



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione - DPSS**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Transfert e Tema Conflittuale Relazionale Centrale: storia di un
costrutto tra clinica e ricerca**

**Transference and Core Conflictual Relationship Theme: history of a construct
between clinical practice and research**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureando: Samuele Cauzzo
Matricola: 2023791

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Capitolo 1. Il <i>transfert</i> e il CCRT	1
1.1 Freud e il <i>transfert</i>	1
1.2 CCRT: Storia di un costrutto	3
1.2.1 Luborsky e il CCRT	3
1.2.2 Lavorare con il CCRT	4
1.3 CCRT: tra ricerca e clinica	8
Capitolo 2. La ricerca empirica in psicoterapia con il CCRT	11
2.1 <i>Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single-case study. (Locati et al., 2016)</i>	11
2.2 <i>The process of change in psychotherapy with a pregnant patient following perinatal losses: an analysis of a case study (Cohen et al., 2019)</i>	16
2.3 <i>Core Interpersonal Patterns in Complex Trauma and the Process of Change in Psychodynamic Therapy: A Case Comparison Study (Van Nieuwenhove & Meganck, 2020)</i>	21
Capitolo 3. Discussione	27
Bibliografia	29

Capitolo 1. Il transfert e il CCRT

1.1 Freud e il transfert

“Ogniqualvolta sottoponiamo al trattamento psicoanalitico un soggetto nervoso, compare in lui il sorprendente fenomeno della cosiddetta traslazione, vale a dire egli rivolge sul medico una certa quantità di moti di tenerezza, abbastanza spesso frammisti a ostilità, che non sono fondati su alcun rapporto reale e che non possono che derivare, date le particolarità della loro comparsa, dagli antichi desideri fantastici del malato divenuti inconsci. Quella parte della sua vita emotiva che egli non riesce più a richiamare alla memoria, viene dunque da lui rivissuta nel suo rapporto con il medico ed è solo attraverso codesta riviviscenza nella “traslazione” ch’egli si convince dell’esistenza, nonché della potenza, degli impulsi sessuali inconsci” (Freud, 1909, p. 169).

Il *Poscritto*, un documento di Freud successivo al caso di Dora (1901), racchiude la prima riflessione sull’importanza del *transfert* o “traslazione” (Freud, 1892-95), il fattore principale che aiuta Freud a spiegare l’interruzione precoce della terapia da parte della paziente. Il *transfert* assume così una connotazione negativa di resistenza, di ostacolo che mina il trattamento psicoanalitico.

È del 1912 il saggio *Dinamica della traslazione*, in cui Freud approfondisce la teoria del *transfert* e ne mette in evidenza sia l’origine che la funzione durante il trattamento. Per quanto concerne la sua origine, Freud ne individua le radici nelle componenti innate della persona, nei comportamenti stereotipati che caratterizzano le relazioni dei pazienti e nei modelli primari di relazione che sono stati introiettati durante i primi anni di vita. Secondo Freud, una parte della libido generata da queste esperienze precoci si sviluppa e diventa cosciente, mentre un’altra parte viene rimossa e rimane silente, inconscia; è proprio da quest’ultima che origina il fenomeno della traslazione. Scrive Freud: *“È dunque normalissimo e comprensibile che l’investimento libidico, parzialmente insoddisfatto, [...] si rivolga anche alla persona del medico”* (Freud, 1911-12, p. 524). Conformemente al principio di piacere, che rappresenta il fondamento del funzionamento dell’inconscio, la libido, non trovando nella vita della persona una destinazione in cui raggiungere il soddisfacimento, trova nella situazione analitica un analista-bersaglio sul quale scaricarsi. Per quanto riguarda la funzione del *transfert*, il “primo” Freud non ha dubbi: si tratta di una resistenza. Se è vero che il compito della cura psicoanalitica è la ricerca del percorso a ritroso della libido per poterla porre al servizio della coscienza, è altresì vero che

l'analista diventa un nemico dal quale difendersi. Lo stesso Freud utilizza diverse metafore belliche per sottolineare che durante il trattamento si assiste a una battaglia in cui il nucleo patologico del paziente si oppone alle forze di cambiamento rappresentate dall'analista (Rocco & Montorsi, 2010).

È del 1914 il saggio “*Ricordare, ripetere ed elaborare*”, nel quale Freud formula alcune osservazioni legate ai concetti del titolo dell'opera interrelati con il tema del *transfert* e della tecnica; dopo un breve *excursus* riguardo quest'ultima, in cui sottolinea il passaggio dal metodo catartico al metodo delle libere associazioni, l'autore mette in evidenza le differenze tra i due procedimenti. Nel metodo catartico il paziente in stato di *trance*, si ritrovava mentalmente in un evento del passato. Il racconto di questo evento al medico permetteva a quest'ultimo di interpretare la resistenza del paziente. Il commento del medico consentiva l'accesso alla coscienza dell'affetto rimosso legato al ricordo, il che comportava per il paziente una scarica libidica con conseguente remissione dei sintomi e guarigione. Con la tecnica delle libere associazioni, il ricordare non è più solo un processo mentale, ma diviene un'azione: il paziente non soltanto ricorda l'evento precedentemente rimosso, ma lo riattualizza nella relazione terapeutica. Quando Freud si accorge che il paziente riedita nella relazione con il terapeuta i propri contenuti rimossi, introduce i concetti di coazione a ripetere e nevrosi di *transfert* (Freud, 1915-17). Per coazione a ripetere l'autore intende il carattere ripetitivo degli schemi relazionali del paziente nel corso del tempo, mentre per nevrosi di *transfert*, fa riferimento al fatto che la nevrosi di cui soffre il paziente, fa la sua comparsa nella scena analitica concentrandosi intorno alla figura dell'analista. Il *transfert*, che ora viene motivato non più solo dalla resistenza, ma anche dalla coazione a ripetere, diventa l'elemento centrale del trattamento psicoanalitico. La rielaborazione è la componente che incamera il processo trasformativo: non è più sufficiente nominare al paziente la resistenza, ma bisogna lasciare che egli vi si immerga e la rielabori, in modo da scoprire insieme al medico “[...] *i moti pulsionali che la alimentano*” (Freud, 1914, p. 361).

In conclusione, si può dire che il *transfert*, per il “secondo” Freud, cessa di essere considerato solamente un ostacolo al processo di cura, ma diventa una componente essenziale che si fa strumento di comprensione e di interpretazione al servizio dell'analista.

1.2 CCRT: Storia di un costrutto

Dopo Freud, diversi autori di matrice psicoanalitica recuperarono il concetto “*cliché di transfert*”, riconoscendo all’interno della vita psichica dei pazienti l’esistenza di un tema unico e pervasivo con un’alta frequenza di ripetizione. In questo filone di pensiero si collocano le riflessioni di Jacob Arlow (1961, 1969a e 1969b) che scrisse di fantasie inconscie che prendono forma nei primi anni di vita e si mantengono inalterate nell’arco della vita della persona (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Oltre agli autori psicoanaliticamente orientati, anche gli studiosi della personalità concettualizzarono qualcosa di simile a ciò che Luborsky avrebbe poi definito “tema relazionale conflittuale centrale”. Tra questi, spicca per importanza il lavoro di Henry Murray (1938), autore del Test di Appercezione Tematica (TAT), che elaborò una versione del concetto di cliché di transfert con una sfumatura diversa da quelle precedenti. Introducendo uno dei casi clinici all’interno di un capitolo dell’opera *Explorations in personality*, Murray spiegò il concetto di “unità-tema”, cioè “[...] un composto di bisogni dominanti, tra loro in rapporto di tipo cooperativo o conflittuale, legati alle pressioni alle quali l’individuo fu esposto in una o più occasioni particolari, gratificanti o traumatiche, nella prima infanzia...” (Murray, 1938, p. 604-605). Un altro pensiero che si avvicina al concetto di *cliché di transfert* fu quello di “copione nucleare”, elaborato da Silvan S. Tomkins nel 1979, che venne recuperato poi da R. Carlson (1981) che parlò invece di “scena nucleare”: così come nel mondo teatrale per copione si intende un insieme di regole date a una persona per affrontare una serie di scene, nella concettualizzazione di Tomkins un copione nucleare consiste nel reinterpretare nel qui ed ora una serie di scene, così come erano accadute nell’infanzia. Altri autori il cui pensiero si avvicinò al costrutto di *cliché* freudiano, appartenevano al filone della teoria delle relazioni oggettuali: per nominarne alcuni, si pensi a Bowlby (1973) e i suoi modelli di attaccamento e Sroufe e Waters (1977) con gli studi sui modelli relazionali dei bambini.

1.2.1 Luborsky e il CCRT

Lester Luborsky, psicologo e ricercatore americano, è l’autore del metodo del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) o Tema Relazionale Conflittuale Centrale (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Il CCRT nasce dall’esigenza di sistematizzare la lettura del *transfert* e del *cliché di transfert*, fenomeni che, come sopra illustrato, avevano impegnato l’attività di concettualizzazione di molti autori a lui precedenti. Il costrutto del

tema relazionale conflittuale centrale, così come lo conosciamo oggi, cominciò a delinearsi all'interno di un progetto di ricerca che aveva in realtà l'obiettivo più ampio di creare un metodo per lo studio dell'alleanza terapeutica. Solo quando tale metodo fu concluso, l'autore poté dedicare la propria attività di ricerca sull'origine della capacità dei pazienti di instaurare una più o meno solida alleanza terapeutica, dal momento che l'ipotesi era che l'alleanza terapeutica potesse essere una delle molteplici manifestazioni possibili del tema relazione centrale del paziente. Per studiare il fenomeno, l'autore cominciò un'analisi delle interazioni tra terapeuta e paziente registrate durante alcune sedute di psicoterapia, ponendo l'attenzione su tre categorie di elementi: i desideri del paziente, le risposte degli altri a questi desideri e la reazione del paziente a queste risposte; (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).

Il metodo del CCRT venne pubblicamente esposto durante l'incontro del *Downstate Medical Center* del 1976. Quell'anno segnò l'inizio di un fiorire di ricerche e strumenti per la misura del *transfert*, volti ad ottenere ciò che i clinici all'interno dei propri studi avevano sempre cercato, ovvero un modo per offrire la loro migliore interpretazione alle comunicazioni conscie e inconscie dei propri pazienti. Il CCRT divenne il primo metodo per ricavare inferenze affidabili sui contenuti relazionali che emergevano nel corso della psicoterapia e che potevano essere utilizzati a scopo oltre che clinico, di ricerca.

Il nome del metodo Tema Relazionale Conflittuale Centrale fu pensato per essere di per sé esplicativo. La parola *Tema* sottolinea le difficoltà relazionali come una costante nelle relazioni significative della vita del paziente: con la famiglia, i colleghi di lavoro, il terapeuta, il gruppo degli amici, relazioni appartenenti tanto al presente quanto al passato. Le parole *Relazionale* e *Conflittuale* indicano una discordanza tra ciò che il paziente desidera all'interno della relazione e ciò che invece riceve; a volte il termine *conflittuale* si riferisce alla disarmonia tra ciò che il paziente desidera consapevolmente e ciò che inconsciamente ricerca all'interno delle relazioni. Il termine *Centrale* si riferisce alla centralità delle difficoltà nelle relazioni sperimentate dal soggetto; solitamente rappresenta anche il centro dei sintomi manifestati dalla persona (Book, 1998).

1.2.2 Lavorare con il CCRT

Il metodo del CCRT si fonda sull'individuazione di unità narrative, chiamate episodi relazionali (RE). Un RE è solitamente una storia che il paziente racconta al terapeuta (o

un'azione che mette in atto con lui) riguardo un'interazione con altre persone (incluso il terapeuta) o con il Sé (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).

Il metodo prevede due fasi: la prima consiste nel ricercare gli episodi relazionali all'interno della trascrizione della seduta. Per la ricerca degli RE, la condizione ottimale sarebbe usufruire sia della trascrizione che della registrazione audio del colloquio, in modo tale che l'esaminatore possa cogliere anche gli aspetti para verbali e non-verbali, quali i cambiamenti di tono della voce e i silenzi. Sette RE sono un numero sufficiente ed esaustivo per arrivare alla formulazione del tema relazionale conflittuale centrale.

La seconda fase consiste nell'identificare le tre componenti del CCRT: i desideri (*wish-W*), che rappresentano le intenzioni del paziente all'interno della relazione e verso le altre persone, ovvero sono un'affermazione del desiderio del paziente, la risposta degli altri (*response from others -RO*), una risposta affettiva da parte dell'altro al desiderio del paziente e, in ultimo, la risposta del sé (*response from self-RS*), che rappresenta la risposta del paziente alla RO.

Una volta identificati gli RE e le relative componenti, per poter procedere nella siglatura, l'esaminatore deve aver chiaro qual è il compito del suo lavoro: la ricerca pura o la clinica. Nel primo caso, si rifarà alle categorie cosiddette "standard", che consentono l'utilizzo di un linguaggio comune che facilita il confronto quantitativo dei CCRT dei singoli pazienti anche tra esaminatori differenti. Nel secondo caso, l'esaminatore farà riferimento alle cosiddette categorie "su misura", più adatte al lavoro clinico in quanto utilizzate dai terapeuti per ottenere una formulazione psicodinamica del funzionamento del singolo paziente (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, p. 57).

Scelta la cornice di lavoro e deciso a quali categorie, tra standard o su misura, fare riferimento, le risposte del Sé e le risposte dell'Altro vengono suddivise in due tipologie: *positive* o *negative*. Positive sono quelle risposte che riflettono l'aspettativa del paziente di non interferenza nella soddisfazione dei desideri e/o ad un sentimento di padronanza della situazione/relazione. Quelle negative implicano che per il paziente sia avvenuta (o avvenga) un'interferenza nella soddisfazione dei desideri. Operativamente, l'esaminatore sigla i tre elementi (W, RO e RS) sul trascritto della seduta, di fianco ad ogni RE.

Oggi, durante l'operazione di siglatura vengono utilizzate delle tabelle per raccogliere i punteggi e aiutare l'esaminatore a cogliere più velocemente i temi più frequenti e dominanti nel paziente.

Il CCRT del paziente si ottiene osservando quali tra W, RO e RS compaiono più frequentemente nella siglatura del testo della seduta. Da queste osservazioni si evince la pervasività del tema conflittuale del paziente, intesa come rapporto tra il numero di RE in cui è presente il CCRT e il numero di RE totali considerati per estrapolarlo. Grazie alle categorie di riferimento (standard o su misura) si riesce a identificare il tema conflittuale centrale.

A titolo esemplificativo, vengono mostrate le tabelle di siglatura in riferimento alle categorie standard:

Valutazioni dell'unità di pensiero su una scala da 1 a 5

Categorie standard del CCRT:
DESIDERI
 Data: _____
 Valutatore: _____
 (Scrivere l'unità di pensiero, valutarla →
 e annotare se il desiderio è positivo o negativo)

Terza edizione (clusterizzata)	Seconda edizione						
1. Impormi ed essere indipendente	21. Avere autocontrollo						
	28. Essere una persona con un proprio stile (essere me stesso)						
	34. Impormi (afferfarmi)						
	23. Essere indipendente						
2. Contrastare, ferire e controllare gli altri	18. Oppormi agli altri						
	16. Ferire gli altri						
	19. Esercitare controllo sugli altri						
3. Essere controllato, ferito e non responsabile	15. Essere ferito						
	20. Essere controllato dagli altri						
	29. Non sentirmi responsabile o obbligato						
	13. Essere aiutato						
	27. Essere come un altro (essere come gli altri)						

Tabella 1.1: Esempio tabella di siglatura del CCRT con le categorie standard per la valutazione del desiderio
 (Luborsky & Luborsky, 2006).

Valutazioni dell'unità di pensiero su una scala da 1 a 5

Categorie standard del CCRT:
 RISPOSTE DELL'ALTRO
 Data: _____
 Valutatore: _____
 (Scrivere l'unità di pensiero, valutarla →
 e annotare se il desiderio è positivo o negativo)

Terza edizione (clusterizzata)	Seconda edizione				
1. Forte	24. È forte				
	23. È indipendente				
	29. È felice				
2. Dominatore (controllante)	26. È severo				
	20. Mi domina (mi controlla)				
3. Sconvolto (fuori di sé)	16. È ferito				
	22. È dipendente				
	28. È ansioso				
	27. È arrabbiato				
	19. Non è controllabile (è fuori controllo)				
4. Cattivo	8. Non è degno di fiducia				
	25. È cattivo				
5. Mi rifiuta e mi contrasta (rifiutante/ oppositivo)	7. Non ha fiducia in me				
	6. Non mi rispetta				
	2. Non è comprensivo				
	4. Mi rifiuta				
	10. Non gli piaccio				
	12. È distante				
	14. Non è disposto ad aiutarmi				
	17. Mi contrasta				
15. Mi ferisce					

Valutazioni dell'unità di pensiero su una scala da 1 a 5

Categorie standard del CCRT:
 RISPOSTE DEL SÉ
 Data: _____
 Valutatore: _____
 (Scrivere l'unità di pensiero, valutarla →
 e annotare se il desiderio è positivo o negativo)

Terza edizione (clusterizzata)	Seconda edizione				
1. Disposto ad aiutare	7. Sono aperto				
	1. Capisco				
	9. Sono disposto ad aiutare				
2. Poco ricettivo	2. Non capisco				
	8. Non sono aperto				
	6. Non mi piacciono gli altri				
3. Rispettato e accettato	28. Mi sento a mio agio				
	29. Mi sento felice				
	30. Mi sento amato				
	4. Mi sento rispettato				
	3. Mi sento accettato				
5. Mi piacciono gli altri					

Tabella: Esempio tabella di siglatura del CCRT con le categorie standard per la valutazione delle risposte dell'altro a sinistra e per la valutazione delle risposte del Sé a destra. (Luborsky & Luborsky, 2006).

Secondo Luborsky e Crits-Christoph le tre componenti sono da considerarsi in relazione tra loro dal momento che il conflitto è solitamente tra il desiderio e le risposte degli Altri e del Sé.

Per ottenere un'immagine completa del CCRT è utile considerare le tre dimensioni temporali e spaziali alle quali si rifà: la prima è la relazione nel *hic et nunc* tra paziente e terapeuta; la seconda sono le relazioni (nel presente) esterne al setting terapeutico, come la famiglia, gli amici, i colleghi, ecc.; la terza è rappresentata dalle relazioni del passato,

specialmente quelle con i *caregiver*. Delle tre dimensioni, quella tra paziente e terapeuta nel “qui ed ora” ha più di tutte le potenzialità per essere lo spazio in cui si dispiega la cura, in quanto si possono ri-vivere diverse tipologie di esperienze, anche traumatiche, ma in una dimensione protetta. Nel metodo del CCRT si parla di ‘attualizzazione’ per indicare non la descrizione di una interazione, ma l’“*acting out*” del paziente che agisce il suo tema conflittuale nella relazione terapeutica. Un’attualizzazione si potrebbe definire una messinscena inconscia del CCRT con il terapeuta. Quando si verifica un’attualizzazione, è importante che il terapeuta riconosca questo comportamento e lo commenti: è solo attraverso il commento del terapeuta, infatti, che l’azione può venir tradotta da processo a contenuto, dal quale poter estrapolare il Desiderio (W), la Risposta del Sé (RS) e la Risposta dell’Altro (RO) tipici del paziente per poterne fare materiale clinico e di cura (Book, 1998). In questo modo, la relazione tra paziente e terapeuta viene a costituire il palcoscenico privilegiato per l’attivazione, la messa in atto, nonché la potenziale risoluzione dei conflitti relazionali del paziente.

1.3 CCRT: tra ricerca e clinica

Il campo della ricerca e della psicoterapia sono due realtà essenzialmente differenti che hanno trovato nel corso del tempo il modo di intrecciarsi e arricchirsi vicendevolmente. Nei decenni, si sono sviluppati metodi di ricerca in psicoterapia capaci di misurare i fenomeni che emergevano nella prassi clinica senza sminuirne la complessità e allo stesso tempo di corrispondere agli standard scientifici di validità (Dazzi et al., 2006). L’analisi del *transfert*, fenomeno riconosciuto e utilizzato dai clinici di stampo psicoanalitico e psicodinamico, è sempre stato sul podio dei temi di dibattito in contesti sia clinici che di ricerca. Con Luborsky, nella seconda metà del 1900, si osserva un fiorire di ricerche in ambito psicologico per studiare e sistematizzare lo studio di questo fenomeno che, come dimostra la pratica clinica, è un prezioso elemento attraverso cui passa la cura.

Nei decenni successivi allo sviluppo del metodo del CCRT si sono ottenuti diversi risultati dalla ricerca empirica per la validazione del costrutto di Tema Relazionale Conflittuale Centrale: il ricorso alla fMRI (*functional Magnetic Resonance Imaging*) ha consentito di individuare alcune aree cerebrali associate all’attività mentale del tema relazionale conflittuale del paziente: cervello sinistro dell’ippocampo, del giro paraippocampale e del giro mediano occipitale. (Loughead et al., 2010).

Per quanto riguarda l’attendibilità del CCRT, è stata definita soprattutto in termini di

concordanza tra il CCRT e il metodo della RAP (intervista sugli aneddoti relazionali), altro strumento per l'indagine del *transfert* (Luborsky & Luborsky, 2006, p. 74). I ricercatori hanno definito attendibile il metodo del CCRT soprattutto per il confronto tra l'accordo delle valutazioni dei temi relazionali conflittuali dei pazienti compiute tra giudici di pari esperienza, quello tra giudici più e meno esperti e quello sull'attendibilità dello *scoring*. Luborsky e Crits-Christoph (1990) hanno riscontrato valori medi di *k* (Coefficiente di Cohen) di 0,60 per la componente W, 0,68 per RO e 0,71 per RS; valori che indicano un elevato livello di attendibilità tra i giudici (Luborsky & Luborsky, 2006, p.75-76).

Per quanto concerne la validità del metodo, questa è riconducibile alla concordanza tra le osservazioni freudiane sul *transfert* e i dati ottenuti applicando il metodo al materiale clinico.

Le principali osservazioni su cui c'è concordanza sono: il *transfert* segue un modello principale che è pervasivo; quando comincia la terapia si concentra intorno alla figura del terapeuta; il suo modello principale è presente sia all'interno che all'esterno della terapia; si presenta non solo nelle narrative, ma anche nei sogni e nelle fantasie; ha una bassa velocità di cambiamento; si mantiene costante nel tempo, dalle relazioni parentali precoci a quelle nella vita adulta; la non sovrapponibilità del CCRT tra pazienti diversi corrisponde all'osservazione per cui il *transfert* è peculiare per ciascuna persona; la possibilità di trovare nelle prime sedute un tema conflittuale centrale principale e uno secondario, concorda con l'affermazione per cui le specificità del *transfert* sono riconducibili ai "*cliché*" (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).

Per quanto riguarda l'impatto nell'applicazione clinica quotidiana, il metodo del CCRT si è dimostrato utile per: formulare interpretazioni efficaci basate sul desiderio assieme alla risposta dell'altro; aiutare il clinico nel cogliere il significato delle reali comunicazioni transferali del paziente e aiutarlo nel timing delle interpretazioni; aiutare il clinico a inserire in un contesto dinamico i significati dei sintomi del paziente partendo dal CCRT (conflitti tra desideri o tra desideri e risposte degli altri); integrare alla diagnosi secondo il DSM per una comprensione psicodinamica più completa del mondo interno del paziente (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, p. 257-264).

Dopo aver visto la genesi, l'evoluzione e la validità del metodo del CCRT, nel prossimo capitolo verrà esposta una rassegna dei lavori di ricerca più recenti che permettono di

avvalorare un metodo che dà la possibilità di operationalizzare un concetto complesso come il *transfert* (Luborsky & Luborsky, 2006), permettono di contribuire alla valutazione dell'esito delle psicoterapie e, inoltre, danno la possibilità di osservare in modo empirico come la cura passi attraverso la relazione (Locati et al., 2016).

Capitolo 2. La ricerca empirica in psicoterapia con il CCRT

In questo capitolo verranno esposti tre studi che si propongono di dimostrare come nella dinamica transferale, all'interno di un contesto terapeutico, il tema conflittuale centrale dei pazienti si riproponga e come, attraverso la sua individuazione e trasformazione, sia possibile un significativo miglioramento sintomatologico e di funzionamento globale dei pazienti.

La scelta degli articoli si è basata su una ricerca bibliografica in cui sono state utilizzate le seguenti parole chiave: CCRT, psicoterapia psicodinamica, *transfert*, alleanza terapeutica, *single case*, modelli interpersonali. La ricerca è stata svolta in lingua inglese in modo da ottenere risultati a livello internazionale. Sono stati privilegiati i siti di ricerca accademici accreditati e riviste di rilevanza scientifica quali: “*Frontiers in psychology*”, “*Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome (RIPPPPO)*” e “*Journal of clinical psychology*”. In questo modo è stato possibile avere accesso a lavori di maggior impatto sulla comunità scientifica odierna. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione sono stati dal 2016 al 2020.

2.1 Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single-case study. (Locati et al., 2016)

Pubblicato sulla rivista “*Italia Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome (RIPPPPO)*”, si tratta di uno studio su singolo caso. Il *single-case* è un disegno sperimentale in cui il singolo soggetto sperimentale funge da controllo di sé stesso attraverso misure ripetute di più variabili. Nel caso specifico, viene presa in considerazione la psicoterapia di una paziente, che verrà chiamata Sara, per esplorare un particolare tipo di comportamento: il comportamento deferente. Il comportamento deferente è caratterizzato da una significativa sottomissione ad abilità, affermazioni e giudizi di altre persone.

Per i ricercatori questo comportamento potrebbe essere molto pericoloso per la stabilità dell'alleanza terapeutica: l'asimmetria che caratterizza la relazione con il terapeuta potrebbe portare tali pazienti a evitare di manifestare atteggiamenti di dissenso e di disagio durante le sedute, portando così a un'interruzione della terapia senza alcuna verbalizzazione della rottura. Inoltre, il ritiro dei pazienti con comportamento deferente,

può essere dovuto ai meccanismi di difesa messi in campo nella relazione *transfert-controtransfert* che ostacolano il processo terapeutico. Tutto considerato, la mancata osservazione da parte del clinico dei marcatori delle rotture dell'alleanza terapeutica e la rigidità teorica, possono portare all'interruzione precoce della psicoterapia o a una sua non evoluzione nel processo di cura.

Locati et al., inseriscono il presente studio nell'alveo delle ricerche su costrutti clinicamente significativi quali l'alleanza terapeutica e il *transfert*, in relazione a specifiche modalità di entrare in relazione per conto di pazienti con comportamento deferente.

Il presente studio ha come obiettivo quello di esplorare le dinamiche del comportamento deferente in relazione all'alleanza terapeutica, al *transfert* e ai meccanismi di difesa.

La paziente ha iniziato un percorso di psicoterapia manifestando sintomi ansiosi. La sua valutazione psicologica, composta da *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (Wechsler, 1981) e *Rorschach Test* (Exner, 1993) ha rivelato un alto funzionamento cognitivo, una rigidità di pensiero, ipervigilanza, costrizione emotiva e un'organizzazione di personalità di tipo nevrotico. Il clinico riteneva che la morte del padre, avvenuta quando la paziente aveva cinque anni, potesse giocare un ruolo rilevante nella sua sintomatologia. Le sessioni di psicoterapia sono state 63, a cadenza settimanale. La psicoterapeuta che ha seguito Sara è una professionista di 65 anni con 35 anni di esperienza clinica. Si identifica come terapeuta psicodinamica.

Nello studio sono stati utilizzati diversi strumenti per valutare il processo: il 3RS (Eubanks-Carter et al., 2015), usato per quantificare e valutare i momenti di rottura dell'alleanza terapeutica e i momenti di impasse nel corso della psicoterapia; il CCRT, utilizzato per rilevare il nucleo conflittuale del funzionamento relazionale della paziente; la scala di valutazione dei meccanismi di difesa, la *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990; Perry & Henry, 2004). Le tre diverse misurazioni di processo sono state applicate a 36 trascrizioni delle sedute. Le trascrizioni sono state selezionate casualmente dalle sessioni di psicoterapia durante la fase iniziale, centrale e di conclusione della stessa. Inoltre, è stata somministrata per la valutazione dell'*outcome*, la *Schelder-Westen Assesment Procedure* (SWAP-200; Westen & Shelder, 1999), uno

strumento *Q-sort* costruito per quantificare il giudizio clinico sulla patologia della personalità.

Le ipotesi preliminari che i ricercatori si erano prefissati di verificare erano tre.

Nella prima ipotesi ipotizzavano di osservare un comportamento deferente nel funzionamento di Sara, andando a esplorare i *pattern* più frequenti del CCRT, delle rotture dell'alleanza terapeutica e dei *marker* dei meccanismi di difesa. In particolare, si aspettavano che negli RE la componente W fosse caratterizzata dalla ricerca di approvazione, la componente RO da rifiuto e svalutazione, mentre la RS da comportamenti di idealizzazione e svalutazione. Queste dinamiche, come affermano Brown e Levinson (citati in Locati et al., 2016), emergono in relazioni caratterizzate da asimmetria nelle quali l'individuo deferente concettualizza le proprie opinioni come non importanti o trascurabili e il suo interlocutore come potenzialmente rifiutante (Rennie, 1994). In termini di rotture di alleanze, poiché il comportamento deferente porta il paziente ad evitare il conflitto con le affermazioni del terapeuta (Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994), i ricercatori si aspettavano che il ritiro fosse la modalità di rottura più frequente e, in particolare, che avvenisse senza un'adeguata comunicazione. Per quanto riguarda il profilo difensivo, si aspettavano un'alta frequenza di meccanismi di difesa ossessivi, di intellettualizzazione e di negazione, che proteggono il paziente dall'ansia guidata dall'intima relazione terapeutica (Rennie, 1994; Perry, 1990).

Come seconda ipotesi, si aspettavano di osservare un'associazione tra rotture dell'alleanza terapeutica ed episodi relazionali. Nello specifico, ipotizzavano un'associazione tra marcatori comportamentali caratterizzati da deferenza e la componente W del CCRT. Infatti, in un tipico paziente deferente, le rotture da ritiro possono inibire specifiche componenti del *transfert*, in particolare desideri e bisogni del paziente (Hill et al., 1996). Inoltre, veniva ipotizzato che sia le rotture dell'alleanza terapeutica sia gli RE dovevano essere associati a meccanismi di difesa basati sull'intellettualizzazione, isolamento degli affetti, razionalizzazione e negazione. Veniva ipotizzato un rapporto tra *transfert* e meccanismi di difesa. Le difese nevrotiche della paziente, di tipo ossessivo e di negazione, potevano ostacolare la narrazione degli RE, in particolare per quanto riguarda la componente RS.

Come terza ipotesi, i ricercatori si aspettavano che il comportamento deferente portasse a impasse nel corso del trattamento e che potesse fungere da ostacolo al buon esito della terapia.

All'inizio dello studio, due valutatori hanno trascritto fedelmente le sessioni iniziando a identificare gli RE. Per testare la prima ipotesi, avevano analizzato qualitativamente gli item più frequentemente emersi che componevano il CCRT della paziente. Il secondo gruppo di ipotesi è stato testato mediante un'analisi sequenziale multi-evento con il software *Generalized Sequential Quierier* (GSEQ 5.1; Bakeman & Quera, 2011). Venne analizzata la co-occorrenza di elementi 3RS e componenti del CCRT. Inoltre, al fine di indagare la relazione tra rotture dell'alleanza terapeutica e i meccanismi di difesa, venne analizzata la co-occorrenza di marcatori 3RS e DMRS e DMRS e componenti del CCRT. In ultimo, venne verificato come il comportamento deferente avesse influenzato la progressione del trattamento. Questo venne valutato attraverso i risultati della SWAP-200 all'inizio e nelle ultime cinque sedute. In particolare, venne utilizzato l'indice di cambiamento affidabile (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) per testare se ci fosse un cambiamento clinicamente significativo tra la prima e l'ultima valutazione con la SWAP-200.

Alla fine dello studio sono stati raccolti i seguenti risultati. L'analisi descrittiva del CCRT ha mostrato un basso numero di RE per sessione (media = 5,7, deviazione standard = 1,87). Per la componente W le categorie più frequenti furono: il desiderio di essere vicino all'Altro (W11=12,8%; N=25), il desiderio di riuscire (W22=12,3%; N=24) e il desiderio di sentirsi a proprio agio (W31=15,9%; N=21). Per la componente RO le categorie più frequenti furono: gli altri sono distanti (RO12=9,2%; N=18), gli altri sono rifiutanti (RO4=8,7%; N=17) e non sono disposti ad aiutare (RO14=8,7%; N=17). Infine, per la componente RS, le categorie più frequenti furono: l'essere ansioso (RS27=21,6%; N=41) e l'essere insicuro (RS19=20,1; N=39). Le componenti W, RO e RS vennero identificate sulla base delle categorie standard della seconda edizione. L'analisi descrittiva del 3RS ha mostrato un ampio numero di rotture dell'alleanza terapeutica dovute al comportamento deferente (N=425), mentre è stato verbalizzato un numero nettamente inferiore di momenti di rottura (N=55). L'analisi con il DMRS ha individuato un ampio uso di difese ossessive, come l'isolamento dell'affetto (N=113), la formazione reattiva

(N=60), e l'uso di altri meccanismi nevrotici come la rimozione (N=109) e lo spostamento (N=84). Lo strumento ha rivelato inoltre difese narcisistiche come la svalutazione (N=100). Proseguendo, vengono esposti i risultati delle analisi di co-occorrenza di item 3RS e componenti del CCRT. Venne eseguita l'analisi della co-occorrenza degli item DMRS e 3RS, che ha mostrato che il *marker* di rottura della comunicazione astratta si è verificato in modo significativo con l'uso di difese di tipo ossessivo ($P<.01$); inoltre le analisi hanno mostrato una co-occorrenza tra marcatore di negazione delle rotture e difese di negazione ($P<.01$). L'analisi delle co-occorrenze tra gli item del CCRT e le componenti del DMRS ha rivelato una compresenza significativa tra le RO e difese recitative ($P<0.1$). La tipologia di RE della paziente ha mostrato una concomitanza negativa con l'uso di difese mature ($P<.05$). Infine, per valutare l'andamento della terapia, sono stati valutati i risultati ottenuti dalle somministrazioni della SWAP-200, i quali hanno dimostrato un miglioramento delle condizioni di funzionamento globale della paziente.

Nel complesso le analisi di frequenza sulle componenti del CCRT, insieme a un'interpretazione clinica delle trascrizioni testuali, hanno riconosciuto in Sara il comportamento deferente. In secondo luogo, le analisi di frequenza sugli item del 3RS hanno identificato che le rotture dell'alleanza terapeutica furono perlopiù non verbalizzate e implicite. L'analisi di frequenza sugli item del DMRS ha dimostrato un uso frequente di meccanismi di difesa nevrotici e ossessivi. Questi risultati insieme a un'interpretazione clinica degli stessi, è stata trovata coerente con i sintomi ansiosi e di ritiro emotivo della paziente. I risultati sopra esposti supportarono la prima ipotesi di un comportamento deferente nel funzionamento di Sara e, inoltre, il fatto che negli RE la componente W era caratterizzata sì dalla ricerca di vicinanza, ma dall'evitamento della relazione e da RO di rifiuto. Inoltre, veniva confermata la seconda ipotesi, per cui sembrava esserci una co-occorrenza tra rotture dell'alleanza terapeutica e RE in cui si denota l'uso di meccanismi di difesa come la negazione, l'isolamento dell'affetto e la razionalizzazione. Veniva confermata anche l'ipotesi, per cui difese come lo spostamento e la negazione potevano inficiare la verbalizzazione delle RS nella narrazione di RE. In ultimo, veniva confermata anche la terza ipotesi, per cui il comportamento deferente poteva creare momenti di rottura dell'alleanza terapeutica e quindi momenti di impasse nel corso del trattamento.

Nell'esprimere i risultati dello studio vennero tenuti in considerazione vari limiti, soprattutto nell'uso del CCRT: Luborsky e Crits-Christoph (1990) hanno suggerito che i dati del CCRT devono essere basati su un minimo di 10 RE in due sessioni, mentre nello studio erano molti meno. Ciò può limitare parzialmente le conclusioni dedotte dal CCRT. Inoltre, la misura del CCRT si è basata su una selezione randomizzata di sedute. La valutazione del CCRT si è dimostrata più affidabile su sedute consecutive. Ciò potrebbe inficiare l'affidabilità di quanto dedotto.

Nell'insieme, lo studio si è dimostrato stimolante per riportare al centro dell'attenzione l'importanza che assume la relazione terapeutica, soprattutto con pazienti con comportamento deferente: all'interno della relazione terapeutica il CCRT e i meccanismi di difesa, che sottostanno al comportamento, si dispiegano e nelle dinamiche di rottura e riparazione dell'alleanza se ne colgono i significati, che nel caso di Sara erano di tipo difensivo e transferale. Inoltre, è importante sottolineare ai fini del presente elaborato come la trasformazione del nucleo conflittuale relazionale della paziente, all'interno del processo terapeutico, abbia portato un miglioramento nel suo funzionamento globale.

2.2 The process of change in psychotherapy with a pregnant patient following perinatal losses: an analysis of a case study (Cohen et al., 2019)

Pubblicato sulla rivista "*Journal of Clinical Psychology*", si tratta di uno studio su singolo caso nel quale vengono esplorati i processi che hanno facilitato il cambiamento terapeutico per una paziente con disturbo depressivo maggiore e un disturbo post-traumatico da stress a seguito di perdite perinatali.

Il termine perdite perinatali è ampio e include le perdite durante la gravidanza stessa e fino a circa 1 mese dopo la nascita. Le statistiche riportano che circa il 30% delle perdite perinatali sono seguite da reazioni emotive che evolvono in veri e propri disturbi, tra i quali si trovano i disturbi depressivi unipolari, disturbi d'ansia, come il disturbo post-traumatico (PTSD), o abuso di sostanze (Diamond & Diamond, 2016; Markin, 2017). In generale, le donne che rimangono nuovamente incinta a seguito di una perdita perinatale, mostrano di avere più paura del parto e presentano una maggior probabilità di sviluppare una depressione *post partum* oltre che difficoltà interpersonali (Côté-Arsenault & O'Leary, 2015). Le difficoltà interpersonali si esprimono anche a un livello sociale più

ampio, ad esempio, nell'aspettativa di una nuova e precoce gravidanza. Data la gravità delle difficoltà interpersonali che vengono riscontrate, viene suggerito come metodo elettivo per la cura, un trattamento di tipo psicodinamico focalizzato sulle relazioni (Leon, 1987). La psicoterapia psicodinamica opera su un *continuum* supportivo-espressivo. L'estremità espressiva include interventi volti a far ottenere ai pazienti *insight* sui pattern interpersonali ripetitivi e che sono in qualche modo disfunzionali (Leichsenring & Leibing, 2007). Acquisendo alcune consapevolezza, i pazienti possono lavorare con il terapeuta sul cambiamento di tali modelli delle relazioni (Leichsenring & Schaunburg, 2014). L'estremità supportiva mira a supportare e rafforzare l'Io, l'autostima dei pazienti e a promuovere, attraverso commenti empatici, il rispetto e la normalizzazione degli stati emotivi.

Uno scopo importante del trattamento basato sul CCRT, con pazienti che hanno avuto perdite perinatali, è quello di aggiornare il desiderio di accettazione e sostegno per affrontare il lutto. L'elaborazione del lutto è essenziale nel lavoro clinico con questo target di pazienti. Ciò comprende l'esperienza che un Altro significativo ascolta e convalida l'aspetto emotivo dell'esperienza del lutto. Questo ha un grande potere trasformativo, può fungere da esperienza correttiva (Castonguay & Hill, 2012): nella relazione terapeutica viene riattualizzato il desiderio della paziente, rendendo così possibile per quest'ultima entrare in contatto con il sentimento di perdita e poterlo elaborare.

Il caso preso in esame esplorava la psicoterapia di una donna sulla quarantina, che all'inizio del trattamento era al secondo trimestre di gravidanza, avvenuta dopo un periodo di dieci anni in cui aveva cercato di rimanere incinta e nel quale si era sottoposta a trattamenti di fertilità, sperimentando al contempo perdite perinatali multiple. La paziente aveva riferito di sentirsi depressa e presentava difficoltà nel sonno, nel funzionamento interpersonale, sentimenti di colpa, disperazione e inutilità. Il trattamento era la terapia Supportiva-Espressiva (SE) (Luborsky, 1984), durato 16 settimane a cadenza settimanale. L'approccio era basato sull'identificazione del CCRT per aiutare la paziente a riconoscere modelli relazionali disadattivi ed elaborarli.

Il clinico a cui la paziente si è riferita era una psicologa clinica di trent'anni che aveva ricevuto una formazione completa sulla terapia supportiva-espressiva (SE) (Luborsky, 1984) nella fase antecedente l'inizio dello studio. La terapeuta riceveva sia una supervisione di gruppo settimanale da due supervisori che una supervisione individuale settimanale da parte di un supervisore. Le sessioni di supervisione sono state registrate e utilizzate per analizzare il *feedback*.

Questo studio è stato condotto con l'approvazione del comitato etico competente. Paziente e terapeuta avevano firmato il consenso informato, acconsentendo così alla videoregistrazione delle sedute e all'utilizzo delle misure di raccolta dati stabilite dalla ricerca.

Le misure condotte sono state sia di tipo narrativo che quantitativo. Sono stati utilizzati diversi strumenti:

- analisi del CCRT;
- *Experiences in Close Relationships Scale* (ECR-S; Wei et al., 2007), utilizzato per valutare l'attaccamento al terapeuta;
- *Working Alliance Inventory-short form* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), utilizzato per valutare la qualità dell'alleanza terapeutica;
- *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward et al., 1961), utilizzato per valutare la gravità della depressione;
- *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD; Hamilton, 1960), utilizzata per valutare la gravità della depressione;
- *MINI The Mini-International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan et al., 1998), utilizzato per accertare la diagnosi di disturbo depressivo maggiore e valutare la comorbilità con altri disturbi che meritavano però l'esclusione da questo studio;
- *The Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders - Hebrew version* (SIDP-IV; Pfohl et al., 1997), usata per la valutazione di tutte le diagnosi dell'asse II del DSM-IV, utilizzata per valutare i disturbi di personalità.

La paziente soddisfaceva i criteri di inclusione per disturbo depressivo maggiore secondo MINI, disturbo ossessivo-compulsivo secondo il SIDP-IV, così come ottenne un

punteggio clinico sia sull'HRSD-17 e sia sul BDI. Inoltre, alla paziente venivano somministrati il WAI e l'ECR-S, rispettivamente all'inizio e al termine di ogni sessione di terapia.

Le ipotesi che i ricercatori si erano prefissati di verificare sono diverse. Nella prima ipotesi, i ricercatori si aspettavano che l'approccio supportivo-espressivo basato sul CCRT, contribuisse positivamente al processo terapeutico. Con la seconda ipotesi si aspettavano di trovare un modello relazionale in cui l'attaccamento evitante (ECR-S) prediceva l'alleanza terapeutica (WAI), che a sua volta prediceva l'esito del trattamento (HRSD). Per farlo è stato condotto uno studio su tre modelli: nel primo, ECR-S serviva per predire HRSD; nel secondo modello, ECRS serviva per predire WAI; nel terzo modello, WAI serviva a predire HRSD controllando ECR-S. Dalla terza ipotesi, i ricercatori si aspettavano di trovare un modello in cui WAI prediceva ECR-S, che a sua volta prediceva HRSD. Per farlo, in questo caso è stato condotto uno studio su tre modelli: nel primo modello, WAI serviva per prevedere HRSD; nel secondo, WAI serviva per prevedere ECR-S; nel terzo modello, ECR-S serviva per prevedere HRSD con l'uso di WAI come controllo.

La terapia prevedeva tre fasi principali. La prima consisteva nel formulare il CCRT. Le componenti del CCRT si potevano riassumere come di seguito: la componente W si concentrava nel desiderio di riconoscimento e accettazione del vissuto emotivo; la componente RO consisteva in un ambiente critico e che non riconosceva le difficoltà della paziente; la RS era sia di tipo emotivo, in cui sono presenti sensi di colpa e sintomi depressivi, che di tipo comportamentale, con presenza di ritiro sociale e di un "funzionamento artificiale", così come definito dalla paziente. La seconda fase consisteva nell'elaborazione del CCRT della paziente da parte della coppia terapeutica, basandosi sulle manifestazioni che la paziente portava riguardo la loro relazione, così come rispetto alle relazioni esterne al *setting* di terapia. La psicologa, esaminando i modelli interpersonali della paziente, trovò il CCRT alla base delle sue difficoltà relazionali, nonché dei suoi sintomi depressivi. Questo è stato un passaggio fondamentale per capire come nasceva la RS della paziente. Nella terza fase la terapeuta offrì un'esperienza correttiva alla paziente: non rispondeva secondo la RO attesa ma, mentre la paziente

descrivere le sue difficoltà, accettava e convalidava i suoi sentimenti. In questo modo, la terapeuta actualizzava il desiderio della paziente.

L'analisi narrativa nel suo complesso suggeriva che lavorare sugli schemi interpersonali della paziente serviva per farle riconoscere quali erano gli schemi disfunzionali ed elaborarli, per far fronte anche alla sintomatologia depressiva che presentava. In accordo con la prima ipotesi, si può quindi dire che il trattamento SE si è rivelato efficace per il cambiamento del CCRT della paziente.

Le analisi quantitative sono state condotte con SAS 9.3. Con l'analisi quantitativa dei risultati ottenuti, trovava conferma anche la seconda ipotesi, per cui ECR-S prevedeva in modo significativo il WAI, ovvero l'evitamento dell'attaccamento. ECR-S in un dato momento ha predetto il livello del WAI nel momento successivo della terapia ($B = -0,71$; $SE = 0,11$; $p = <0,0001$). Trovava conferma anche l'ipotesi per cui il WAI prevedeva HRSD ($B = -3,57$; $SE = 1,45$; $p = <0,003$).

Nel complesso la paziente ha mostrato alla fine del trattamento una riduzione clinicamente significativa dei sintomi depressivi e post-traumatici. All'inizio del trattamento presentava una depressione da moderata a grave, con punteggio di 17 su HRSD e di 33 su BDI. Alla fine del trattamento, la paziente aveva punteggio di 6 su HRSD e di 15 sul BDI; questo punteggio al BDI indica lievi sintomi depressivi. Inoltre, non è stato più possibile diagnosticare un disturbo post-traumatico secondo il MINI.

La ricerca presenta diversi punti di forza. In primo luogo, presenta un modo di lavorare con un certo target di pazienti, sui quali c'è poca letteratura sui trattamenti che possono risultare efficaci. In secondo luogo, esplora i contributi positivi dell'approccio SE. Lo studio presenta altresì dei limiti: è condotto su un singolo caso quindi, i risultati non sono generalizzabili; un altro limite è dato dalla poca affidabilità del questionario *self-report*, utilizzato per valutare l'attaccamento verso il terapeuta.

In conclusione, si può dire che il metodo del CCRT in un approccio SE è risultato essere un metodo efficace per indagare e migliorare le difficoltà intra e interpersonali nel trattamento di pazienti con perdite perinatali. Inoltre, si è sottolineata l'importanza della relazione terapeutica come spazio di trasformazione dei contenuti emotivi della paziente.

2.3 Core Interpersonal Patterns in Complex Trauma and the Process of Change in Psychodynamic Therapy: A Case Comparison Study (Van Nieuwenhove & Meganck, 2020)

Publicato sulla rivista “*Frontiers in psychology*”, si tratta di uno studio di confronto di casi, in cui viene approfondita la natura dei modelli interpersonali nel trauma infantile e il processo di cambiamento nella terapia psicodinamica. Una revisione sistematica condotta da Van Nieuwenhove e Meganck (2017) ha rivelato l'importanza delle caratteristiche interpersonali quando si parla dei tre livelli del trauma infantile, vale a dire eziologia, sue conseguenze e trattamento. La letteratura disponibile fornisce una visione statica e incoerente riguardo i modelli interpersonali dominanti in persone con *background* traumatico. Pertanto, è stata giustificata un'indagine più approfondita, come nel presente articolo. A livello di trattamento, i ricercatori sostenevano l'ipotesi che poteva essere difficile stabilire una buona alleanza terapeutica con pazienti che hanno un passato infantile traumatico, a causa della loro difficoltà generale di fidarsi degli altri (Perlman & Courtois, 2005). Inoltre, ipotizzavano che questi problemi di fiducia potessero complicare la revisione e la rielaborazione delle difficoltà interpersonali durante il trattamento (Lawson et al., 2013).

Quanto detto finora ha fatto sorgere le seguenti domande di ricerca: 1) qual è la natura dei modelli interpersonali nel trauma infantile? 2) Come cambiano questi modelli durante il trattamento? 3) Come si riesce a stabilire una solida alleanza terapeutica? 4) Qual è il tipo di intervento più efficace da utilizzare nel corso del trattamento?

I ricercatori hanno esaminato tre *single-case* di pazienti con trauma infantile che sono stati sottoposti a una terapia psicodinamica supportiva-espressiva (SE), nei casi specifici di James (Van Nieuwenhove et al., 2018), Amy (Van Nieuwenhove et al., 2020) e Pam (Van Nieuwenhove et al., non pubblicato). Nel presente studio viene fornito un confronto incrociato per integrare e discutere i risultati più importanti provenienti dai tre casi. Il processo di analisi dei dati consisteva nell'identificare in modo sistematico i punti comuni e le differenze tra i tre casi e identificare i meccanismi sottostanti che potevano spiegare risultati convergenti e divergenti (Iwakabe & Gazzola, 2009).

Nel primo caso, James, si trattava di un ragazzo che aveva iniziato la terapia all'età di 23 anni e lavorava come operaio. Raccontava di aver subito durante l'infanzia comportamenti aggressivi, sia verbalmente che fisicamente dal padre, mentre la madre rimaneva testimone passiva. James soddisfaceva i criteri diagnostici per un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e per un disturbo dissociativo dell'identità (DID). Inoltre, manifestava difficoltà interpersonali ed esplosioni di rabbia. Il secondo caso, Amy, era una ragazza che aveva cominciato la terapia all'età di 26 anni e svolgeva un lavoro temporaneo. Riportava una storia di abusi fisici e psicologici infantili perpetrati dal padre, mentre la madre era testimone passiva. Amy soddisfaceva i criteri per la diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Infine, Pam, è una donna che aveva iniziato la terapia all'età di 33 anni. Raccontava una storia infantile in cui subiva violenze fisiche e psicologiche da parte della madre, mentre il padre rimaneva una figura passiva. Pam soddisfaceva i criteri diagnostici per agorafobia, disturbo di dismorfismo corporeo e un disturbo depressivo maggiore. Pam era l'unica tra i tre pazienti che aveva precedenti in trattamenti psicoterapici e nell'assunzione di farmaci antidepressivi e antiepilettici.

Il terapeuta di James era un uomo di 30 anni e con 4 anni di esperienza clinica. Le terapeute di Amy e Pam erano due donne rispettivamente di 30 e 32 anni con rispettivamente 7 e 8 anni di esperienza clinica. Tutti e tre i terapeuti erano formati in terapia psicoanalitica. Le terapeute di Amy e Pam hanno ricevuto una formazione aggiuntiva in psicoterapia dinamica a breve termine (STPP) (Luborsky, 1984; Leichsenring & Schauenburg, 2014). Tutti e tre ricevevano una supervisione di gruppo bisettimanale (Meganck et al., 2017). Il trattamento di James consisteva di 41 sedute di terapia psicodinamica, mentre Amy e Pam hanno ricevuto 20 sedute di trattamento.

Gli strumenti di misura impiegati per valutare quantitativamente i criteri di inclusione ai progetti, l'andamento del processo e gli esiti dei trattamenti furono:

- *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II, Beck et al., 1996), per valutare la gravità della depressione;
- *Symptom Checklist* (SCL-90-R, Derogatis, 1992), per valutare i sintomi psichici su 9 dimensioni;

- *The Inventory of Interpersonal Problems-32* (IIP-32, Horowitz et al., 2000), questionario di autovalutazione del funzionamento interpersonale;
- *Working Alliance Inventory* (WAI-12, Horvath & Greenberg, 1989) per valutare la qualità della relazione terapeutica;
- *The Clinical Diagnostic Interview* (CDI, Westen, 2006) che consente una comprensione approfondita delle relazioni significative passate ed attuali che appaiono nella storia del paziente;
- *L'intervista clinica strutturata per il DSM-IV* (SCID), un'intervista per determinare i disturbi dell'asse I del DSM-IV (SCID-I, First et al., 2002) e i disturbi di personalità dell'asse II del DSM-IV (SCID-II, First et al., 1997);
- *Client Change Interview* (CCI, Elliott et al., 2001), valuta il cambiamento terapeutico con particolare attenzione ai cambiamenti interpersonali e all'esperienza della relazione terapeutica.

La procedura prevedeva la selezione dei partecipanti in base al fatto di avere una storia di traumi infantili e la centralità delle difficoltà interpersonali nel corso del trattamento. I partecipanti vennero selezionati tra progetti di ricerca più ampi condotti presso il dipartimento di psicoanalisi e consulenza clinica dell'università di Ghent (Meganck et al., 2017). La procedura diagnostica ha compreso la somministrazione della SCID-I e -II (First et al., 1997, 2002) e la CDI (Westen, 2006). Durante la terapia, tutte le sessioni sono state audio registrate e trascritte secondo gli standard prestabiliti. Il comitato etico dell'università di Ghent ha supervisionato il lavoro e ottenuto i consensi informati da parte di tutti i partecipanti.

L'IIP-32 (Horowitz et al., 2000), il BDI-II (Beck et al., 1996) e l'SCL-90 (Derogatis, 1992) sono state somministrate pre e post trattamento, ogni quattro sedute e ai *follow-up* a 3 mesi, 6 mesi, 1 anno e 2 anni. Ogni quattro sedute è stato somministrato il WAI-12 (Horvath e Greenberg, 1989). Il CCI (Elliott et al., 2001) è stato somministrato pre e post trattamento, nonché ai *follow-up* a 3 mesi, 6 mesi, 1 anno e 2 anni. Per la valutazione delle difficoltà interpersonali venne utilizzato il metodo del CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Due ricercatori hanno condotto il metodo del CCRT su narrazioni derivate da sessioni di terapia trascritte all'inizio (sessioni da 1 a 4), a metà (sessione da 9 a 12) e alla fine (sessioni da 17 a 20) del trattamento. Le componenti del CCRT venivano

valutate utilizzando le categorie standard della seconda edizione fornite dal manuale, che include 35 W, 30 RO e 31 RS.

I risultati sono analizzati utilizzando la metasintesi qualitativa (Iwakabe & Gazzola, 2009). Questo approccio ha permesso di identificare somiglianze e differenze nelle dinamiche interpersonali e di esplorare spiegazioni e caratteristiche uniche all'interno dei singoli casi. All'inizio del trattamento prevaleva in tutti e tre i casi il desiderio (W) di "essere rispettati". Gli RO erano percepiti come "rifiutanti", "non comprensivi" (Chance et al., 2000; Okey et al., 2000) il che ha portato i soggetti (RS) ad "arrabbiarsi". Inizialmente RO e RS avevano solo valenza negativa. Le reazioni dei soggetti dimostravano poca *agency*, passività, comportamento di sottomissione e l'incapacità di esprimere dissenso e rabbia (Cloitre et al., 2009; Frueh et al., 2001). Sulla base della letteratura ci si aspettava di trovare uno spazio rilevante per sentimenti come la colpa e la vergogna (Cloitre et al., 2009), tuttavia nel presente lavoro sono stati riscontrati come sentimenti marginali. Ciò che risaltava in tutti e tre i casi era il modo in cui temevano ed evitavano il confronto, lo scontro e le manifestazioni di rabbia con le figure genitoriali abusanti. Le circostanze avverse avevano costretto i tre pazienti a crearsi dei modelli di comportamento per adattarsi a situazioni disfunzionali, che però si erano radicati e influenzavano le modalità relazionali nel corso della vita (Walsh et al., 2010). Si notava una chiara somiglianza tra i modelli infantili, rilevati attraverso la narrazione dei pazienti, e quelli nell'età adulta, specialmente nell'incapacità di esprimere i propri desideri ed emozioni per evitare reazioni negative.

In ogni caso, non è possibile evidenziare una relazione universale tra un certo tipo di esperienze infantili e determinati comportamenti esibiti in età adulta. È altresì possibile comprendere la relazione tra esposizione al trauma e reazioni traumatiche attraverso il principio di universalismo senza uniformità: nonostante ogni persona abbia una risposta unica all'esposizione ad eventi traumatici durante l'infanzia, alcuni modelli si ripetono come costanti negli individui (Soenens et al., 2015).

Nella prima fase del trattamento venivano identificati i tratti principali e comuni tra i tre soggetti. Nella seconda fase si può notare come i desideri venivano espressi in modo più assertivo e così fino alla fine del trattamento. Inoltre, è da notare come le RO e RS

assumevano oltre che una valenza negativa anche positiva. Questo era un importante indicatore per poter sottolineare come gli schemi di interazione non erano più rigidi. Inoltre, osservare che alla fine del trattamento tutti i soggetti esprimevano maggiore fiducia in sé stessi all'interno delle relazioni, trasmetteva l'impressione che riuscivano ad assumere posizioni più attive e dinamiche e inoltre avevano acquisito maggiore senso di *agency* e controllo. Sembrava quindi che i pazienti avessero modificato la valenza e i temi del proprio CCRT.

Nel complesso, secondo le RO e RS disponibili non è stato possibile tracciare una struttura caratteristica del CCRT dei tre soggetti, in quanto veniva suggerito un modello di interazione unico e specifico. Nella seconda fase del trattamento, ha avuto un ruolo cruciale la formazione dell'alleanza terapeutica. Per integrare i risultati ottenuti, sono stati sistematicamente comparati i dati qualitativi e quantitativi del processo di cambiamento nei casi di Amy e Pam. Proprio come ci si aspettava, inizialmente entrambi i soggetti, seppure in modo differente, mostravano resistenze e sfiducia nel terapeuta. Questo dà evidenza di come i modelli interpersonali si ripetano anche nella relazione con il terapeuta. Solo in un secondo momento, quando le terapistesse hanno offerto e dimostrato empatia, autenticità nella relazione e aspetti supportivi, le pazienti hanno espresso commenti positivi durante la somministrazione del CCI (Elliot et al., 2001). Le due terapeute hanno dovuto dimostrare flessibilità nella tecnica, adattando la propria sensibilità personale e i propri interventi a chi avevano davanti e solo così, attenzionando i bisogni delle pazienti, queste hanno potuto sentire di essere comprese.

I risultati della ricerca dimostrano l'importanza dei momenti dialettici in cui i terapeuti hanno mostrato comprensione e sintonizzazione con alcune dinamiche relazionali e le componenti del CCRT dei pazienti. In generale, un miglioramento significativo dei pazienti, soprattutto di Amy, è stato possibile grazie alla rielaborazione delle sue RS, alla propria posizione rispetto alle reazioni degli Altri significativi (RO) e alla possibilità di esplorare come le proprie esperienze passate possano influenzare le sue attuali relazioni.

Nonostante i risultati ottenuti, è stato necessario sottolineare i limiti dello studio: le implicazioni dedotte possono essere trasferite solo a casi con condizioni simili. Inoltre, il problema generale con il CCRT è la sua difficoltà nel discriminare tra diversi tipi di

campioni di pazienti. Nella ricerca questo potrebbe essere più complicato, perché tutti e tre i pazienti soffrivano anche di sintomi depressivi, che in letteratura sono stati associati più o meno alle stesse componenti del CCRT che si sono distillate nei casi della ricerca (Luborsky e Crits-Christoph, 1990; Wilczek et al., 2010). Tuttavia, la ricerca fornisce una comprensione approfondita dei meccanismi sottostanti a queste componenti del CCRT e del modo in cui si intrecciano con il contesto più ampio e il passato traumatico, che fa da sfondo ai casi presentati. Tuttavia, sarebbe interessante secondo gli autori studiare se le componenti del CCRT differiscano in base agli stili di personalità e come questi modelli interpersonali modifichino il processo terapeutico.

Nonostante ciò, è bene considerare i meriti della ricerca. Non solo approfondisce e fornisce spunti interessanti per i singoli casi (Stiles, 2013), ma consente di affinare ed estendere conoscenze sui fenomeni oggetto di studio (Stiles, 2013). In generale, si può dire che il presente studio offre la possibilità di esplorare le dinamiche interpersonali di pazienti con traumi infantili, e la possibilità attraverso il metodo del CCRT, non solo di approfondire le singole storie ma anche di identificare dei tratti comuni tra soggetti simili. Inoltre, i risultati permettono di indicare una forte interconnessione tra i modelli interpersonali e il processo di cambiamento. Si è osservato come i modelli interpersonali che si sviluppano nell'infanzia in relazione con i *caregiver*, si possano tradurre in gravi difficoltà relazionali in età adulta. Altresì, si è osservato come una nuova esperienza relazionale - quella con il terapeuta - creava opportunità di riconsiderare e rielaborare gli schemi interpersonali profondamente sedimentati. La rielaborazione ha permesso ai soggetti di posizionarsi in modo differente rispetto a sé stessi e agli altri.

Capitolo 3. Discussione

Nel presente elaborato sono stati affrontati i temi del *transfert* e il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT). Si è voluto evidenziare come all'interno della cornice psicoterapica - nella dinamica transferale - il CCRT dei pazienti si riproponga e come, attraverso la sua trasformazione, sia possibile un miglioramento nel funzionamento globale dei pazienti.

Nel primo capitolo si è trattato il tema del *transfert*. Successivamente il *transfert* è stato considerato dal punto di vista del CCRT, che è un metodo nato dal lavoro di Lester Luborsky e Crits-Christoph per sistematizzare la lettura del *transfert* durante il trattamento psicoterapico. Il metodo si basa sull'individuazione nei trascritti delle sedute di Episodi Relazionali (RE) in cui il paziente riporta una componente di desiderio (W), le risposte degli altri a questo desiderio (RO) e il racconto delle sue reazioni (RS).

Il CCRT del paziente si ottiene osservando quali tra W, RO e RS compaiono più frequentemente nella siglatura del testo della seduta. Da queste osservazioni si evince la pervasività del tema conflittuale del paziente. Il CCRT si presenta in tutte le relazioni del paziente, specialmente quella con il terapeuta. Essendo questa una relazione protetta, è possibile per il paziente rivivere certe situazioni e sentimenti così da poterle elaborare andando a modificare il proprio CCRT.

Le considerazioni fatte fino ad ora hanno portato a domandarsi come nella pratica clinica e nell'ambito di ricerca questi due temi si intreccino e come si possano utilizzare per delineare dei trattamenti di cura efficaci. Di conseguenza sono stati presi in considerazione tre studi.

Nel primo studio presentato (Locati et al., 2016) si sono utilizzate le rotture dell'alleanza terapeutica per comprendere le dinamiche di *transfert* del paziente. I risultati hanno dimostrato una corrispondenza significativa tra i marcatori delle rotture di alleanza e le componenti nelle narrazioni del paziente. Inoltre, è emersa una corrispondenza tra le rotture dell'alleanza e il funzionamento evitante del paziente che emergeva nella relazione di *transfert*.

Nel secondo studio (Cohen et al., 2019) si è affrontato il tema della cura di pazienti che hanno subito perdite perinatali. Il caso ha esplorato i processi che hanno facilitato il cambiamento terapeutico di una paziente incinta che presentava un disturbo depressivo maggiore, un disturbo post traumatico da stress oltre che difficoltà relazionali. Lo studio ha messo in evidenza come una terapia supportiva-espressiva e l'elasticità della tecnica del terapeuta, abbiano permesso alla donna di esternare il proprio desiderio di essere compresa e accolta nella sua sofferenza senza giudizio.

Nel terzo studio (Van Nieuwenhove & Meganck, 2020) si è eseguita una comparazione tra casi singoli, per indagare la natura dei modelli interpersonali in casi di traumi infantili e il processo di cambiamento stesso. Si è scoperto che la tendenza a evitare reazioni negative da parte degli altri attraverso comportamenti passivi è emersa in tutti e tre i casi presi in esame.

Alla luce di quanto emerso, si può affermare che il CCRT è uno strumento utile ad analizzare il *transfert*, cogliendo aspetti sia di processo che di esito utili a comprendere le dinamiche di cambiamento.

Bibliografia

- Arlow, J. (1961) Ego psychology in the study of mythology. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 9, pp. 371-393.
- Arlow, J. (1969a) Fantasy, memory, and reality testing. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, pp. 28-51.
- Arlow, J. (1969b) Unconscious fantasy and disturbances of conscious experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, pp. 1-27.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Book, H. E. (1998). How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method. American Psychological Association (trad. it. Come applicare la psicoterapia dinamica breve. Il Metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale, Armando, Roma, 2000).
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss*, vol. 2. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Brown, P., & Levinson, S. (1987). Politeness: some universals in language usage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carlson, R. (1981) Studies in script theory: 1. Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, pp.501-510.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chance, S. E., Bakeman, R., Kaslow, N. J., Farber, E., and Burge-Callaway, K. (2000). Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide. *Psychother. Res.* 10, 337–355. doi: 10.1093/ptr/10.3.337.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J. Trauma. Stress.* 22, 399–408. doi: 10.1002/jts.20444.

- Cohen, K., Leibovich L, Markin R, Zilcha-Mano S. The process of change in psychotherapy with a pregnant patient following perinatal losses: An analysis of a case study. *J. Clin. Psychol.* 2019;75:874–885. <https://doi.org/10.1002/jclp.22763>.
- Côté-Arsenault, D., & O’Leary, J. (2015). Understanding the experience of pregnancy subsequent to a perinatal loss. *Perinatal and Pediatric Bereavement*, 159–181.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A., (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring and procedures manual*. 2nd Edn. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Inc.
- Diamond, D. J., & Diamond, M. O. (2016). Understanding and treating the psychosocial consequences of pregnancy loss. In A. Wenzel (Ed.), *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 487–523). New York, NY: Oxford University Press.
- Elliott, R., Slatick, E., and Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: alternative strategies. *Psychologische Beiträge* 43, 69–111.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52, 169-173.
- Exner, J.E. (1993). *The Rorschach: a comprehensive system: Vol.1. Basic foundations (3rd. ed.)*. New York: Wiley.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., and Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., and Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition, (SCID-I/P)*. New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Freud, S. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. O.S.F., 1, Bollati Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria*. (Caso clinico di Dora). O.S.F., 4.
- Freud, S. (1909). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. O.S.F., 6, p. 169.
- Freud, S. (1911-12) *Tecnica della psicoanalisi*. O.S.F., 6, p. 524.
- Freud, S. (1912). *Dinamica della traslazione*. O.S.F., 6.
- Freud, S. (1914). *Ricordare, ripetere e rielaborare*. O.S.F., 7.
- Freud, S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*. O.S.F., 8.

- Frueh, B. C., Turner, S. M., Beidel, D. C., and Cahill, S. P. (2001). Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD. *Aggress. Violent Behav.* 6, 79–90. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00012-9.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1), 56–62.
- Hill, C.E., Nutt-Williams, E., Heaton, K.J., Thompson, B.J., & Rhodes, R.H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207-217.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., and Pincus, A. L. (2000). *Inventory of interpersonal problems*. London: The Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- Iwakabe, S., and Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-base knowledge: aggregating and synthesizing case studies. *Psychoter. Res.* 19, 601-611. doi:10.1080/10503300802688494.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Lawson, D. M., Davis, D., and Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy* 50, 331-335. doi: 10.1037/a0032677.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217–228.
- Leichsenring, F., and Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression: towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders* 169, 128–143.
- Leon, I. G. (1987). Short-term psychotherapy for perinatal loss. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 186–195.
- Locati, F., De Carli, P., Tarasconi, E., Lang, M., & Parolin, L. (2016). Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2), 89-101. doi: 10.4081/ripppo.2016.212.

- Loughead, J. W., Luborsky, L., Weingarten, C. P., Krause, E. D., German, R. E., Kirk, D., & Gur, R. C. (2010). Brain activation during autobiographical relationship episode narratives: A core conflictual relationship theme approach. *Psychotherapy Research*, 20(3), 321-336. <https://doi.org/10.1080/10503300903470735>.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York, NY: Basic Book.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference* (trad. it. Capire il *transfert*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992).
- Luborsky, L., & Luborsky, E. (2006). *Research and Psychotherapy. The Vital Link* (trad. it. La psicoterapia psicoanalitica. il Mulino, Bologna, 2008).
- Markin, R. D. (2017). An introduction to the special section on psychotherapy for pregnancy loss: Review of issues, clinical applications, and future research direction. *Psychotherapy*, 54(4), 367–372.
- Meganck, R., Desmet, M., Bockting, C., Inslegers, R., Truijens, F., De Smet, M., et al. (2017). The Ghent psychotherapy study (GPS) on the differential efficacy of supportive-expressive and cognitive behavioral interventions in dependent and self-critical depressive patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 18:126. doi: 10.1186/s13063-017-1867-x.
- Murray, H. (1938) *Exploration in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. Oxford University Press, Oxford.
- Okey, J. L., McWhirter, J. J., and Delaney, M. K. (2000). The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: a descriptive study. *Psychother. Theory Res. Pract. Train.* 37, 171–178. doi: 10.1037/h0087754.
- Pearlman, L. A., and Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: relational treatment of complex trauma. *J. Trauma Stress.* 18, 449–459. doi: 10.1002/jts.20052.
- Perry, J.C. (1990). *Defense mechanism rating scales*. Cambridge, MA: Cambridge Hospital, Harvard Medical School.
- Perry J.C. & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In: U. Hentschel, G. Smith, J. Draguns, & W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: theoretical, research and clinical perspectives* (pp. 165-192). Amsterdam: Elsevier.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: Sidp-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Rennie, D.L. (1994). Clients deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 427-437.

- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Rocco, D. & Montorsi, A. (2010). Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico. (pp. 24-26). UPSEL Domeneghini.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Soenens, B., Vansteenkinste, M., and Van Petegem, S. (2015). Let us not throw out the baby with the bathwater: applying the principle of universalism without uniformity to autonomy-supportive and controlling parenting. *Child Dev. Perspect.* 9, 44–49. doi: 10.1111/cdep.12103.
- Sroufe, L.A., Waters, E. (1977) Attachment as an organizational construct. *Child development*, 48, pp. 1184-1199.
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy* 50, 33–41. doi: 10.1037/a0030569.
- Tomkins, S. (1979) Script Theory: Differential magnification of affects. In: Howe, H.E. JR., Dienstbier, R.A (Eds) *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 26. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Van Nieuwenhove, K., and Meganck, R. (2017). Interpersonal features in complex trauma etiology, consequences, and treatment: a literature review. *J. Aggress. Maltreat. Trauma* 28, 903–928. doi: 10.1080/10926771.2017.1405316.
- Van Nieuwenhove, K., Meganck, R., Cornelis, S., and Desmet, M. (2018). Core conflictual relationship patterns in complex trauma: a single-case study. *Psychodyn. Pract.* 24, 245–260. doi: 10.1080/14753634.2018.1498801.
- Van Nieuwenhove, K., and Meganck, R. (2020) Core Interpersonal Patterns in Complex Trauma and the Process of Change in Psychodynamic Therapy: A Case Comparison Study. *Front. Psychol.* 11:122. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00122.
- Walsh, K., Fortier, M. A., and DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Aggress. Violent Behav.* 15, 1–13. doi:10.1016/j.avb.2009.06.009.
- Wechsler, D. (1981). *Wechsler adult intelligent scale-revised manual*. New York, NY: the Psychological Corporation.

- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187–204.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II: I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Westen, D. (2006). *The clinical diagnostic interview*. Atlanta, GA: Emory University.
- Wilczek, A., Weinryb, R. M., Barber, J. P., and Gustavsson, P. (2010). The Core Conflictual relationship theme (CCRT) and psychopathology in patients selected for dynamic psychotherapy. *Psychoter. Res.* 10, 100-113. doi: 10.1093/ptr/10.1.100.