



# **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**

**“PER COSÌ DIRE”: L’INFLUENZA DEGLI ASPETTI IMPLICITI  
DELLA COMUNICAZIONE SULLA PERCEZIONE  
CONSAPEVOLE DELL’IMPATTO TERAPEUTICO**

*“So to speak”: Analysis of the influence of implicit aspects of  
communication on perceived therapeutic impact*

***Relatore***

**Prof. Diego Rocco**

***Laureanda: Beatrice Bacchiani***

***Matricola: 1203396***

**Anno Accademico 2021/2022**



*Dicono che c'è un tempo per seminare*

*E uno più lungo per aspettare*

Ivano Fossati



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO I</b>	
<b>LA RICERCA IN PSICOTERAPIA</b>	<b>3</b>
1. Le origini della psicoterapia e della ricerca in psicoterapia	3
2. La ricerca sull' <i>outcome</i>	7
3. La ricerca sul processo	13
4. La ricerca <i>process-outcome</i>	19
5. Stato attuale della ricerca	21
<b>CAPITOLO II</b>	
<b>L'ANALISI DEGLI ASPETTI IMPLICITI DELLA COMUNICAZIONE: LA <i>SPEECH RATE</i></b>	<b>25</b>
1. Il contributo dell' <i>Infant Research</i> alla ricerca sul processo terapeutico	25
2. L'analisi del <i>timing</i>	26
3. La <i>Speech Rate</i>	28
<b>CAPITOLO III</b>	
<b>I QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO TERAPEUTICO</b>	<b>30</b>
1. L'impatto della seduta	30
2. Il <i>Session Evaluation Questionnaire</i>	31
3. La <i>Session Impacts Scale</i>	32
<b>CAPITOLO IV</b>	
<b>MATERIALE E METODI</b>	<b>34</b>
1. Materiale	34
2. Procedura	34
<b>CAPITOLO V</b>	
<b>OBIETTIVO DELLA RICERCA E IPOTESI DI LAVORO</b>	<b>37</b>

1. Obiettivo della ricerca	37
2. Ipotesi di lavoro	37
<b>CAPITOLO VI</b>	
<b>RISULTATI</b>	<b>41</b>
<b>CAPITOLO VII</b>	
<b>DISCUSSIONE</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>51</b>

# INTRODUZIONE

Questa tesi descrive uno studio che si inserisce nell'ambito della ricerca in psicoterapia e si propone di analizzare i processi e i microprocessi terapeutici in atto nel corso dei colloqui di consultazione ad orientamento psicodinamico. Con l'obiettivo di costruire un disegno di ricerca che rivelasse la presenza di un legame tra gli aspetti consapevoli e inconsapevoli che compongono il colloquio clinico, il presente lavoro si è concentrato sull'esplorazione di alcuni elementi della comunicazione implicita e sulla percezione consapevole dell'impatto terapeutico, quest'ultima intesa come un possibile indicatore del clima relazionale instauratosi durante la seduta.

Ai fini della valutazione dell'impatto terapeutico sono stati utilizzati i risultati del *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) e della *Session Impacts Scale* (SIS), due questionari *self-report* compilati dai pazienti e, nel caso del SEQ, dai clinici al termine di ciascuno dei colloqui considerati. Per l'indagine degli aspetti impliciti della comunicazione è stata, invece, impiegata la metodologia di misurazione della *Speech Rate* (SR), un parametro paraverbale ricavato dagli studi dell'*Infant Research* sul *timing*. Una volta ottenuti tutti i dati necessari, è stata condotta un'analisi di correlazione che ha consentito di evidenziare la presenza di relazioni significative tra i diversi indici presi in esame.

La struttura dell'elaborato è la seguente:

Il Capitolo I comprende una breve esposizione dell'evoluzione storica, dei principali contributi e dei temi più rilevanti della ricerca empirica in psicoterapia. Vengono poi illustrate le teorie di riferimento di questo studio e gli strumenti in esso impiegati: l'*Infant Research* e il metodo di misurazione della SR (Capitolo II), la valutazione dell'impatto della seduta e i questionari SEQ e SIS (Capitolo III). La sezione successiva è dedicata alla presentazione della ricerca svolta: vengono descritti il materiale utilizzato e la procedura seguita (Capitolo IV), l'obiettivo e le ipotesi di lavoro (Capitolo V), i risultati dell'analisi effettuata (Capitolo VI) e la loro interpretazione (Capitolo VII). La sintesi del lavoro, i suoi limiti e possibili sviluppi occupano il capitolo conclusivo.





# CAPITOLO I

## LA RICERCA IN PSICOTERAPIA

### 1. Le origini della psicoterapia e della ricerca in psicoterapia

La storia della psicoterapia, intesa in senso lato, come insieme di metodi e tecniche per il trattamento della psicopatologia (Laplanche & Pontalis, 1967), ha inizio in Europa nella seconda metà dell'Ottocento. In questo periodo, per effetto della diffusione del positivismo, era stata abbandonata ogni forma di speculazione metafisica e il clima europeo era dominato dalla fiducia nel progresso scientifico e dall'esaltazione delle scienze empiriche (Mangini, 2014). Fin dall'antichità, la *psiche* era stata oggetto di interesse in ogni cultura e la comune esperienza del dolore psichico aveva fatto sì che ciascuna di esse, coerentemente con la propria visione del mondo, elaborasse delle tecniche utili a farvi fronte (Rieken, 2015). Nel contesto del positivismo, anche per lo studio della mente umana, si rese necessario il ricorso ad un metodo rigoroso, che consentisse di ottenere conoscenze valide e attendibili. Cogliendo questa esigenza, Wundt (1874) propose che per l'indagine dei fenomeni psichici fosse adottato il metodo sperimentale, impiegato dalle scienze naturali, fondando di fatto la psicologia<sup>1</sup> e preparando il terreno per la nascita delle varie Scuole (Marhaba, 2009).

Nello stesso periodo in cui venivano gettate le fondamenta scientifiche della disciplina crebbe la curiosità per alcuni fenomeni "oscuri" di cui si intuivano le potenzialità terapeutiche. In particolare, a partire dalle tesi settecentesche di Franz Anton Mesmer sul magnetismo animale, furono elaborate diverse teorie sull'ipnosi. Proprio l'ipnotismo fu l'oggetto della controversia sorta in quegli anni tra gli esponenti di due importanti scuole francesi: Jean-Martin Charcot, della Salpêtrière di Parigi, riteneva che soltanto i pazienti isterici fossero suggestionabili e, dunque, ipnotizzabili, mentre Hippolyte Bernheim, della Scuola

---

<sup>1</sup> Tradizionalmente la nascita della disciplina viene fatta coincidere con la realizzazione del primo laboratorio di psicologia fisiologica (o sperimentale), fondato da Wilhelm Wundt a Lipsia nel 1879 (Marhaba, 2009).

di Nancy, descriveva la “suggestionabilità” come una proprietà del cervello umano naturalmente presente in tutti gli individui (Mangini, 2014). Sulla scia di queste considerazioni, Bernheim (1884) abbandonò gradualmente il metodo ipnotico, sostenendo che gli stessi effetti potessero essere ottenuti anche con forme di suggestione durante lo stato vigile; per riferirsi a tali pratiche, introdusse il termine “psicoterapia” (Ellenberger, 1970).

Anni dopo, Sigmund Freud compì il passo successivo: rinunciò definitivamente alla suggestione e all'ipnosi per affidarsi alle libere associazioni dei pazienti (Laplanche & Pontalis, 1967) e ideò un metodo innovativo, una “cura parlata”<sup>2</sup> in cui ad essere coinvolte erano “due persone ugualmente destre”: la psicoanalisi (Rocco & Montorsi, 2010). Il metodo psicoanalitico ebbe grande rilevanza non soltanto in ambito clinico, per gli elementi rivoluzionari che apportò al trattamento della psicopatologia, ma anche in ambito di ricerca. Lo stesso Freud (1927) era convinto dell'esistenza di un legame inscindibile tra pratica clinica e indagine scientifica e collocava tale unione, da lui definita “*Junktim*”, alla base dell'atteggiamento dell'analista. Difatti descriveva la psicoanalisi, oltre che come un metodo di trattamento, anche come un procedimento di indagine e come un complesso di conoscenze psicologiche in continua evoluzione (Freud, 1922). D'altra parte, valorizzando lo *Junktim*, si opponeva all'idea di una ricerca che uscisse dai confini della stanza di analisi e della relazione analista-paziente (Wallerstein & Fonagy, 1999): il sentire dell'analista era l'unico strumento utile per monitorare l'andamento della terapia e verificarne l'efficacia (Semi, 2011). Questa posizione fu pienamente accolta dalla comunità psicoanalitica e beneficiò a lungo di un consenso pressoché totale. L'apertura alle verifiche extracliniche ha riguardato soltanto gli ultimi decenni e, almeno inizialmente, solo una minoranza di psicoanalisti; prima di questa fase, i resoconti clinici costituivano l'unica via di accesso alle terapie (Dazzi & Conte, 1988; Ponsi, 2006).

Oltre ad essere diffusi a scopo divulgativo, a partire dagli anni Venti, i *report* clinici cominciarono ad essere utilizzati per condurre i primi studi sui risultati dei

---

<sup>2</sup> Traduzione italiana di “*talking cure*”, espressione originariamente impiegata dalla paziente Anna O. per descrivere il metodo catartico di Breuer (Mangini, 2014) e oggi ampiamente utilizzata con riferimento alla psicoanalisi.

trattamenti (Braakmann, 2015). Sempre in ambito psicoanalitico, furono fondamentali, in questo senso, i contributi di Karl Abraham e del suo allievo Edward Glover (Migone, 1996). Nel rispetto della posizione freudiana, tali lavori impiegavano il punto di vista del clinico come unico metro di valutazione del cambiamento. Questa forte componente soggettiva, unita alla ristrettezza ed eterogeneità dei campioni considerati e alla vaghezza delle diagnosi, rendeva impossibile ogni generalizzazione dei risultati ottenuti (Lambert, 2013a). A causa dei numerosi elementi di criticità (Lingiardi & Fontana, 2003), con i progressi nel campo della ricerca empirica, i *report* clinici tradizionali furono ben presto abbandonati e sostituiti dal metodo *single-case* (Lingiardi, 2006). Nel campo della clinica, d'altro canto, questi studi concorsero, oltreché allo sviluppo del pensiero psicoanalitico, anche alla nascita della psicoterapia psicodinamica che della psicoanalisi assunse la matrice teorica<sup>3</sup> (Migone, 1992a). Nel corso del tempo l'approccio psicodinamico ha rimaneggiato l'eredità psicoanalitica, conservando i concetti chiave (il funzionamento mentale inconscio, il determinismo psichico, la prospettiva evolutiva, il transfert e il controtransfert, la resistenza e la soggettività unica dell'individuo), ma arricchendosi delle conoscenze provenienti da modelli teorici diversi e, più recentemente, dal mondo della ricerca in psicoterapia (Gabbard, 2018).

La prima metà del Novecento conobbe anche l'imporsi, negli Stati Uniti, di un orientamento radicalmente opposto alla psicoanalisi: il comportamentismo (Wampold & Imel, 2015). Sulla base di un presupposto di continuità tra uomo e animale, gli esponenti di tale approccio ritenevano che gli studi sul comportamento animale, condotti in laboratorio, potessero fornire risultati utili alla conoscenza psicologica dell'essere umano. Inoltre, assumendo una posizione empirista, rifiutavano ogni allusione all'introspezione e vedevano nel comportamento manifesto l'unico oggetto scientificamente studiabile dalla psicologia (Cornoldi & Tagliabue, 2013). Tuttavia l'interesse per i processi mentali fu ben presto recuperato, fino a diventare centrale con la rivoluzione cognitiva degli anni Sessanta (Sanavio, 2011). Concettualmente, l'affermarsi del

---

<sup>3</sup> Si rimanda a Gill (1984) e a Migone (1992a, 1992b) per un'analisi approfondita del rapporto tra psicoanalisi e psicoterapia.

cognitivismo generò un cambiamento paradigmatico, ma la prassi clinica e terapeutica non ne subì eccessivamente gli effetti e per i cognitivisti fu possibile appropriarsi dei metodi e delle conoscenze del comportamentismo che si erano rivelati più efficaci ai fini dell'intervento<sup>4</sup>.

Un ulteriore orientamento psicologico e psicoterapeutico si sviluppò, nel contesto del secondo dopoguerra, a partire dalle concezioni fenomenologiche di Edmund Husserl e Martin Heidegger. I maggiori rappresentanti di questa "terza forza" della psicoterapia divenuta nota come psicologia umanistica, Abraham Maslow e Carl Rogers, criticavano ai due approcci dominanti il riferimento ad una visione deterministica dell'individuo, da loro invece descritto come un soggetto attivo, autonomo, responsabile e capace di autorealizzarsi (Wampold & Imel, 2015).

Prima ancora di gettare le basi del suo approccio non direttivo: la *Client-Centered Therapy* (Rogers, 1951), negli anni Quaranta, Rogers si fece promotore della svolta nella ricerca rappresentata dall'ingresso dell'audioregistratore nelle stanze di psicoterapia. Per primo, riconoscendo le potenzialità di questo strumento, egli cominciò ad avvalersene per ottenere le trascrizioni *verbatim* delle sedute su cui condurre i suoi studi (Braakmann, 2015). Questo procedimento permetteva di approcciarsi al materiale clinico in un modo del tutto nuovo, superando i problemi connaturati al metodo di trascrizione a fine seduta. Se fino ad allora, infatti, il testo clinico risentiva delle distorsioni mnestiche e, in generale, della soggettività del terapeuta (Wolfson & Sampson, 1976), da quel momento quanto avveniva in seduta poteva essere raccolto rapidamente, riascoltato più e più volte, riportato in maniera oggettiva e accurata e condiviso con altri professionisti. A dispetto delle opportunità di ricerca offerte dallo strumento, le critiche al suo utilizzo non mancarono (Lingiardi & Dazzi, 2006). Alcuni esponenti della psicoanalisi, in particolare, guardavano con sospetto a questo "terzo incomodo" nel *setting*, sostenendo che potesse contaminare la relazione terapeutica, interferendo con lo sviluppo dei processi di transfert e controtransfert (Lis et al., 2005). D'altra parte, Luborsky (2001) ha individuato proprio nella scarsa disponibilità di casi audioregistrati uno dei limiti della ricerca in ambito psicoanalitico. Inizialmente le

---

<sup>4</sup> Diversi modelli di intervento sono nel tempo confluiti nella *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT), terapia cognitivo-comportamentale (Hollon & Beck, 2013).

discussioni sul tema interessarono diverse Scuole, ma, nonostante le perplessità, gli indiscutibili vantaggi della metodologia ne garantirono la diffusione, facendo sì che negli anni questa giungesse ad essere sistematicamente adottata dai ricercatori.

## **2. La ricerca sull'*outcome***

Negli anni Cinquanta gli interessi dei ricercatori confluirono nello studio del risultato, con l'intento di rispondere affermativamente alla domanda: "la psicoterapia funziona?" (Dazzi, 2006). Il dibattito sulla questione dell'efficacia della psicoterapia si accese in seguito alla famosa provocazione di Hans Eysenck. Nel 1952, l'autore pubblicò una rassegna di 24 studi relativi agli effetti di diverse psicoterapie, in base alla quale concluse che non vi erano prove del fatto che la psicoterapia funzionasse: osservò, infatti, come il tasso di guarigione dei pazienti riportato dagli studi fosse simile al tasso di remissione spontanea dei pazienti non trattati (Eysenck, 1952). Tali risultati, benché fossero incoraggianti per i pazienti, furono vissuti dai clinici come una minaccia alla legittimità della disciplina.

Nel periodo tra il 1950 e il 1970, noto come prima fase del movimento di ricerca in psicoterapia, proliferarono gli studi di un settore, l'*Outcome Research*, interessato a valutare il risultato della psicoterapia, ovvero a misurare i cambiamenti ottenuti per mezzo dell'intervento (Migone, 1996). L'obiettivo primario dei ricercatori, in questa fase, era quello di riuscire ad acquisire dei dati empirici utili a replicare alle accuse di Eysenck; in tal modo avrebbero promosso il riconoscimento della psicoterapia da parte della comunità scientifica e della società (Braakmann, 2015). Difatti, sotto il profilo epistemologico, la disciplina manifestava il duplice desiderio di autonomia e appartenenza al mondo delle cosiddette "scienze dure", le scienze naturali, e assegnava alla ricerca empirica il compito di esaudirlo, fornendo prove dell'efficacia dei trattamenti (Migone, 1996). Nell'accettare questa missione, i ricercatori dell'*Outcome Research* si scontrarono con la difficoltà di condurre studi simili a quelli progettati in campo medico, dove era sempre più frequente il ricorso ai *Randomized Controlled Trials*

(RCT), promossi a *gold standard* per la valutazione dell'efficacia delle terapie farmacologiche (Wampold & Imel, 2015).

Questi studi sperimentali (*trials*), tuttora ampiamente utilizzati, si avvalgono di procedure di selezione e suddivisione casuale (*randomized*) del campione di partecipanti e prevedono, in genere, la costituzione di due gruppi: uno sperimentale, che riceve la terapia da esaminare, e uno di controllo (*controlled*), che viene sottoposto ad un trattamento differente. Se eseguita correttamente, la metodologia RCT garantisce l'omogeneità dei due gruppi, di modo che le eventuali differenze emerse possano essere ricondotte esclusivamente all'esposizione alla terapia studiata. Inoltre, in condizioni ottimali, la sperimentazione avviene "in cieco" (*blinded*), con l'ausilio di procedure finalizzate a mantenere le parti coinvolte all'oscuro del trattamento somministrato (Comer & Kendall, 2013). Nel tentativo di importare l'impianto metodologico adottato dalla ricerca medico-farmacologica, la ricerca in psicoterapia si trovò a mutuare dalla medicina anche la gerarchia delle evidenze che vedeva al proprio vertice gli RCT (Fonagy & Target, 2003). Tuttavia l'applicazione di questi disegni di ricerca allo studio degli esiti delle psicoterapie risultò un'operazione complessa. Al "doppio cieco" occorreva rinunciare *a priori*, dacché i clinici non potevano non essere informati sulla natura del trattamento da somministrare. Inoltre la necessità di sottoporre i partecipanti a condizioni di "non trattamento" obbligava a considerazioni su che cosa potesse essere ritenuto terapeutico e cosa invece impiegato come placebo ed esponeva al rischio di incorrere in problemi di carattere etico (Zennaro, Cristofanelli, & Vottero Ris, 2006). Peraltro, gli studi che impartivano ai gruppi di controllo tipologie di intervento alternative alla psicoterapia (come colloqui informali o condotti da operatori paraprofessionali) restituivano risultati controversi per effetto dell'influenza, sullo stato psicologico dei pazienti, di variabili quali le aspettative o il grado di coinvolgimento emotivo (Migone, 1996). Malgrado tali difficoltà, grazie agli RCT, fu finalmente possibile mettere un punto alla diatriba innescata da Eysenck e dimostrare l'efficacia della psicoterapia: i ricercatori riuscirono a fare chiarezza sul fenomeno della remissione spontanea, osservando come in alcuni gruppi di controllo non trattati poteva effettivamente verificarsi, con il passare del tempo, la riduzione o la

scomparsa dei sintomi, ma poterono anche evidenziare i miglioramenti significativi ottenuti con le psicoterapie e come questi si rivelassero, in molti casi, stabili e duraturi (Dazzi, 2006). Difatti ancora oggi tali disegni mantengono la *top position* nelle classifiche relative alle metodologie di ricerca sull'*outcome* (Del Corno, 2006).

D'altra parte, in quel periodo, gli aspetti critici degli RCT incisero in modo rilevante sulla possibilità di raggiungere, mediante il loro utilizzo, un accordo tra le diverse Scuole e definire, una volta per tutte, i fattori ai quali attribuire valore terapeutico (Parloff, 1985). Fu questa la principale ragione che spinse i ricercatori dell'*Outcome Research* a spostare lo sguardo sulle caratteristiche specifiche dei diversi modelli di intervento, al fine di identificare i fattori maggiormente predittivi dell'esito della psicoterapia. In altri termini, si trattava di valutare l'apporto dato all'*outcome* da quegli elementi ritenuti tipici di un determinato orientamento terapeutico, perché raramente presenti, assenti o inattivi negli altri (McAleavey & Castonguay, 2015). Lo studio dei fattori specifici (*specific factors*) non si presentava come un compito facile. Innanzitutto, diventava imprescindibile standardizzare i trattamenti, così da poter verificare che gli interventi dei terapeuti fossero effettivamente aderenti ai modelli di intervento sui quali dichiaravano di basarsi. Come risposta a questa esigenza, a partire dagli anni Settanta, diversi autori si cimentarono nell'impresa di realizzare dei manuali di psicoterapia. La terapia comportamentale fu la prima ad essere manualizzata, grazie al lavoro di Wolpe (1969); da allora le pubblicazioni di questo genere furono interessate da una crescita costante, che divenne esponenziale circa dieci anni più tardi, con il *boom* della ricerca basata sui manuali (Migone, 1989). Per il movimento di ricerca, i manuali costituivano un grande passo avanti: consentivano di definire l'aderenza come "*la misura in cui un terapeuta ha utilizzato gli interventi e gli approcci prescritti dal manuale*" (Waltz et al., 1993, p. 620, tr. mia) e di misurarla, fornendo ai clinici-ricercatori delle descrizioni precise dei principi fondamentali di ciascuna tecnica psicoterapeutica, corredate di esempi concreti e di scale di misurazione (*rating scales*) utili a valutare in che misura un determinato campione della terapia rientrasse nei principi della tecnica in questione (Migone, 1989). Quest'ultima componente contribuiva in modo particolare ad incrementare la

validità degli studi, riducendo il rischio che i ricercatori incappassero in gravi errori metodologici (Wampold & Imel, 2015).

Va anche detto che, sebbene il mondo della ricerca avesse accettato di buon grado la sfida alla manualizzazione, non tutti gli autori concordarono nel riconoscere l'utilità di questi strumenti per la pratica clinica (Dazzi, 2006). Nello specifico, ci si poneva il problema della "trasportabilità" all'interno del *setting* degli interventi descritti: i pazienti rappresentati nei manuali, dovendo soddisfare rigidi criteri di inclusione, erano – e sono – molto diversi da quelli "reali", dai bisogni ben più eterogenei e complessi (Del Corno & Lang, 2006). Inoltre, un terapeuta che avesse voluto attenersi rigorosamente a quanto prescritto si sarebbe dovuto limitare ad eseguire interventi molto "tecnici", correndo il rischio di penalizzare la propria sensibilità clinica e, di conseguenza, la relazione terapeutica (Lambert, 2013a). Un'ulteriore questione divenne oggetto di dibattito all'interno del settore dell'*Outcome Research*: l'uso dei manuali ai fini della valutazione dell'esito poteva favorire gli approcci che leggevano il cambiamento in termini di riduzione dei sintomi, a scapito degli orientamenti che proponevano trattamenti più lunghi e con obiettivi più ampi e difficili da definire operativamente, come l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé, la creazione condivisa di significati o la risoluzione dei conflitti interni (Del Corno & Lang, 2006; Gabbard, 2018). L'impianto cognitivo-comportamentale contraddistingue, a tutt'oggi, la maggior parte delle pubblicazioni, per quanto, negli anni, siano stati formulati diversi manuali anche per le terapie psicoanalitiche, psicodinamiche e umanistiche (Migone, 1989). Con il manuale per la terapia "supportiva-espressiva" (*Supportive-Expressive Treatment*) di stampo psicoanalitico-psicodinamico, Luborsky (1984) fornì, in questo senso, un contributo fondamentale.

Nel complesso la diffusione dei manuali fu funzionale allo studio dei fattori specifici e rispose adeguatamente all'esigenza di evidenziare le differenze tra i vari modelli di intervento. Nell'ambito della ricerca sull'esito, di lì a poco, l'obiettivo divenne quello di comparare i risultati di diverse psicoterapie, al fine di trovare evidenze empiriche della superiorità di un modello rispetto all'altro (Migone, 1996). Sotto l'aspetto metodologico, ai ricercatori non era passato inosservato il



fatto che gli elementi di problematicità degli RCT fossero in larga misura riconducibili alle procedure di controllo; fu così che, nel tempo, molti di loro (Smith & Secrest, 1991; Strayhorn, 1987) assunsero posizioni contrarie all'impiego di gruppi di controllo a trattamento nullo o minimo, dichiarando di prediligere studi in cui venivano messi a confronto più trattamenti attivi. La possibilità di agire in tal senso era vincolata allo sviluppo di procedure capaci di raccogliere, sistematizzare e riassumere dati provenienti da più fonti. Storicamente, la prima tecnica ideata per questo scopo era chiamata "box score". Si trattava di un metodo molto semplice che prevedeva la selezione di svariati articoli scientifici e l'utilizzo di tre scatole corrispondenti a tre categorie: risultato positivo, negativo o uguale al gruppo di controllo. Una volta scelta la variabile del risultato da esaminare, si procedeva inserendo ciascun articolo nella scatola corrispondente; infine, si contava quanti articoli fossero contenuti in ogni scatola (Migone, 1996). Questa procedura presentava diversi limiti, principalmente dovuti all'impossibilità di "pesare" gli studi in base alle differenze a livello di dimensioni dei campioni ed entità dei risultati. Ciò rendeva le conclusioni a cui le ricerche giungevano di difficile interpretazione (Dazzi, 2006). A questi ed altri inconvenienti si fece fronte applicando allo studio delle psicoterapie la meta-analisi: una tecnica statistica rigorosa, sofisticata e altamente informativa, che consente di analizzare un ampio numero di studi su un determinato argomento, sintetizzandone quantitativamente i risultati in un indice di misura comune, denominato "effect size" o "dimensione del risultato" (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980). Più specificamente, l'effect size (ES) indica la differenza, espressa in termini di deviazioni standard, tra il gruppo sottoposto al trattamento e il gruppo di controllo rispetto all'*outcome*<sup>5</sup>. Tale indice è concepito per essere indipendente dalla dimensione dei campioni considerati nei singoli studi e per fornire una stima dell'effetto del trattamento più precisa. Per una corretta interpretazione della misura ci si attiene solitamente alle linee guida per le scienze sociali fornite da Jacob Cohen (1988), secondo le quali può essere considerato "grande" un *effect size* di 0.8, "medio" uno di 0.5 e "piccolo" uno di 0.2. Nella prima meta-analisi

---

<sup>5</sup> Il calcolo più utilizzato per ottenere l'effect size prevede di ricavare la differenza tra le medie dei due gruppi e dividerla per la deviazione standard dei gruppi considerati nel loro insieme (Durlak, 1995).

pubblicata si ottenne un ES medio di .68 su un campione di 375 studi (Smith & Glass, 1977); nella seconda, utilizzando un campione ancora più ampio e analisi più sofisticate, un ES di .85 (Smith et al., 1980). Tali risultati rafforzavano notevolmente le conclusioni raggiunte dai singoli studi sull'*outcome*, invalidando in modo incontrovertibile le argomentazioni di Eysenck (Lambert, 2013a).

Del resto, come già accennato, i ricercatori non aspiravano soltanto ad attestare l'efficacia generale della psicoterapia, ma intendevano utilizzare il nuovo strumento anche per mettere a confronto più modelli di intervento. Per quanto rigorose, le prime indagini meta-analitiche presentavano il grosso limite di includere studi di "qualità" variabile, esigendo soltanto che tutti fossero provvisti di gruppi di controllo (Wampold & Imel, 2015). Con il diffondersi della metodologia, tale aspetto divenne oggetto di grande attenzione da parte dei ricercatori che si impegnarono a precisare i criteri di inclusione utilizzati e a selezionare studi di qualità elevata, come appunto gli RCT (Del Corno, 2006). Questa scelta aveva, però, alcune importanti conseguenze. In primo luogo, adottando criteri particolarmente rigidi era possibile incrementare il potere statistico della meta-analisi e giungere a conclusioni più affidabili, ma si era costretti ad escludere dall'indagine studi potenzialmente molto informativi, come quelli realizzati impiegando disegni *single-case*. Secondariamente, tale opera di selezione, oltre ad agire direttamente sugli studi, agiva indirettamente sui campioni di pazienti, dato che, com'è noto, i disegni di ricerca posti al vertice della piramide delle evidenze (Fonagy & Target, 2003) tendevano a preferire pazienti "psicopatologicamente puri", privi di comorbidità (Lingiardi, 2006). In altri termini, aumentando la pulizia del contesto di ricerca, si rafforzava l'efficacia sperimentale (*efficacy*), ma con il rischio di ridurre l'efficacia clinica o efficienza (*effectiveness*), ovvero la rilevanza dei risultati ai fini della pratica clinica (Lambert, 2013b). Su questo punto era opportuno fare chiarezza. Infine, occorreva approfondire le questioni relative al cosiddetto "effetto fedeltà" (*allegiance*), che sembrava esercitare un peso considerevole sui risultati, influenzando i ricercatori sia durante la fase di selezione degli studi sia nell'interpretazione dei dati raccolti (Luborsky et al., 1999; Norcross, 2002). Pareva, in effetti, che la psicoterapia preferita dai ricercatori ottenesse quasi sempre maggior successo delle altre, ma

quando si riusciva a controllare tale fattore, le terapie risultavano equivalenti (Lambert, 2013a). Infatti, malgrado le migliorie gradualmente apportate alla metodologia, l'impiego della meta-analisi non consentì di dimostrare la superiorità di nessuna tecnica. Gli autori dovettero, anzi, concludere che la differenza nell'efficacia dei trattamenti era nulla o non significativa e arrendersi al cosiddetto "paradosso dell'equivalenza", secondo cui tutte le psicoterapie erano da considerarsi ugualmente efficaci (Luborsky et al., 2002; Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999). Nella corsa in cui i diversi modelli si erano sfidati nessuno era arrivato primo e ai ricercatori non restava altro da fare che pronunciare, utilizzando una felice espressione di Saul Rosenzweig (1936), il verdetto del Dodo: "*Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio*" (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975, p. 995, tr. mia). In realtà, la gara tra le varie psicoterapie era tutt'altro che conclusa; si può, anzi, dire che sia ancora in corso. Tuttavia allora apparve chiaro che l'orizzonte del movimento di ricerca non poteva esaurirsi all'indagine dell'esito, ma doveva necessariamente includere lo studio dei processi coinvolti nel cambiamento.

### **3. La ricerca sul processo**

Gli interrogativi circa l'equivalenza dei risultati delle psicoterapie provocarono la nascita, tra il 1960 e il 1980, di una seconda fase del movimento di ricerca in cui l'attenzione degli studiosi si rivolse al processo terapeutico e il predominio sul campo fu esercitato dalla *Process Research* (Migone, 1996). In realtà, le indagini di questo settore proliferavano già da diverso tempo: malgrado la centralità conferita all'*outcome*, erano in tanti nel mondo della ricerca a ritenere che, allo scopo di fornire trattamenti efficaci, non fosse sufficiente limitarsi ad affermare: "la psicoterapia funziona", ma si dovesse necessariamente affrontare la questione del "come" (Hardy & Llewelyn, 2015). La *Process Research* si interessava ai fenomeni osservabili nella pratica clinica, ai processi effettivamente in atto nel corso del trattamento, alle modalità attraverso cui i cambiamenti venivano ottenuti (Zennaro et al., 2006). Il paziente e il terapeuta erano descritti come sistemi interconnessi (Greenberg & Pinsof, 1986), coinvolti in una relazione significativa e impegnati in una serie di attività che potevano

essere misurate e descritte *in itinere*, in modo del tutto indipendente dall'esito (Hardy & Llewelyn, 2015; Kiesler, 1973). Gli studi della *Process Research* prendevano in esame numerose variabili, relative al trattamento (come il numero, la frequenza o la durata delle sedute), alle caratteristiche dei membri della diade terapeutica (come l'età, il genere, gli aspetti della personalità o della sintomatologia presentata) o alle loro interazioni (come lo stile comunicativo, il contenuto o la qualità del dialogo). Le osservazioni potevano avvenire da diverse prospettive – utilizzando il punto di vista del paziente, del clinico, del supervisione o di un osservatore esterno – e a diversi livelli – selezionando singole parole, frasi, interventi, porzioni di seduta e così via (Elliott, 1991). Ciò che contava era riuscire a garantire l'oggettività delle misurazioni. A tal fine, per i ricercatori del settore, fu di grande rilevanza la disponibilità di strumenti utili a cogliere con precisione e in dettaglio quanto avveniva durante le sedute.

Lo sviluppo delle procedure di audioregistrazione e trascrizione *verbatim* del materiale clinico introdotte da Rogers (1957) costituì la maggior fonte di incoraggiamento per la ricerca sul processo terapeutico: fornendo l'accesso ad un gran numero di dati oggettivi, in precedenza inesplorabili, l'impiego del metodo di Rogers permise di incrementare la validità degli studi e di valorizzarne l'*effectiveness*. Difatti, con l'aumentare dell'interesse per il processo, crebbero anche l'importanza conferita all'efficienza e l'attenzione per la trasportabilità degli interventi nel "mondo reale", al di fuori dei contesti artificiali in cui i *trials* clinici venivano di norma realizzati (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). Inoltre il desiderio di "fotografare" la situazione psicoterapeutica rese necessaria l'acquisizione di un'ottica idiografica e il ricorso a disegni di ricerca che consentissero di collocare il *focus* delle valutazioni sui singoli pazienti e non su gruppi selezionati. Pertanto questa fase fu segnata dalla rivalutazione dei metodi osservativi e dei disegni di derivazione naturalistica, meno rigorosi rispetto agli RCT, ma più rispettosi dello spazio clinico e, dunque, più validi dal punto di vista ecologico (Kazdin, 2002). Un ruolo di primo piano fu ricoperto dal disegno *single-case*, dimostratosi particolarmente indicato per condurre studi longitudinali ed intensivi sui percorsi di psicoterapia, in quanto consentiva di effettuare più

valutazioni su uno stesso soggetto in varie fasi del trattamento (Lingiardi & Fontana, 2003).

Gli orientamenti che tendevano a offrire trattamenti più lunghi ed esplorativi trassero notevoli benefici dall'affermarsi della *Process Research*. In ambito psicoanalitico, fu avviato in questa fase il *Menninger Psychotherapy Research Project*, un programma di durata trentennale che rappresentò di fatto il primo studio sull'efficacia della psicoterapia a lungo termine (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986). Oltre a fornire prove a sostegno della tecnica psicoanalitica, i ricercatori della *Menninger Foundation* riuscirono nell'intento di categorizzare gli interventi del terapeuta, collocandoli lungo un *continuum* racchiuso tra un polo espressivo-interpretativo e un polo empatico-supportivo e scoprendo così come le modalità di intervento di tipo empatico-supportivo fossero trasversali a tutte le forme di trattamento di stampo analitico, compresa la psicoanalisi classica (Williams & Dazzi, 2006). Inoltre, in questo periodo, le terapie ad orientamento psicoanalitico-psicodinamico furono incluse in molti degli studi comparativi pubblicati a seguito del *boom* della ricerca sui manuali (Migone, 1989). La psicoterapia psicodinamica fu messa a confronto con quella comportamentale nel *Temple Study* (Sloane et al., 1975) e, assieme all'approccio esperienziale, con colloqui informali condotti da operatori non professionisti nel *Vanderbilt Psychotherapy Research Project* (Strupp & Hadley, 1979). Dieci anni dopo, il *National Institute of Mental Health* (NIMH) sponsorizzò un importante lavoro di ricerca sulla terapia della depressione (Elkin et al., 1989) in cui, tra le quattro forme di trattamento esaminate, figurava anche una psicoterapia psicodinamica breve: la Psicoterapia Interpersonale (IPT), manualizzata da Gerald Klerman e collaboratori (Klerman et al., 1984).

Parallelamente, all'interno dei vari approcci, i ricercatori erano impegnati nello sviluppo di strumenti utili alla valutazione del processo terapeutico. A questo scopo, l'impiego dei metodi di trascrizione delle sedute si fece sempre più frequente e si diffuse, malgrado i contrasti emersi, anche nell'ambito psicoanalitico (Lingiardi & Dazzi, 2006). Il concetto di *transfert* trovò, in questi anni, una sua operazionalizzazione nel *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) di Luborsky (1977): un modello di analisi dei trascritti volto

all'identificazione dei *pattern* relazionali ripetitivi e dei loro cambiamenti nel corso del tempo che è attualmente uno dei metodi più utilizzati per la ricerca sul processo (Ortu, 2006). Quanto alla valutazione dei meccanismi di difesa, ebbe molto successo la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS) di Perry (1990), anch'essa applicabile alle trascrizioni dei colloqui. Allo stesso tempo, altri ricercatori fecero uso dei trascritti *verbatim* per elaborare metodi di indagine del processo in grado di oltrepassare i confini dei singoli approcci terapeutici; fu questo il caso, ad esempio, della *Reflective Functioning Scale* (RS) per la valutazione delle capacità di mentalizzazione (Fonagy et al., 1998), del metodo di codifica dell'Attività Referenziale (Bucci, 1997; Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992) e dei molti e svariati strumenti<sup>6</sup> progettati al fine di rendere operativi costrutti ritenuti validi ed utili per tutti i clinici, a prescindere dall'orientamento teorico di riferimento.

A partire dagli anni Settanta, lo studio degli elementi trasversali alle diverse forme di psicoterapia acquisì una posizione centrale all'interno del settore della *Process Research*. Storicamente, le spinte a procedere in tale direzione sono riconducibili alla formulazione del paradosso dell'equivalenza e, ancora prima, al contributo di Saul Rosenzweig (1936). L'ideatore del verdetto del Dodo, infatti, fu il primo a proporre una spiegazione dell'assenza di differenze significative nell'efficacia dei trattamenti, rilevando la presenza di una serie di fattori impliciti, condivisi dai vari approcci, la cui influenza sull'esito pareva di gran lunga superiore a quella esercitata dagli ingredienti specifici. Il pensiero che, per com'era stato formulato dal suo autore, non era altro che un'ipotesi non supportata empiricamente, attirò l'attenzione dei ricercatori che, negli anni successivi, si dedicarono con crescente interesse allo studio dei cosiddetti fattori comuni o aspecifici (*common factors*). Nel 1961, Jerome Frank pubblicò il primo libro interamente dedicato ai fattori comuni. Basandosi sulle conclusioni a cui erano giunti gli studi comparativi, Frank (1961) riconobbe nella trasformazione dei significati delle esperienze del paziente il principale obiettivo di qualunque forma di psicoterapia. Il modello, poi esteso da Frank e Frank (1991), illustrava le caratteristiche che un trattamento

---

<sup>6</sup> Per una rassegna critica dei maggiori strumenti di valutazione della ricerca in psicoterapia si rimanda a Freni e Papini (2006).

avrebbe dovuto possedere per dirsi efficace, puntualizzando come fosse essenziale che il clinico e il paziente si impegnassero fin da subito a sviluppare una visione comune dei fenomeni e condividessero la fiducia nelle possibilità di cambiamento. Il rilievo conferito a tali aspetti, considerati ingredienti essenziali della propensione a collaborare durante la terapia, fu accolto e sostenuto dalla comunità dei ricercatori che, sulle prime, si concentrò soprattutto sul ruolo delle aspettative e sugli elementi riconducibili alla relazione terapeutica, frequentemente descritta come il fattore aspecifico più importante (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013). Nondimeno, nella maggior parte dei casi, le pubblicazioni di questo genere, anziché dotare i *common factors* di solide basi teoriche, si presentavano come semplici raccolte delle più evidenti somiglianze riscontrate nell'analizzare diverse tipologie di trattamento. Una simile critica è stata mossa, tra gli altri, anche da Bruce Wampold (2015) che, in tempi più recenti, ha preso in esame i fattori più indagati e le meta-analisi più rilevanti e prodotto una valida e articolata sintesi. La sua proposta, il Modello Contestuale, incanala l'azione dei fattori comuni in tre percorsi strettamente interconnessi e parimenti implicati nella buona riuscita della terapia: la costituzione e il mantenimento di una relazione "reale" che coinvolga il paziente e il terapeuta (*real relationship*), la strutturazione e ristrutturazione delle loro aspettative sul processo terapeutico (*expectations*), l'interiorizzazione da parte del paziente di specifici meccanismi di azione "sani" appresi nel corso del trattamento (*specific ingredients*). L'autore osserva, inoltre, come, specie per i primi due percorsi, sia cruciale l'instaurarsi in breve tempo di un legame tra il clinico e il paziente (*initial therapeutic bond*) che preveda l'accordo sui compiti e sugli obiettivi della terapia (Wampold, 2015).

Da questo punto di vista, il Modello Contestuale rimanda direttamente all'alleanza terapeutica e, in special modo, alla definizione di *working alliance* suggerita da Ed Bordin (1979) che aveva descritto il costrutto proprio come formato da un profondo legame di fiducia e attaccamento e dal consenso sugli obiettivi del cambiamento e sui compiti finalizzati a raggiungerli, ponendo le basi per la sua operalizzazione e valutazione empirica. Difatti, tra gli anni Settanta e Ottanta, l'alleanza terapeutica fu una delle variabili più indagate, sia per il ruolo chiave

giocato all'interno del processo terapeutico sia per il peso esercitato sull'*outcome* (De Bei, 2006), risultando il costrutto più importante tra i fattori aspecifici e il miglior predittore dell'esito (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). A proposito del rapporto tra alleanza ed esito della psicoterapia, in particolare, gli studi hanno registrato correlazioni moderate ma significative per un'ampia gamma di trattamenti e una moltitudine di problemi e contesti (Wampold, 2015). Una recente meta-analisi di 201 studi (Horvath et al., 2011) ha riscontrato un *effect size* complessivo di .275, tale da consentire di confermare come l'alleanza terapeutica sia uno dei più forti e robusti predittori di successo del trattamento finora documentati dalla ricerca empirica. Va detto che spesso le indagini rivolte all'*outcome* concettualizzavano il costrutto come un fenomeno statico, lasciando trasparire l'idea che potesse essere definito una volta per tutte all'inizio del trattamento. Al contrario, gli studiosi degli aspetti processuali sono propensi a descrivere l'alleanza terapeutica come un lavoro di negoziazione intersoggettiva, costantemente in atto durante la terapia e normalmente caratterizzato da un susseguirsi di fasi di indebolimento, tecnicamente definite "rotture", e fasi di ricostruzione (Safran et al., 1990; Safran, Muran, & Samstag, 1994).

Altri autori si sono impegnati ad esaminare elementi della relazione terapeutica non compresi nell'alleanza terapeutica, benché ad essa connessi, e hanno individuato altri fattori comuni di rilievo, quali, ad esempio, l'empatia (Bohart et al., 2002), l'autenticità e la considerazione positiva incondizionata (Farber & Doolin, 2011) che corrispondono alle cosiddette "condizioni facilitanti" della *Client-Centered Therapy* (Rogers, 1957). Nel complesso tali contributi, così come le più recenti pubblicazioni sull'alleanza, guardano ai *common factors* che si propongono di descrivere sia sotto un'ottica processuale sia in termini di influenza sull'esito; ciò costituisce un considerevole elemento di novità. Fino ai primi anni Novanta, infatti, buona parte dei lavori di ricerca presentava il limite di non stabilire una connessione empirica tra processo e *outcome*. L'indagine di tale legame è divenuto il principale obiettivo della terza fase storica del movimento di ricerca empirica in psicoterapia, contrassegnata dall'emergere della *Process-Outcome Research* (Dazzi, 2006).



#### **4. La ricerca *process-outcome***

Le origini della *Process-Outcome Research* possono essere fatte risalire agli anni Cinquanta (Bartlett, 1950; Blau, 1950), poiché già allora si era cominciato ad ipotizzare che quanto avveniva durante la terapia potesse essere utilizzato per comprenderne i risultati. Ciò nonostante, il settore si è affermato soltanto negli ultimi decenni, quando tra i ricercatori ha cominciato a diffondersi la consapevolezza dell'importanza di annettere agli sforzi tesi a valutare la presenza e l'entità del cambiamento le conoscenze acquisite mediante lo studio dei processi in esso coinvolti (Crits-Christoph et al., 2013). A partire dagli anni Novanta, il numero di ricerche dirette ad indagare congiuntamente processo ed esito è cresciuto notevolmente. La revisione sistematica della letteratura realizzata da Orlinsky, Rønnestad e Willutzki (2004), pur impiegando criteri di inclusione piuttosto rigidi e selettivi, ha rinvenuto più di duemila pubblicazioni in materia, ciascuna delle quali ha riscontrato evidenze empiriche del legame *process-outcome*. Le numerose conferme hanno portato diversi autori a sottolineare la fallacia della distinzione tra i due ambiti di indagine; del resto, come ha osservato Migone (1989), la ricerca sull'esito non può fare a meno di tenere in considerazione gli aspetti processuali e lo studio delle variabili del processo risulta sterile se non viene utilizzato ai fini della comprensione dell'esito, ovverosia per rintracciare i fattori maggiormente connessi al successo terapeutico.

Un apporto fondamentale agli studi del settore è pervenuto da un sottogruppo di lavori condotti nell'ambito della *Process Research* che aveva selezionato, come proprio oggetto d'interesse, i cosiddetti "microprocessi" terapeutici. Tale filone di ricerca aveva descritto diversi livelli di analisi del processo: nello specifico, aveva evidenziato come ci si potesse concentrare su unità molto piccole, dette di microprocesso (come singole parole, frasi o scambi comunicativi tra paziente e terapeuta), o spostare lo sguardo su unità via via più ampie, di macroprocesso, analizzando segmenti di seduta (ad esempio, 5-10 minuti), una seduta completa, più sedute, fino a considerare interi periodi di trattamento e valutazioni di *follow-up* (Orlinsky et al., 2004). Nel fare propria la classificazione, la *Process-Outcome Research* ha dovuto tener conto di come ogni variazione in merito al livello del

processo debba necessariamente associarsi ad uno spostamento del *focus* nella misura dell'esito: prendendo in esame unità di misura piccole, anche l'*outcome* dovrà essere valutato a livello "micro", come impatto momento per momento (Dazzi, 2006).

Tra le ricerche sul rapporto processo-esito di stampo psicodinamico, un'indagine approfondita è stata svolta da Luborsky (1990) che ha identificato sei fattori definiti "curativi" perché correlati positivamente al risultato della terapia<sup>7</sup>; lo studio, oltre a dare risalto all'alleanza terapeutica – in sintonia, come si è visto, con un gran numero di lavori successivi – ha messo in luce il valore di un CCRT accuratamente formulato (Luborsky, 1977) e rintracciato un forte potere prognostico nella *Health-Sickness Rating Scale* (HSRS), una scala a 100 punti progettata per agevolare il clinico nella quantificazione del grado di salute mentale del paziente (Luborsky, 1962). Nello studio pubblicato da Luborsky (1990), i punteggi pretrattamento della HSRS si sono rivelati dei buoni predittori dell'esito: più precisamente, è emerso che i pazienti che all'inizio della terapia si collocavano ai livelli più alti della scala erano quelli che traevano i maggiori benefici dal percorso terapeutico. In questo senso, lo strumento può essere ritenuto un fattore curativo preterapeutico (Migone, 1996).

Il settore della *Process-Outcome Research* ha anche individuato alcuni aspetti del processo che pare abbiano un effetto relativamente scarso sull'*outcome*. Tra le caratteristiche "reali" del terapeuta, ad esempio, il genere non sembra influenzare l'esito in modo determinante, pur essendo riconosciuto, soprattutto dalle teorie psicoanalitiche e psicodinamiche, come elemento significativo per lo svolgimento della terapia (Beutler et al., 2004). Gabbard (2018) ha proposto una spiegazione di questo fenomeno in termini dinamici, sottolineando come il genere del clinico, combinato con quello del paziente, sia considerato uno dei fattori più evocativi delle rappresentazioni oggettuali all'interno della relazione e, dunque,

---

<sup>7</sup> Luborsky (1990) ha evidenziato il ruolo dei seguenti "fattori curativi" della psicoterapia psicodinamica: alleanza terapeutica, comprensione e corretta formulazione del CCRT da parte del clinico, accuratezza delle interpretazioni, comprensione di sé (*self-understanding*) o *insight* da parte del paziente, capacità del paziente di interiorizzare i risultati ottenuti grazie alla terapia, *Health-Sickness Rating Scale* (HSRS).

più implicati nello sviluppo della dinamica transfert-controtransfert; nel corso del trattamento, tuttavia, tale elemento sarebbe soggetto a una progressiva “fluidificazione” che consentirebbe alle associazioni cosce e inconscie di attivarsi e a diverse configurazioni del transfert di emergere indipendentemente dall’effettiva combinazione di genere. Allo stesso modo, anche altre caratteristiche personali, come l’età o l’appartenenza etnica, non sembrano giocare un ruolo decisivo (Beutler et al., 2004).

## **5. Stato attuale della ricerca**

La ricerca in psicoterapia si presenta oggi come un campo d’indagine ampio e articolato; oggetto, soprattutto in tempi recenti, di un’espansione tanto rapida da non permettere, per molti aspetti, di trarre conclusioni definitive. Come si è visto, nel corso degli anni, sono state raccolte numerose e incontrovertibili prove dell’efficacia della psicoterapia; nel contempo, anche gli studi comparativi hanno dato buoni frutti, consentendo, se non di mettere in risalto la superiorità di una tecnica psicoterapeutica sulle altre, quanto meno di dimostrare gli effetti benefici di alcune tipologie di trattamento per alcuni disturbi specifici. Nel 1995, la Divisione 12 dell’*American Psychological Association* (APA) ha pubblicato un elenco di *Empirically Supported Treatments* (EST) contenente 25 modalità di intervento la cui efficacia era stata empiricamente dimostrata (Chambless et al., 1998). Seguendo le *guidelines* EST, alla lista originaria, composta quasi esclusivamente da trattamenti di stampo CBT, sono state aggiunte in questi anni altre forme di psicoterapia, tra cui diverse di tipo psicoanalitico-psicodinamico, come il trattamento psicoanalitico per il disturbo di panico (Milrod et al., 2007) e la psicoterapia psicodinamica breve per la depressione (Hilsenroth et al., 2003; Leichsenring, 2001).

L’efficacia della psicoterapia dinamica breve – o a breve termine – è stata registrata da diversi studi. La meta-analisi di Leichsenring, Rabung e Leibling (2004) ha incluso 17 RCT di qualità elevata su trattamenti psicodinamicamente orientati di 21 sedute in media, concludendo che, rispetto ai problemi *target*, le condizioni dei pazienti post-trattamento erano migliori di quelle del 92% dei pazienti prima della terapia. In sintonia con questi risultati, la rigorosa indagine

sui trattamenti brevi pubblicata da Abbass e collaboratori (2006) nel prestigioso *Cochrane Database of Systematic Reviews* ha ricavato dall'analisi di 23 RCT un *effect size* complessivo, relativo al miglioramento della sintomatologia, di .97 e riscontrato una tendenza all'aumento di tale valore ai *follow-up*, in linea con l'idea che gli effetti di questo tipo di psicoterapia siano generalmente molto duraturi, con miglioramenti che continuano a verificarsi anche dopo la fine del percorso (Shedler, 2010). La ricerca in questo ambito è ancora *in progress*; d'altro canto, è alto il numero delle modalità di intervento che, pur non rientrando nei canoni metodologici degli EST, vengono percepite dai clinici come utili e, pertanto, quotidianamente impiegate per il trattamento della psicopatologia. Invero, lo scollamento dalla realtà della pratica clinica è, ad oggi, uno dei punti più contestati al movimento degli EST che continua a privilegiare terapie manualizzate, di durata breve e prestabilita e focalizzate sulla riduzione dei singoli sintomi, mostrando una chiara predilezione per gli RCT, a scapito di disegni di ricerca alternativi che, qualora applicati, garantirebbero delle opportunità di validazione empirica anche a trattamenti più lunghi e complessi (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). Difatti, benché le ricerche in materia siano ancora esigue, le terapie a lungo termine sembrano dare risultati incoraggianti, soprattutto quando a riceverle sono pazienti "difficili", con quadri polisintomatici e comorbidità importanti (Leichsenring & Rabung, 2008).

Storicamente, gli studi sul caso singolo hanno concorso ad affermare l'importanza dei fattori comuni. Su questo tema è emerso chiaramente come le tecniche specifiche dei diversi approcci terapeutici siano subordinate alla presenza di fattori aspecifici approccio-indipendenti (Norcross, 2002). Come sottolineato da Lambert (2004), per tale ragione, le Scuole di psicoterapia non dovrebbero commettere l'errore di non riconoscere il giusto valore ai *common factors*, specialmente a quelli relativi alla relazione terapeutica. D'altra parte, anche questi ultimi non si sono dimostrati in grado di spiegare interamente l'esito del trattamento; in altre parole, "*né l'uccello del Dodo né il movimento degli EST sono potenti predittori dell'outcome*" (Beutler & Harwood, 2002, p. 27, tr. mia). Al contrario, pare che i risultati più rilevanti si ottengano quando le due tipologie di fattori vengono valutate assieme, tenendo conto delle loro interazioni. Si ritiene

infatti che, interagendo tra loro, fattori specifici e aspecifici possano influenzarsi e rafforzarsi a vicenda e che proprio questo potenziamento reciproco sia essenziale ai fini del cambiamento (Beutler & Harwood, 2002); tuttavia gli studi in questa direzione sono ancora scarsi e risultano vincolati alla disponibilità di strumenti d'indagine adeguati. Allo stato attuale, la messa a punto di tali strumenti e di metodi capaci di coniugare *efficacy* e *effectiveness* può essere vista come la maggiore sfida che la ricerca in psicoterapia è chiamata ad affrontare (Fava & Masserini, 2006; Lambert, 2013b).

Tra le ricerche che si sono poste l'obiettivo di contribuire all'integrazione di questi due paradigmi, un filone di studi si è concentrato sugli aspetti del processo terapeutico riconducibili alla relazione clinico-paziente e, più specificatamente, agli aspetti della comunicazione che emergono dalle interazioni tra i due membri della diade nel corso della terapia (Rocco, 2005, 2008; Rocco, Mariani, & Zanelli, 2013; Rocco et al., 2018b). Gli autori hanno, infatti, rilevato come, nonostante il diffuso interesse per i costrutti connessi alla relazione terapeutica, fosse ancora ridotto il numero di strumenti progettati al fine di condurre indagini approfondite a livello di processo e, in particolare, di microprocesso. Inoltre la maggior parte degli strumenti di questo genere disponibili in letteratura prendeva in esame esclusivamente i contenuti degli scambi verbali, tralasciando di considerare gli aspetti della comunicazione implicita, relativi al "come" i contenuti vengono espressi (Rocco, 2005, 2008). D'altra parte, testimonianze autorevoli provenienti da più fonti (Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1995; Kiesler, 1979; Philippot, Feldman, & Coats, 2003) consentivano di ipotizzare che tali componenti potessero ricoprire un ruolo di primo piano all'interno della relazione terapeutica e, di conseguenza, esercitare una certa influenza sull'*outcome*. Nello specifico, si era portati a ritenere che la comunicazione non verbale, e più precisamente paraverbale, fosse coinvolta nella creazione del clima relazionale percepito dal paziente e dal terapeuta durante i colloqui (Stern, 2004). Un punto di riferimento per lo studio degli aspetti paraverbali è individuabile nei lavori di Wilma Bucci che, nel contesto della Teoria del codice multiplo, ha descritto gli elementi connessi alla verbalizzazione, quali il tono, il ritmo e il volume della voce, come parte di un "codice verbale subsimbolico" di cui ha sostenuto l'importanza nel veicolare i

significati emotivi (Bucci, 1997, 2011). I risultati degli studi condotti in quest'ambito supportano tali affermazioni (Rocco, 2005). Un ulteriore contributo sul tema è stato offerto dalle ricerche dell'*Infant Research* che si sono interessate allo strutturarsi dei processi di comunicazione implicita nella relazione bambino-caregiver (Beebe & Lachmann, 2002). Tra questi, la coordinazione dei ritmi vocali (*timing*), analizzata mediante la valutazione di uno specifico parametro paraverbale, la *Speech Rate*, si è dimostrata una componente particolarmente rilevante del processo terapeutico (Rocco et al., 2018b). A partire da queste evidenze, gli sforzi dei ricercatori sono attualmente diretti all'integrazione di questi aspetti, nel tentativo di costruire un modello teorico capace di comprendere sia i canali espliciti (verbali) sia quelli impliciti (non verbali) di comunicazione e di metterli in relazione con la percezione soggettiva del clima terapeutico. Il presente lavoro si colloca in questo campo di indagine e si occupa di analizzare i microprocessi terapeutici attraverso l'applicazione di più strumenti: il metodo di valutazione della *Speech Rate* e i questionari *self-report* SEQ e SIS per la valutazione dell'impatto percepito.

## CAPITOLO II

### L'ANALISI DEGLI ASPETTI IMPLICITI DELLA COMUNICAZIONE: LA SPEECH RATE

#### 1. Il contributo dell'*Infant Research* alla ricerca sul processo terapeutico

Le numerose evidenze empiriche a sostegno della centralità dell'alleanza terapeutica e del coinvolgimento del paziente e del clinico nella costruzione di un clima di fiducia, rispetto e collaborazione (Bordin, 1979; Horvath et al., 2011) hanno contribuito al progressivo affermarsi di una visione relazionale del processo terapeutico, che assegna un ruolo di prim'ordine alle interazioni tra i membri della diade nel contesto di cura (Gabbard, 2018). Tale visione è stata accolta con particolare favore dall'orientamento psicoanalitico-psicodinamico che ha sempre manifestato un grande interesse per le dinamiche relazionali, per le modalità con cui queste si esprimono e sviluppano nel presente della situazione terapeutica e per i legami che mantengono con le esperienze significative del passato, ricavate dall'esplorazione dell'infanzia dei pazienti. Quest'ultimo aspetto si è rivelato determinante per il successo della prospettiva evolutiva di matrice freudiana, ancora oggi riconosciuta come uno dei capisaldi dell'approccio psicodinamico (Gabbard, 2018). Difatti, pur nelle loro differenze, i modelli teorici più noti – come la teoria delle relazioni oggettuali elaborata da Melanie Klein, la psicologia dell'Io di Heinz Hartmann e Anna Freud, la teoria evolutiva di Donald Winnicott, la psicologia del Sé di Heinz Kohut e la teoria dell'attaccamento di John Bowlby – assumono un punto di vista evolutivo: condividono, cioè, l'idea che, sin dalla nascita, l'individuo sia coinvolto in precoci esperienze relazionali, capaci di influire sul suo sviluppo. Tali esperienze verrebbero interiorizzate durante l'infanzia, assieme agli stati affettivi ad esse associati, e continuamente riprodotte nel corso della vita, plasmando i modi di sentire, pensare ed agire nei contesti relazionali. Pertanto nelle relazioni significative instaurate nell'età adulta, compresa la relazione terapeutica, sarebbe osservabile la ripetizione delle dinamiche infantili interiorizzate (Gabbard, 2018).

Nell'ambito dello studio del processo terapeutico, l'adozione della prospettiva evolutiva ha incoraggiato i ricercatori ad attingere ai dati empirici acquisiti dall'*Infant Research*, portandoli a ritenere che l'indagine della relazione bambino-*caregiver* potesse fornire conoscenze estremamente utili per la comprensione dell'azione terapeutica. Dagli anni Settanta una buona parte delle ricerche di questo settore si è concentrata sull'osservazione dei comportamenti interattivi precoci, offrendo preziose letture delle prime modalità impiegate dal bambino per comunicare con le figure di riferimento. I modelli elaborati a partire da questi studi (Beebe et al., 2000; Beebe & Lachmann, 2002; Sander, 1977) hanno adottato un approccio sistemico basato su una visione definita bipersonale o intersoggettiva (Stern, 2004), secondo la quale il bambino e il *caregiver* sono immersi in una matrice relazionale che entrambi concorrono a costruire e che, a sua volta, organizza la loro esperienza. All'interno di questo sistema diadico, i partner sono costantemente impegnati in processi di autoregolazione e regolazione interattiva, attraverso i quali controllano e modulano i propri stati interni e i propri comportamenti e monitorano quelli dell'altro, influenzandosi reciprocamente (Sander, 1977; Tronick, 1989). Si ritiene che tali processi, operando prevalentemente a livello implicito, al di fuori della consapevolezza e del controllo volontario, siano già attivi nella primissima infanzia, quando il "linguaggio" verbale non è ancora accessibile. L'interazione coinvolge, infatti, oltre alla dimensione "esplicita" rappresentata dagli scambi verbali, anche una dimensione non verbale ed "implicita", emotivo-procedurale, che veicola significati fondamentali sulla natura e la qualità della relazione tra i partner (Beebe & Lachmann, 2002). Questo secondo livello riguarda i ritmi comportamentali e il loro grado di coordinazione ed include sia aspetti non verbali, come lo sguardo, le espressioni del volto, la postura e l'orientamento spaziale, sia aspetti maggiormente connessi alla verbalizzazione, definiti paraverbali, come il ritmo, il tono e il volume della voce (Rocco, 2008; Rocco et al., 2018b).

## **2. L'analisi del *timing***

Relativamente allo studio degli aspetti paraverbali, diverse ricerche si sono concentrate sulla coordinazione dei ritmi vocali o *timing*. Le indagini sul *timing*



hanno mostrato che nel corso delle interazioni diadiche ciascun partner risulta estremamente sensibile alla durata delle sequenze comportamentali proprie e altrui e vi si adatta spontaneamente, apprendendo ad effettuare misurazioni istante per istante e sviluppando aspettative (Byers, 1975; Jaffe & Feldstein, 1970; Rocco, 2008). Le analisi delle variazioni del *timing* in età infantile hanno condotto i ricercatori ad assegnare al grado di corrispondenza degli schemi temporali un ruolo cruciale nell'organizzazione dell'interazione bambino-*caregiver*; inoltre hanno consentito di evidenziare numerose analogie tra i modelli di interazione precoci e i processi che regolano le interazioni tra adulti, avvalorando l'idea che i meccanismi alla base della comunicazione non verbale rimangano sostanzialmente invariati nel corso della vita (Beebe & Lachmann, 2002).

Nel contesto dell'*Infant Research*, Jaffe e collaboratori (2001) hanno osservato che la coordinazione dei ritmi vocali è già evidente nelle interazioni dei bambini di 4 mesi e che la struttura della turnazione dialogica a quell'età – e, dunque, ben prima della comparsa del linguaggio (Beebe et al., 1988) – è molto simile a quella rilevata nei discorsi tra adulti. La ricerca ha anche indagato il rapporto tra ritmi vocali, capacità cognitive e stile di attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1958, 1969), individuando nel *timing* un importante predittore di questi aspetti. Nello specifico, i risultati hanno presentato i livelli intermedi di coordinazione come ottimali, evidenziando come un modello interattivo flessibile, caratterizzato dall'alternanza equilibrata di momenti di corrispondenza e di non-corrispondenza degli schemi temporali, favorisca lo sviluppo di buone capacità cognitive e di uno stile di attaccamento sicuro. Allo stesso modo, si è visto come livelli di coordinazione eccessivamente alti o bassi, implicando rispettivamente forme di vigilanza interattiva o atteggiamenti di inibizione o ritiro, possano predire gli stili di attaccamento ansioso-resistente e disorganizzato oppure un attaccamento di tipo insicuro-evitante (Jaffe et al., 2001). I dati raccolti rappresentano un'ulteriore prova a sostegno dell'esistenza di una continuità evolutiva e forniscono una misura di quanto i processi impliciti influiscano sullo sviluppo dell'individuo. In questo senso, tali evidenze consentono di stabilire nuovi punti di contatto tra *Infant Research* e trattamento psicoterapeutico degli adulti, inducendo a ritenere

che l'analisi degli aspetti paraverbali possa essere utilmente adottata anche nell'ambito della ricerca in psicoterapia. Gli autori sostengono, infatti, che la comunicazione implicita eserciti un'influenza profonda sul processo terapeutico e contribuisca in modo rilevante a determinare l'andamento dei colloqui (Beebe & Lachmann, 2002).

### **3. La *Speech Rate***

Nell'ambito della ricerca sugli schemi temporali, gli studi fino ad oggi condotti (Rocco, 2005, 2008; Rocco, et al., 2013; 2018b) hanno confermato l'importanza che la coordinazione dei ritmi vocali assume all'interno della relazione terapeutica ed evidenziato come l'osservazione delle fluttuazioni nel *timing* possa fornire utili informazioni sullo stato interno del paziente – descritto in termini di processo referenziale (Bucci, 1997) – e sul clima relazionale.

Per l'indagine della dimensione non verbale si è scelto di ricorrere agli strumenti sviluppati dalla fonetica e già impiegati dall'*Infant Research* e di prendere in esame uno specifico parametro paraverbale basato sul tempo: la *Speech Rate* (velocità di eloquio). A livello acustico, difatti, il comportamento vocale può essere descritto facendo riferimento a tre diverse categorie di parametri. La prima categoria include i parametri che analizzano l'ampiezza delle onde sonore, ossia quella caratteristica che soggettivamente viene percepita come intensità della voce. Nella seconda sono compresi i parametri basati sulla frequenza, descrivibile come la qualità da cui dipende la percezione dell'altezza dei suoni e, dunque, la capacità di distinguere tra suoni gravi e acuti. Appartengono ad una terza classe i parametri basati sul tempo, quali l'*Articulation Rate*, che si calcola mediante il rapporto tra il numero delle sillabe e la durata delle sequenze articolate, la *Fluency Rate*, data dal rapporto tra il numero delle sillabe e le pause vuote, e la *Speech Rate*, ricavata dal rapporto tra il numero delle sillabe e la durata delle catene foniche, comprensive delle sequenze articolate e delle pause (Rocco, 2005). La decisione di attingere da quest'ultima categoria è stata guidata dalla possibilità di ottenere dati clinici rilevanti senza dover applicare un alto grado di controllo su eventuali fattori esterni e, di conseguenza, dover modificare in modo artificioso il *setting*. L'ampiezza risente, ad esempio, della direzione

verso cui il parlante è rivolto, mentre la frequenza è condizionata da variabili come l'età o il sesso. I parametri basati sul tempo, invece, richiedendo esclusivamente che venga effettuata l'audioregistrazione dei colloqui, consentono di condurre analisi rigorose senza che per questo vengano introdotti nel *setting* elementi di disturbo (Rocco, 2005). La scelta della *Speech Rate*, nello specifico, è sostenuta sia dal numero di pubblicazioni presenti in letteratura sia dall'opportunità, offerta da questo parametro, di esplorare il legame tra le variazioni nella produzione linguistica e i processi interni di ordine psicodinamico individuati da Bucci (1997); processi che, a loro volta, possono tradursi nella percezione soggettiva del clima relazionale (Rocco, 2005, 2008; Rocco et al., 2013).

# CAPITOLO III

## I QUESTIONARI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO TERAPEUTICO

### 1. L'impatto della seduta

Per quanto riguarda l'indagine degli aspetti consapevoli del processo terapeutico, un elemento senz'altro da considerare è l'impatto che la psicoterapia ha sul paziente e sul clinico. In ogni fase del trattamento, infatti, i componenti della diade terapeutica percepiscono e valutano soggettivamente numerosi fattori relativi, ad esempio, alla relazione instaurata, al clima emotivo presente durante i colloqui, ai risultati raggiunti (Stiles, 1980). Se si assume come unità di analisi la singola seduta di psicoterapia, si può definire l'impatto come *"l'insieme degli effetti soggettivi immediati che questa ha sul paziente, comprensivi del suo stato affettivo a seguito della seduta, della sua valutazione della seduta nel complesso e del carattere specifico della stessa"* (Stiles et al., 1994, p. 175, tr. mia). L'impatto della seduta è presentato come un importante mediatore tra processo ed esito, in quanto, da un lato, fornisce utili informazioni sul processo terapeutico in atto e, dall'altro, consentendo di cogliere le conseguenze dirette del colloquio e di inferirne gli effetti a lungo termine (Elliott, 1991), risulta anche fortemente connesso all'*outcome* (Stiles, 1980). Il singolo colloquio appare, in questo senso, come l'unità di analisi più idonea: collocandosi a metà strada tra i singoli scambi verbali e l'intero trattamento, offre la possibilità di effettuare valutazioni a più livelli e di esaminare congiuntamente aspetti di microprocesso e di macroprocesso (Elliott & Wexler, 1994; Stiles, 1980).

Tra gli strumenti sviluppati al fine di misurare l'impatto percepito, compaiono il *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) e la *Session Impacts Scale* (SIS). Si tratta di due questionari *self-report* piuttosto brevi, progettati per essere compilati al termine di ogni colloquio. Il SEQ (Stiles, 1980; Stiles et al., 1994) si propone di valutare l'impatto come esperienza soggettiva della seduta appena conclusa ed è rivolto sia al clinico sia al paziente; la SIS (Elliott & Wexler, 1994) indaga esclusivamente l'impatto percepito dal paziente, prendendo in considerazione

aspetti quali, ad esempio, i problemi che lo hanno condotto a richiedere la consultazione e i progressi compiuti fino a quel momento. I dati utilizzati nel presente lavoro sono stati ottenuti dalle versioni in lingua italiana dei due questionari, somministrate a seguito di ciascuno dei colloqui analizzati. Per entrambe le versioni italiane sono disponibili in letteratura gli studi di validazione (Rocco, Antonelli, & Salcuni, 2018a; Rocco, Salcuni, & Antonelli, 2017).

## **2. Il *Session Evaluation Questionnaire***

L'adattamento per la lingua italiana del *Session Evaluation Questionnaire*, elaborato a partire dalla quarta versione dello strumento originale (Stiles et al., 1994), si compone di un elenco di 27 item, ciascuno dei quali è costituito da una coppia di aggettivi bipolari presentati secondo il metodo del Differenziale Semantico a sette punti (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957). All'inizio del questionario, una breve consegna invita a rispondere senza riflettere troppo, segnando con una crocetta la descrizione che si avvicina maggiormente a quello che si è provato o pensato rispetto al colloquio appena concluso. Gli item del SEQ seguono una suddivisione in tre aree tematiche. La prima area, costituita da 12 item, è preceduta dalla frase: "*La seduta è stata*" e si riferisce alla valutazione soggettiva della seduta. La seconda, anch'essa composta da 12 item, è introdotta dalla frase: "*In questo momento mi sento*" e indaga lo stato affettivo post-seduta. L'ultima sezione, presente soltanto nella versione da somministrare al paziente e costituita da 3 item, è preceduta dalla frase: "*Oggi sento che il mio terapeuta è stato*" e riguarda la valutazione del clinico. Al fine di ridurre l'effetto dei *response bias*, all'interno di ciascuna sezione, le due polarità degli item risultano in alcuni casi invertite (Rocco et al., 2017). I risultati delle analisi statistiche condotte sulla versione italiana hanno consentito di confermare la struttura fattoriale rilevata da Stiles e collaboratori (1994). Nello specifico, è stato possibile individuare cinque diverse dimensioni. Per la prima area tematica, relativa alla valutazione della seduta, sono state ricavate le dimensioni *Depth* e *Smoothness*. Per la seconda area, riguardante l'umore post-seduta, sono emerse le dimensioni *Positivity* e *Arousal*. L'ultima dimensione, *Good Therapist*, è stata rilevata nella terza sezione della versione destinata al paziente (Rocco et

al., 2017). Anche la ricerca delle intercorrelazioni tra i fattori ha dato risultati che, nel complesso, rispecchiano quelli ottenuti dalla versione originale. Sono state riscontrate correlazioni elevate tra le dimensioni *Depth* e *Good Therapist* e tra le dimensioni *Smoothness* e *Positivity*; sono, inoltre, emerse correlazioni moderate tra *Positivity* e *Depth* e tra *Arousal* e *Depth*. È risultata, invece, non significativa, e prossima allo zero, la correlazione tra *Arousal* e *Smoothness* (Rocco et al., 2017).

### **3. La *Session Impacts Scale***

Come nel caso del SEQ, anche per la *Session Impacts Scale* sono stati condotti i primi studi di validazione della versione in lingua italiana (Rocco et al., 2018a). A livello di struttura, la versione italiana ricalca lo strumento originale (Elliott & Wexler, 1994) e si presenta come un breve questionario *self-report* destinato al paziente. La SIS si compone di 16 item, ciascuno dei quali è introdotto da un titolo e da qualche riga di descrizione. Per ogni item, il paziente ha a disposizione una scala a cinque valori, da 1 (“*per niente*”) a 5 (“*moltissimo*”), sulla quale deve indicare il punteggio che meglio rappresenta la sua esperienza. Esiste, infine, un diciassettesimo item a risposta aperta che consente di segnalare qualsiasi altra impressione relativa all’impatto del colloquio non fatta emergere dallo strumento. Dall’analisi fattoriale esplorativa sono emersi tre fattori che corrispondono alle dimensioni ricavate da Elliott e Wexler (1994). Il primo fattore, denominato *Task Impacts*, riguarda la valutazione soggettiva dei benefici ottenuti grazie alla seduta; il secondo, *Relationship Impacts*, è relativo alla percezione dell’impatto che questa ha avuto sulla relazione con il terapeuta. Entrambi i fattori si riferiscono ad effetti della seduta considerati positivi e, in linea con quanto ottenuto per la SIS originale, è stato verificato che possono essere aggregati a formare un’unica dimensione, denominata *Helpful Impacts*. Il terzo fattore, *Hindering Impacts*, riguarda, invece, la valutazione degli effetti negativi della seduta (Rocco et al., 2018a).

Ulteriori analisi sono state dirette alla valutazione della validità convergente della *Session Impacts Scale*, mediante la ricerca di correlazioni tra i tre fattori della SIS e le cinque dimensioni del SEQ. In accordo con quanto ipotizzato dai ricercatori,

sono state rilevate correlazioni positive tra le dimensioni del SEQ e i fattori della SIS relativi agli effetti positivi della seduta (*Task Impacts* e *Relationship Impacts*); d'altra parte, sono emerse correlazioni negative con il fattore *Hindering Impacts*, descrittivo degli effetti negativi<sup>8</sup>. Sotto un'ottica clinica, tali risultati evidenziano come aspetti quali la presenza di un buon clima relazionale e di un legame terapeutico percepito come positivo e profondo possano tradursi in un elevato impatto della seduta (Rocco et al., 2018a).

---

<sup>8</sup> Sono state riscontrate forti correlazioni tra i due fattori "positivi" della SIS (*Task Impacts* e *Relationship Impacts*) e le dimensioni *Good Therapist* e *Depth* del SEQ; sono emerse correlazioni moderate con le dimensioni *Smoothness* e *Positivity* e correlazioni piuttosto basse o nulle con la dimensione *Arousal* (Rocco et al., 2018a).

# CAPITOLO IV

## MATERIALE E METODI

### 1. Materiale

Per questa ricerca sono stati utilizzati i dati ricavati dai colloqui clinici di 7 studenti<sup>9</sup> che si sono rivolti al Servizio di Assistenza Psicologica (SAP-CP) dell'Università di Padova. Per ogni paziente sono stati presi in esame più colloqui, corrispondenti all'intero ciclo di interventi di consultazione offerto dal Servizio, ottenendo così un campione di 18 sedute. Ogni seduta è stata audioregistrata a scopo di ricerca previo consenso informato dei partecipanti.

### 2. Procedura

#### Trascrizione dei colloqui

Per prima cosa, ciascuna delle audioregistrazioni è stata trascritta *verbatim*, avendo cura che il testo prodotto fossero il più possibile fedele a quanto ascoltato. Ai fini della misurazione della *Speech Rate*, è richiesto, infatti, un alto grado di precisione nella trascrizione: occorre rispettare la struttura della turnazione dialogica<sup>10</sup> e riportare accuratamente ogni fonema pronunciato, comprese eventuali disfluenze (parole ripetute, interrotte, allungate o mal pronunciate), espressioni colloquiali, termini dialettali, balbettii e tentennamenti, interiezioni proprie e improprie.

#### Suddivisione dei trascritti in Unità Ideative

Si è poi proceduto alla suddivisione delle trascrizioni in Unità Ideative (U.I.), attenendosi alle indicazioni contenute nei manuali per la codifica dell'Attività Referenziale (Bucci, 1997; Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992). Una U.I. può essere descritta come un breve segmento di testo nel quale il discorso si

---

<sup>9</sup> I colloqui esaminati sono stati rivolti a studenti e studentesse di età compresa tra i 20 e i 25 anni, iscritti a diversi corsi di studio dell'Università di Padova. Sono stati esclusi dal campione i colloqui destinati agli iscritti a Psicologia per ridurre il rischio di incorrere in eventuali rapporti di conoscenza.

<sup>10</sup> Gli interventi dei due parlanti devono alternarsi.



concentra su uno specifico argomento; ad ogni spostamento del *focus* della narrazione corrisponde un cambiamento dell'U.I. La procedura di segmentazione in U.I. di ciascun trascritto è stata eseguita da due giudici indipendenti e poi concordata, seguendo le istruzioni fornite dai manuali.

### Calcolo della *Speech Rate*

Una volta terminato il lavoro di suddivisione dei testi, è stato possibile dedicarsi al calcolo della *Speech Rate* (SR), rappresentata dal rapporto tra il numero delle sillabe e la durata delle catene foniche, comprensive delle sequenze articolate e delle pause (Rocco, 2005), ed espressa nel numero di sillabe pronunciate al secondo (Auer, Couper-Kuhlen, & Muller, 1999).

Come prima operazione, è stato realizzato il conteggio delle sillabe: si è trattato di calcolare, per ogni U.I. di ogni colloquio, il numero esatto di sillabe presenti nella porzione di testo corrispondente a ciascun turno di parola. Successivamente, di ogni turno è stata misurata la durata: con l'ausilio del software *WavePad Sound Editor*, è stato possibile rilevare il momento di inizio e di fine di ciascun turno con una precisione di tre cifre decimali. Per ottenere ciascun valore, è stato necessario individuare l'area della registrazione in cui esso si trovava, isolarla e ascoltarla diverse volte, modificando la velocità con il comando "*Speed Change*". La durata del turno di parola è stata ricavata sottraendo al valore relativo al tempo di fine turno il valore del tempo di inizio turno. Sono state escluse dal calcolo – e dunque sottratte alla durata complessiva del turno di parola – le pause di lunghezza superiore ai tre secondi<sup>11</sup>, giudicate troppo lunghe per essere indicative di processi interni in atto (Rocco et al., 2018b). A questo punto, per ottenere la SR relativa al singolo turno è stato sufficiente calcolare il rapporto tra il numero di sillabe del turno e la sua durata. La SR relativa all'intera U.I. è stata, infine, ricavata facendo il rapporto tra le medie aritmetiche delle sillabe e le medie aritmetiche delle durate di tutti i turni di parola inclusi nell'U.I.

---

<sup>11</sup> Sottraendo tre secondi alla durata reale della pausa si è ottenuto il tempo da sottrarre alla durata del turno di parola.

### Analisi dei questionari SEQ e SIS

Da ultimo, sono state analizzate le risposte fornite ai questionari *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) e *Session Impacts Scale* (SIS), compilati al termine di ciascun colloquio.

Per ogni SEQ, seguendo le indicazioni di Stiles (1980) e di Rocco e collaboratori (2017), è stato prodotto il valore di SEQ Totale calcolando la media aritmetica dei punteggi assegnati ai vari item (27 nella versione per il paziente e 24 in quella per il terapeuta). Procedendo in modo analogo, sono stati ricavati i valori delle cinque dimensioni: *Depth* (item 1, 4, 5, 8, 9, 10), *Smoothness* (item 2, 3, 6, 7, 11, 12), *Positivity* (item 13, 14, 16, 18, 19, 20), *Arousal* (item 15, 17, 21, 22, 23, 24) e *Good Therapist* (item 25, 26, 27). Poiché in alcuni casi le polarità degli item risultavano invertite, prima di effettuare i calcoli, è stato necessario “girare” i punteggi attribuiti agli item in questione (item 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27).

Per ogni SIS, sono stati ottenuti i valori di SIS Totale, calcolando la media dei punteggi relativi ai 16 item del questionario, e dei fattori *Task Impacts* (item 1, 2, 3, 4, 5), *Relationship Impacts* (item 6, 7, 9, 10) e *Hindering Impacts* (item 12, 13, 14, 15, 16). Sono stati esclusi da tali operazioni gli item 8 e 11 poiché, stando ai risultati dello studio di validazione della versione italiana del questionario (Rocco et al., 2018a), non possono essere ricondotti in modo esclusivo a nessuno dei tre fattori. È stato, infine, prodotto il valore della dimensione *Helpful Impacts* calcolando la media dei valori relativi ai fattori *Task Impacts* e *Relationship Impacts*.

# CAPITOLO V

## OBIETTIVO DELLA RICERCA E IPOTESI DI LAVORO

### 1. Obiettivo della ricerca

Questo lavoro si propone di indagare i processi e microprocessi terapeutici in atto nel corso dei colloqui clinici mediante l'applicazione del metodo di analisi della *Speech Rate* (SR) e dei questionari SEQ e SIS per la valutazione dell'impatto percepito.

Utilizzando congiuntamente più strumenti, si è tentato di costruire un disegno di ricerca che permettesse di esplorare il legame tra gli aspetti consapevoli e inconsapevoli che compongono i colloqui. Più nello specifico, partendo dagli studi esistenti in letteratura (Rocco, 2005, 2008; Rocco et al., 2013; Rocco et al., 2018b), si è cercato di comprendere in che modo la presenza di elementi di comunicazione implicita, collocati al di fuori della consapevolezza e analizzabili per mezzo della SR, possa influire sulla percezione soggettiva del clima instauratosi durante i colloqui, valutata attraverso i questionari SEQ e SIS.

### 2. Ipotesi di lavoro

Per lo sviluppo delle ipotesi di lavoro, si è fatto riferimento ai contributi dell'*Infant Research* sulla coordinazione dei ritmi vocali durante l'infanzia e alle evidenze empiriche che consentono di ritenere che quanto accade nel contesto della relazione bambino-*caregiver* possa essere osservato anche all'interno della relazione terapeutica (Beebe e Lachmann, 2002). Sulla scorta dello studio condotto da Jaffe e collaboratori (2001), si è scelto di analizzare gli andamenti delle SR del paziente e del terapeuta nel corso della seduta e di esaminarne il grado di coordinazione; inoltre, è stata ipotizzata la presenza di una relazione tra questi indici paraverbali e la valutazione consapevole dell'impatto del colloquio, espressa nei punteggi dei questionari.

Relativamente all'analisi delle SR, in base al tipo di coordinazione osservata, si è pensato di poter distinguere tre diversi andamenti. Un alto grado di

coordinazione dei ritmi vocali, espresso da un andamento sostanzialmente concorde delle due SR, verrebbe rivelato da dei valori di correlazione significativi e positivi. Al contrario, un basso grado di coordinazione temporale dovrebbe tradursi in una correlazione significativamente negativa nel caso in cui all'aumentare dell'SR del paziente (SRP) quella del clinico (SRT) diminuisse e viceversa. Un grado medio di coordinazione descriverebbe un terzo andamento, caratterizzato dall'alternanza di momenti di corrispondenza (fasi in cui SRP e SRT tendono a variare in parallelo) e di non-corrispondenza (fasi in cui le due SR divergono); tale coordinazione dovrebbe riflettersi, dunque, in una correlazione bassa o nulla tra le SR. Quest'ultimo caso rappresenterebbe la condizione preferibile, essendo indicativo dell'andamento considerato ottimale: l'alternarsi delle due fasi nel corso della seduta dovrebbe testimoniare l'equilibrio tra i processi di autoregolazione e di regolazione interattiva; in particolare, dovrebbe suggerire che la coordinazione interattiva tra il paziente e il terapeuta è presente, ma non è esageratamente vincolante, e che l'autoregolazione è mantenuta, ma non è eccessiva (Beebe e Lachmann, 2002; Tronick, 1998). Si ipotizza che tali aspetti possano contribuire a creare il clima relazionale avvertito durante la seduta e conseguentemente influire sulla percezione soggettiva dell'impatto di questa.

Allo scopo di valutare l'andamento delle SR, sono state prese in esame le "alternanze" (Alt.), descrivibili come i momenti, durante il colloquio, in cui si verifica un cambiamento nel tipo di coordinazione tra le due SR e si passa, ad esempio, da una fase in cui queste sono entrambe crescenti (fase positiva) ad una fase in cui una delle due cresce e l'altra decresce (fase negativa). Per ciascuna seduta è stato calcolato il numero di alternanze, supponendo che un alto numero avrebbe potuto rivelare la presenza di un basso grado di coordinazione tra le SR, mentre un numero basso avrebbe potuto indicare una coordinazione elevata. D'altra parte, perché i dati ricavati da sedute differenti potessero essere confrontati tra loro, è stato necessario considerare, oltre al numero delle alternanze, anche il numero di U.I. su cui queste si distribuivano; per questa ragione è stato introdotto il parametro U.I./alternanza (U.I./Alt.), rappresentativo del numero medio di U.I. presenti all'interno di una singola

alternanza: un alto valore di U.I./Alt., a cui corrisponde un basso numero di alternanze, sta a segnalare un alto grado di coordinazione tra le SR; al contrario, un valore basso di U.I./Alt. indica che le alternanze sono numerose e, dunque, che la coordinazione all'interno della seduta è ridotta.

Ai fini dell'analisi dei questionari SEQ e SIS, sono stati presi come riferimento gli studi di validazione di Rocco e collaboratori. In accordo con i risultati ottenuti per lo strumento originale (Stiles et al., 1994), la ricerca condotta sulla versione italiana del SEQ ha evidenziato tra tutte le dimensioni, fuorché tra *Arousal* e *Smoothness*, intercorrelazioni statisticamente significative (Rocco et al., 2017). Lo stesso si può dire per le intercorrelazioni emerse tra i fattori della SIS (Rocco et al., 2018a). Si è tenuto conto anche dei risultati della valutazione della validità convergente che, com'è noto, hanno rivelato correlazioni positive tra le dimensioni del SEQ e i fattori "positivi" della SIS e correlazioni negative con il fattore "negativo" *Hindering Impacts*.

Sono state, dunque, sviluppate le seguenti ipotesi di lavoro:

Ipotesi 1: Relazione tra il parametro U.I./Alt e la dimensione *Arousal*

Si ipotizza di rilevare una correlazione negativa tra il parametro U.I./Alt. e la dimensione *Arousal* del SEQ del paziente (SEQ P): ci si aspetta, cioè, che in presenza di un basso valore di U.I./Alt., e quindi di una ridotta coordinazione tra SRP e SRT, possa registrarsi un valore elevato della dimensione *Arousal* di SEQ P. Una bassa coordinazione tra le SR, comportando una maggiore richiesta di impegno durante la seduta, dovrebbe riflettersi in uno stato di maggiore attivazione interna del paziente e, di conseguenza, in un aumento dei punteggi del questionario relativi alla dimensione *Arousal*.

Ipotesi 2: Relazione tra U.I./Alt. e le dimensioni *Depth*, *Smoothness* e *Positivity*

Si ipotizza di rilevare correlazioni positive tra il parametro U.I./Alt. e le dimensioni *Depth*, *Smoothness* e *Positivity* del SEQ del paziente (SEQ P) e del terapeuta (SEQ T), ovvero di registrare, a fronte di un aumento del valore del parametro U.I./Alt., e dunque del grado di coordinazione tra le due SR, un aumento dei valori di tali dimensioni. Si può immaginare, infatti, che in presenza di una buona coordinazione – né troppo bassa né eccessivamente elevata – tra le SR, il

paziente e il clinico possano sentirsi più sicuri, bendisposti e fiduciosi al termine del colloquio (*Positivity*), avere l'impressione che l'incontro sia stato scorrevole e piacevole (*Smoothness*) e attribuire ad esso una maggiore profondità e un maggior valore (*Depth*). Per il paziente, inoltre, un buon grado di sintonizzazione potrebbe riflettersi in un'opinione più positiva del clinico e del suo operato; pertanto, è anche attesa una correlazione positiva tra U.I./Alt. e la dimensione *Good Therapist* di SEQ P.

### Ipotesi 3: Relazione tra le dimensioni di SEQ P e i fattori della SIS

Sulla base di quanto emerso dallo studio di Rocco e collaboratori (Rocco et. al., 2018a), ci si aspetta di trovare correlazioni significative tra le dimensioni del SEQ del paziente e i fattori della SIS. Più specificatamente, in linea con l'ipotesi 2, si prevede che le dimensioni *Depth*, *Smoothness*, *Positivity* e *Good Therapist* di SEQ P risultino correlate positivamente con i fattori *Task Impacts*, *Relationship Impacts* e *Helpful Impacts*, relativi ai benefici raggiunti grazie alla seduta, e negativamente con il fattore *Hindering Impacts*, descrittivo degli effetti negativi.

## CAPITOLO VI

### RISULTATI

I dati ottenuti per mezzo della procedura appena descritta sono stati inseriti nella tabella qui presentata (Tabella 1).

PAZIENTE		SEQ P					SEQ T				SIS				U.I. + ALTERNANZE + SR			
		Depth	Smooth.	Positivity	Arousal	Good T.	Depth	Smooth.	Positivity	Arousal	Task	Relat.	Help.	Hind.	N° U.I.	N° Alt.	U.I./Alt.	SRP-SRT
Mar.	4	6,17	5,50	3,83	2,83	7,00	4,50	3,83	3,67	4,33	3,00	3,75	3,38	2,00	11	2	5,500	-0,345
Mat.	2	5,00	6,17	4,83	6,17	6,67	4,17	5,17	5,00	5,33	2,60	4,50	3,55	1,60	16	8	2,000	,476*
	3	6,33	5,83	5,33	6,00	6,67	2,00	2,50	2,50	3,00	3,40	5,00	4,20	1,20	19	8	2,375	0,286
Ar.	1	4,67	5,33	3,83	3,50	5,67	5,33	4,50	5,50	5,50	2,00	2,75	2,38	1,20	13	4	3,250	-0,308
	2	4,67	3,17	3,50	4,00	5,67	5,67	4,50	5,83	5,50	3,40	3,50	3,45	1,40	13	6	2,167	0,033
	3	5,33	5,17	5,83	5,33	6,00	4,17	4,83	1,83	3,83	3,40	3,25	3,33	1,40	11	4	2,750	0,491
V.	1	3,67	5,50	5,17	3,17	5,33	4,50	4,50	3,33	4,67	1,80	3,00	2,40	1,00	15	4	3,750	0,350
	2	5,83	5,17	5,50	5,67	6,00	4,17	4,00	2,83	4,00	3,60	4,00	3,80	1,20	15	4	3,750	0,064
An.	3	5,83	3,50	4,33	4,33	4,67	5,33	5,50	6,00	5,33	3,00	3,00	3,00	1,40	18	9	2,000	0,263
	1	5,67	4,67	4,83	4,00	5,00	5,33	4,67	4,83	2,83	1,20	2,00	1,60	1,40	15	3	5,000	,557*
Se.	2	6,33	6,33	5,17	4,67	6,33	5,33	5,17	5,33	3,00	2,80	2,75	2,78	1,00	16	8	2,000	-0,171
	3	5,33	6,17	5,67	5,33	6,33	4,50	4,83	5,00	2,67	2,20	3,00	2,60	1,00	17	6	2,833	0,279

Tabella 1. Database dei dati raccolti.

Delle 18 sedute considerate in questo lavoro, 12 sono risultate idonee all'analisi. La tabella presenta, per ciascuna di queste, i valori relativi alle cinque dimensioni del SEQ del paziente (SEQ P), alle quattro dimensioni del SEQ del clinico (SEQ T) e ai quattro fattori della SIS, il numero di Unità Ideative (N° U.I.), il numero di alternanze (N° Alt.), il numero medio di Unità Ideative per alternanza (U.I./Alt.), il valore della correlazione tra la SR del paziente e la SR del terapeuta (SRP-SRT).

È stata effettuata l'analisi delle correlazioni. Per valutare la relazione tra le diverse variabili, è stato calcolato il coefficiente di correlazione di Spearman. La tabella più avanti riportata mostra i valori delle correlazioni (Tabella 2).

Ai fini dell'interpretazione dei valori ottenuti, si è tenuto conto sia della significatività statistica sia delle linee guida per la valutazione dell'entità dei coefficienti di correlazione fornite da Cohen (1988) che, in questo caso, suggeriscono di definire la correlazione "alta" quando  $\rho_s > .50$ , "media" quando  $.20 < \rho_s < .50$  e "bassa o nulla" quando  $\rho_s < .20$ . Inoltre è importante precisare che il metodo correlazionale consente di osservare la relazione tra le variabili in esame, offrendo una misura standardizzata del loro legame, ma non di stabilire la presenza di un rapporto di causalità tra di esse.

			Depth (P)	Smooth. (P)	Positivity (P)	Arousal (P)	Good T. (P)	Depth (T)	Smooth. (T)	Positivity (T)	Arousal (T)	Task	Relat.	Help.	Hind.	U.I./Alt.	SRP-SRT	
R h o  S p e a r m a n	Depth (P)	Coeff. di correlazione	1,000	0,250	0,186	0,281	0,420	-0,235	-0,091	-0,196	-,526*	0,400	0,181	0,360	0,038	-0,091	-0,211	
		Sign. (a una coda)		0,217	0,282	0,188	0,067	0,231	0,390	0,271	0,040	0,099	0,287	0,125	0,453	0,390	0,255	
	Smooth. (P)	Coeff. di correlazione		1,000	0,360	0,317	*,704**	-0,407	0,083	-0,176	-0,394	-0,243	0,117	0,014	-0,398	-0,167	-0,067	
		Sign. (a una coda)			0,125	0,157	0,005	0,095	0,398	0,292	0,103	0,223	0,359	0,483	0,100	0,302	0,418	
	Positivity (P)	Coeff. di correlazione			1,000	,600	0,177	-,656*	0,085	-,659*	-,684**	0,170	0,112	0,070	-,502*	-0,002	,498*	
		Sign. (a una coda)				0,020	0,291	0,010	0,396	0,010	0,007	0,299	0,365	0,414	0,048	0,498	0,050	
	Arousal (P)	Coeff. di correlazione				1,000	0,376	-,629*	0,220	-0,269	-0,309	0,418	,520*	,572*	-0,060	-,524*	0,407	
		Sign. (a una coda)					0,114	0,014	0,246	0,199	0,165	0,088	0,041	0,026	0,427	0,040	0,095	
	Good T. (P)	Coeff. di correlazione					1,000	-,575*	-0,285	-0,356	-0,253	0,302	,611*	,549*	0,138	-0,041	-0,232	
		Sign. (a una coda)						0,025	0,185	0,128	0,214	0,170	0,017	0,032	0,334	0,450	0,234	
	Depth (T)	Coeff. di correlazione						1,000	0,298	,811**	0,318	-0,355	-,703**	-,535*	-0,019	-0,087	-0,379	
		Sign. (a una coda)							0,174	0,001	0,157	0,129	0,005	0,037	0,477	0,393	0,112	
	Smooth. (T)	Coeff. di correlazione							1,000	,499*	-0,007	-0,282	-0,419	-0,346	0,013	-,631*	0,272	
		Sign. (a una coda)								0,049	0,491	0,188	0,088	0,135	0,484	0,014	0,196	
	Positivity (T)	Coeff. di correlazione								1,000	0,477	-0,269	-0,421	-0,276	0,047	-,459*	-0,431	
		Sign. (a una coda)									0,058	0,199	0,087	0,193	0,442	0,067	0,081	
	Arousal (T)	Coeff. di correlazione									1,000	0,098	0,152	0,146	0,359	-0,216	-0,369	
		Sign. (a una coda)										0,382	0,318	0,325	0,126	0,250	0,119	
	Task	Coeff. di correlazione											1,000	,687**	,864**	0,213	-0,242	-0,229
		Sign. (a una coda)												0,007	0,000	0,253	0,224	0,237
Relat.	Coeff. di correlazione												1,000	,926**	0,350	-0,139	0,011	
	Sign. (a una coda)													0,000	0,132	0,334	0,487	
Help.	Coeff. di correlazione													1,000	0,317	-0,303	-0,137	
	Sign. (a una coda)														0,158	0,169	0,336	
Hind.	Coeff. di correlazione														1,000	0,029	0,061	
	Sign. (a una coda)															0,464	0,425	
U.I./Alt.	Coeff. di correlazione															1,000	-0,035	
	Sign. (a una coda)																0,457	
SRP-SRT	Coeff. di correlazione																1,000	
	Sign. (a una coda)																	

\*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a una coda).  
\*\*. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a una coda).

Tabella 2. Valori delle correlazioni di Spearman tra le variabili considerate<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Non compaiono nella Tabella 2 i valori relativi al numero di Unità Ideative (N° U.I.) e al numero di alternanze (N° Alt.), confluiti nel parametro U.I./Alt.



L'analisi ha rivelato diverse correlazioni statisticamente significative che, in virtù delle ipotesi sviluppate, risultano interessanti per il presente lavoro.

Dalla lettura dei dati relativi al SEQ del paziente risalta la correlazione negativa ( $\rho_s = -.524, p < .05$ ) tra la dimensione *Arousal* e il parametro U.I./Alt. (ipotesi 1).

Per quanto riguarda le altre dimensioni del SEQ (ipotesi 2), non sono risultati statisticamente significativi i valori delle correlazioni tra U.I./Alt. e SEQ P, mentre alcune correlazioni inattese hanno coinvolto il parametro e le dimensioni del SEQ del terapeuta. È emerso un valore negativo associato alla correlazione tra U.I./Alt. e la dimensione *Smoothness* di SEQ T ( $\rho_s = -.631, p < .05$ ); in modo simile, benché in misura minore, appare correlata negativamente con U.I./Alt. anche *Positivity* di SEQ T ( $\rho_s = -.459$ ).

Osservando le correlazioni che uniscono le dimensioni dei due SEQ, si nota come *Positivity* di SEQ P presenti vari valori negativi statisticamente significativi: essa correla, infatti, negativamente con *Depth* ( $\rho_s = -.656, p < .05$ ) e *Positivity* ( $\rho_s = -.659, p < .01$ ) di SEQ T e con il fattore *Hindering Impacts* della SIS ( $\rho_s = -.502, p < .05$ ). Inoltre, si registra una correlazione negativa tra la dimensione *Good Therapist* e *Depth* di SEQ T ( $\rho_s = -.575, p < .05$ ).

Relativamente alla SIS (ipotesi 3), oltre alla già citata correlazione negativa tra *Positivity* di SEQ P e *Hindering Impacts*, si possono individuare alcune correlazioni significative. In particolare, si sottolineano le correlazione positive che legano la dimensione *Good Therapist* a *Relationship Impacts* ( $\rho_s = .611, p < .05$ ) e a *Helpful Impacts* ( $\rho_s = .549, p < .05$ ). D'altra parte, i valori delle correlazioni tra la dimensione *Depth* di SEQ T e i medesimi fattori – *Relationship Impacts* ( $\rho_s = -.703, p < .01$ ) e *Helpful Impacts* ( $\rho_s = -.535, p < .05$ ) – risultano negativi.

## CAPITOLO VII

### DISCUSSIONE

Prima di procedere nella verifica delle ipotesi, è opportuno ricordare che il campione utilizzato in questo lavoro è costituito da colloqui di consultazione. Si riferisce, cioè, alle prime tre o, in alcuni casi, quattro sedute offerte dal Servizio al fine di ottenere un quadro il più possibile chiaro ed esaustivo delle problematiche presentate dai pazienti e di valutare un'eventuale presa in carico. In questo senso, è inevitabile che i risultati risentano della fase estremamente precoce della terapia a cui il materiale clinico appartiene. L'interpretazione dei dati raccolti deve tenere conto di quanto detto sull'importanza dei fattori aspecifici riconducibili alla relazione e sul ruolo chiave giocato dall'alleanza all'interno del processo terapeutico.

#### Ipotesi 1: Relazione tra il parametro U.I./Alt e la dimensione *Arousal*

Stando alla prima ipotesi, ci si aspettava di trovare una correlazione negativa tra il parametro U.I./Alt., indicativo del grado di coordinazione tra SRP e SRT, e la dimensione *Arousal* del SEQ del paziente. In effetti, i risultati dell'analisi sembrano confermare tale ipotesi: la correlazione emersa tra U.I./Alt. e *Arousal* di SEQ P, pari a  $-0.524$ , è negativa, statisticamente significativa e classificabile come medio-alta secondo le linee guida di Cohen (1988). Come atteso, pare che la diminuzione del grado di coordinazione tra le SR abbia coinciso con l'aumento dei punteggi attribuiti dal paziente alla dimensione *Arousal* del questionario. Si può, dunque, ipotizzare che la ridotta coordinazione dei ritmi vocali possa aver influito sull'impegno richiesto al paziente durante il colloquio. Gli sforzi tesi a sintonizzarsi affettivamente con il clinico potrebbero essersi riflessi, ad un livello più consapevole, nella percezione di uno stato di maggiore attivazione interna e, di conseguenza, in punteggi di *Arousal* più elevati.

#### Ipotesi 2: Relazione tra U.I./Alt. e le dimensioni *Depth*, *Smoothness* e *Positivity*

La seconda ipotesi mirava a registrare la presenza di correlazioni positive tra il parametro U.I./Alt. e le dimensioni *Depth*, *Smoothness* e *Positivity* di SEQ P e SEQ T. In altri termini, perché l'ipotesi potesse dirsi confermata, era necessario

verificare che all'aumento dei valori inerenti a tali dimensioni dei questionari corrispondesse un aumento del valore del parametro U.I./Alt. Al contrario, dall'osservazione della tabella si deduce una lieve tendenza negativa delle correlazioni in questione che, tuttavia, per gran parte non risultano né statisticamente significative né rilevanti in base alle indicazioni di Cohen (1988). Si distinguono due buone correlazioni negative (medio-alte): quella, statisticamente significativa, tra U.I./Alt. e la dimensione *Smoothness* di SEQ T, pari a  $-.631$ , e quella, ai limiti della significatività statistica, tra U.I./Alt. e *Positivity* di SEQ T, pari a  $-.459$ . Allo stesso tempo, anche prendendo in considerazione esclusivamente i valori del SEQ, si possono notare alcune correlazioni negative tra SEQ P e SEQ T. Nel complesso, dunque, l'analisi delle correlazioni ha dato risultati diversi da quelli attesi – e per certi versi opposti – che meritano di essere esaminati e descritti dettagliatamente.

In primo luogo, stando ai valori appena menzionati, sembra che l'aumento della coordinazione dei ritmi vocali abbia generato nel clinico la sensazione di aver preso parte ad una seduta più tesa e difficile (*Smoothness*) e, seppure in misura minore, lo abbia indotto a sentirsi più incerto, meno fiducioso e bendisposto nei confronti del paziente (*Positivity*). Si tratta di un dato interessante che, per poter essere interpretato, necessita di essere letto alla luce degli altri valori trovati.

L'osservazione delle correlazioni tra SEQ P e SEQ T conduce, difatti, ad assegnare un ruolo di primo piano alla dimensione *Depth* di SEQ T e, più precisamente, al legame tra quest'ultima e le dimensioni *Positivity* e *Good Therapist* di SEQ P. Se, da un lato, una correlazione positiva e alta tra *Depth* e *Positivity* del SEQ del terapeuta era attesa ( $.811$ ), dall'altro, non ci si aspettava che *Positivity* ( $-.656$ ) e *Good Therapist* del SEQ del paziente ( $-.575$ ) risultassero correlate a *Depth* di SEQ T negativamente ed in modo statisticamente significativo. In altre parole, non sorprende che il clinico, avvertendo una maggiore profondità della seduta, abbia sperimentato – ed espresso nei punteggi assegnati agli item del questionario – emozioni più positive alla fine della stessa; era, invece, meno prevedibile che non si potesse dire lo stesso per il paziente, ovvero che l'aumentare della profondità percepita dal terapeuta coincidesse con l'espressione da parte del paziente di emozioni e giudizi più negativi. Pare che

quest'ultimo, in seguito a colloqui valutati dal clinico come più buoni, potenti e di valore (*Depth*), si sia sentito più triste, arrabbiato ed incerto (*Positivity*) e abbia giudicato il terapeuta più freddo, meno abile e affidabile (*Good Therapist*).

Presupponendo l'esistenza di una relazione tra quanto detto a proposito del parametro U.I./Alt. e la situazione poc'anzi descritta e volendo darne una lettura in termini clinici, si può ipotizzare che le risposte fornite dal paziente al questionario possano aver risentito di un clima relazionale caratterizzato, a livello paraverbale, da difficoltà di sintonizzazione. In particolare, i valori ottenuti costituirebbero l'effetto di una reazione inconsapevole del paziente ad una "pressione relazionale" esercitata dal clinico nel corso della seduta (Rocco, 2008). Il terapeuta potrebbe aver privilegiato, già nei primi colloqui, interventi tesi a raggiungere una maggiore profondità, sollecitando il paziente ad entrare in contatto con contenuti più autentici e nucleari. Tali tentativi potrebbero aver indotto il paziente ad attivare meccanismi difensivi e, in un secondo tempo, ad assegnare al clinico e alla seduta appena conclusa valutazioni più negative.

La presenza di una comunicazione paraverbale "difficile" potrebbe essere desunta anche dall'osservazione delle correlazioni che interessano le coppie delle dimensioni dei SEQ: risulta negativa – e alta – la correlazione tra le dimensioni *Positivity* di SEQ P e SEQ T (-.659), così come quella – ancorché bassa e non statisticamente significativa – che lega le due *Depth* (-.235), mentre quella tra le *Smoothness* è pressoché nulla (.083). Stando a questi valori, si è portati a pensare che i componenti della diade abbiano avuto percezioni diverse dell'andamento della seduta e che tali differenze possano aver inciso sulla ridotta coordinazione dei ritmi vocali.

Tornando al dato più rilevante, ovvero alla correlazione negativa tra la dimensione *Smoothness* di SEQ T e il parametro U.I./Alt., sulla base di quanto detto, l'ipotesi è che il terapeuta possa aver inconsapevolmente rielaborato gli aspetti di de-sintonizzazione affettiva in termini di complessità e pesantezza del colloquio. Sotto quest'ottica, i punteggi attribuiti alla dimensione costituirebbero, di fatto, la sua risposta ai meccanismi messi in atto dal paziente per opporsi agli interventi esplorativi.

### Ipotesi 3: Relazione tra le dimensioni del SEQ P e i fattori della SIS

La terza ipotesi era diretta a verificare se, coerentemente con i risultati raggiunti da Rocco e collaboratori (Rocco et. al., 2018a), anche per il campione considerato in questo lavoro fossero rilevabili correlazioni statisticamente significative tra le dimensioni del SEQ P e i fattori della SIS. Come già anticipato, erano attese correlazioni positive con i fattori “positivi” della SIS (*Task Impacts*, *Relationship Impacts* e *Helpful Impacts*) e correlazioni negative con il fattore “negativo” *Hindering Impacts*. Effettivamente dall’analisi sono emersi diversi valori in linea con quanto ipotizzato. La dimensione *Positivity* di SEQ P, ad esempio, correla negativamente ed in modo statisticamente significativo con *Hindering Impacts* (-.502). Si osservano correlazioni positive e significative (medio-alte) tra *Good Therapist* e *Relationship Impacts* (.611) e tra la medesima dimensione e *Helpful Impacts* (.549). Tali risultati non sembrano in contrasto con le precedenti riflessioni, in quanto, se non si tiene conto del grado di coordinazione esistente durante la seduta, è ragionevole aspettarsi che, per il paziente, una maggiore considerazione dei benefici tratti dal colloquio possa coesistere con una valutazione più positiva del clinico o che possa sentirsi meno fiducioso e bendisposto quando, invece, dà più rilievo agli effetti negativi.

Può darsi, invece, che le difficoltà di sintonizzazione, per come sono state finora descritte, abbiano trovato espressione nelle correlazioni tra SIS e SEQ T, risultate per buona parte negative. Tra queste, risaltano le correlazioni statisticamente significative che uniscono la dimensione *Depth* ai fattori *Relationship Impacts* (-.703) e *Helpful Impacts* (-.535) e che consentono di confermare come la percezione del clinico di una maggiore profondità della seduta sia associata a un impatto più negativo di questa sul paziente.

In conclusione, sembra che nei colloqui analizzati sia stato presente un clima relazionale caratterizzato da una limitata sintonizzazione affettiva, sulla quale potrebbero aver influito le differenze nella valutazione degli aspetti ritenuti positivi dal clinico e dal paziente. Pare, infatti, che tendenzialmente il terapeuta sia più propenso a considerare positivi i colloqui in cui avverte di poter ottenere un maggior accesso ad elementi più centrali, e verosimilmente conflittuali, dei quali

riconosce l'utilità per lo sviluppo del lavoro terapeutico. Al contrario, il paziente sembra preferire un incontro magari meno profondo, ma più agevole, in cui possa parlare di sé liberamente, senza dover necessariamente entrare in contatto con i propri stati emotivi più nucleari. È legittimo supporre che sulla situazione appena illustrata abbia avuto un peso considerevole la natura delle sedute prese in esame: il fatto che si tratti di colloqui di consultazione, nei quali non è stato ancora possibile stabilire una solida alleanza terapeutica, fa sì che il loro andamento sia ancor più condizionato dalle percezioni dei singoli membri e renda ancor più necessario il configurarsi di un'atmosfera empatica di sicurezza e comprensione.

## CONCLUSIONI

Lo studio descritto in questa tesi si è occupato di esplorare i processi e microprocessi terapeutici avvenuti nel corso di colloqui di consultazione ad orientamento psicodinamico. In particolare, l'esplorazione si è concentrata su alcuni aspetti della comunicazione non verbale, e più precisamente paraverbale, e quindi collocati al di fuori della consapevolezza, e sul loro legame con altri aspetti più consapevoli che compongono i colloqui clinici.

Il principale riferimento teorico è stato individuato negli studi dell'*Infant Research* che hanno mostrato come i modelli di interazione precoci – attivi già nella primissima infanzia, quando il “linguaggio” verbale non è ancora accessibile, e operanti prevalentemente a livello implicito – rimangano sostanzialmente invariati nel corso della vita e ricoprono un ruolo fondamentale nelle relazioni instaurate nell'età adulta, inclusa la relazione terapeutica (Beebe & Lachmann, 2002). Presupposti ulteriori sono stati offerti dai lavori condotti nell'ambito della ricerca in psicoterapia circa l'importanza della coordinazione dei ritmi vocali (*timing*), uno specifico aspetto della comunicazione implicita dimostratosi una componente particolarmente rilevante del processo terapeutico (Rocco, 2005, 2008; Rocco, et al., 2013; 2018b).

A partire da queste evidenze, si è tentato di costruire un disegno di ricerca che consentisse di analizzare le fluttuazioni nel *timing* (inconsapevoli) registrate durante i colloqui e di metterle in relazione con la valutazione soggettiva (consapevole) del clima relazionale percepito dal paziente e dal terapeuta. Per l'analisi del *timing* si è scelto di ricorrere alla metodologia di misurazione del parametro paraverbale *Speech Rate* (SR), ricavato dagli studi dell'*Infant Research* e indicativo della velocità di eloquio dei due parlanti. Per indagare il clima relazionale percepito sono stati impiegati i questionari *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) e *Session Impacts Scale* (SIS), sviluppati per la valutazione dell'impatto della seduta. Nello specifico, sono stati utilizzati i dati ottenuti dalle versioni in lingua italiana dei due strumenti, anche tenendo conto dei risultati degli

studi di valutazione della validità convergente disponibili in letteratura (Rocco et al., 2017; 2018a).

L'analisi delle correlazioni effettuata sui dati raccolti ha prodotto risultati interessanti che consentono di confermare la presenza di relazioni tra le fluttuazioni nel grado di coordinazione dei ritmi vocali e i valori relativi all'impatto della seduta. Relativamente ai colloqui presi in esame, tra gli indici considerati sono emerse diverse correlazioni negative che, secondo le ipotesi, potrebbero essere rappresentative di un clima relazionale caratterizzato, a livello paraverbale, da difficoltà di sintonizzazione affettiva. Tuttavia la natura dell'analisi realizzata fa sì che non sia possibile affermare con certezza che la qualità del clima relazionale dipenda effettivamente dal grado di coordinazione rilevato. I risultati di questo lavoro vanno, piuttosto, letti come un'ulteriore prova dell'importanza degli aspetti impliciti della comunicazione all'interno del processo terapeutico e del contributo significativo che questi apportano all'andamento dei colloqui.

Lo studio presenta, inoltre, alcuni limiti. In primo luogo, è stato utilizzato un campione abbastanza ristretto, costituito esclusivamente da colloqui di consultazione. Come già anticipato, è verosimile che la natura delle sedute impiegate abbia influito sui risultati e che il loro numero ne abbia condizionato l'attendibilità. A questo proposito, studi futuri potrebbero prevedere un campione più ampio, che comprenda sedute in cui la terapia sia avviata e sia già stato possibile stabilire una solida alleanza. Anche l'utilizzo di colloqui appartenenti a fasi diverse del trattamento potrebbe condurre a sviluppi promettenti.

Non ha influenzato la qualità del lavoro, benché costituisca comunque un elemento da considerare, la lunghezza della procedura seguita che, comportando un addestramento preliminare per poter essere padroneggiata e includendo diversi passaggi, richiede diverso tempo per essere portata termine.

Un miglioramento ulteriore potrebbe riguardare il disegno di ricerca che, in questo studio, ha esaminato un solo aspetto della comunicazione non verbale. Affiancando alla SR altri indici non verbali di processo (ad esempio, quelli relativi al rispecchiamento facciale), si potrebbero aprire nuove prospettive.



## BIBLIOGRAFIA

- ABBASS, A.A., HANCOCK, J.T., HENDERSON, J., & KISELY, S.R. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4).
- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- AUER, P., COUPER-KUHLEN, E., & MÜLLER, F. (1999). *Language in Time. The Rhythm and Tempo of Spoken Interaction*. New York: Oxford University Press.
- BARTLETT, M.R. (1950). A six month follow-up on the effects of personal adjustment counseling of veterans. *Journal of Counseling Psychology*, 14(5), 393-394.
- BEEBE, B., ALSON, D., JAFFE, J., FELDSTEIN, S., & CROWN, C. (1988). Vocal congruence in mother-infant play. *Journal of Psycholinguistic Research*, 17(3), 245-259.
- BEEBE, B., JAFFE, J., LACHMANN, F.M., FELDSTEIN, S., CROWN, C., & JASNOW, M.D. (2000). System models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 99-122.
- BEEBE, B., & LACHMANN, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions*. Hillsdale: The Analytic Press.
- BERNHEIM, H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Parigi: Octave Doin Éditeur. (Tr. it. *Della suggestione nello stato ipnotico e nello stato di veglia*. Mantova: Sometti, 2017).
- BEUTLER, L.E., & HARWOOD, M.T. (2002). What is and can be attributed to the Therapeutic Relationship?. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 25-33.
- BEUTLER, L.E., MALIK, M., ALIMOHAMED, S., HARWOOD, T.M., TALEBI, H., NOBLE, S., ET AL. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5<sup>th</sup> Ed. (pp. 227-306). Hoboken: John Wiley & Sons.

- BLAU T.H. (1950). Report on a method of predicting success in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 6(4), 403-406.
- BOHART, A.C., ELLIOTT, R., GREENBERG, L.S., & WATSON, J.C. (2002). Empathy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.
- BORDIN, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260.
- BOWLBY, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39(5), 350-373.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*, 1. New York: Basic Books.
- BRAAKMANN, D. (2015). Historical paths in psychotherapy research. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 39-65). Vienna: Springer-Verlag.
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York: Guilford Press.
- BUCCI, W. (2011). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment: it takes two to tango – but who knows the steps, who's the leader? The choreography of the psychoanalytic interchange. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1), 45-54.
- BUCCI, W., & KABASAKALIAN-MCKAY, R. (1992). *Scoring Referential Activity. Instructions for use with transcripts of spoken narrative texts*. Ulm: Ulmer Textbank. (Tr. it. Manuale per la codifica dell'attività referenziale. In A. De Coro, & G. Caviglia (Eds.), *La valutazione dell'Attività Referenziale*. Roma: Edizioni Kappa, 2000).
- BYERS, P. (1975). Biological rhythms as information channels in interpersonal communication behavior. In P. Klopfer, & G. Bateson (Eds.), *Perspectives in ethology*. New York: Plenum Press.
- CHAMBLESS, D.L., BAKER, M.J., BAUCOM, D.H., BEUTLER, L.E., CALHOUN, K.S., CRITS-CHRISTOPH, P., ET AL. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2<sup>nd</sup> Ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- COMER, J.S., & KENDALL, P.C. (2013). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6<sup>th</sup> Ed.* (pp. 21-48). Hoboken: John Wiley & Sons.
- CORNOLDI, C., & TAGLIABUE, M. (2013). *Incontro con la psicologia*. Bologna: il Mulino.
- CRITS-CHRISTOPH, P., GIBBONS, M.B.C., & MUKHERJEE, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6<sup>th</sup> Ed.* (pp. 298-340). Hoboken: John Wiley & Sons.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina.
- DAZZI, N., & CONTE, M. (1988). *La verifica empirica in psicoanalisi. Itinerari teorici e paradigmi di ricerca*. Bologna: il Mulino.
- DE BEI, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 505-537). Milano: Raffaello Cortina.
- DEL CORNO, F. (2006). Come leggere e capire un articolo di ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 65-90). Milano: Raffaello Cortina.
- DEL CORNO, F., & LANG, M. (2006). Empirically Supported Treatments vs Empirically Supported Relationships. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 49-64). Milano: Raffaello Cortina.
- DURLAK, J.A. (1995). Understanding meta-analysis. In L.G. Grimm, & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 319-352). Washington: American Psychological Association.
- ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, T., IMBER, S.D., SOTSKY, S.M., COLLINS, J.F., ET AL. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 971-983.
- ELLENBERGER, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.

- ELLIOTT, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1(2), 92-103.
- ELLIOTT, R., & WEXLER, M.M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174.
- EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- FARBER, B.A., & DOOLIN, E.M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58-64.
- FAVA, E. & MASSERINI, C. (2006). La valutazione dell'efficacia delle psicoterapie nei servizi pubblici. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 171-187). Milano: Raffaello Cortina.
- FONAGY, P., & TARGET, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Londra: Whurr Publishers. (Tr. it. *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, H., & STEELE, M. (1998). *Reflective-functioning manual for application to adult attachment interviews, Version 5. Unpublished document*.
- FRANK, J.D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FRANK, J.D., & FRANK, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, 3<sup>rd</sup> Ed.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FRENI, S., & PAPINI, S.P. (2006). Una rassegna critica degli strumenti utili per la ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 91-122). Milano: Raffaello Cortina.
- FREUD, S. (1922). Tr. it. Due voci di Enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido". In *Opere*, 9. Torino: Boringhieri, 1977.
- FREUD, S. (1927). Tr. it. Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale. Poscritto. In *Opere*, 10. Torino: Boringhieri, 1978.
- GABBARD, G.O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.

- GILL, M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psycho-Analysis*, 11(2), 161-179. (Tr. it. Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In F. Del Corno, & M. Lang (Eds.), *Psicologia Clinica*, 4 (pp. 128-157). Milano: Franco Angeli, 1989).
- GREENBERG, L.S, & PINSOF, W.M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- HALL, J.A., HARRIGAN, J.A., & ROSENTHAL, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology*, 4(1), 21-37.
- HARDY, G.E., & LLEWELNY, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 183-194). Vienna: Springer-Verlag.
- HILSENROTH, M.J., ACKERMAN, S.J., BLAGYS, M.D., BAITY, M.R., & MOONEY, M.A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 349-357.
- HOLLON, S.D., & BECK, A.T. (2013) Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6<sup>th</sup> Ed. (pp. 393-442). Hoboken: John Wiley & Sons.
- HORVATH, A.O., & BEDI, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- HORVATH, A.O., DEL RE, A.C., FLÜCKIGER, C., & SYMONDS, B.D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 9-16.
- HORVATH, A.O., & SYMONDS, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- JAFFE, J., BEEBE, B., FELDSTEIN, S., CROWN, C., & JASNOW, M.D. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2), 1-132.
- JAFFE, J., & FELDSTEIN, S. (1970). *Rhythms of dialogue*. New York: Academic Press.

- KAZDIN, A.E. (2002). Overview of research design issues in clinical psychology. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology, 2<sup>nd</sup> Ed.* (pp. 3-30). Hoboken: John Wiley and Sons.
- KERNBERG, O.F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., & VOTH, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic, 36*, 1-275.
- KIESLER, D.J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis.* Chicago: Aldine.
- KIESLER, D.J. (1979). An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 42*(4), 299-311.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., & CHEVRON, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic Books. (Tr. it. *Psicoterapia interpersonale della depressione.* Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- LAMBERT, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5<sup>th</sup> Ed.* Hoboken: John Wiley & Sons.
- LAMBERT, M.J. (2013a). Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6<sup>th</sup> Ed.* (pp. 3-20). Hoboken: John Wiley & Sons.
- LAMBERT, M.J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6<sup>th</sup> Ed.* (pp. 169-218). Hoboken: John Wiley & Sons.
- LEICHSENRING, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 401-419.
- LEICHSENRING, F., & RABUNG, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 300*(13), 1551-1565.
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S., & LEIBING, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 61*(12), 1208-1216.

- LINGIARDI, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina.
- LINGIARDI, V., & DAZZI, N. (2006). L'uso di trascrizioni di sedute nella ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 149-170). Milano: Raffaello Cortina.
- LINGIARDI, V., & FONTANA, A. (2003). La ricerca single-case: valutazioni e obiettivi. *Ricerca in Psicoterapia*, 7, 43-57.
- LIS, A., SALCUNI, S., ZINI, M., GENOVESE, D., DI RISO, D., & ZONCA, V. (2005). Analisi del processo su un caso singolo: confronto tra trascritto su memoria e trascritto audioregistrato. *Ricerca in psicoterapia*, 8(1), 9-47.
- LUBORSKY, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7(6), 407-417.
- LUBORSKY, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In N. Freedman, & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum Press.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books. (Tr. it. *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- LUBORSKY, L. (1990). Theory and technique in dynamic psychotherapy: Curative factors and training therapists to maximize them. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53(1-4), 50-57.
- LUBORSKY, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(4), 583-604.
- LUBORSKY, L., DIGUER, L., SELIGMAN, D.A., ROSENTHAL, R., KRAUSE, E.D., JOHNSON, S., ET AL. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T.P., BERMAN, J.S., LEVITT, J.T., ET AL. (2002). The Dodo verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.

- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?”. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- MANGINI, E. (2014). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Milano: LED Edizioni Universitarie.
- MARHABA, S. (2009). Le scuole e gli orientamenti della psicologia. In S. Marhaba (Ed.), *Elementi di base per la storia e l'epistemologia della psicologia* (pp. 17-57). Padova: Logos Edizioni.
- MARTIN, D.J., GARSKE, J.P., & DAVIS, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- MCALAVEY, A.A., & CASTONGUAY, L.G. (2015). The process of change in psychotherapy: common and unique factors. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 293-310). Vienna: Springer-Verlag.
- MIGONE, P. (1989). La difficoltà della ricerca in psicoterapia: alcune proposte di soluzioni operative. *Il Ruolo Terapeutico*, 51, 36-41.
- MIGONE, P. (1992a). Esiste ancora una differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica?. *Il Ruolo Terapeutico*, 59, 4-14.
- MIGONE, P. (1992b). Ancora sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 60, 44-47.
- MIGONE, P. (1996) La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXX, 2, 182-238.
- MILROD, B., LEON, A.C., BUSCH, Z.F., RUDDEN, M., SCHWALBERG, M., CLARKIN, J., ET AL. (2007). A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265-272.
- NORCROSS, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D.E., RØNNESTAD, M.H., & 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*, 5<sup>th</sup> Ed. (pp. 307-389). Hoboken: John Wiley & Sons.



- ORTU, F. (2006). Il transfert e la ricerca con il CCRT. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 271-299). Milano: Raffaello Cortina.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G.J, & TANNENBAUM, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- PARLOFF, M.B. (1985). Psychotherapy outcome research. In R. Michels, & J.O. Cavenar (Eds.), *Psychiatry, 1*. Philadelphia: Lippincott. (Tr. it. Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane, XXII, 3*, 9-39, 1988).
- PERRY, J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale. Unpublished manual*. (Tr. it. Defense Mechanism Rating Scale. In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa* (pp. 381-458). Milano: Raffaello Cortina, 2002).
- PHILIPPOT, P., FELDMAN, R.S., & COATS, E.J. (2003). *Nonverbal behavior in clinical settings*. New York: Oxford University Press.
- PONSI, M. (2006). Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: tradimento o traguardo?. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 715-739). Milano: Raffaello Cortina.
- PONTALIS, J., & LAPLANCHE, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Parigi: PUF. (Tr. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza, 1968).
- RIEKEN, B. (2015). The prehistory of psychotherapy and its implications for psychotherapy science: Shamanism, folk medicine, philosophy, and religion. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 9-37). Vienna: Springer-Verlag.
- ROCCO, D. (2005). Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate. *Ricerca in Psicoterapia, 8*(1), 127-147.
- ROCCO, D. (2008). Analisi empirica dell'influenzamento reciproco tra paziente e terapeuta. Il linguaggio dei contenuti ed il linguaggio delle emozioni. *Ricerca in Psicoterapia, 11*(1), 47-74.
- ROCCO, D., ANTONELLI, E., & SALCUNI, S. (2018a). The Italian validation of the Session Impacts Scale: A pilot study. *Applied Psychology Bulletin, 66*, 54-64.
- ROCCO, D., MARIANI, R., & ZANELLI, D. (2013). The role of non-verbal interaction in a short-term psychotherapy: Preliminary analysis and assessment of

- paralinguistic aspects. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 54-64.
- ROCCO, D., & MONTORSI, A. (2010). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico*. Padova: UPSEL Domeneghini Editore.
- ROCCO, D., PASTORE, M., GENNARO, A., SALVATORE, S., COZZOLINO, M., & SCORZA, M. (2018b). Beyond Verbal Behavior: An Empirical Analysis of Speech Rates in Psychotherapy Sessions. *Frontiers in Psychology*, 9, 978.
- ROCCO, D., SALCUNI, S., & ANTONELLI, E. (2017). A pilot study of the Italian adaptation of the Session Evaluation Questionnaire fourth version. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(2), 122-130.
- ROGERS, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy; its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. (Tr. it. *Terapia centrata sul cliente*. Bari: La Meridiana, 2007).
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: At last the Dodo said: "Everybody has won and all must have prizes". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- SAFRAN, J.D., CROCKER, P., MCMAIN, S., & MURRAY, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., & SAMSTAG, L.W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation. In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 225-255). Hoboken: John Wiley and Sons.
- SANAVIO, E. (2011). *Le psicoterapie*. Bologna: il Mulino.
- SANDER, L. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In M. Lewis, & L. Rosenblum (Eds.), *Interaction, conversation, and the development of language* (pp. 133-156). Hoboken: John Wiley & Sons.
- SEMI, A.A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina.

- SHAPIRO, D.A., & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604.
- SHEDLER, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- SLOANE, R.B., STAPLES, F.R., CRISTOL, A.H., YORKSTON, N.J., & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- SMITH, M.L., & GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., & MILLER, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SMITH, B., & SECREST, L. (1991). Treatment of Aptitude x Treatment Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 233-244.
- STERN, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton & Company.
- STILES, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L.M. (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). Hoboken: John Wiley and Sons.
- STILES, W.B., REYNOLDS, S., HARDY, G.E., REES, A., BARKMAN, M., & SHAPIRO, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 175-185.
- STRAYHORN, J.M. (1987). Control groups for psychosocial intervention outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 275-286.
- STRUPP, H.H., & HADLEY, S.W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136.
- TRONICK, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.

- TRONICK, E.Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.
- WALLERSTEIN, R.S. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- WALLERSTEIN, R.S., & FONAGY, P. (1999). Psychoanalytic research & IPA: History, present states, future potential. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 91-110.
- WALTZ, J., ADDIS, M.E., KOERNER, K., & JACOBSON, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- WAMPOLD, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- WAMPOLD, B.E., & IMEL, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The evidence for what makes psychotherapy work*, 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- WILLIAMS, R., & DAZZI, N. (2006). Il concetto di empatia tra clinica e ricerca empirica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 389-435). Milano: Raffaello Cortina.
- WOLFSON, A., & SAMPSON, H. (1976). A comparison of process notes and tape recordings: Implications for therapy research. *Archives of General Psychiatry*, 33(5), 558-563.
- WOLPE, J. (1969). *The practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press. (Tr. it. *Tecniche di terapia del comportamento*. Milano: Franco Angeli, 1984).
- WUNDT, W.M. (1874). *Grundzüge der physiologischen Psychologie*. Leipzig: Engelmann.
- ZENNARO, A., CRISTOFANELLI, S., & VOTTERO RIS, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 239-268). Milano: Raffaello Cortina.



**In questo momento mi sento:**

	molto	abbastanza	un po'	né /né	un po'	abbastanza	molto	
Felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triste
Arrabbiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ben disposto
In movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fermo
Incerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certo
Calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eccitato
Fiducioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pauroso
Sveglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assonnato
Amichevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostile
Lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veloce
Energico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacioso
Coinvolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distaccato
Quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attivato

**Oggi ho sentito che il mio psicologo era:**

	molto	abbastanza	un po'	né /né	un po'	abbastanza	molto	
Abile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non abile
Freddo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caldo
Affidabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inaffidabile

# APPENDICE B

## SIS

Le chiediamo, per ciascuna delle affermazioni sottostanti, di mettere una crocetta nella colonna che meglio descrive la sua risposta.

Ad ogni domanda dovrà attribuire un punteggio secondo la seguente scala:

1. Per nulla
2. Poco
3. Abbastanza
4. Molto
5. Moltissimo

		Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
		1	2	3	4	5
1	<i>Ho compreso qualcosa di nuovo su me stesso: A seguito della seduta ora ho una nuova visione di me stesso, ovvero ho compreso qualcosa di nuovo di me; vedo un nuovo collegamento o capisco perché io facevo o sentivo qualcosa (Nota: ci dovrebbe essere un senso di "novità" come risultato di qualcosa che è successo durante la seduta)</i>					
2	<i>Ho compreso qualcosa di nuovo su qualcun altro: A seguito della seduta ora ho una nuova visione di un'altra persona, ovvero ho compreso qualcosa di nuovo su qualcun'altro o sulla gente in generale (Nota: Un senso di "novità" dovrebbe essere presente)</i>					
3	<i>Maggiore consapevolezza, oppure maggiore chiarezza, riguardo sentimenti, esperienze. A seguito di questa seduta sono stato capace di entrare in contatto con i miei sentimenti, pensieri, ricordi, o altre esperienze; sono diventato più consapevole delle esperienze che ho evitato; alcuni miei sentimenti o esperienze che erano non chiare sono diventate più chiare (Nota: con "diventare più chiaro" ci si riferisce al <i>che cosa</i> lei sta sentendo piuttosto che al <i>perché</i> sta sentendo qualcosa)</i>					

		Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
		1	2	3	4	5
4	<i>Definizione di problemi sui quali lavorare.</i> A seguito di questa seduta ho una più chiara comprensione di cosa ho bisogno di cambiare nella mia vita o su che cosa debbo lavorare durante la consultazione, di quali siano i miei obiettivi					
5	<i>Progressi verso la conoscenza di cosa fare riguardo ai miei problemi.</i> A seguito di questa seduta ho capito i possibili modi di affrontare situazioni o problemi particolari; ho preso una decisione o ho risolto un conflitto rispetto a cosa fare; adesso ho l'energia o sono deciso a fare qualcosa diversamente					
6	<i>Sento che il mio psicologo mi capisce.</i> A seguito di questa seduta mi sento più profondamente compreso, che qualcun'altro (il mio psicologo) capisce davvero cosa mi sta succedendo o come io sono come persona					
7	<i>Mi sento sostenuto o incoraggiato.</i> A seguito di questa seduta mi sento sostenuto, rassicurato, confermato o incoraggiato dal mio psicologo; mi sento meglio, oppure ho iniziato a piacermi di più; sono diventato più speranzoso circa me stesso o il mio futuro					
8	<i>Mi sento sollevato, più a mio agio.</i> A seguito di questa seduta sento sollievo da sentimenti scomodi o dolorosi; mi sento meno nervoso, depresso, in colpa o arrabbiato in generale o rispetto alla consultazione psicologica					
9	<i>Mi sento coinvolto nella consultazione psicologica o incline a lavorare più duramente.</i> A seguito di questa seduta, sono diventato più coinvolto in quello che devo fare nella consultazione; il mio pensiero è stato stimolato; voglio lavorare più duramente; sono diventato più speranzoso che ciò che faccio nella consultazione mi sia di aiuto; sento che posso essere più aperto con il mio psicologo					



		Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
		1	2	3	4	5
10	<i>Mi sento vicino al mio psicologo.</i> A seguito di questa seduta, ho avvertito che il mio psicologo ed io stiamo davvero lavorando assieme per aiutarvi; sono colpito dal mio psicologo come persona, mi fido, mi piace, lo rispetto o ammiro					
11	<i>Più disturbato da pensieri spiacevoli o propenso a scacciarli via.</i> La seduta mi ha fatto pensare a idee spiacevoli o paurose, a ricordi o sentimenti non utili; mi ha fatto scacciare via certi pensieri o sentimenti o mi ha messo nello stato d'animo di evitarli					
12	<i>Troppa pressione o insufficiente presenza dallo psicologo.</i> A seguito della seduta, sento che su di me è stata fatta troppa pressione perché facessi qualcosa, nella consultazione o al di fuori di essa; mi sono sentito abbandonato dal mio psicologo o mi sono sentito lasciato troppo da solo					
13	<i>Sento che il mio psicologo non mi comprende.</i> A seguito della seduta mi sento frainteso; sento che il mio psicologo semplicemente non mi capisce o non può capire me o quello che stavo dicendo					
14	<i>Mi sento attaccato o che il mio psicologo non è interessato.</i> A seguito della seduta mi sento criticato, giudicato o represso dal mio psicologo; sento che è freddo, annoiato, e che non gli importa di me					
15	<i>Confuso o distratto.</i> A seguito della seduta mi sento più confuso circa i miei problemi o questioni; mi sento allontanato o sviato dalle cose che sono, o erano, importanti per me					
16	<i>Impaziente o in dubbio circa il valore della consultazione.</i> A seguito di questa seduta mi sento più annoiato o impaziente circa i progressi della consultazione o rispetto al dover andare sempre avanti a parlare delle stesse vecchie cose; ho sentito che la consultazione è inutile o che non va da nessuna parte					

		Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
		1	2	3	4	5
17	<i>Altri importanti impatti.</i> Per favore descriva e dia un punteggio ad altri importanti impatti che possono esserci stati a seguito della seduta _____					
	_____					
	_____					
	_____					
	_____					

*Grazie per la sua preziosa collaborazione!!*

