsi di un atteggiamento caratterizzato da un senso di superiorità (51) e mancanza di tatto da parte della terapeuta (77) e di un sentimento di ambivalenza e conflittualità espresso dalla paziente nei confronti della stessa (49).

Tabella 3.3 – Compiacenza e competizione

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

Tabella 3.4 – Conflitto controtransferale e ambivalenza

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

Seduta 8

Nell'incontro finale, ovvero l'ottava seduta, è stata individuata un'unica struttura di interazione. È stata denominata *Pattern relazionale dipendente* (Tabella 3.5), si focalizza sul rapporto che paziente e terapeuta hanno instaurato con la conclusione della terapia e comprende gli item 9, 11, 15, 20, 24, 25, 27, 28, 32, 37, 39, 42, 43, 44, 51, 63, 66, 69, 71, 76, 78, 80, 86, 87, 93, 99. La terapeuta dà consigli espliciti e svolge un ruolo di guida (27) per la paziente, atteggiamento che utilizza per discutere delle situazioni di vita attuale o recente della stessa (69), in particolar modo focalizzandosi sulle sue relazioni interpersonali (63); mette inoltre in atto comportamenti simili a quelli di un insegnante con uno studente (37). La paziente, dal canto suo, si dimostra disponibile ad affrontare tali argomentazioni sin dall'inizio dell'incontro (25) e in maniera attiva (15). Il dialogo fra paziente e terapeuta su queste tematiche occupa l'intera seduta e non lascia spazio a momenti di silenzio (12). La modalità d'intervento adottata dalla terapeuta è basata sul presentare le esperienze della paziente da una prospettiva diversa (80), suggerendo il significato del comportamento delle persone per lei significative (43), validando le sue percezioni (99) e rassicurandola in modo esplicito (66). Così facendo, tenta di allontanare la paziente dal peso della responsabilità per le proprie problematiche (76). Questo approccio permette alla paziente di diminuire i sentimenti di vergogna e colpa che prova verso sé stessa (71) e di aumentare il proprio grado di fiducia e sicurezza (44). Nonostante ciò, non riesce a raggiungere un *insight* (32). La terapeuta si relaziona utilizzando una modalità non neutrale (93) e carica di componenti emotive (9), elementi che interferiscono nel rapporto con la paziente (24) e non le permettono dunque di percepire in modo accurato il processo clinico (28). Per quanto concerne l'attitudine relazionale della paziente, questa cerca l'affetto e la solidarietà della terapeuta (78), assume un atteggiamento compiacente verso la stessa (20) e accetta di buon grado i suoi commenti e le sue osservazioni (42). Allo stesso tempo, la relazione terapeutica mantiene una connotazione competitiva (39), tale per cui da un lato la paziente si dimostra controllante (87) e dall'altro la terapeuta adotta un comportamento condiscendente nei confronti della paziente (51).

Tabella 3.5 – Pattern relazione dipendente

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

CAPITOLO 4

Discussione

4.1 Discussione dei risultati

Il presente studio *single case* si inserisce nell'ambito di ricerca *process-outcome*, la quale intende analizzare ciò che accade fra paziente e terapeuta all'interno del trattamento e come tali aspetti influiscono sull'esito della terapia (Dazzi, 2006). Per raggiungere questo scopo, è stato utilizzato lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS), uno strumento formulato da Enrico E. Jones (2000) con l'obiettivo di rilevare le strutture di interazione e di scorgerne l'evoluzione in rapporto all'*outcome* del trattamento. Il lavoro di ricerca è stato condotto con l'idea di verificare la possibile applicabilità del modello di Jones ad una terapia svolta con approccio terapeutico di tipo dinamico breve, nello specifico l'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP). L'adattabilità del modello a un trattamento di durata ridotta non sarebbe tuttavia possibile, secondo quanto affermato da Jones (2000), in quanto non permetterebbe di far emergere i *pattern* interattivi all'interno della coppia terapeutica. La possibile applicabilità del PQS a tale tecnica terapeutica è stata seguita dall'idea di poter ottenere una specifica distribuzione degli item dello strumento in linea con i fondamenti teorici dell'ISTDP. Nel tentativo di mettere in pratica quanto appena descritto, il gruppo di ricerca ha preso in esame un trattamento ISTDP della durata complessiva di circa dieci mesi e condotto da una terapeuta specializzata nell'utilizzo di tale tecnica. Sono stati nello specifico studiati e analizzati i trascritti *verbatim* e le audioregistrazioni di tre sedute della psicoterapia della paziente S., ovvero quella iniziale, quella centrale e quella finale (1-4-8).

Per quanto riguarda la situazione sintomatologica iniziale, misurata dall'SCL-90-R, non si rileva un disagio clinicamente significativo. Il punteggio assegnato alla categoria DEP, collocato nel *range borderline*, sembrerebbe correlato al forte senso di colpa che la paziente esprime durante il primo incontro. Questa colpevolezza sarebbe indirizzata, come riportato da lei stessa, al rapporto extraconiugale intrapreso con un altro uomo: la paziente infatti afferma “*mi sento come, come se avessi rotto qualcosa anche nel matrimonio*” e sembra cercare nella terapeuta una figura che la purifichi dal peccato

commesso. Di conseguenza, nonostante i punteggi siano diminuiti nella maggior parte delle categorie al tempo T2, non sembra possibile associare tale miglioramento a una vera e propria remissione clinica vista la mancanza di un'iniziale problematica significativa. Anche per quanto concerne le problematiche interpersonali della paziente, raccolte tramite l'IIP-32, si è verificata una lieve diminuzione dei punteggi tra T1 e T2, anche se non clinicamente rilevante. I valori assegnati alle categorie Non Assertivo e Autogiustificante sono risultati più elevati di tutti gli altri al tempo T1, seppur non superando il *cut-off* clinico e sembrerebbero relati alla bassa autostima che la paziente esibisce e alla tendenza, di cui lei stessa parla, di prestarsi all'altro senza tenere conto dei propri bisogni; la donna riporta infatti di aver dedicato gran parte della sua vita a prendersi cura delle persone per lei significative senza considerare i suoi vissuti interiori o chiedere aiuto. L'aumento del punteggio nella scala Centrato sul sé al momento T2 sottolineerebbe l'inclinazione della paziente a diventare con il tempo più autocentrata nel relazionarsi con il clinico, aspetto ipoteticamente traducibile in una sua inclinazione ad esprimere affetti ambivalenti e conflittuali verso la terapeuta e ad essere controllante nell'interazione. L'utilizzo di entrambi gli strumenti in due momenti differenti della terapia sembra dunque indicare un cambiamento non significativo nella paziente.

La prima ipotesi di ricerca riguardava la possibilità di valutare l'evoluzione del processo terapeutico in un trattamento ISTDP tramite l'utilizzo del PQS. I dati ottenuti sembrano confermare tale ipotesi. È stato infatti possibile studiare l'andamento del processo terapeutico nel trattamento per mezzo del PQS, che ha permesso di cogliere le dinamiche transferali e controtransferali in ogni incontro. Ad ogni struttura di interazione identificata è stato assegnato uno specifico nome e una dettagliata descrizione (per un approfondimento, consultare il capitolo 3). La conferma dell'applicabilità del PQS a un trattamento ISTDP ha permesso di andare oltre l'idea di Jones (2000), secondo cui non è possibile cogliere le dinamiche interattive fra paziente e terapeuta in un trattamento breve in quanto supportivo di natura. I dati raccolti sembrano invece supportare l'ipotesi formulata da altri studiosi come Flegenheimer (1977) per cui è possibile individuare i *pattern* interattivi e studiare l'evoluzione del processo in un trattamento breve. Nelle argomentazioni a seguire vedremo come il trattamento analizzato, nonostante rappresentasse di primo impatto una terapia ad orientamento ISTDP, caratterizzata da una

durata ridotta e applicata da una terapeuta specializzata nell'utilizzo di tale approccio, non ha effettivamente rispecchiato le caratteristiche prototipiche previste. A prescindere da ciò, la prima ipotesi sembra comunque confermata trattandosi di una psicoterapia breve, costituita da otto incontri totali, e di natura apparentemente supportiva. Un trattamento è da considerarsi supportivo nel momento in cui il terapeuta fornisce strategie di sostegno al paziente al fine di rafforzare la sua capacità di difendersi da conflitti e affetti per lui disturbanti (Jones, 2008). La terapeuta di S. ha eseguito una serie di interventi riconducibili all'approccio supportivo quali assumere un ruolo di guida e di supporto per la paziente e suggerirle un allontanamento dal senso di responsabilità per le proprie problematiche. Data la sua specializzazione nell'ISTDP, ha tuttavia messo in pratica degli interventi tipici di questo approccio espressivo, fra cui portare l'attenzione della paziente sui sentimenti per lei inaccettabili, come la rabbia e il senso di colpa. In virtù di questa duplicità di approcci sembrerebbe che la terapia non sia collocabile né sul versante espressivo né su quello supportivo, in quanto gli elementi tecnici e curativi di uno e dell'altro approccio parrebbero scomparire con il procedere del trattamento. Nella seduta conclusiva è infatti possibile osservare un dialogo tra paziente e terapeuta focalizzato su argomenti che non c'entrano col lavoro terapeutico, come il percorso di vita dei figli della paziente.

La seconda ipotesi di ricerca considerava l'opportunità di ottenere, per ogni seduta, una specifica distribuzione degli item all'interno delle categorie in linea con le caratteristiche prototipiche dell'ISTDP. Come anticipato, i dati ottenuti sembrano non aver soddisfatto le aspettative. La terapia presa in esame pare essersi discostata dall'ISTDP per una serie di componenti tecniche, quali l'assenza di un *focus* specifico nel dialogo fra paziente e terapeuta (item 23). Nel primo incontro, il materiale su cui lavorare pareva chiaro: la paziente è giunta in terapia con l'obiettivo di risolvere i suoi vissuti d'ansia e di colpa. Ha infatti affermato “*Io voglio star bene adesso, voglio buttar via tutto quello che dentro mi ha oppresso*” e “*Che io voglio, voglio venire qua e voglio venirne fuori e devo buttare via tutta questa cosa che ho dentro e lavorare su me stessa perché voglio riprendermi la mia vita*”. Con il procedere del trattamento però, la conversazione fra S. e la terapeuta è parsa priva di interventi definibili come clinici e diretti ad aiutare la paziente nella gestione della propria sofferenza. Un ulteriore elemento che pare discostare la psicoterapia dal

prototipo di ISTDP riguarda l'astensione della terapeuta nell'analizzare e indebolire i meccanismi di difesa della paziente (item 89). Quest'ultima sembra aver messo in atto alcune modalità difensive fra cui il rivolgimento contro il sé e la somatizzazione. La prima riguarda un processo inconscio attraverso il quale l'individuo devia l'aggressività dalla persona, verso il quale è rivolta, a sé stesso (McWilliams, 2012); è possibile attribuirlo alla non tollerabilità della paziente per la parte negativa delle persone, componente che invece pare rivolgere a sé autopunendosi ("*mi sento come sporca*"). La seconda si riferisce alla conversione di dolore emotivo o di altri stati affettivi in sintomi fisici, con focalizzazione dell'attenzione a preoccupazioni somatiche (Gabbard, 2015); è plausibile correlarlo al sentimento di rabbia che la paziente mantiene inespresso e che viene veicolato nel corpo attraverso i vissuti d'ansia. Un aggiuntivo aspetto tecnico dell'ISTDP che all'inizio pare essere stato applicato alla terapia ma che poi sembra essersi perso con l'avanzare del trattamento, riguarda il lavoro sul corpo considerato luogo privilegiato per il deposito degli affetti. La terapeuta, durante il primo incontro, pare abbia guidato l'attenzione della paziente verso la componente somatica dei sentimenti per lei inaccettabili (item 50), ossia l'ansia e il senso di colpa: "*E ci pensi, e quando stai facendo una cosa che ti è venuta in mente ti domandi come la sento questa cosa qua? È buona per me? Non è buona per me? Arriva la colpa, la colpa*". Pare le abbia anche proposto di praticare in autonomia degli esercizi di respirazione nel caso in cui i propri stati interiori dovessero, a livello corporeo, risultare insopportabili: "*Okay adesso sei qui, okay? Quello che è importante è che tu fuori di qui rivolga l'attenzione a te stessa anche se l'ansia ti sembra intollerabile, vedi, cerca di restare lì, di ascoltare se riesci a fare un po' di respirazione se senti delle contrazioni del corpo quella ti aiuta, okay...*". Dagli incontri successivi, l'attenzione alle manifestazioni corporee dei sentimenti è stata messa da parte. Il trattamento è sembrato allontanarsi dal prototipo di ISTDP anche per l'assenza di neutralità da parte della terapeuta (item 93), la quale prevede l'astensione dall'esprimere le proprie opinioni su ciò che il paziente riporta, impegnandosi invece nel valorizzare il suo punto di vista (Jones, 2008). La terapeuta sembra aver assunto una posizione non neutrale nei termini di fornire consigli espliciti alla paziente, mettendo in atto atteggiamenti simili a quelli di un insegnante ed esprimendo giudizi in merito al comportamento delle altre persone.

Un esempio di questa assenza di neutralità, accompagnata da valutazioni e giudizi da parte del clinico, viene riportata nel seguente dialogo, tratto dalla quarta seduta:

Terapeuta: e non riesci a difendere te stessa o a comprendere te stessa che puoi essere caduta dentro l'elaborazione della seduzione.

Paziente: ehmm altroché.

Terapeuta: perché al mondo ci sono uomini così.

Paziente: ehmm lo so.

Terapeuta: ce ne sono uomini che lo fanno veramente come mestiere.

Paziente: uhm, uhm, certo.

Terapeuta: il Don Giovanni, l'hanno scritto, o Casanova, se ti capiterà di leggerlo, troverai delle affinità.

Paziente: ehmm certo, sì e poi

Terapeuta: c'è un narcisismo importante su queste persone cosa che mi sembra di capire tuo marito per fortuna non ha.

La constatazione di una mancanza di neutralità è risultata centrale nelle argomentazioni a seguire.

Uno degli obiettivi dell'ISTDP è quello di elaborare il conflitto emozionale inconscio del paziente tramite l'emergere delle sue resistenze e dei suoi affetti nel transfert (Davanloo, 2005), allo scopo, una volta manifestatisi nella relazione, di poterne analizzare le caratteristiche e trovare nuove opzioni intrapsichiche per la loro gestione. Questa dinamica sembra, tuttavia, non aver avuto luogo. Il conflitto della paziente sembrava riferito alle componenti di colpa e rabbia rivolte all'uomo con cui ha intrapreso un rapporto extraconiugale e all'aspetto del desiderio provato nei suoi confronti. L'elemento della rabbia è sembrato una sorta di scotoma per la paziente da cui distanziarsi il più possibile, lasciandolo inespresso. La terapeuta pare aver percepito con forza questa rabbia nascosta, al punto da schierarsi dalla sua parte e facendo sì che interferisse nella relazione con S. Sulla base di quanto affermato da Jones (2008) in merito alla neutralità, ossia che implica il mantenimento da parte del terapeuta di una rispettosa equidistanza rispetto ai vari aspetti del conflitto del paziente, è possibile affermare che la terapeuta di S., prendendo le parti della rabbia della paziente, non abbia mantenuto una posizione neutrale. Tale sentimento è probabile sia stato percepito dalla terapeuta in modo così intenso in quanto legato ai suoi conflitti emotivi irrisolti. È dunque possibile dedurre che la terapeuta si sia lasciata travolgere dalle sue emozioni controtransferali, impedendo alla propria mente di produrre pensieri e interventi in linea con la tecnica. Le risposte emotive

della terapeuta non avrebbero dovuto, in accordo con il prototipo di ISTDP, interferire in modo inappropriato nella relazione terapeutica (item 24), ma ciò non è avvenuto. La terapeuta sembra sia incorsa in quello che viene definito *enactment* o agito controtransferale, ovvero un evento che segnala una collusione transfert-controtransfert da associare a un mancato controllo del controtransfert (Filippi & Ponsi, 1993). Questo agito è possibile riscontrarlo in atteggiamenti del clinico quali: esprimere giudizi in merito all'atteggiamento e alle scelte di vita dell'uomo con cui la paziente ha intrapreso una relazione extraconiugale; fornire consigli espliciti sulla gestione di tale relazione e dichiarare ciò che a suo avviso la paziente dovesse o non dovesse fare. Riporto in seguito, quale esempio, un dialogo tratto dalle trascrizioni degli incontri che sembra descrivere l'emergere del sentimento di rabbia controtransferale nella terapeuta:

Paziente: poi dico se hai una compagna.

Terapeuta: uhm, pure?

Paziente: sì sì una compagna, voglio dire più o meno rispetto alla tua compagna, voglio dire.

Terapeuta: sì sì infatti.

Paziente: non, non andare a cercare.

Terapeuta: dove te la senti (la rabbia)?

Paziente: da nessuna parte.

Terapeuta: aia, vedi questo è il nostro problema XXX. Guarda, io comincio a sentirla ehmm. Sembra che non ti sia permesso, no, è sbagliato dire, io ovvio non sono dentro di te per sentirla.

Paziente: no no certo.

Terapeuta: però ti do un ponte, ti tendo la mano, e questa dalla mia parte comincio a sentirla perché quello che ha fatto questo uomo può essere anche stato positivo perché ti serviva anche quel momento.

Paziente: sì, mi sono come un po' risvegliata come donna sì.

Terapeuta: sì ci sta.

Paziente: perchè lui comunque è abituato anche a lavorare nei punti giusti.

Terapeuta: ehmm, ed è questo però che solletica un po' di rabbia dopo

Paziente: sì ehmm, certo.

Il cedere della terapeuta al proprio controtransfert ha portato con sé tre plausibili conseguenze: a) inaccuratezza nella percezione del processo terapeutico e di come la paziente vive la relazione terapeutica; b) blocco o *impasse* della terapia per cui la terapeuta non ha guidato la paziente nell'analisi e nell'elaborazione del suo conflitto, impedendo un avanzamento nel lavoro terapeutico; c) competitività e cambiamento nel rapporto fra paziente e terapeuta, traducibile in sentimenti di ambivalenza, conflittualità

e strategie di controllo sull'interazione da parte di S. e in atteggiamenti di superiorità, condiscendenza e mancanza di tatto da parte della terapeuta. Quest'ultimo punto è osservabile negli esempi che seguono, tratti dal quarto incontro:

Terapeuta: ti devo fermare un attimo.

Paziente: scusa.

Terapeuta: non chiedere scusa.

Paziente: (ride)

Terapeuta: non mi dire no.

Paziente: mm.

Terapeuta: okay, Sei qua. Sei te.

Paziente: certo.

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

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

Terapeuta: sì.

Paziente: sì sì voglio dire che.

Terapeuta: questo È il mio punto di vista.

In questo dialogo sembra esserci un inizio di cambiamento nell'interazione tra terapeuta e paziente che, nel successivo, sembra palesarsi con forza. Tale modificazione è possibile ricondurla al "gioco di forza" fra paziente e terapeuta in cui entrambe tentano di prendere il sopravvento sull'interazione fino a quando la paziente non cede alle opinioni e al controllo della terapeuta.

Paziente: uhm vabbè certo, no, no, no.

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

Paziente: sì, sì, sì, mi tocca, c'è involontariamente le te le fai anche.

Terapeuta: esatto.

Paziente: dipende anche da chi, da chi si incontra.

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

Paziente: mm.

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

Paziente: oddio. Io non ho mai chiesto aiuto ehmm.

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

Paziente: sì?

Terapeuta: nel come si fa? E la paura legata a chiudere aiuto qual è?

Paziente: ehmm non lo so.

La terza e ultima ipotesi di ricerca si riproponeva di verificare se fosse presente una graduale modificazione delle strutture di interazione nella coppia terapeutica al fine di verificare se alla loro eventuale evoluzione corrispondesse un esito positivo del trattamento. I dati raccolti non sembrano aver soddisfatto le aspettative, ma l'ipotesi risulta comunque confermata. Nella terapia presa in esame, infatti, sembra che i *pattern* interattivi fra paziente e terapeuta siano rimasti invariati, e di conseguenza non ci siano stati cambiamenti significativi nelle problematiche che hanno portato la paziente in terapia, incluso l'aspetto sintomatologico. Tale risultato è da considerarsi in linea con quanto affermato da Jones (2008) sul legame fra strutture di interazione e risultato del trattamento. L'autore infatti specifica che l'esito di una psicoterapia è attendersi come negativo qualora le dinamiche interattive rimangano invariate lungo il trattamento. Dato che per definizione le strutture di interazione rappresentano la modalità con cui transfert e controtransfert si esprimono in seduta (Jones, 2008), l'origine della loro invarianza è attribuibile all'interferenza delle emozioni controtransferali nel trattamento, approfondite in precedenza. Passando in rassegna le varie dinamiche relazionali, la paziente, all'inizio, sembra aver controllato lo spazio dell'incontro tramite il racconto della propria storia e delle proprie problematiche, come mostrato dalla struttura di interazione "Lotta per il controllo". La terapeuta, dal canto suo, sembra aver accolto l'atteggiamento controllante di S. e l'intenzione della paziente a trovare nella terapeuta una via di espiazione dai propri peccati, atteggiandosi come una sorta di figura materna gentile e non giudicante (struttura "Espiazione della colpa e accoglienza materna"). Con il procedere del trattamento però, nonostante l'aspetto della competizione non sia mai del tutto scomparso, la paziente sembra aver ceduto ai giudizi e ai pensieri della terapeuta, dimostrandosi compiacente nei suoi confronti (*pattern* "Compiacenza e competizione"). La terapeuta, investita dai propri conflitti irrisolti e dalle proprie emozioni, pare essersi identificata con l'aspetto della rabbia proveniente dalla paziente, rappresentando una sorta di oggetto cattivo e giudicante per la paziente, da cui la struttura "Conflitto controtransferale e ambivalenza". L'assunzione di tale ruolo pare aver riconfermato l'attitudine passiva di S. nel gestire le proprie relazioni interpersonali, instaurando con la terapeuta una relazione di dipendenza. Questa modalità interattiva è rimasta invariata fino al termine della terapia, impedendo un cambiamento nella paziente (struttura "*Pattern* relazionale dipendente"). L'atteggiamento di S. nella relazione con il clinico sembra rispecchiare quello di una

persona con personalità con marcati tratti dipendenti messi in atto nelle sue relazioni interpersonali. In questo caso non si tratta di un disturbo di personalità ma di una struttura riconducibile alla dipendenza, le cui caratteristiche sono descritte sotto la voce “personalità dipendenti” nella sezione Sindromi di personalità (Asse P) della seconda edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2020). Gli individui con questa struttura di personalità sono impegnati nel mantenimento di relazioni di cura e sostegno in cui assumono una posizione passiva e facilmente influenzabile e in cui l’altro viene considerato potente e forte; dimostrano inoltre una difficoltà nel riconoscere o esprimere la propria rabbia. In terapia possono apparire entusiasti, accondiscendenti e bisognosi di consigli e rassicurazioni da parte del clinico. Il terapeuta dovrebbe intervenire non colludendo con il tentativo del paziente di evitare gli affetti negativi, creando invece uno spazio in cui la rabbia possa essere espressa e promuovendo un maggiore senso di agency. Sulla base di ciò, è plausibile affermare che la difficoltà della terapeuta nel vedere la propria rabbia come una reazione a quella della paziente e non come parte di sé, ha fatto sì che la imponesse nella relazione, impedendo ad S. di esprimerla e riaffermando sia il suo ruolo di autorità che la posizione dipendente della paziente.

Dato che solo due ipotesi di ricerca su tre risultano confermate, due questioni sembrano aprirsi. La prima: è comunque possibile parlare della psicoterapia della signora S. come di un trattamento utile ai fini della ricerca? La seconda: il deviare dagli aspetti tecnici dell’ISTDP a causa di una difficoltà della terapeuta nella gestione del proprio controtransfert permette comunque di trarre delle conclusioni sull’applicabilità dell’ISTDP? Le risposte a tali domande verranno esposte nel paragrafo a seguire.

4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e sviluppi futuri

Il lavoro di ricerca esposto nel presente elaborato ha indagato la possibile influenza degli aspetti processuali nell’esito di una terapia ad approccio ISTDP. Tale obiettivo è stato raggiunto grazie all’utilizzo di uno strumento in grado di osservare il cambiamento delle strutture di interazione nel corso della terapia, ossia il PQS. La prima ipotesi è stata confermata, permettendo l’individuazione delle strutture di interazione caratterizzanti i singoli incontri e l’identificazione di un PQS prototipico per l’approccio ISTDP. Questo risultato ha rispecchiato quanto affermato da Flegenheimer (1977) secondo il quale i

pattern interattivi fra paziente e terapeuta possono emergere in modo immediato in una terapia breve. Lo stesso però non è avvenuto per l'ipotesi a seguire. Nel caso della seconda ipotesi, infatti, la distribuzione degli item nelle varie sedute non ha rispecchiato le caratteristiche tecniche dell'approccio ISTDP. Per quanto riguarda invece la terza ipotesi, questa è stata confermata in quanto non c'è stata una modificazione delle strutture di interazione e un cambiamento significativo nella paziente, situazione traducibile in un esito negativo della terapia.

Uno dei limiti del seguente lavoro riguarda la sua natura qualitativa. L'approccio qualitativo permette di raccogliere una serie di dati soggettivi che riflettono le esperienze del singolo individuo (Hill & Corbett, 1993), ma che non sono analizzabili statisticamente (Llewelyn *et al.*, 2016). La struttura metodologica dello studio non è risultata dunque particolarmente solida a livello empirico. Una soluzione a tale limite poteva essere quella di utilizzare anche un'analisi fattoriale quantitativa per scorgere le co-occorrenze negli item del PQS. Al tempo stesso, studi esplorativi di questo tipo permettono di ricavare informazioni molto utili in merito agli aspetti processuali della terapia, di confermare ipotesi sviluppate in precedenti studi e di formularne di nuove rispetto all'ambito di ricerca in cui sono inseriti, in questo caso *process-outcome*.

Un elemento che la presente ricerca ha messo in risalto riguarda il distanziarsi del trattamento da una vera e propria terapia ISTDP, nonostante la specializzazione della terapeuta nell'utilizzo di tale tecnica. La causa del distacco è stata attribuita alla difficile gestione del controtransfert che non le ha permesso di intervenire adeguatamente. Tuttavia la mancata applicazione della tecnica lascia aperta la domanda relativa all'applicabilità dell'ISTDP e alla sua efficacia. Alla luce di ciò, risulta necessario condurre altri studi che approfondiscano il processo terapeutico in veri e propri trattamenti ISTDP.

Una scoperta utile che la ricerca ha fornito concerne l'interferenza del controtransfert nel lavoro terapeutico, il quale ha causato il riproporsi di una dinamica interattiva dipendente già caratterizzante la vita relazionale della paziente. Ciò che è accaduto in questo studio *single case* è un esempio di come la praticità di un clinico nell'utilizzo di una specifica tecnica perde il suo potenziale curativo nel momento in cui le sue emozioni prendono il sopravvento nella relazione terapeutica. Allo stesso tempo però è stata messa in evidenza l'importanza del controtransfert all'interno della terapia. In un'ottica futura si potrebbe

approfondire il ruolo che il controtransfert ha all'interno della cornice teorica dell'ISTDP. In termini pratici, risulterebbe utile condurre delle indagini che evidenzino l'esistenza della componente controtransferale anche all'interno di una terapia breve come l'ISTDP, dato anche il valore che la relazione terapeutica ricopre in questo approccio al fine di creare collegamenti con altri rapporti interpersonali.

Alla domanda "É comunque possibile parlare della psicoterapia della signora S. come di un trattamento scientificamente utile?" la risposta è "sì" in quanto, nonostante presentasse alcune limitazioni, ha permesso di comprendere che cosa di inaspettato può accadere in un trattamento breve e quali conseguenze può portare nel paziente, nella terapeuta e nella loro relazione.

Sulla base di quanto ricavato dal presente studio è possibile affermare che la ricerca in psicoterapia rappresenti un ambito d'indagine ampio, complesso e in continua scoperta ed evoluzione.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. (2002). Office based research in intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP): data from the first 6 years of practice. *Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy*, 6(2), 5-13.
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2013). Key Clinical Processes in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50 (3), 433-437.
- Abbass, A., Joffres, M. R., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). Characteristics and effectiveness of the intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Proceedings of the 18th Dalhousie University Department of Psychiatry Research Day, October, 3, 2008*.
- Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Review of the Treatment Method and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 6-15.
- 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.
- Ablon, J. & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(67), 64-75.
- Ablon, J. & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy*, 14, 14-48.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 521-536.
- American Psychiatric Association (APA) (1980), DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1983.

- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Blais, M. A., Taylor, J. B., & Stern T. A. (2024). Brief Psychotherapy: An Overview. In T. A. Stern, T. E. Wilens, & M. Fava (Eds.), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, Third edition* (pp. 111-119). Elsevier Health Sciences.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1(4), 351-374.
- Block, J. (1961). The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research.
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59(4), 550-584.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment (2nd ed.)*. New York, NY: Basic Books.
- Braakmann, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (A cura di), *Psychotherapy research. Foundations, Process, and Outcome*. (pp. 39-72). Springer.
- Calvo, V., & Battistella, M. (2005). Aspetti di validazione della versione italiana della scala SCL-90-R applicata a studenti universitari. In *the Congresso Nazionale AIP. Sezione di Psicologia Clinica*.
- Cameron, C. L. (2006). Brief Psychotherapy: A Brief Review. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 147-152.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007). *Insight in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Colli, A., & Gazzillo, F. (2006). Due strumenti per la valutazione del processo terapeutico: le Analytic Process Scales e lo Psychotherapy Process Q-Set. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 677-689). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cooper, J. F. (1995). *A Primer of Brief Psychotherapy*. New York: W. W . Norton & Company.

- Davanloo H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In: *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2628–2652.
- Davanloo, H. (1987). Unconscious therapeutic alliance. In P. Buirski (Ed.), *In frontiers of dynamic psychotherapy* (pp. 64–88). New York: Mazel and Brunner.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Bei, F., & Montorsi A. (2013). Interaction Structure and Transferential Pattern in Brief Psychotherapy: A Single-case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 24-32.
- Derogatis, L. R. (1983). Administration, scoring, and procedures manual for the revised version. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 297–334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol bull*, 9(1), 13-28.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the effectiveness of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Durlak, J. (1999). Meta analytic research method. In P.C. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research Method in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Ferenczi, S. and Rank, O. (1925). *The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Monograph, 40.
- Filippini, S., & Ponsi, M. (1993). Enactment . *Rivista di Psicoanalisi*, 39 (3), 501-518.

- Flegenhimer, W. V. (1977). *Technique of Brief Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Flegenhimer, W. V. (1982), *Tecnhiques of Brief Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Flegenhimer, W. V. (1982). The broad-focus short-term dynamic psychotherapy of Davanloo. In W. V. Flegenhimer (Eds.), *Tecnhiques of Brief Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. La psicoterapia dinamica breve a focus ampliato di Davanloo (pp. 105-124). In W. V. Flegenhimer (Eds.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Flegenhimer, W. V. (1982). The essential Elements of Brief Psychotherapy. In W. V. Flegenhimer (Eds.), *Tecnhiques of Brief Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc. (Tr. It. Gli elementi essenziali della psicoterapia breve (pp. 1-16). In W. V. Flegenhimer (Eds.), *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di intervento*. Luzzati, 1986).
- Fonagy, P. (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2nd ed.). New York: International Psychoanalytic Association.
- Fonagy, P., & Moran, G. (1993) Selecting single case research designs for clinicians. In: Miller N, Luborsky L, Barber J, Docherty J (eds), *Handbook of psychodynamic treatment research*, (pp. 62–95). Basic Books, New York, NY.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgumbe, R., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48(1), 9–48.
- Gabbard, G.O. (2015), *Psichiatria psicomodinamica*. Quinta edizione basata sul DSM-5. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Garfield, S. L. (1997). Brief Psychotherapy: The Role of Common and Specific Factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(4), 217-225.
- Greenberg, L. S., & Pinsoff, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford, New York, NY.
- Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Krieger, T., Flückiger, C., Wright, A. G., and Caspar, F. (2014). Interpersonal differentiation within depression diagnosis: relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychother. Res.* 24, 429–441.

- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (A cura di), *Psychotherapy research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 183-196). Springer.
- Hartmann, A., Zeeck, A., and Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 43, 619–627.
- Hickey, C. (2015). Davanloo's Technique of Total Removal of Resistance and Optimum Mobilization of the Transference Component of the Resistance. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 601-622.
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A Perspective on the History of Process and Outcome Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3-24.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). Manual for the inventory of interpersonal problems. San Antonio, TX: 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 & Clinical Psychology*, 56(6), 885–892.
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E. (2008). *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 48.

- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F. P. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: The Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 381-394.
- Jones, E. E., Hall, S. & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies* (pp. 99-106). Washington DC: American Psychological Association.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley, unpublished.
- Jones, E.E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*(4), 985-1016.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 15-22.
- Levy, R. A., Ablon, J.S., & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic psychotherapy research. Evidence-based practice and practice-based evidence*. London: Springer.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process–outcome studies. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & B. O. Olatunji (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (pp. 451–463). American Psychological Association.
- 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.

- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgment of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2005). In Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.), *Evidence-based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp. 257-267). American Psychological Association, Washington, DC.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts-the last decade of research from 'the Penn studies'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69, 75.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference: The core conflictual relationship theme method. American Psychological Association.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Malan, J. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London, Tavistock, New York: Reprint by Plenum Press.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, Dilemmas, and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- McKeon, B. F., & Thomas, D. B. (1988) Q methodology. (Quantitative Applications in the Social Sciences, Vol. 66.) Newbury Park, CA: Sage.
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614.
- McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- McWilliams, N., & Shedler, J. (2020). Sindromi di personalità - Asse P. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (Eds.), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione* (pp. 15-81). Raffaello Cortina Editore.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 31-49). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Orlinsky, D. E., & Russel, R. L. (1994) Tradition and change in psychotherapy research. Notes on the fourth generation. In: Russel RL (ed) *Reassessing psychotherapy research*. (pp 185–214). Guilford, New York.

- Orlinsky, D., Ronnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process–outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: Wiley.
- Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., & Madeddu, F. (2011). Manuale di somministrazione e scoring. Adattamento italiano di SCL-90-R. Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry*, 27(8), 591-597.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24 (1), 4-13.
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of personality disorders*, 24(4), 499-515.
- Salzer, S., Pincus, A. L., Hoyer, J., Kreische, R., Leichsenring, F., and Leibing, E. (2008). Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *J. Pers. Asses.* 90, 292–299.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3(1), 43-47.
- Shapiro, D. A., & Shapiro D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Rees, A., Reynolds, S., & Startup, M. (2003). Time is of the essence: A selective review of the fall and rise of brief therapy research. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 76, 211-235.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jones' psychotherapy process Q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 194-207.
- Smith, M.L., Glass, G. V., & Miller, T. T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore, MD.

- Stiles, W., Honos-Webb, L. & Knobloch, L. (1999). Treatment process research methods. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 364-402). New York: John Wiley and Sons.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., Wallerstein, R.S. (2001). The Generations Of Psychotherapy Research: An Overview. *Psychoanalytic Psychology*, *kirs18(2)*, 243-267.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: LEA, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weinryb, R. M., & Rössel, R. J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile-KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83(Suppl. 363)*, 1–23.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 258 –272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 273– 285.
- Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2005). Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, *39(1)*, 7–90.
- Whiston, S.C., & Sexton. T.L. (1993). An Overview of Psychotherapy Outcome Research: Implications for Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 43-51.
- Yin, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. *Method in evaluation research*. *Evaluation practice*, *15(3)*, 283-290.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio prima di tutto i miei genitori per avermi dato l'opportunità di proseguire gli studi e di vivere l'esperienza universitaria da fuori sede, nonostante i pochi chilometri che mi separano da casa. Rappresentano la colonna portante della mia vita ed è anche grazie al loro sostegno costante se sono riuscita a concludere questo percorso. Grazie per non aver mai preteso da me il massimo dei voti, ma solo l'impegno e il piacere nello studio.

Un particolare riconoscimento va a Lisa, sorella maggiore e migliore amica, che è sempre stata al mio fianco nonostante la grande distanza fisica che ci separa. In quanto sorella minore non riuscirò mai davvero ad accettare l'idea di non poterla vedere di frequente, ma so che lei c'è stata e ci sarà sempre con il pensiero e con il cuore. Grazie per avermi insegnato a non mollare mai e a credere nelle mie capacità molto più di quanto io faccia. Poi troviamo Booty, il mio coniglietto, che ringrazio immensamente per avermi donato amore e affetto in ogni momento del mio percorso. Vivendo coi miei genitori l'ho visto più di rado, ma tante sono state le volte in cui, durante la preparazione di un esame, mi faceva compagnia rannicchiato nel suo angolino preferito fino a quando non terminavo di ripetere.

Ho l'onore di ringraziare Irene e Giada, il mio punto di riferimento qua a Padova. Ci siamo conosciute cinque anni fa e con loro ho condiviso tutto il mio percorso universitario. Non mi hanno mai lasciata sola nei momenti di grande difficoltà e ansia, credendo che in un modo o nell'altro sarei comunque riuscita a portare a termine i miei obiettivi. Ho condiviso con loro tanti momenti importanti e divertenti al di fuori dell'ambiente universitario e posso affermare con certezza di considerarle delle "amiche per la vita".

Ora passiamo a Claudia C., un'amica estremamente dolce e premurosa che purtroppo o per fortuna ho conosciuto solo all'inizio della magistrale. Una persona con un'empatia e un'attenzione per le persone a cui tiene che poche volte ho incontrato nella mia vita. Proprio per questo motivo non me la voglio assolutamente far scappare e sono sicura di poterla avere al mio fianco ancora per molto tempo.

Alle mie coinquiline ed ex coinquiline, Elisa, Sabrina, Claudia I. e Claudia D, esprimo la mia più sincera gratitudine per aver sempre gioito dei miei successi e per avermi offerto una spalla su cui piangere nei momenti di estrema difficoltà. Sono loro le persone con cui

ho condiviso di più la mia quotidianità e che mi hanno vista in qualsiasi condizione e stato d'animo possibile. Il rapporto di amicizia che ho stretto con loro ha reso la mia esperienza qui a Padova davvero unica e speciale.

Al gruppo di amici che ho incontrato qui a Padova, grazie per aver portato leggerezza e spensieratezza in questo mio percorso. Anche se al momento non siamo più uniti come prima per una serie di circostanze, mi avete arricchito molto come persona e fatto scoprire delle parti di me che ancora non conoscevo.

Alle mie amiche di Treviso e compagne di vita, un ringraziamento speciale va a voi per esserci sempre state nonostante la mia frequente assenza fisica. Il distacco da casa mi ha riconfermato nuovamente quanto le persone che ci tengono davvero a me, nonostante il minor tempo a disposizione e la distanza, rimangono nonostante tutto. Alcune di loro hanno preso strade diverse dalle mie, altre invece fanno ancora parte del mio cammino di vita, e va bene così.

Ci tengo anche a ringraziare Martina ed Enrico, le persone con cui ho condiviso l'analisi del processo terapeutico per la produzione di questo elaborato. Senza il loro supporto costante e i continui confronti non sarei riuscita a farcela allo stesso modo.

E infine ringrazio me stessa per aver imparato a credere un pochino di più nelle proprie capacità e per non aver mai mollato la presa, anche quando c'erano tutti i presupposti per farlo. In questi anni a Padova ho scoperto molti nuovi lati di me, sono cresciuta, maturata e mi sono riappropriata di quella sicurezza in me per tanto perduta. Se ripenso alla me di due anni fa posso dire di sentirmi completamente un'altra persona. La scelta di intraprendere questo percorso universitario, nonostante le difficoltà, è stata la miglior decisione della mia vita e tornassi indietro farei esattamente tutto allo stesso modo. In questo percorso universitario, giunto davvero al termine, posso affermare con certezza di aver fatto la scelta giusta e mi sento davvero fortunata per questo.