

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in  
Psicologia di Comunità, della promozione del benessere e del cambiamento sociale

Tesi di Laurea Magistrale

## **Le strutture d'interazione in un'analisi single-case: il metodo PQS nell'approccio psicoterapeutico ISTDP**

*Interaction structures in a single-case analysis: the PQS  
method in the ISTDP psychotherapeutic approach*

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Correlatore:

Prof. Francesco De Bei

Laureanda:

Erica Tavelli

Numero matricola:

2058378

Anno Accademico 2023/2024



# INDICE

<b>CAPITOLO I - Introduzione</b> .....	<b>5</b>
1.1 Outcome-research.....	5
1.2 Process-research.....	6
1.3 Process-outcome research.....	7
1.4 La ricerca single-case.....	9
1.5 Le strutture di interazione.....	13
1.6 Terapie dinamiche brevi e ISTDP.....	15
1.6.1 <i>Terapie dinamiche brevi</i> .....	16
1.6.2 <i>Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)</i> .....	18
<b>CAPITOLO II - Metodo</b> .....	<b>26</b>
2.1 Strumenti.....	26
2.1.1 <i>Psychotherapy Process Q-set (PQS)</i> .....	26
2.1.2 <i>Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R)</i> .....	33
2.1.3 <i>Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32)</i> .....	37
2.2 Materiale.....	39
2.3 Procedura.....	43
2.4 Ipotesi di ricerca.....	46
<b>CAPITOLO III - Risultati</b> .....	<b>47</b>
3.1 La valutazione dell'outcome.....	47
3.1.1 <i>Risultati SCL-90-R</i> .....	47
3.1.2 <i>Risultati del questionario al tempo T1</i> .....	48
3.1.3 <i>Risultati del questionario al tempo T2</i> .....	50
3.1.4 <i>Risultati IIP-32</i> .....	51
3.2 Analisi delle strutture di interazione con il PQS.....	52
<b>CAPITOLO IV - Discussione</b> .....	<b>64</b>
4.1 Discussione dei risultati.....	64
4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e direzioni future.....	72
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>75</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>79</b>



# CAPITOLO I

## Introduzione

### 1.1 Outcome-research

La psicoterapia funziona? Rispondere affermativamente a questa domanda costituisce un dovere al quale la psicoterapia non può sottrarsi, se aspira a essere considerata una modalità efficace di cura della sofferenza psicologica. Per questa ragione, tale interrogativo costituisce il fulcro che ha mosso la ricerca in psicoterapia fin dai suoi albori: negli anni 50 del 900 nasce la “outcome research”, ovvero la ricerca sul risultato (Migone, 2006). Essa caratterizza la prima di fase di ricerca in questo campo, tra il 1950 e il 1970, la quale si focalizza sul trovare delle giustificazioni scientifiche che legittimino l’efficacia terapeutica. In particolare, i ricercatori intendono rispondere alla provocazione lanciata da Eysenck (1952), il quale sosteneva che il miglioramento riscontrato a seguito di un trattamento non fosse legato necessariamente all’intervento stesso, ma fosse piuttosto una naturale conseguenza del trascorrere del tempo. Una importante evidenza dell’efficacia terapeutica è stata dimostrata grazie agli studi di meta-analisi di Smith, Glass e Miller (1980) e di Shapiro e Shapiro (1982), i quali presero in rassegna 597 studi controllati inerenti i risultati della psicoterapia. Le ricerche mostrarono sì la presenza di un miglioramento spontaneo in pazienti non trattati o trattati con placebo, ma con l’evidenza di una netta superiorità della psicoterapia nel produrre risultati tutt’al più duraturi (Migone, 2006). Altri studi meta-analitici ne hanno confermato l’efficacia (Nicholson & Berman, 1983; Balestrieri, Williams & Wilkinson, 1988); tuttavia, non è stata dimostrata la superiorità di alcun approccio psicoterapeutico rispetto agli altri in termini di risultati (Luborsky et al., 1975). Questo fatto è definito “paradosso dell’equivalenza”, poiché paradossalmente nessuna terapia funziona meglio delle altre. Vigè dunque il cosiddetto verdetto di Dodo, uccello del libro *Alice nel paese delle meraviglie*: “Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio” (Luborsky et

al., 1975). In alcune meta-analisi in verità è stata riscontrata una maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (Dobson, 1989; Shapiro & Shapiro, 1982), tuttavia, a causa di problemi metodologici è possibile affermare che il verdetto di Dodo sia tuttora confermato (Wampold, 2001). Uno dei problemi alla base di queste ricerche che coronano la supremazia delle terapie cognitive-comportamentali è rappresentato dalla variabile extra terapeutica dell'*allegiance*, ovvero il bias che metterebbero in atto i ricercatori nel trovare risultati positivi laddove è presente una preferenza per quel determinato approccio terapeutico studiato (Luborsky & Barrett, 2005). Sembrerebbe dunque che la predilezione per un approccio influisca nell'individuare un esito migliore dello stesso rispetto ad altre terapie. Nel momento in cui tale bias viene eliminato tramite valutazione statistica, risulta essere confermato il paradosso dell'equivalenza (Lambert, 2004). Quest'ultimo, validato dalla ricerca, rischiava di minare la legittimazione scientifica dei diversi approcci teorici (Migone, 2006). È proprio da queste poche sicurezze che nasce il secondo filone della ricerca in psicoterapia, quello della process-research, la ricerca sul processo. Infatti, se la risposta alla domanda "La psicoterapia funziona?" è risultata essere affermativa, troppi interrogativi restavano irrisolti.

## **1.2 Process-research**

Se la psicoterapia funziona, ma non vi è differenza fra i vari approcci, quali sono i fattori che ne determinano l'efficacia? Che cosa succede all'interno del processo terapeutico? La seconda fase della ricerca in psicoterapia (1960-1980) è stata caratterizzata dalla process-research, ovvero la ricerca che si occupa di indagare il "come" più che il "cosa" (Migone, 2006). Essa nasce allo scopo di "classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta" (Stiles et al., 1999, p. 365). Il limite di questa tipologia di ricerca consiste nel fatto che, nonostante gli studi siano sufficientemente complessi e descrittivi di ciò che avviene all'interno del processo, tuttavia non sono in grado di garantire nessi causali tra ciò che è misurato durante il processo e i risultati della terapia (Dazzi, 2006). Aspetti processuali, infatti, possono essere

indagati e misurati mentre la terapia è in corso, ma in modo indipendente dall'outcome. Un esempio riguarda la valutazione del cambiamento nel tempo dell'alleanza terapeutica in relazione ad altre variabili del processo, come sesso, età, caratteristiche personali di paziente e terapeuta, ecc. (Migone, 2006). L'alleanza terapeutica è un costrutto trasversale ai diversi orientamenti teorici, per questo motivo viene definita fattore aspecifico, cioè non specifico di alcun approccio terapeutico. Altri fattori aspecifici possono essere il sesso, l'età, la gravità di un disturbo, l'empatia del terapeuta, tutte caratteristiche che potrebbero essere definite come "umane", cioè presenti in terapia ma indipendenti dal razionale teorico di un approccio (Dazzi, 2006). Diversamente, i fattori specifici sono quelli che caratterizzano una scuola teorica nella sua identità, ad esempio l'importanza o il significato del transfert in psicoanalisi, il focus sulla discussione dei pensieri irrazionali nel cognitivismo, ecc. Il paradosso dell'equivalenza, che aveva rivelato la parità in termini di efficacia dei vari approcci, conferma implicitamente che i fattori specifici non determinino, per lo meno da soli, i risultati di una terapia (Dazzi, 2006). Tuttavia, diversi studi mostrerebbero che anche i fattori aspecifici non sono in grado di avere da soli un effetto causale sull'outcome (Lambert & Barley, 2002; Shapiro & Shapiro, 1982;). Sembrerebbe necessaria quindi un'indagine che contempli la presenza di entrambi i fattori, della loro influenza e potenziamento reciproci (Beutler & Harwood, 2002). A questa esigenza hanno risposto Beutler, Moleiro, Malik e Harwood (2000), in una ricerca che ha dimostrato che l'integrazione di fattori specifici e aspecifici spiegasse almeno il 60% della varianza rispetto all'outcome. Ad ogni modo, il costrutto di alleanza terapeutica è il fattore che fra tutti è maggiormente in grado di predire un risultato terapeutico (Horvath & Bedi, 2002; Lingiardi, 2002).

### **1.3 Process-outcome research**

La terza fase della ricerca (dal 1970 ca.) è la process-outcome research, la quale, come suggerisce l'espressione stessa, lega il processo al risultato (Dazzi, 2006). Lo scopo dei

ricercatori diventa dunque quello di individuare un principio di causazione fra aspetti processuali e un determinato risultato, comprendendo così le modalità in cui avviene il cambiamento e trovando risposte clinicamente utili ai loro quesiti (Orlinsky et al., 2004). Infatti, per essere “scientificamente convinti che un trattamento è efficace, abbiamo bisogno di sapere che ciò che fa il terapeuta (variabile distale) e il processo che viene attuato con e nel paziente (variabile prossimale) siano collegati all’outcome” (Greenberg & Watson, 2005, p. 82). Tutto ciò dà luogo all’approfondimento di quelli che possono essere definiti come “microprocessi” terapeutici. Lo studio maggiormente emblematico di questa fase della ricerca è rappresentato dal Penn Psychotherapy Project di Luborsky (Migone, 2006), i cui risultati mostrano che, nella terapia dinamica, i seguenti sei aspetti del processo hanno un valore prognostico rispetto al risultato: 1) l’alleanza terapeutica, 2) la capacità del terapeuta di comprendere il Core Conflictual Relationship Theme (CCRT, Tema Relazionale Conflittuale Centrale, ovvero un’operazionalizzazione del transfert), 3) l’abilità di interpretazione dello stesso, 4) la capacità del paziente di comprendere se stesso e il relativo grado di insight, 5) le modalità con cui il paziente elabora e interiorizza ciò che è accaduto in terapia, 6) la “scala salute-malattia”, ovvero la gravità del disturbo, che correla negativamente ad un esito positivo (più la patologia del paziente è invalidante, meno vantaggi è possibile che tragga dalla terapia).

Attualmente, la ricerca in psicoterapia si colloca ancora in questa ultima fase iniziata negli anni 70 (Migone, 2006), anche se alcuni autori ritengono che al giorno d’oggi stiamo assistendo a un’ulteriore fase della ricerca caratterizzata da insoddisfazione e ripensamento (Di Nuovo et al., 1998). La critica fondamentale riguarda la sostanziale diversità che contraddistingue la ricerca empirico-quantitativa dalla situazione clinica reale, e un conseguente desiderio di tornare agli albori della ricerca. Prima che nascesse la vera e propria ricerca in psicoterapia come è stata qui descritta, caratterizzata quindi da tentativi di risposta alle pressioni ed esigenze di natura scientifica e sociale in un cosiddetto “contesto di verifica”, la ricerca in psicoterapia

pullulava di intuizioni, scoperte cliniche sul campo, formazione di approcci teorici in quello che è definito un “contesto di scoperta” (Orlinsky & Russell, 1994). Il desiderio di un ritorno alle origini è principalmente motivato dal fatto che la ricerca empirica mal si presta a rappresentare verosimilmente un contesto clinico: paradossalmente, tanto più una ricerca possiede standard scientifici elevati, tanto più risulta inutile a livello applicativo nella stanza di terapia (Migone, 2006). La selezione di pazienti adatti alla ricerca e quindi diagnosticati secondo rigidi criteri da manuale, la durata della terapia stabilita a priori, l’efficacia terapeutica valutata sulla base di riduzione/scomparsa dei sintomi e non su un cambiamento più profondo strutturale sono tutti criteri della ricerca empirica che esemplificano la logica riduttiva con cui la psicoterapia viene scientificamente considerata efficace. Westen, Morrison e Thompson-Brenner (2005) hanno operato una critica alla metodologia degli studi considerati evidence-based, ovvero supportati empiricamente, optando per una metodologia di ricerca che possa preservare la realtà clinica dall’inevitabile snaturamento causato da rigidi criteri di controllo, senza però perdere in validità scientifica. Un esempio di questo tipo è la ricerca single-case, modalità eletta per la ricerca svolta e descritta nel presente elaborato.

#### **1.4 La ricerca single-case**

Questa tipologia di ricerca prevede che il suo oggetto d’indagine sia una sola unità di osservazione (Yin, 1994), ovvero una singola persona. Tale caratteristica distintiva differenzia la ricerca single-case dalla ricerca classica between groups, detta anche disegno estensivo (Lingiardi, 2006), dove viene preso in esame un numero elevato di soggetti assegnati alle diverse condizioni dello studio secondo una modalità di assegnazione casuale. Nel mondo della scienza domina l’errata convinzione che solo le informazioni acquisite da studi su gruppi siano generalizzabili, poiché includono un’ampia varietà di persone che possono risultare rappresentative della popolazione (secondo determinante condizioni di campionamento). Tuttavia, la presenza di tanti soggetti non garantisce di per sé la generalizzazione dei risultati,

poichè non necessariamente un campione è rappresentativo di una certa popolazione e variabili non controllate possono interferire nel plasmare i risultati (Lingiardi, 2006). Al contrario, i sostenitori della ricerca single-case enfatizzano come proprio l'ultra-specificità della popolazione autorizzi la generalizzazione dei risultati a una popolazione specifica (Chassan, 1979), grazie alla raccolta nel tempo di più casi singoli. Wallerstein (2002) assegna al disegno single-case il primo posto tra le metodologie d'indagine della ricerca contemporanea in psicoterapia, poiché consente un'accurata analisi del funzionamento del paziente, della sua personalità, dell'evoluzione del processo e dei suoi risultati. Sembrerebbe dunque incarnare il metodo che meglio realizza gli obiettivi della process-outcome research, ovvero indagare *come* un trattamento è efficace, non solamente *se* lo è (Lingiardi, 2006). Rigore scientifico e fedeltà all'incontro clinico sono maggiormente bilanciati in un equilibrio che si pone a metà fra i metodi empirici evidence-based, come i Randomized Clinical Trials (RCT), e lo strumento psicoanalitico del resoconto clinico. Quest'ultimo ha preceduto il disegno single-case in un momento storico in cui i grandi maestri della psicoanalisi come Freud, Ferenczi e Adler hanno contribuito grazie al loro studio dei casi clinici allo sviluppo della psicoanalisi e della psicoterapia (Lingiardi, 2006). Se da un lato il resoconto clinico consente di avere accesso a una descrizione dettagliata di ciò che coglie il terapeuta di un paziente e del processo terapeutico, i limiti principali sono riconducibili alla scarsa validità in termini scientifici e alle fallacie che una costruzione narrativa porta con sé. Da qui la necessità di optare per una metodologia che tenesse il più in equilibrio possibile la validità interna e la validità esterna dei risultati ottenuti dalla ricerca scientifica (Lingiardi, 2006).

I disegni single-case possono essere suddivisi in due categorie: studi di tipo qualitativo e studi di tipo quantitativo. Entrambi sono considerati importanti per valutare uno stesso processo, dove l'aspetto qualitativo contribuisce a rendere le categorie formulate più ricche e significative, meno ambigue e scollegate dalla realtà, mentre l'aspetto quantitativo è volto ad

incrementare l'attendibilità di una ricerca (Lingiardi, 2006). Esistono diverse tipologie di analisi quantitativa, in particolare:

- La replica per segmentazione. Metodo proposto da Luborsky (1967) che consiste nella selezione e analisi di determinati segmenti della terapia presa in esame. La scelta dei segmenti viene effettuata sulla base di una specifica serie di eventi che si ripetono, fenomeno che si ipotizza essere in rapporto presumibilmente causale con una dimensione individuata dai ricercatori. Obiettivo dell'analisi è verificare la presenza di un'associazione fra la dimensione misurata e gli eventi osservati (Lingiardi, 2006). Ad esempio, nello studio di una terapia vengono individuati diversi momenti in cui il terapeuta interpreta il transfert del paziente; i segmenti in cui avviene questo tipo di intervento vengono selezionati, e si ipotizza la presenza di un legame fra le interpretazioni fatte dal terapeuta e un cambiamento dell'attività referenziale nel paziente. Essa consiste nella capacità di connettere le rappresentazioni non verbali al linguaggio: azioni, sensazioni, emozioni, immagini mentali sono tradotte a parole dal soggetto che le sperimenta in modo comprensibile per il ricevente. Dopo aver selezionato i segmenti relativi all'interpretazione del transfert, i ricercatori valuteranno la dimensione dell'attività referenziale prima e dopo tali eventi, allo scopo di verificare la presenza di un'associazione. Questa tipologia di analisi consente di studiare le correlazioni tra diversi processi che sono slegati dal momento temporale in cui si verificano in terapia.
- L'analisi delle serie temporali. Metodologia utilizzata per indagare fenomeni contingenti alla fase del trattamento in cui si verificano. Fonagy e Moran (1993) definiscono le serie temporali delle misurazioni rilevate a intervalli regolari di un grande numero di momenti diversi di una terapia. Dunque, ipotizzando di dover analizzare una terapia di 40 sedute, le serie temporali prese in esame potrebbero essere le sedute 1-2-

3, 13-14-15, 25-26-27, 38-39-40: più sedute selezionate con intervalli verosimilmente equidistanti fra ciascun blocco, indicativo di un diverso momento del processo terapeutico. Un esempio in letteratura di questa metodologia arriva dagli autori stessi che ne hanno dato una definizione, Moran e Fonagy (1987), i quali, in uno studio single-case con una paziente diabetica, individuano un legame tra gli eventi in cui il terapeuta interpretava tematiche conflittuali e il miglioramento della paziente nel controllo del diabete. Tale associazione presente nelle diverse serie temporali consente di stabilire una relazione di causalità, anche se per poter delineare un rapporto di causa-effetto sono necessarie alcune condizioni: le dimensioni osservate devono essere presenti molteplici volte e con diversa intensità nelle serie temporali selezionate; devono risultare omogenee in modo da poter essere confrontate in diversi momenti della terapia; si presuppone che siano presenti per tutta la durata del trattamento, e quindi in ogni seduta presa in esame come unità delle serie temporali. La procedura maggiormente utilizzata nella ricerca sul processo è la replica per segmentazione, tuttavia, a differenza dell'analisi delle serie temporali, essa non consente di individuare delle relazioni causali fra le variabili associate (Jones, 2000). Infatti, non è sufficiente la co-occorrenza di due fenomeni indagati a garantire la presenza di un legame causale fra essi, dove uno influenza il cambiamento dell'altro: deve essere dimostrata un'associazione temporale, una modifica che avviene nel corso del tempo. Inoltre, la procedura sequenziale delle serie temporali ha il vantaggio di rilevare l'influenza reciproca fra paziente e terapeuta nel processo di cambiamento. Uno dei principali ricercatori che ha sottolineato la natura interattiva della terapia è Enrico Jones, il quale ha ideato uno strumento, il PQS (Psychotherapy Process Q-Set), in grado di rilevare le cosiddette strutture di interazione.

## 1.5 Le strutture di interazione

In ambito psicomodinamico, all'interno dello studio del processo assumono particolare importanza i concetti di transfert e controtransfert, la cui costellazione si trova ben rappresentata nel contesto delle strutture di interazione. Queste ultime possono essere definite come modalità ripetitive attraverso cui paziente e terapeuta interagiscono fra loro, riflettendo in un pattern manifesto il funzionamento intrapsichico di ciascuno (Jones, 2000). Tali strutture delineano le forze inconsce in campo: i conflitti del paziente rappresentati nel transfert e le reazioni controtransferali del terapeuta a tali conflitti, le quali a loro volta modellano il transfert. Corrispondenze e analogie fra quest'ultimo e il controtransfert sono espresse in un pattern interattivo bi-personale (Racker, 1968), dove l'interazione è caratterizzata da una continua reciproca influenza di rappresentazioni mentali e interazioni reali (Jones, 2000). Jones ha ideato questo modello anche allo scopo di risolvere la storica diatriba del pensiero psicoanalitico secondo la quale ci si domanda se il cambiamento terapeutico dipenda maggiormente da fattori legati all'interpretazione o alla relazione. La scuola di pensiero che difende il primato dell'interpretazione sostiene che siano più incisivi nel generare un cambiamento i costrutti di insight e consapevolezza psicologica (Castonguay & Hill, 2007); viceversa, i teorici che insistono sulla centralità dell'interazione sottolineano il ruolo di fattori interpersonali e relazionali come empatia e alleanza terapeutica (Hill & Knox, 2009). È quindi più plausibile che venga prodotto un cambiamento terapeutico grazie alle interpretazioni del terapeuta e agli insight del paziente o per mezzo dello scambio reciproco e interattivo fra i due soggetti coinvolti? (De Bei & Montorsi, 2013). Jones unisce le due polarità in un modello in cui esse non sono separabili: la conoscenza psicologica che il paziente matura di se stesso può avvenire solo nel contesto di una relazione, dove il terapeuta lavora per comprendere il paziente nella cornice della reciproca interazione creata durante il processo terapeutico (Jones, 2000). Insight e relazione vengono così unificati nel concetto di strutture di interazione: paziente e terapeuta

interagiscono tramite pattern ricorrenti e ripetitivi, che contribuiscono alla capacità del paziente di riflettere e comprendere se stesso. Le strutture d'interazione costituiscono una modalità per formulare gli aspetti analitici di responsività di ruolo, enactment di transfert-controtransfert e intersoggettività (Jones, 2000). La responsività di ruolo fa riferimento sia al ruolo che il paziente assume nella relazione terapeutica, sia a quello che egli tenta di far assumere al terapeuta, quindi i ruoli che i soggetti si impongono reciprocamente (Sandler, 1976). Con il concetto di enactment si intende la messa in atto di schemi relazionali, spesso attivati dal comportamento dell'altro; vengono anche definiti interazioni simboliche fra paziente e terapeuta dal significato inconscio ad entrambi (Chused, 1991; McLaughlin, 1991). Per intersoggettività si fa invece riferimento all'esperienza emotiva condivisa alla cui creazione partecipano entrambi i soggetti. La prospettiva intersoggettiva è in opposizione alla credenza che il terapeuta possa riconoscere obiettivamente e interpretare tutto ciò che avviene durante una terapia. Le strutture di interazione colgono l'aspetto manifesto di ciò che avviene a livello intrapsichico e inconscio in paziente, terapeuta e nella cornice del loro incontro. Rappresentano quindi gli aspetti comportamentali ed emotivi di transfert e controtransfert che possono essere osservati. "Il concetto di struttura interattiva ci permette di considerare sia la dimensione intrapsichica sia quella interpersonale riconoscendo in ciò che è interno alla persona un possibile e importante fondamento di ciò che si manifesta nel campo interpersonale e interattivo" (Jones, 1998, p. 171). Tale definizione concerne sia il paziente che il terapeuta: infatti, le strutture d'interazione non racchiudono solamente i conflitti che il paziente riversa nella relazione terapeutica, ma anche la modalità con cui il terapeuta reagisce ad essi, dando luogo ad un processo di influenza reciproca fra i due partecipanti. La possibilità da parte di paziente e terapeuta di fare esperienza, riconoscere e comprendere le strutture interattive presenti nella loro relazione costituisce l'elemento principale dell'azione terapeutica (Jones, 2000). Infatti, cambiamenti associati ai pattern ripetitivi sono legati a cambiamenti positivi sia a livello sintomatologico sia a livello di

struttura psicologica del paziente, dal momento che tramite l'interpretazione di una struttura di interazione un paziente ha la possibilità di comprendere come il terapeuta stia facendo esperienza di lui, della sua mente e del suo funzionamento, e utilizza questa comprensione per esplorare se stesso e sviluppare una conoscenza più chiara dei propri stati mentali (Fonagy et al., 1993). Il cambiamento del paziente è quindi collegato alle modalità di interazione ripetitive che si instaurano nella relazione terapeutica, che facilitano il processo psicologico idoneo al fare esperienza e rappresentare i propri stati mentali. L'integrazione delle nuove rappresentazioni mentali di sé e degli altri, in precedenza isolate, distorte o conflittuali, permette di accedere ad un concetto di sé integrato (Jones, 2000).

## **1.6 Terapie dinamiche brevi e ISTDP**

Le strutture di interazione hanno supportato empiricamente e clinicamente l'idea che l'azione terapeutica sia caratterizzata da fattori sia tecnici che interpersonali, in quanto si realizza nell'identificazione e interpretazione dei pattern relazionali disfunzionali del paziente che emergono nella relazione con il terapeuta (Gabbard & Westen, 2003). Tuttavia, affinché tali dinamiche conflittuali abbiano il tempo di emergere ed essere sviscerate e risolte in terapia è necessario che vi sia una durata sufficientemente estesa del trattamento. Lo stesso Jones ha sostenuto che “quasi tutti i trattamenti brevi, una volta a settimana, sono di natura supportiva, poiché per lo più non creano una situazione in cui le reazioni di transfert e di controtransfert possano emergere ed essere comprese” (Jones, 2000, p. 215). La natura breve di questa tipologia di psicoterapie sembrerebbe dunque precludere l'accesso a tali dinamiche che si instaurano fra paziente e terapeuta, escludendo di fatto l'applicazione del modello di Jones delle strutture di interazione e dell'azione terapeutica (De Bei & Montorsi, 2013). Tuttavia, i ricercatori che supportano la validità degli approcci brevi sostengono modelli di intervento tecnico in grado di accelerare il processo di comparsa dei pattern relazionali disfunzionali del paziente, che avverrebbe in modo immediato (Flegenheimer, 1977). La Intensive Short-Term Dynamic

Psychotherapy (ISTDP), terapia utilizzata in questo studio di ricerca, è un orientamento terapeutico peculiare derivato dalla più ampia cornice delle terapie dinamiche brevi.

### *1.6.1 Terapie dinamiche brevi*

Le terapie dinamiche brevi affondano le loro radici teoriche nella psicoanalisi, dalla quale tuttavia prendono le distanze nel tentativo di ideare una forma di trattamento efficace e meno costosa in termini di tempo e denaro (Bauer & Kobos, 1984). L'eccessivo prolungamento delle terapie analitiche era stato attribuito, in parte, alla passività del terapeuta (Malan, 1963). Uno dei primi psicoanalisti che diede una svolta in questo senso è stato Sándor Ferenczi, allievo di Freud, che propose una terapia dove il clinico assumeva un ruolo attivo impartendo ordini e divieti volti a frustrare il paziente, nel tentativo di risolverne le resistenze e abbreviare l'analisi (Ferenczi, 1920). La tecnica attiva aveva lo scopo di incoraggiare il paziente alla produzione di associazioni e materiale che riguardasse più nello specifico il problema trattato, e di aumentare la tensione psichica dello stesso al fine di mobilitarne il materiale inconscio e intensificarne l'esperienza emotiva (Bauer & Kobos, 1984). Un altro contributo significativo alla riduzione dei tempi analitici è stato dato da Rank (1924), il quale ha sostenuto l'importanza di stabilire un limite temporale al trattamento, promuovendo l'attenzione al delicato tema della separazione e della dipendenza. Inoltre, ha dato centralità al concetto di volontà, il quale prefigurava l'importanza attribuita dai teorici delle terapie dinamiche brevi alla motivazione del paziente, elemento facilitatore di un'esperienza terapeutica positiva (Marmor, 1979). Il lavoro più consistente sulle terapie a breve termine è arrivato nel 1946, quando Alexander e French pubblicarono un volume che comprendeva sette anni di ricerca sugli approcci brevi (Bauer & Kobos, 1984). Il principio cardine emerso da questa ricerca è quello della flessibilità: solo i bisogni specifici di ciascun individuo possono indicare la tecnica più efficace per realizzare un processo curativo (Alexander & French, 1946). Alexander inoltre coniò l'espressione "esperienza emotiva correttiva": il paziente, all'interno della cornice relazionale con il

terapeuta, viene riesposto a situazioni emotive vissute in passato che non era stato in grado di gestire, e l'aspetto correttivo deriva dalla differenza fra la risposta originaria, ottenuta in passato dal paziente dai suoi caregivers, e quella attuale del terapeuta. Il paziente rivela il repertorio adattivo-difensivo del suo comportamento nel transfert (Bauer & Kobos, 1984) e la risposta differente del terapeuta corregge le percezioni obsolete e traumatiche, permettendo il cambiamento terapeutico (Balint, 1969). Infatti, secondo Alexander, a produrre l'esito positivo non è sufficiente l'insight intellettuale, bensì il cambiamento è duraturo se è stato sperimentato nelle esperienze reali e concrete vissute nel presente, prima di tutto nella relazione terapeutica (Alexander & French, 1946).

Gli esponenti contemporanei delle terapie dinamiche brevi sono Malan, Sifneos e Davanloo (Bauer & Kobos, 1984), i quali hanno dato vita a tre differenti scuole di terapie brevi dinamicamente orientate: la terapia focale successivamente definita psicoterapia breve intensiva (Malan), la psicoterapia breve mobilizzante l'ansia (Sifneos) e la psicoterapia intensiva dinamica breve a focus ampliato (Davanloo). Ciascuno di questi approcci presenta delle caratteristiche peculiari nella tecnica che permette di distinguerli gli uni dagli altri, anche se è possibile delineare alcuni aspetti comuni ai diversi orientamenti (Marmor, 1979). Ad esempio, la selezione dei pazienti avviene a livello trasversale fra gli approcci, anche se l'idoneità alla terapia è stabilita sulla base di criteri differenti a seconda della tipologia di orientamento. Altro elemento significativo che differenzia le terapie brevi da quelle a lungo termine è il concetto di focus: esso consiste nell'individuazione di un sintomo circoscritto o un'area di difficoltà limitata su cui paziente e terapeuta concentrano il loro lavoro al fine di risolvere il problema. Anch'esso vede una divergenza fra gli approcci, ad esempio nell'ISTDP il focus è ampliato ed è quindi possibile che vengano considerati più focus contemporaneamente. Tuttavia, in presenza di una patologia grave o diversi disturbi generalizzati è consigliabile che il paziente venga trattato con una terapia dalla durata più estesa.

Le altre caratteristiche indicative di una terapia dinamica breve sono il ruolo attivo del terapeuta nel guidare l'interazione con il paziente, l'interpretazione precoce del transfert e la brevità del trattamento (Flegenheimer, 1982). Essendo oggetto di studio della presente ricerca la terapia breve ISTDP, di seguito ne vengono descritte le peculiarità.

### *1.6.2 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)*

L'ISTDP è un modello di intervento terapeutico ideato da Habib Davanloo intorno alla fine del Novecento (Davanloo, 1990; Davanloo, 2000). La sua ricerca circa l'efficacia di un trattamento breve è cominciata dai primi anni Sessanta nell'ospedale di Montreal in Canada, quando si rese conto nel reparto di psichiatria dove lavorava di alcuni problemi legati alla terapia a lungo termine, tra cui lunghe liste d'attesa, mancanza di chiari obiettivi terapeutici e tassi di abbandono (Bauer & Kobos, 1984). Il contributo maggiormente consistente del suo lavoro di ricerca deriva dalla registrazione audiovisiva di diverse centinaia di casi clinici trattati, la cui revisione sistematica ha permesso di determinare quali aspetti tecnici fossero associati a un progresso terapeutico e quali a un fallimento. L'esito positivo delle terapie inoltre è stato verificato tramite valutazioni effettuate sia dal terapeuta che da un valutatore indipendente, al momento conclusivo della terapia e ad un follow up di cinque anni (Bauer & Kobos, 1984). L'applicazione dell'ISTDP può avvenire a quasi l'86% dei pazienti di ambulatorio inviati agli psichiatri (Abbass, 2002), grazie alla flessibilità dell'approccio, alla rapidità con cui viene effettuata la diagnosi e all'affinamento della tecnica degli ultimi anni (Rocco et al., 2021). Un tema centrale riguarda infatti la selezione dei pazienti, in quanto non tutti sono adatti a lavorare con questo tipo di terapia, ragion per cui Davanloo attribuiva importanza alla fase iniziale dei colloqui di valutazione (Flegenheimer, 1982). In particolare, il clinico deve valutare le seguenti funzioni dell'Io durante la cosiddetta "terapia di prova" del primo colloquio (Flegenheimer, 1982):

- Capacità di funzionamento dell'Io a livello affettivo. Il terapeuta valuta se il paziente possiede e prova una gamma flessibile e completa di affetti, e se è in grado di tollerarli nel caso siano emozioni o stati emotivi spiacevoli quali ansia, angoscia, rabbia, depressione, senso di colpa, ecc. Il clinico per testare questa abilità tenta di mobilitare gli affetti attraverso domande esplorative incalzanti: se il paziente reagisce sopportandone l'intensità e questo oltretutto porta alla produzione di nuovo materiale o ad indebolimento delle difese, ciò indica che probabilmente potrà avvalersi di questo tipo di tecnica. Se al contrario il paziente è incapace di soffermarsi su un'emozione intensa spiacevole e ciò è seguito da un irrigidimento o una regressione delle difese, probabilmente non è adatto a beneficiare dell'approccio ISTDP (Flegenheimer, 1982). Il terapeuta deve inoltre saper identificare il grado di vicinanza della vita emotiva alla consapevolezza, mobilitando gli affetti latenti per avere un'idea chiara del funzionamento affettivo del paziente. Ad esempio, il clinico dovrebbe distinguere l'ansia primaria, forma primitiva di ansia da separazione, dall'ansia da segnale, la quale ha origine da un segnale di pericolo, poiché i pazienti che sperimentano eccessivamente l'ansia primaria hanno una prognosi sfavorevole nell'ISTDP (Bauer & Kobos, 1984).

- Intelligenza. Con questo concetto si intende esaminare la misura in cui conflitto e ansia interferiscono con l'efficacia intellettuale, valutando la presenza di risorse intellettive libere e disponibili per un lavoro psicologico idoneo. Non è stata trovata correlazione tra intelligenza superiore ed esito positivo (Bauer & Kobos, 1984), tuttavia Davanloo sembrerebbe auspicarla (Flegenheimer, 1982).

- Organizzazione delle difese dell'Io. Più essa è flessibile, meno l'Io sarà dipendente da specifici e fissi meccanismi di difesa per mantenere l'adattamento (Bauer & Kobos, 1984). Il clinico deve quindi valutare le oscillazioni del funzionamento difensivo del paziente attraverso un costante lavoro di pressione e attacco delle difese

(Flegenheimer, 1982). Risultano controindicati al trattamento quei pazienti che ricorrono in modo eccessivo a pochi e rigidi meccanismi di difesa, perlopiù primitivi, come la proiezione e il diniego (Davanloo, 1978, p. 19).

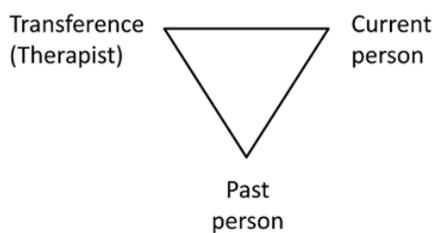
- Motivazione. Essa è correlata positivamente al successo, dunque è considerata di primaria rilevanza nel processo terapeutico (Bauer & Kobos, 1984). Dovrebbe essere valutata per determinare quanto il desiderio di cambiamento sia realistico o idealistico/regressivo. Inoltre, un'interpretazione del terapeuta dovrebbe portare ad un incremento in termini di motivazione, quindi se presente indica un elemento prognostico favorevole (Flegenheimer, 1982).

- Capacità di elaborazione. Concerne tre abilità: 1) saper comunicare i propri pensieri, sentimenti, fantasie e vita interna psichica; 2) avere consapevolezza delle proprie reazioni emotive; 3) collegare le modalità intrapsichiche con le esperienze passate (Bauer & Kobos, 1984). Essa è distinta dalla ruminazione e dall'intellettualizzazione (Flegenheimer, 1982).

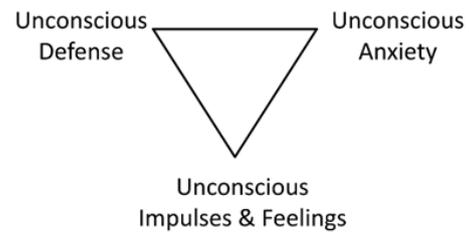
- Risposta alle interpretazioni del terapeuta. Criterio di selezione più cruciale (Davanloo, 1980), concerne la modalità con cui il paziente reagisce a seguito di un'interpretazione del terapeuta. Affinchè i pazienti siano idonei, la risposta deve essere non solo di natura cognitiva ma anche emotiva-affettiva. Ciò è indice del grado di sopportazione e tolleranza dell'impatto del materiale inconscio, il quale non deve portare a una regressione (Bauer & Kobos, 1984).

Se il paziente risponde in modo idoneo al primo colloquio, il terapeuta ritiene possibile avviare una terapia, e procede quindi formulando nel modo più accurato possibile il problema, individuandone il focus e sottolineandone i legami con il transfert, la situazione attuale e le figure significative del passato (Flegenheimer, 1982). Infatti, nell'approccio ISTDP è centrale delineare uno o più focus su cui la diade terapeutica concentrerà la sua attenzione durante la

terapia; essi devono concernere dei problemi specifici, che tuttavia risultino collegati da un punto di vista psicodinamico al conflitto nucleare, a sua volta derivante dalle nevrosi infantili (Flegenheimer, 1982). Al fine di orientarsi nell'interazione con il paziente, il clinico fa utilizzo del triangolo delle persone (Malan, 1976; vedi Figura 1) e del triangolo del conflitto (Malan, 1976; vedi Figura 2). Il primo vede nei tre vertici il transfert (terapeuta), le persone attuali e le persone del passato; il secondo i concetti di difesa, ansia, impulsi e sentimenti inconsci. L'uso dei due triangoli nella ISTDP consente al terapeuta di delineare il modo in cui, a livello intrapsichico, il paziente mette in atto delle difese verso l'ansia generata da emozioni conflittuali presenti nelle relazioni raffigurate nel triangolo delle persone (Rocco et al., 2021).



**Figura 1** Triangle of person (Malan, 1976)



**Figura 2** Triangle of conflict (Malan, 1976)

La visione della psicopatologia nell'ISTDP fa riferimento al modello della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1982), ed è quindi considerata il risultato di traumi emotivi e interruzioni dei legami affettivi con i caregivers nell'infanzia (Rocco et al., 2021). I vissuti emotivi che si attivano a fronte di esperienze traumatiche non possono essere gestiti ed elaborati in età puerile, per questo motivo vengono mobilitati successivamente in altre relazioni significative o aree di vita del paziente. Questo collegamento fra passato e presente ritorna anche nel contesto della relazione terapeutica, e ciò implica che molto spesso la rabbia che emerge nel transfert è legata a quella inespressa verso i caregivers. Al tempo stesso può essere associata alla modalità disadattiva con cui la persona gestisce tale emozione nelle relazioni significative attuali (Bauer & Kobos, 1984). Per questo motivo un ulteriore elemento principe

della tecnica è l'interpretazione del transfert, sia allo scopo di rendere manifesto al paziente il suo schema tipico relazionale, sia per evitare lo sviluppo di una nevrosi di transfert (Fleggenheimer, 1982). Così come la libera associazione in psicoanalisi, se lasciata fluire senza interventi del terapeuta, porta alla regressione, così i sentimenti verso il terapeuta, se non interpretati, provocano la nevrosi di transfert (Macalpine, 1950).

Altro elemento a cui è riservata particolare attenzione è quello dell'ansia. Secondo il modello di Malan, essa non viene considerata un'emozione vera e propria, ma la paura o reazione ansiosa ad un'emozione, che sia essa cosciente o soppressa con l'evitamento (Thoma & Abbass, 2022). Il terapeuta utilizza una tecnica attiva, esercitando una pressione sul paziente attraverso domande incessanti sul focus terapeutico che hanno lo scopo di far emergere le emozioni contrastanti e conflittuali. L'obiettivo è proprio quello di permettere al paziente di sperimentarle, comprendendo allo stesso tempo il modo attraverso cui, non esprimendole, le reprime (Rocco et al., 2021). Mobilitare sentimenti complessi come la rabbia, il senso di colpa o l'angoscia, infatti, attiva l'ansia e le difese del paziente (Abbass & Town, 2013). La misura in cui egli è in grado di tollerare lo stato ansioso, abbassare le sue difese e accedere alle emozioni inaccettabili condiziona la buona riuscita del processo terapeutico (Bauer & Kobos, 1984). Il terapeuta deve essere in grado di valutare la natura dell'ansia e delle resistenze del paziente, poiché da ciò dipende la sua decisione rispetto all'intervento da effettuare in quel dato momento. Davanloo ha individuato tre principali vie di scarico dell'ansia inconscia, le quali suggeriscono al terapeuta come agire di conseguenza:

- 1) Ansia inconscia della muscolatura striata (volontaria): a livello di conversione motoria si manifesta con il sospirare e lo stringere le mani. All'interno di questo processo il paziente fa uso prevalentemente dell'isolamento degli affetti, ossia è consapevole a livello intellettuale ma è assente il contatto con le emozioni.

2) Ansia inconscia della muscolatura liscia (involontaria): si manifesta a livello dei muscoli del tratto gastrointestinale, i vasi sanguigni e le vie respiratorie. Può provocare problemi di emicrania, ipertensione e sindrome dell'intestino irritabile. Il percorso di scarica dell'ansia è accompagnato da una repressione istantanea delle emozioni negative, che invece di raggiungere la coscienza vengono incanalate direttamente nel corpo.

3) Ansia come perturbazione cognitivo-percettiva: si manifesta tramite offuscamento visivo, confusione mentale e talvolta allucinazioni. (Davanloo, 2005).

Il clinico, esercitando la pressione sul paziente, osserva il modo in cui egli attiva l'ansia e le difese: se la tensione muscolare è del primo tipo, gli interventi del terapeuta sono focalizzati da subito a mobilitare l'inconscio in modo diretto. Se al contrario il paziente reprime molto le sue emozioni, presenta disturbi cognitivi o difese primitive, è necessario costruire per gradi la capacità di tollerare l'ansia prima di andare a lavorare sull'inconscio (Davanloo, 1990). Nel contesto di una terapia tutto ciò è visibile negli interventi del terapeuta che pongono l'attenzione al non verbale, alle vie di scarico dell'ansia, al monitoraggio dei sintomi fisici, al cambiamento dell'umore e degli affetti, allo scopo di rendere noto al paziente il modo in cui evita il contatto con le emozioni dolorose. Il momento in cui sentimenti complessi inconsci superano la soglia della consapevolezza e vengono consciamente collegati a emozioni conflittuali passate è definito accesso all'inconscio (Davanloo, 1980; Davanloo, 1990). La forza psichica che permette questo passaggio è chiamata alleanza terapeutica inconscia, la quale si oppone alla resistenza inconscia e può essere attivata solo nel momento in cui ansia e difese diminuiscono (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). Solitamente, al fine di raggiungere un cambiamento stabile, sono necessari diversi sblocchi, a seguito dei quali il terapeuta aiuta il paziente a consolidare gli insight a livello cognitivo (Rocco et al., 2021). Il processo terapeutico nel suo insieme è definito "sequenza dinamica centrale", ed è caratterizzato da diverse fasi che possono ripetersi

più volte e non presentarsi necessariamente in ordine sequenziale (Rocco et al., 2021): 1) Indagine, consiste nell'esplorazione dei problemi e delle difficoltà del paziente; 2) Pressione, il clinico incalza il paziente in modo provocatorio generando delle resistenze e delle difese; 3) Chiarificazione delle difese: il terapeuta individua le difese del paziente, le interpreta e le mette in discussione; 4) Resistenza transferale: sfida alla resistenza che si manifesta nel transfert tramite domande incessanti sulle emozioni provate verso il terapeuta, successivo chiarimento e rafforzamento dell'alleanza; 5) Accesso all'inconscio, il paziente accede consapevolmente alle emozioni conflittuali prima represses, spesso sono necessari diversi sbloccaggi; 6) Analisi sistematica del transfert, il quale viene continuamente tenuto sotto controllo perché non degeneri in nevrosi di transfert; 7) Seconda indagine esplorativa, che consiste nell'approfondimento della storia del paziente più in dettaglio; 8) Accesso diretto all'inconscio, fase finale dove il paziente è riuscito a elaborare il conflitto nucleare irrisolto e a liberare l'espressione delle emozioni conflittuali irrisolte. È possibile stabilire che la terapia ISTDP si configuri come un approccio intensivo ma efficace, poiché consente un'accelerazione dei tempi terapeutici grazie alla tecnica della pressione, mobilitazione e successivo sblocco delle emozioni inconsce contrastanti (Rocco et al., 2021). La presente ricerca intende esplorare la possibilità che in una terapia ad approccio ISTDP possano emergere quei pattern interattivi ripetitivi che caratterizzano la relazione fra paziente e terapeuta e il cui cambiamento è associato all'esito positivo del trattamento. In letteratura, infatti, sono state sottolineate informazioni contrastanti circa la possibilità in una terapia breve di accedere alle dinamiche di transfert e controtransfert: Jones (2000) ne sosteneva l'impossibilità in quanto convinto della natura supportiva di questo tipo di approccio; al contrario, Flegenheimer (1977) affermava che, nonostante la brevità, la tecnica utilizzata permetteva un'accelerazione della comparsa delle reazioni transferali del paziente. Indagare la presenza degli schemi ripetitivi interattivi presenti nella relazione fra paziente e clinico renderebbe possibile l'applicazione del modello di Jones

anche a questa tipologia di trattamento terapeutico, per cui le strutture di interazione individuate e correttamente interpretate condurrebbero ad un esito positivo.

## CAPITOLO II

### Metodo

In questo capitolo viene presentata la metodologia con cui è stato condotto il lavoro di ricerca. La prima sezione è dedicata alla descrizione degli strumenti, ciascuno dei quali è illustrato secondo le sue caratteristiche principali, il modo di applicazione e lo scopo per cui è stato impiegato. La seconda parte è relativa al materiale, che comprende le trascrizioni delle sedute analizzate, le audio registrazioni e le informazioni inerenti il caso clinico. Il terzo paragrafo presenta la procedura con cui è stato condotto lo studio, e ad ultimo vengono illustrate le ipotesi che hanno motivato la ricerca.

#### 2.1 Strumenti

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

Lo strumento principale utilizzato per condurre l'analisi descritta in questo elaborato è lo Psychotherapy Process Q-set (PQS), strumento creato da Enrico Jones (2000) allo scopo di descrivere le caratteristiche principali del processo terapeutico e individuare le strutture di interazione. Esso è formato da 100 item che intendono descrivere i seguenti aspetti:

- 1) atteggiamenti, comportamenti o esperienze del paziente. Un esempio è l'item 58 "Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi", che descrive la riluttanza del paziente nell'indagare il proprio ruolo nella perpetrazione dei problemi;
- 2) azioni e atteggiamenti del terapeuta. Un esempio è l'item 48 "Il terapeuta incoraggia il paziente a essere indipendente nelle azioni o nelle opinioni", che descrive l'azione del

terapeuta di esortare il paziente a pensare e agire autonomamente secondo ciò che egli ritiene più opportuno;

- 3) natura dell'interazione tra clinico e paziente. Un esempio è l'item 39 "La relazione terapeutica ha una qualità competitiva", che descrive un aspetto di competizione presente nell'interazione fra paziente e terapeuta.

Lo strumento viene applicato ad audio o video registrazioni o a trascrizioni *verbatim* di sedute di psicoterapia, ovviando il problema di validità dei dati ottenuti attraverso report clinici o annotazioni, dove vi è maggiore soggettività del clinico nella selezione delle informazioni ed è complesso distinguere i dati reali dalle inferenze del terapeuta (Jones, 2000). Registrazioni o trascritti di sedute sono dati oggettivamente verificabili che consentono l'accesso a elementi altrimenti potenzialmente distorti o perduti negli studi randomizzati, perché legati all'immediatezza dell'incontro clinico: il transfert e controtransfert, le strutture di interazione, l'intersoggettività, ecc. (Jones, 2000). Tuttavia, un problema nell'utilizzo dello strumento riguarda l'alta dispendiosità di tempo e risorse che richiederebbe analizzare tutte le sedute di una terapia, per cui ci si domanda quale unità di tempo debba essere considerata per cogliere comunque aspetti caratteristici del processo terapeutico. L'approccio più in vigore consiste nell'adottare delle forme di campionamento per cui vengono selezionati dei segmenti significativi di varie sedute della durata di cinque o dieci minuti ciascuno, i quali contengono degli aspetti importanti e significativi dell'interazione terapeutica che sono teoricamente collegati tra loro, costituendo insieme un determinato "momento". Un esempio di "momento" potrebbe riguardare la raccolta di tutti quei segmenti temporali delle sedute analizzate in cui il paziente ha un insight a seguito di un intervento specifico del terapeuta. Tuttavia, la co-occorrenza di un determinato costrutto non è sufficiente a spiegarne il significato all'interno del processo terapeutico, è necessario infatti poter osservare come le variabili si uniscono tra loro nel contesto: estrapolare delle sequenze brevi si è rivelata dunque una procedura inadatta a

cogliere il processo di cambiamento. Per risolvere questo problema è possibile fare ricorso alla cosiddetta tecnica Q, dove l'unità di misura comprende l'intera seduta e non più diversi segmenti di essa. Il metodo di campionamento utilizzato è quello delle serie temporali, per cui viene effettuata una selezione di alcune sedute iniziali, centrali e finali della terapia. Ad esempio, in una terapia di 20 sedute potrebbero essere selezionate le sedute numero 1-2, 7-8, 13-14, 19-20. Gli studi di Jones (2000) hanno infatti dimostrato che, al fine di delineare modalità interattive e pattern significativi, è maggiormente efficace operare misurazioni multiple di interventi e interazioni rispetto a valutare solamente particolari costrutti teorici. Ad esempio, in uno studio che confrontava la terapia breve psicodinamica e la terapia breve cognitiva, è stato dimostrato che maggiori erano gli elementi psicodinamici contenuti in ciascuno dei due trattamenti (ad esempio l'interpretazione dei contenuti inconsci e delle difese, la considerazione del modo in cui paziente e terapeuta interagiscono, l'importanza del transfert, ecc.), maggiori erano i risultati positivi in entrambe le terapie (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993). Questo così come altri studi (Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, 2000) che hanno analizzato tramite il PQS le modalità in cui i diversi aspetti del processo terapeutico si modellavano fra loro sembrano poter confermare l'utilità e la validità delle tecniche derivate dalla psicoanalisi (Jones, 2000). Infatti, il PQS è in grado di cogliere le interazioni di influenze multiple all'interno del processo psicoanalitico; ciò si contrappone all'assunto di base delle metodologie di ricerca between groups per cui il processo interpersonale presenta dei significati fissi che sono indipendenti dal contesto e conducono a determinati esiti (Jones, 2000). Ad esempio, Malan (1976) sosteneva che tanto più avveniva l'interpretazione del transfert durante le sedute di una terapia psicodinamica breve, tanto più alta fosse la probabilità di ottenere un esito positivo. Tuttavia, questo tipo di valutazione è totalmente decontestualizzata, poiché non tiene conto dell'accuratezza, del timing (ovvero del momento in cui il terapeuta fa un'interpretazione), del significato che potrebbero assumere in quella particolare terapia e in

quella particolare relazione terapeutica. È possibile che un terapeuta effettui con minor frequenza interventi interpretativi del transfert, e tuttavia essi abbiano maggior efficacia e utilità rispetto a interpretazioni fatte al momento sbagliato con scarsa attenzione. Dal momento che qualsiasi azione terapeutica è significativa e positiva in base al contesto in cui viene realizzata, è molto complesso identificare un'associazione lineare tra un determinato aspetto e l'esito della terapia, ma allo stesso tempo rende conto del fatto che la ricerca single-case, attraverso l'analisi del PQS, può essere una modalità valida per valutare in maniera più puntuale i costrutti e i loro reali significati.

Nonostante la derivazione psicoanalitica, il PQS si propone di essere uno strumento ateorico, e applicabile a qualsiasi tipo di approccio terapeutico, in quanto in grado di cogliere e descrivere molteplici aspetti dell'incontro clinico senza fare necessariamente riferimento a costrutti specifici di un determinato orientamento teorico. I 100 item, infatti, descrivono svariate sfaccettature che concernono paziente, terapeuta e la relazione fra di essi all'interno di un processo terapeutico. Ogni item è definito con un linguaggio puntuale, ed è accompagnato da una descrizione, talvolta una esemplificazione, al fine di definire il più possibile il significato del contenuto dell'item, e ovviare a interpretazioni soggettive da parte dei valutatori coinvolti nel processo di analisi. Riporto un esempio di item con relativa descrizione al fine di rendere più immediata la comprensione al lettore: l'item 89 è così definito "Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente". La relativa descrizione pronuncia "Collocare questo item verso l'estremo caratteristico se l'atteggiamento del terapeuta è caratterizzato da una compliance calma e attenta per evitare di sconvolgere l'equilibrio emotivo del paziente, oppure se interviene in modo attivo per aiutare il paziente a evitare o reprimere idee o sentimenti disturbanti. Collocare questo item verso l'estremo non caratteristico se il terapeuta non agisce per rinforzare le difese del paziente o per reprimere pensieri o sentimenti conflittuali". La procedura di applicazione viene utilizzata in modo puntuale per ciascuna delle sedute

selezionate della terapia che si intende analizzare. Essa prevede, prima dell'applicazione dello strumento, che i valutatori leggano approfonditamente la seduta selezionata al fine di individuare gli aspetti principali che la connotano, quali la modalità di interazione fra paziente e terapeuta, il clima generale che la caratterizza ecc. Successivamente, procede nella valutazione attribuendo un punteggio, da 1 a 9, a ciascuno dei 100 item del PQS, a seconda che il contenuto dello specifico item preso in esame sia caratteristico o meno della seduta appena studiata. Il punteggio 1 corrisponde all'estremo non caratteristico e 9 all'estremo caratteristico. Ciascuna delle categorie prevede che vi sia un numero fisso di item che possono essere associati a essa, ad esempio nelle categorie 1 e 9 possono rientrare in ciascuna 5 item, dunque 5 item che saranno estremamente caratteristici e 5 che saranno estremamente non caratteristici. Le categorie 2 e 8 prevedono di poter essere associate a 8 item ciascuna, e così via, aumentando il numero di item associabili ad ogni singola categoria fino ad un massimo di 18 item attribuibili alla categoria centrale numero 5 (vedi tabella 2.1 con la distribuzione per ogni categoria). Quest'ultima categoria contiene gli item definiti "relativamente neutrali", poiché ad essa verranno associati quegli item che non sono significativi nel descrivere la seduta. Nella fase di collocazione di ciascun item è fondamentale domandarsi se la caratteristica descritta sia presente o meno all'interno della seduta e in quale misura. Tale valutazione dovrebbe essere il più possibile neutrale e libera da pregiudizi rispetto alle interazioni terapeutiche considerate "ideali", più o meno desiderabili, più o meno efficaci. La richiesta, infatti, è di trovare una specifica evidenza fra la caratteristica espressa da un item e la sua corrispondenza nella seduta, evitando di lasciarsi influenzare dalle proprie reazioni o opinioni personali nel compiere la valutazione. È dunque necessario chiedersi il più obiettivamente possibile quanto la caratteristica espressa in un determinato item sia rilevante all'interno della seduta: la misura in cui lo è determinerà la collocazione dell'item in una categoria più o meno estrema del polo caratteristico, da 9 se si tratta di una descrizione particolarmente rappresentativa e significativa

della seduta a 6 se l'item fa riferimento ad un aspetto che è presente ma solo piuttosto caratteristico della seduta. Una collocazione estrema al polo negativo indica che l'assenza di quella determinata caratteristica è significativa all'interno dell'interazione, mentre collocazioni intermedie non rappresentano in modo rilevante l'interazione. L'assegnazione alla categoria 5 (neutrale) avviene quando gli item risultano irrilevanti o ininfluenti nel descrivere il paziente, il terapeuta o l'interazione fra di essi, e dunque non è necessario che rientrino nella descrizione Q-sort. E' stato dimostrato empiricamente che l'assegnazione forzata di un numero fisso di item per categoria è la procedura più valida rispetto alla libera assegnazione alle categorie da parte del valutatore (Jones, 2000) dal momento che ne limita la possibile tendenza di assegnare item a categorie più estreme o intermedie, a prescindere dall'effettiva descrizione degli item. Le ricerche hanno dimostrato che l'affidabilità della valutazione svolta da valutatori indipendenti varia da .83 a .89 con due osservatori, e aumenta da .89 a .92 da tre fino a dieci osservatori (Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones & Windholz, 1990). Per poter arrivare alla prevista distribuzione del numero di item in ognuna delle 10 categorie è probabile sia necessaria più di una applicazione, perché difficilmente già dalla prima assegnazione tutti gli item ricevono la corretta collocazione. Una volta conclusa questa fase, il valutatore si confronta con gli altri giudici (perlopiù terapeuti formati all'utilizzo del PQS) che a loro volta hanno effettuato lo stesso processo autonomamente al fine, come prevede la procedura di Jones, di fare in questa fase una valutazione intersoggettiva. Questo secondo stadio può talvolta generare delle criticità, poiché è possibile che i giudici siano in disaccordo circa la collocazione di uno o più item descrittivi della seduta. È importante che i valutatori giungano a un consenso condiviso rispetto alla valutazione finale per garantire attendibilità ai dati clinici osservati. Infine, i giudici si occupano di delineare le cosiddette strutture d'interazione, ovvero le modalità interattive ripetitive fra paziente e terapeuta che riflettono il loro funzionamento psicologico (Jones, 2000). La definizione delle stesse viene fatta prendendo in considerazione gli item assegnati alle

categorie 1-2 e 8-9, per individuare le modalità con cui transfert e controtransfert si manifestano. Un esempio del processo attraverso cui una struttura di interazione viene delineata è tratto dalla terapia della signorina A (Jones, 2000). La paziente, all'inizio di una delle sedute analizzate, parla dei propri sentimenti di frustrazione per il fatto di sentirsi incapace di fare nulla. L'interazione è caratterizzata da lunghe pause e silenzi, che la terapeuta sente di dover riempire nel tentativo di salvare la paziente dalla sua sofferenza. Questo aspetto peculiare della seduta è stato individuato attraverso le analisi con il PQS: gli item che esprimevano delle descrizioni caratteristiche della seduta sono stati assegnati ad una collocazione estrema dei poli positivo o negativo, e quelli rappresentativi di questa specifica modalità interattiva sono stati raggruppati. Nello specifico, gli item collocati come estremamente (9) o decisamente (8) caratteristici sono stati i seguenti:

- Item 13: Durante la seduta ci sono dei silenzi.
- Item 15: La paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passiva.
- Item 61: La paziente è timida e imbarazzata (vs presuntuosa ed eccessivamente sicura di sé).
- Item 25: Il paziente ha difficoltà ad iniziare la seduta.
- Item 94: La paziente si sente triste o depressa (vs gioiosa o allegra).
- Item 59: La paziente si sente inadeguata o inferiore (vs efficace e superiore).
- Item 52: La paziente fa affidamento sul terapeuta per risolvere i propri problemi.

Gli item collocati nella categoria 1 (estremamente non caratteristico) e nella 2 (decisamente non caratteristici) sono quelli che riflettono l'assenza di un determinato comportamento, atteggiamento o modo di interagire descritto, e la cui mancanza è rilevante nel descrivere la seduta:

- Item 13: La paziente è animata o eccitata.

- Item 54: La paziente si esprime in modo chiaro e organizzato.
  - Item 41: Si parla delle aspirazioni o delle ambizioni della paziente.
  - Item 74: Viene utilizzato lo humor
  - Item 56: La paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccata dai propri sentimenti.
  - Item 69: La situazione di vita attuale o recente della paziente è argomento della seduta.
- In seguito è stato attribuito un titolo che esprimesse al meglio la struttura di interazione individuata, in questo caso “Suscitare un tentativo di soccorso”.

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

Tabella 2.1 Distribuzione Q-sort degli items

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

La SCL-90-R (Derogatis & Cleary, 1977) è un questionario autosomministrato costituito da 90 item che valutano la configurazione di sintomi psicologici di soggetti clinici e non. È la versione più aggiornata dell'originaria SCL-90, ideata dallo psicologo Leonard R. Derogatis nel 1973, ed è utilizzata sia nella pratica clinica che nell'ambito della ricerca. Il soggetto a cui viene somministrato il test deve indicare per ciascun item un punteggio da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) con Scala Likert a 5 punti, assegnando un valore a sintomi o problemi emotivi e/o

comportamentali facendo riferimento solo a quanto sono stati caratteristici della settimana appena trascorsa, compreso il giorno della compilazione. Punto di forza dello strumento è la misurazione di sintomi sia internalizzanti che esternalizzanti, come depressione, ansia e somatizzazione nel primo caso e aggressività, impulsività e ostilità del secondo. È possibile che vengano effettuate più somministrazioni a distanza di tempo, allo scopo di valutare i mutamenti nella gravità del disagio psichico in diversi domini sintomatologici. In questo senso l'SCL si è rivelato uno strumento efficace per rilevare il cambiamento del paziente, valutare l'esito della terapia e identificare precocemente pazienti a rischio di suicidio. Le dimensioni a livello sintomatico misurate sono dieci:

- 1) Somatizzazione (SOM): indica il disagio o il disturbo associato all'autopercezione di disfunzioni corporee. I sintomi indagati riguardano l'apparato cardiovascolare, gastrointestinale e respiratorio, oltre a dolore a carico della muscolatura grosso-motoria e manifestazioni somatiche dell'ansia. Esempi di item inerenti a questa categoria sono il numero 12 "Dolori al cuore e al petto" o l'item 56 "Senso di debolezza in qualche parte del corpo".
- 2) Ossessività-Compulsività (O-C): riguarda pensieri, impulsi e azioni sperimentati come persistenti, invasivi e non voluti. Sono di natura egodistonica, ossia percepiti dal soggetto come fonte di malessere e disagio. Esempi di item sono il 3 "Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate" e il 45 "Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai".
- 3) Ipersensibilità interpersonale (I-S): concerne i sentimenti di inadeguatezza e inferiorità verso altre persone, come può essere dedotto dagli item inclusi nella descrizione di questa categoria "Sentirti facilmente ferito/a o offeso/a" (34) e "Sentirti penosamente

imbarazzato/a in presenza di altri” (69). Manifestazioni peculiari riguardano infatti l’autosvalutazione e disagio marcato nelle interazioni.

- 4) **Depressione (DEP):** include la mancanza di motivazione, il ritiro dell’interesse, la perdita di vitalità accompagnati talvolta da sentimenti di disperazione, ideazione suicidaria e correlati cognitivi e somatici della depressione. Più in generale racchiude lo spettro sintomatologico della sindrome depressiva. Come esempi di item abbiamo il 26 “Rimproverarti per qualsiasi cosa” e il 71 “Sensazione che tutto richieda uno sforzo”.
- 5) **Ansia (ANX):** comprende i segni che generalmente indicano uno stato di ansia, quali nervosismo, tensione, tremori ma anche attacchi di panico e sensazione di terrore. Esempificativi gli item 23 “Paure improvvise senza ragione” e 57 “Sentirti teso/a o sulle spine”.
- 6) **Ostilità (HOS):** pensieri, sentimenti e azioni tipici di uno stato affettivo negativo di rabbia. Le manifestazioni sono di aggressività, irritabilità e risentimento. “Urlare o scagliare oggetti” (item 81) e “Ingaggiare frequenti discussioni” (item 74).
- 7) **Ansia fobica (PHOB):** persistente reazione di paura sperimentata come irrazionale, immotivata o sproporzionata rispetto allo stimolo che l’ha provocata. Tale risposta può avvenire nei confronti di una persona, oggetto, luogo o situazione specifici; spesso si manifesta in comportamenti di evitamento e fuga. Appartenenti a questa dimensione sono gli item 13 “Paura degli spazi aperti o delle strade” e 50 “Necessità di evitare certi oggetti”.
- 8) **Ideazione paranoide (PAR):** disturbo legato al pensiero paranoide, le cui espressioni consistono in sospetto, timore di perdita della propria autonomia, pensiero proiettivo, grandiosità, ostilità e deliri. Due esempi sono l’item 8 “Convinzione che gli altri siano

responsabili dei tuoi disturbi” e l’item 83 “Impressione che gli altri possano approfittare di te o delle tue azioni”.

9) Psicoticismo (PSY): riflette il costrutto come una dimensione continua dell’esperienza umana e non come una categoria rigorosa, comprende quindi item relativi a comportamenti di ritiro e isolamento sociale così come sintomi della diagnosi di schizofrenia, quali estraneità del pensiero e allucinazioni. Descrittivi della dimensione psicotica sono, fra gli altri, gli item 88 “Non sentirti mai vicino/a alle altre persone” e 90 “Idea che qualcosa non funzioni bene nella tua mente”.

10) Disturbi del sonno (SLEEP): riguardano l’insonnia (item 44 “Difficoltà ad addormentarti”), il risveglio precoce (item 64 “Svegliarti presto al mattino senza riuscire a riaddormentarti”) e il sonno disturbato (item 66 “Sonno inquieto o disturbato”).

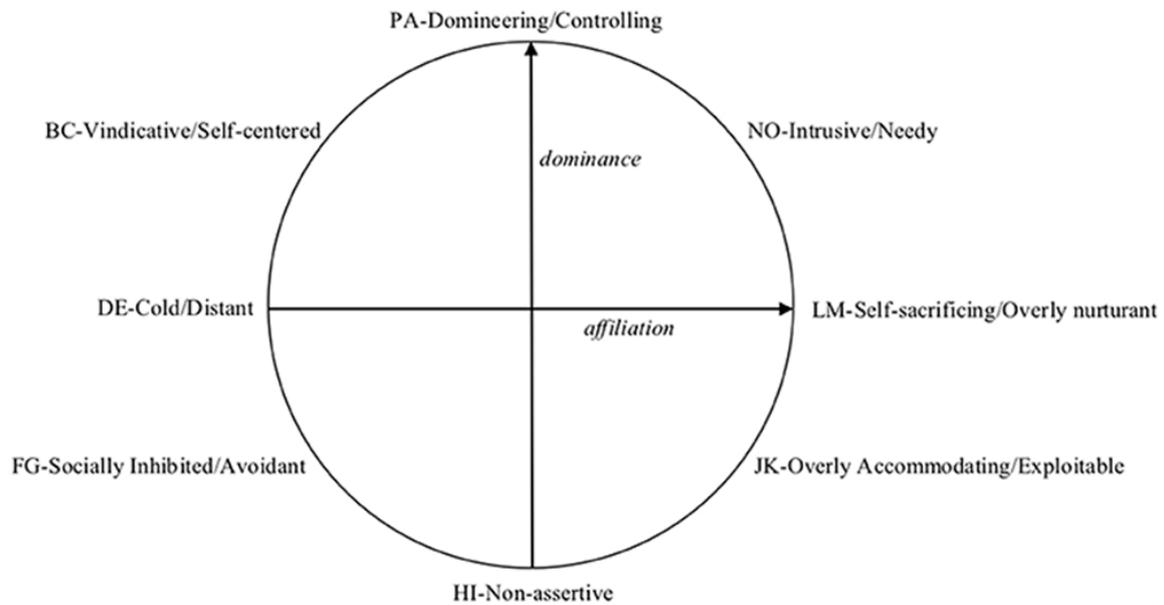
Sono presenti, inoltre, alcuni item (OTHER) che non sono collocabili in nessuna delle dimensioni precedenti, ma rientrano comunque nella valutazione complessiva dello stato psicologico e fanno riferimento a disturbi dell’appetito. Al fine di adottare maggiore flessibilità nella valutazione globale e ricorrere ad indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico sono presenti tre indici: 1) Global Severity Index (GSI), è l’indicatore globale dell’intensità e della profondità del disagio psichico percepito dal paziente; 2) Positive Symptom Total (PST), racchiude il numero dei sintomi riportati dal soggetto, indipendentemente dal grado di intensità del disagio psichico; 3) Positive Symptom Distress Index (PSDI), è l’indice dello stile di risposta del paziente. Il cut-off clinico corrisponde a 65 punti T, per cui un punteggio uguale o superiore è indice di un disagio statisticamente significativo nella dimensione considerata.

### *2.1.3 Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32; Horowitz et al., 2000; Horowitz et al., 1988)*

L'inventario dei problemi interpersonali (IIP-32; Horowitz et al., 2000; Lo Coco et al., 2018) è un questionario self-report che indaga la presenza di problemi nelle relazioni interpersonali e nell'adattamento sociale. È composto da 32 item che riportano affermazioni circa i problemi che le persone possono sperimentare nell'interazione; ciascuna deve essere valutata su Scala Likert a 5 punti tramite l'assegnazione di un punteggio da 0 (per nulla) a 4 (estremamente). I primi 20 item iniziano con la formula "È difficile per me..." dire di no (esempio), mentre i successivi 12 con l'espressione "Cose che faccio troppo...", ad esempio, litigo con gli altri. La prima versione di questo strumento prevedeva 127 item (Horowitz et al., 1988), che sono stati ridotti a 64 (IIP-64) in una seconda revisione e a 32 (IIP-32) in una terza (Horowitz et al., 2000), diffusa a livello globale e disponibile in diverse lingue e Paesi (Faustino & Vasco, 2020; Lo Coco et al., 2018; Salazar et al., 2010). È uno strumento teorico che permette la descrizione dei comportamenti interpersonali su due dimensioni: 1) affiliazione, che descrive il grado in cui la persona ha bisogno di creare relazioni strette con gli altri. Varia in un continuum da freddezza al polo negativo ad eccessivo altruismo e dipendenza al polo positivo; 2) dominanza, dimensione che riflette la misura in cui la persona vuole influenzare o essere influenzata; varia da comportamenti prepotenti a sottomissione, dal polo positivo di dominanza e controllo al polo negativo di non assertività. Gli item sono suddivisi in otto scale:

- 1) Dominante/controllante: valuta la tendenza a mantenere il controllo, a manipolare, a non considerare il punto di vista altrui e ad agire in modo prepotente e aggressivo.
- 2) Vendicativo/autocentrato: valuta la misura della diffidenza, della sospettosità e della tendenza alla vendetta e allo scontro ostile con gli altri.

- 3) Freddo/distante: valuta problemi di distanza emotiva con le altre persone, la mancanza di empatia, tatto, sintonizzazione, amorevolezza, la difficoltà nel mantenere relazioni a lungo termine e la tendenza ad essere solitari.
- 4) Socialmente inibito: valuta il grado di timidezza e inibizione sociale, la difficoltà di iniziare interazioni con gli altri o mantenerle, la tendenza a evitare situazioni sociali e ad essere distaccati e introversi per ovviare a possibili rifiuti o critiche. Valuta anche sentimenti di ansia e imbarazzo in presenza di altre persone.
- 5) Non assertivo: valuta problemi legati alla propria autoaffermazione e autostima, mancanza di fiducia in se stessi, difficoltà nell'esprimere il proprio punto di vista e nell'essere al centro dell'attenzione, tendenza a evitare situazioni sociali che riguardano sfide o esercizio di potere.
- 6) Eccessivamente accomodante: valuta problemi inerenti la sottomissione, la compiacenza, la ricerca di approvazione, la riluttanza a esprimere il proprio dissenso per evitare situazioni di ostilità con l'altro. Il profilo di un soggetto estremamente accomodante si mostra gentile e mai polemico, ed è facilmente manipolabile e sfruttato dagli altri.
- 7) Sacrifica se stesso: valuta la problematicità dello spendersi in modo eccessivo per l'altro fino a consumarsi, a discapito di sé. Vi è una difficoltà nello stabilire e mantenere dei limiti fra se stessi e gli altri: eccessività nel dare, nell'essere generosi e permissivi, nell'empatizzate coi bisogni e i sentimenti altrui che prendono il sopravvento sui propri.
- 8) Inadente/bisognoso: valuta la difficoltà di fare richieste e aspettarsi attenzioni in modo inappropriato, presenza di eccessi di estroversione e socievolezza che nascondono la volontà di attirare l'attenzione degli altri, tendenza a rivelare cose inopportune o intromettersi negli affari altrui.



**Figura 3** The interpersonal problems circumplex

L'IIP-32 permette di avere un punteggio per ciascuna scala ed uno globale dato dalla Scala Totale, che rappresenta il livello complessivo di disagio nelle relazioni interpersonali. Maggiori sono i punteggi, maggiori sono le difficoltà nell'adattamento sociale, dove un valore superiore a 70 è indice di problematicità relazionali nella dimensione considerata (Rocco et al., 2021).

## 2.2 Materiale

Il caso clinico preso in esame dalla presente ricerca riguarda una psicoterapia ad orientamento ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) della durata complessiva di un anno. Il percorso terapeutico è stato caratterizzato dalla presenza di 15 sedute totali, la cui frequenza è cambiata a seconda della fase di trattamento: nella fase iniziale le sedute venivano svolte ogni due settimane, mentre con il passare del tempo la frequenza è divenuta più sporadica. La durata di ciascuna seduta è stata di un'ora e mezza circa. Il materiale preso in esame per il presente studio consiste sia nelle trascrizioni *verbatim* che nelle registrazioni audio di ciascuna seduta. È stata condotta un'analisi delle serie temporali, per la quale, come

specificato in precedenza, viene effettuata una selezione delle sedute che sia rappresentativa dell'andamento completo della terapia; in particolare, sono state selezionate le sedute numero 1-5-7-11-15. Il terapeuta è un professionista maschio di circa 45 anni esperto nell'uso della tecnica ISTDP, che utilizza da 15 anni. La paziente è una giovane donna di 24 anni, studentessa al termine del proprio percorso universitario e lavoratrice. A livello di diagnosi di personalità non è possibile operare valutazioni in quanto non sono stati utilizzati dei test relativi, tuttavia al momento iniziale della terapia sono stati somministrati due questionari, la SCL-90-R e l'IIP-32, che hanno permesso di rilevare alcune difficoltà particolarmente rilevanti nel quadro clinico della paziente. I risultati dei due test evidenziano la componente ansiosa come clinicamente rilevante, caratteristica messa in luce dalla paziente stessa all'inizio della prima seduta quando ha spiegato il motivo che l'ha spinto ad intraprendere la terapia, ossia il ritorno degli attacchi di panico, sintomo d'ansia. Dichiarò di soffrirne da almeno due settimane in modo continuativo, con frequenza quotidiana e un massimo di due attacchi al giorno. La paziente riferisce inoltre il modo in cui ciò si manifesta: "Quando sto per avere un attacco di panico non riesco a respirare, comincio ad avere tachicardia, mi si chiude lo stomaco, mi viene da piangere". Più avanti nella terapia descriverà in modo più dettagliato i sintomi che avverte, soddisfacendo nei criteri di frequenza e gravità la diagnosi all'asse I di Disturbo di panico del DSM-V. Nonostante le problematiche riscontrate, la paziente presenta un funzionamento globale sano e non particolarmente compromesso: possiede infatti un elevato grado di insight e capacità di introspezione, abilità che emergono durante il processo terapeutico anche nelle fasi più delicate e intense a livello emotivo. È inoltre presente una buona disposizione al cambiamento, manifestata dall'impegno dimostrato durante le sedute e dalla fiducia accordata al terapeuta e al processo terapeutico. La paziente si rivela una persona intraprendente: all'inizio della terapia comunica di aver svolto molteplici lavori per mantenersi, nonostante viva ancora con la sua famiglia. Quest'ultima è composta da madre, padre, fratello minore e i due nonni materni. La

paziente sottolinea da un lato l'assenza paterna, dall'altra il forte legame presente fra lei e il nonno, figura di riferimento importante sia nella sua crescita sia al momento in cui inizia la terapia. Ha deciso di intraprendere una psicoterapia per superare gli attacchi di panico, verificatisi in un momento complesso e difficile che sta vivendo a causa dei problemi di salute del nonno. Il sopraggiungere di una grave malattia ha innescato nuovamente nella paziente degli attacchi di panico, sintomo già presente in passato, quando aveva 17 anni, ma riemerso ora in modo preponderante nella sua vita. La paziente si è dichiarata addolorata e spaventata per la salute cagionevole del nonno, verso il quale si sente impotente e in colpa. Vorrebbe infatti poter alleviare il suo dolore e non essere costretta a lasciarlo andare, ma i suoi sforzi di stargli vicino e prendersi cura di lui celano anche altre emozioni da cui la paziente si difende. Nel corso della terapia, infatti, emerge la sua difficoltà nel provare l'emozione della rabbia verso le persone che ama, poichè afferma di sentirsi in colpa. Grazie al lavoro clinico acquisisce consapevolezza del meccanismo attuato ogni qualvolta si confronta con situazioni che la porterebbero a sperimentare rabbia: ciò consiste nel trasformare inconsciamente quest'ultima in delusione verso se stessa, spostando l'oggetto verso cui sono rivolte le emozioni spiacevoli. L'attacco di panico risulterebbe quindi essere la punizione che la paziente si autoinfligge, in quanto le emozioni spiacevoli represses causano uno stato di ansia che si acuisce fino a sfociare nella forma estrema dell'attacco di panico. Durante il processo terapeutico la paziente impara ad entrare in contatto con le sue emozioni, anche negative, senza sperimentare uno stato di panico. Il terapeuta la aiuta a gestire in modo alternativo tali emozioni, che la paziente gradualmente si autorizza a provare invece di alimentare un processo di auto-colpevolizzazione. L'ansia attivata emerge infatti in prossimità di vissuti intensi e dolorosi connotati dalla presenza sottostante dell'emozione inaccettabile della rabbia. Durante il percorso terapeutico la paziente sperimenta tale meccanismo disfunzionale nella relazione con il clinico, arrivando a comprendere come esso si ripresenti anche in altre relazioni significative, in particolare con il nonno durante tutto

il processo di perdita e con il fidanzato. Il lavoro terapeutico si focalizza molto sulla capacità della paziente di riconoscimento ed espressione delle proprie emozioni, ma soprattutto di autorizzazione a provarle. La paziente definirà questa conquista con il termine liberalizzazione, legalizzazione emotiva, per esprimere il fatto di essere riuscita a concedere a se stessa di provare tutta la gamma di emozioni possibili senza per questo autocondannarsi. Il lavoro terapeutico avviene anche attraverso il focus sul corpo, luogo privilegiato in cui le emozioni possono essere ascoltate ed espresse secondo l'approccio ISTDP. Innanzitutto, il clinico si concentra sulle vie di scarico dell'ansia della paziente, monitorandone di volta in volta l'intensità e l'area coinvolta, se muscolatura striata volontaria, liscia involontaria o la sfera cognitivo-percettiva, mettendo quindi in evidenza ciò che sta accadendo a livello fisico. Questo lavoro di attenzione all'autopercezione corporea avviene anche negli interventi in cui il terapeuta chiede alla paziente dove si manifestano le emozioni che sta provando in quel dato momento, in particolare la rabbia. La invita ad esprimerla verbalmente descrivendone il percorso a livello corporeo e le intenzioni celate, ad esempio il desiderio che la paziente avrebbe di colpire il terapeuta stesso o di soffocare il nonno amato. Al tempo stesso porta all'attenzione della paziente il suo linguaggio non verbale quando quest'ultima esprime delle resistenze rispetto ad elaborare i sentimenti negativi; ciò si manifesta tramite gesti quali distogliere lo sguardo, dichiararsi ignorante rispetto ai propri stati emotivi, scaricare l'ansia muovendo il piede, ecc. Mediante questo continuo lavoro il terapeuta aiuta la paziente ad entrare in contatto con le emozioni più difficili da cui si difende, dirigendo l'interazione e portando anche l'attenzione al corpo allo scopo di non permetterle di fuggire da questa parte di sé. Ciò porta la paziente a doversi confrontare con i propri sentimenti inaccettabili, invece che reprimerli e lasciare che sfocino in un episodio doloroso di attacco di panico.

## 2.3 Procedura

La procedura effettuata per realizzare questo studio è stata caratterizzata da un iniziale periodo di formazione specifica all'uso dello strumento del PQS, durato circa tre mesi, per comprenderne l'uso, gli obiettivi, le peculiarità e i limiti. La formazione è stata così condotta: i valutatori/giudici, tre studentesse laureande in Psicologia Magistrale presso la Facoltà di Padova, hanno iniziato a svolgere l'analisi con il PQS di sedute di altre terapie rispetto a quella che sarebbe poi stata assegnata loro in seguito. Il supervisore ha fornito delle trascrizioni di alcune sedute, le quali, una per una, sono state oggetto di analisi. In primo luogo, i giudici individualmente hanno letto e studiato la seduta; dopodiché, hanno compilato il PQS assegnando ognuno dei 100 item ad una categoria compresa fra 1 (estremamente non caratteristico) e 9 (estremamente caratteristico), attenendosi alla distribuzione prevista dalla procedura (Tabella 2.1). Successivamente, il lavoro individuale è confluito in un confronto fra i tre giudici, i quali hanno quindi confrontato i tre differenti PQS relativi alla medesima seduta. Questo lavoro è consistito nel verificare che gli item fossero collocati nella medesima categoria nei PQS di tutti e tre i valutatori, tuttavia questa ipotesi è risultata spesso essere disconfermata. Ciò ha richiesto l'esigenza di maggiore confronto poiché i giudici dovevano arrivare ad una convergenza intersoggettiva circa la disposizione degli item maggiormente rappresentativa della seduta. Da questo momento di discussione e valutazione si è giunti al definitivo PQS descrittivo della seduta, dal quale successivamente sono state ricavate le strutture di interazione, a partire dagli item che hanno trovato una collocazione estrema rispetto alla gerarchia delle categorie (ovvero gli item appartenenti alle categorie estremamente e decisamente caratteristiche 8-9 e al polo opposto 1-2). Gli item sono stati raggruppati quando riflettevano l'appartenenza ad una medesima modalità interattiva, che rappresentava una delle strutture d'interazione significative della seduta. È possibile trarre un esempio dal caso clinico del signor B (Jones, 2000): l'interazione fra paziente e terapeuta è caratterizzata da incomprensione,

conflitto e frustrazione. I giudici hanno individuato gli item che descrivono questo aspetto significativo, e li hanno raggruppati insieme: l'item 14 "Il paziente non si sente compreso dal terapeuta" e l'item 9 "Il terapeuta è freddo, distaccato" hanno trovato una collocazione estremamente caratteristica, viceversa l'item 31 "Il terapeuta chiede più informazioni o una maggiore rielaborazione" è stato assegnato a una categoria bassa come 1 o 2, poiché il terapeuta si è rivelato riluttante nell'esplorare il vissuto del paziente. Questi item sono risultati rappresentativi di un aspetto che caratterizza l'interazione fra clinico e paziente, perciò i giudici hanno ricavato una struttura di interazione che considera tali item, denominandola "Interazione arrabbiata". Per ciascuna seduta analizzata i valutatori sono stati chiamati a delinearne le strutture. Disponendo delle strutture di interazione delle diverse sedute è stato possibile, di conseguenza, valutare il modo in cui esse si siano ripetute e si siano modificate durante il processo terapeutico.

Le principali difficoltà iniziali della procedura hanno riguardato soprattutto la comprensione dell'uso vero e proprio dello strumento a livello pratico: quando un item deve essere considerato rilevante o meno, quale tipologia di item favorire nel posizionamento in categorie più estreme e dunque degne di nota, come procedere nel modo migliore per assegnare una adeguata collocazione a ciascun item, ecc. Inoltre, i tre giudici coinvolti nel processo di analisi di questa ricerca in quanto in possesso della sola laurea triennale non avevano esperienza clinica, ed è stato quindi necessario costruire un minimo di dimestichezza nel leggere clinicamente la seduta riuscendo a coglierne gli aspetti più significativi, nel comprendere quello che stava accadendo fra paziente e terapeuta, nell'individuare i punti chiave dell'interazione fra loro. Per tale ragione, dopo qualche seduta di analisi e successivo confronto con i supervisori Diego Rocco e Francesco De Bei, è stato deciso di cambiare il modo in cui approcciarsi ai colloqui: prima di effettuare il PQS, è stato chiesto di provare a descrivere quello che veniva colto durante la seduta. Questa modifica nella procedura, piccola ma significativa, ha permesso un

miglioramento nel focalizzarsi sui punti chiave che poi il PQS andava ad evidenziare, poiché, avendo in mente il clima generale della seduta da un punto di vista clinico, è stato più agevole identificare gli item che meglio lo rappresentavano. Inoltre, la variazione nella procedura più significativa a mio parere è stata la condivisione delle registrazioni audio delle sedute. Infatti, mentre inizialmente la valutazione veniva effettuata solo sui trascritti, avere la possibilità successivamente di ascoltare l'audio delle sedute ha contribuito a rendere qualitativamente migliore sia il lavoro di comprensione che conseguentemente quello di analisi del processo terapeutico in atto. La trascrizione risulta essere manchevole in modo particolare nel rivelare i toni di voce, le sfumature emotive del dialogo e il ritmo dello stesso, quindi le pause o le sovrapposizioni fra paziente e terapeuta. L'ausilio delle registrazioni vocali affiancate alla lettura delle trascrizioni in contemporanea è stato molto prezioso, aiutando nel delicato compito di comprensione e analisi di una seduta. È stato dunque possibile per i giudici costruire delle competenze tali da poter applicare la metodologia alla terapia vera e propria oggetto della presente ricerca. Inizialmente sono state valutate le sedute 1, 7 e 15, al fine di individuare le caratteristiche principali di paziente, terapeuta e della terapia nel momento del suo inizio, in una fase centrale e ad ultimo nella sua conclusione. Dopodiché si è passati ad analizzare le sedute intermedie numero 5 e 11, in modo da compiere un processo di valutazione che tenesse conto dell'evoluzione del trattamento nelle sue diverse fasi. Per ciascuna seduta è stato eseguito il processo sopra descritto, per cui il lavoro individuale è stato seguito da quello di gruppo fra giudici, il quale a sua volta è stato revisionato tramite un confronto con i supervisori esperti. Ad ultimo, è stata messa a disposizione la valutazione degli outcome della psicoterapia a partire dalla SCL-90-R e dall'IIP-32, compilati entrambi dal paziente sia al momento iniziale della terapia sia a quello conclusivo.

## 2.4 Ipotesi di ricerca

La presente ricerca intende esplorare se vi siano, e quali siano, in una terapia ad approccio ISTDP i pattern interattivi ripetitivi che caratterizzano la relazione fra paziente e terapeuta e il cui cambiamento è associato all'esito positivo del trattamento. In letteratura, infatti, sono state sostenute ipotesi contrastanti circa la possibilità che in una terapia breve si potesse accedere alle dinamiche di transfert e controtransfert, al punto che Jones (2000) ne sosteneva l'impossibilità, in quanto convinto della natura supportiva di questo tipo di approccio. Al contrario, Flegenheimer (1977) affermava che, nonostante la brevità, la tecnica utilizzata permetteva un'accelerazione della comparsa delle reazioni transferali del paziente. Indagare la presenza delle strutture d'interazione nella relazione fra paziente e clinico renderebbe possibile l'applicazione del modello di Jones anche a questa tipologia di trattamento terapeutico, per cui il cambiamento dei pattern ripetitivi individuati risulterebbe associato ad un esito positivo. Riassumendo, gli interrogativi alla base delle ipotesi sono due:

- 1) È possibile che in una terapia secondo il modello ISTDP possano emergere nella relazione terapeutica i modelli disfunzionali che il paziente adotta nelle sue relazioni interpersonali e possano quindi essere delineate le strutture d'interazione?
- 2) È possibile osservare un cambiamento graduale di tipo qualitativo nelle strutture di interazione che sia esplicativo dell'outcome?

## CAPITOLO III

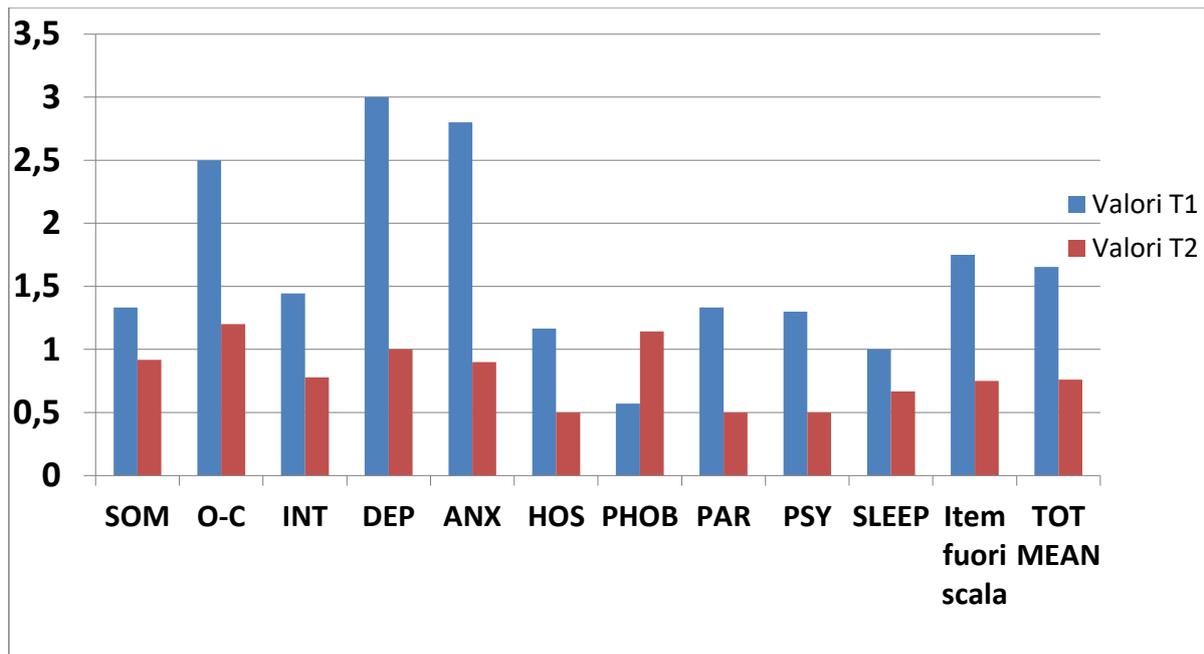
### Risultati

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti dall'utilizzo dei tre strumenti descritti in precedenza. In particolare, la SCL-90-R e l'IIP-32 sono stati utilizzati per valutare l'outcome del percorso di psicoterapia, indagando l'aspetto sintomatologico e le problematiche interpersonali, mentre il PQS è stato applicato allo scopo di analizzare il processo per mezzo dell'individuazione delle strutture di interazione che hanno caratterizzato la relazione terapeutica.

#### **3.1 La valutazione dell'outcome**

##### *3.1.1 Risultati SCL-90-R*

Il questionario SCL-90-R è stato utilizzato per la comprensione e valutazione della sintomatologia presentata dalla paziente in due momenti diversi della terapia, all'inizio (T1) e dopo un mese dalla fine della terapia (T2). La prima somministrazione aveva lo scopo di delineare il quadro dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti della paziente al momento iniziale del trattamento, mentre la seconda ha permesso di osservare i cambiamenti legati alle diverse dimensioni sintomatologiche e indicativi dell'esito positivo della terapia.



**Figura 4** – Punteggi grezzi SCL-90-R a T1 e T2

La figura 4 mostra la media dei punteggi assegnati dalla paziente per ciascuna delle dimensioni sintomatologiche riportate, ossia Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Impersensibilità interpersonale (INT), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY), Disturbi del sonno (SLEEP) e item fuori scala. Questi ultimi non sono valutati come le altre categorie, ma contribuiscono nel determinare il punteggio totale del Global Severity Index (GSI), ossia l'indicatore globale dell'intensità e della profondità del disagio psichico rappresentato dalla media complessiva di tutti i punteggi (TOT MEAN). Convertendo i punteggi grezzi in punti ponderati T è stato possibile osservare quanto i livelli sintomatologici della paziente si discostino dalla media della popolazione generale composta da giovani adulte di sesso femminile.

### *3.1.2 Risultati del questionario al tempo T1*

La prima somministrazione T1 presenta il superamento del cut off clinico di 65 punti T in più dimensioni, in particolare in O-C, DEP, ANX, PSY e GSI.

Nella scala O-C Ossessività-Compulsività la media dei punteggi è 2,5, valore che trasformato in punto T corrisponde a 71: ciò significa che, essendo la media della popolazione di riferimento 50 punti T, il punteggio della paziente si discosta di 2,1 deviazioni standard dalla media, comportando che solo il 2,3% della popolazione otterrebbe un punteggio uguale o più elevato del suo. I sintomi rilevati in questo dominio sono collocabili ben al di sopra della media del campione normativo di riferimento, e ciò è indicativo di elevata gravità. Il quadro clinico è caratterizzato da pensieri e impulsi sperimentati come persistenti e irrimediabili che procurano disagio per la loro natura egodistonica e dunque indesiderata.

Le due dimensioni che tuttavia risultano essere caratterizzate da un'intensità del disagio psichico decisamente elevata sono Ansia e Depressione. La prima (ANX) ha un punteggio medio di 2,8, valore che convertito corrisponde a 75 punti T, ossia il massimo previsto nella SCL-90-R. Ciò indica che la paziente riferisce manifestazioni cliniche di ansia ben oltre la soglia di rilevanza clinica (65 punti T), e il suo punteggio è superiore di 2,5 deviazioni standard rispetto alla media, per cui tra il 97,7 e il 99,9% della popolazione di riferimento presenta un punteggio più basso del suo.

La Depressione è la scala con punteggio più elevato: il valore medio dei punteggi è 3, mentre il punto T ponderato è 75, indicando che il quadro clinico è caratterizzato da gravità e intensità equivalenti all'ansia. Il livello di disagio psichico si colloca ampiamente al di sopra della soglia di attenzione clinica, suggerendo la presenza di un possibile disturbo depressivo, che tuttavia necessita di ulteriori approfondimenti per essere diagnosticato.

La categoria Psicoticismo (PSY) osservando il grafico potrebbe essere erroneamente considerata sotto il valore critico della significatività statistica, in quanto la colonna che la rappresenta non spicca come le altre sopra descritte. Effettivamente, a differenza delle tre dimensioni clinicamente significative evidenziate, lo Psicoticismo presenta un valore più basso, poiché il punteggio medio della scala è di 1,3; tuttavia, esso risulta essere rilevante a livello

statistico in quanto corrispondente al punto T 67. Ciò significa che per due punti è sopra la soglia di rilevanza clinica, e quindi il punteggio della paziente è al di sopra della media del campione normativo di riferimento. Tuttavia, ad un'analisi più dettagliata è possibile osservare che la maggior parte degli item associati alla categoria sono stati classificati come 0, 1 o 2, mentre quello a cui è stato attribuito un punteggio più elevato (3=molto) riguardava sentimenti di solitudine o isolamento, e non problemi circa allucinazioni o disturbi di controllo del pensiero ossia i sintomi più gravi caratterizzanti la diagnosi per la schizofrenia.

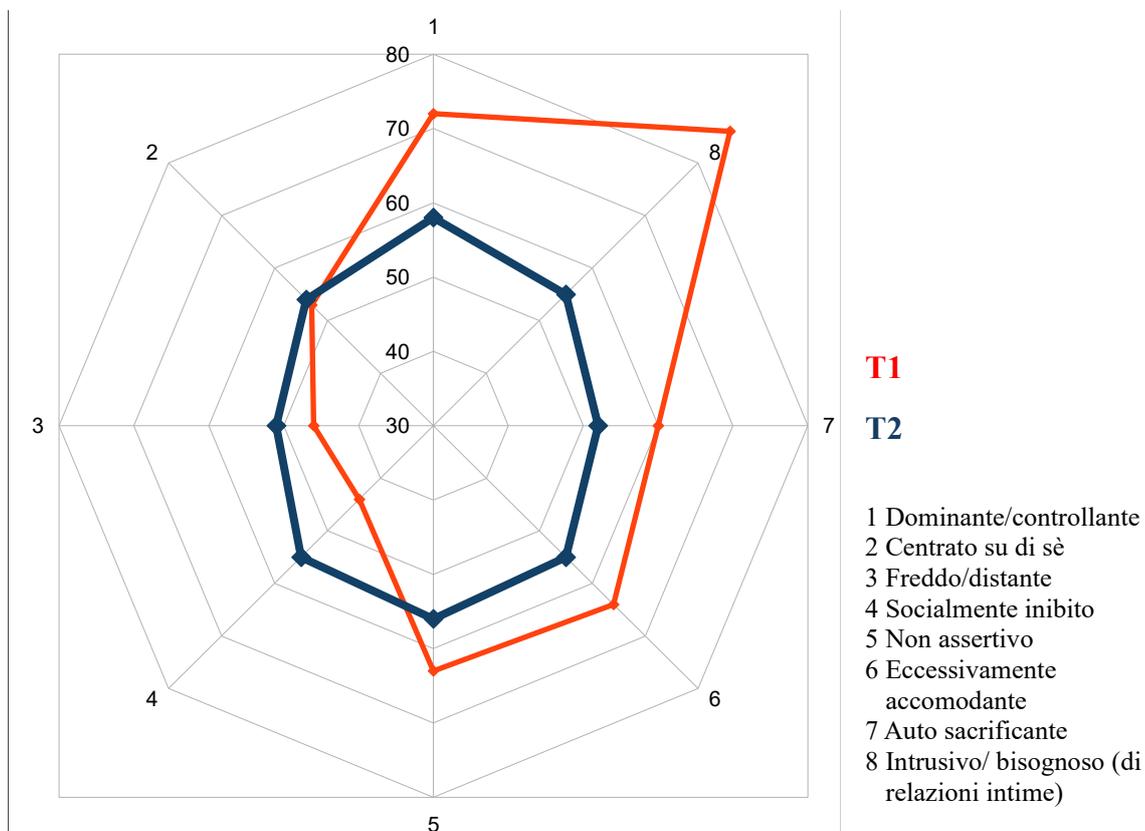
In conclusione, anche l'indice globale del disagio psichico (GSI) risulta essere statisticamente significativo poiché il valore 1,654 è convertito in punto T 66, appena sopra il cut off clinico di 65. Ciò è indicativo dell'elevata intensità del disagio psicologico della paziente in quanto si discosta marcatamente dai valori medi del campione normativo di riferimento.

### *3.1.3 Risultati del questionario al tempo T2*

Come è possibile osservare nella Figura 4 le dimensioni che prima superavano il cut-off adesso sono sotto la soglia di significatività. Ciò si traduce in punteggi più bassi in tutte le dimensioni sintomatologiche, a eccezione dell'Ansia fobica (PHOB). Quest'ultima ha seguito un processo inverso passando da un punteggio collocato nei valori medi della popolazione di riferimento (punteggio grezzo 0,571 convertito in punto T 55 al T1) ad uno statisticamente significativo (punteggio grezzo 1,142 convertito in punto T 69 al T2). La paziente nella seconda somministrazione riferisce manifestazioni rilevanti di ansia fobica, nonostante non attribuisca mai un punteggio più elevato di 2 (=moderatamente) a nessun item nello specifico. È possibile dunque riscontrare che, a eccezione dell'ansia fobica, tutte le altre dimensioni si trovano al di sotto del valore critico e indicano perciò una riduzione dei sintomi in tutti i domini. La collocazione dei punteggi nella seconda somministrazione si aggira attorno alla media della popolazione di riferimento, dimostrando un netto miglioramento e la regressione dei sintomi principali della paziente.

### 3.1.4 Risultati IIP-32

Il questionario IIP-32 è stato utilizzato per valutare eventuali aspetti problematici della paziente nelle relazioni interpersonali, ed è stato somministrato in due tempi, quindi T1 a inizio terapia e T2 dopo un mese dalla fine della stessa. I risultati dei due test sono raffigurati nel grafico sottostante (Figura 5) e i punteggi grezzi sono già convertiti in punti T, dove 50 indica la media della popolazione di riferimento, in questo caso di sesso femminile, e 70 il cut off clinico sopra il quale la problematica presa in esame è statisticamente significativa.



**Figura 5** – Punti T dell’IIP-32 a T1 e T2

Il T1 è rappresentato con linea rossa, ed è possibile osservare che solamente due punti superano il valore critico di 70 punti T: quello corrispondente alla scala numero 1 Dominante/controllante e quello relativo alla scala numero 8 Intrusivo/bisognoso (di relazioni intime). Nel primo caso il la paziente ha riportato 72 punti T, distanziandosi di 2,2 deviazioni

standard dalla media della popolazione. Ciò significa che circa il 99% della stessa otterrebbe un punteggio più basso di quello ottenuto dalla paziente, rivelando dunque un'elevata problematicità nel dominio relazionale di dominanza e controllo. Gli item appartenenti a ciascuna categoria sono quattro, per cui il test è indicativo ma non esaustivo nel descrivere la modalità con cui la paziente gestisce da dimensione interpersonale. Infine, la Scala Totale ossia la media dei punti T di ciascuna scala presenta un valore T di 64, indicando la distanza dalla media della popolazione e dunque la presenza di problematiche maggiori rispetto alla norma a livello della sfera interpersonale, ma non vi è rilevanza statistica per sancirne la gravità.

Il secondo caso in cui è stata riscontrata significatività statistica è come anticipato la scala 8 Intrusivo/bisognoso, il cui punteggio è particolarmente visibile nel grafico poiché deborda dai confini dei punti T indicati, riportati fino al massimo di 80 nonostante nella IIP-32 i punti T possano variare da 36 a 99 (Rocco et al., 2021). La paziente effettua un punteggio che corrisponde a 86 punti T, di gran lunga superiore rispetto alla media della popolazione in quanto essa viene distanziata di 3,6 deviazioni standard.

La seconda compilazione del questionario avvenuta al termine del processo terapeutico (T2) è rappresentata nel grafico (Figura 5) con linea blu. Già ad una prima lettura è possibile osservare che tutti i punti sono collocati all'interno dell'area fra 50 e 60 punti T, dando origine a livello grafico ad una figura geometrica semi-regolare. Ciò è rappresentativo della maggiore stabilità raggiunta della paziente alla seconda somministrazione, in quanto tutte le scale sono collocate appena sopra la media della popolazione di riferimento, indice di scarsa problematicità nella sfera interpersonale.

### **3.2 Analisi delle strutture di interazione con il PQS**

L'utilizzo del PQS per l'analisi del processo terapeutico ha permesso di rilevare le strutture di interazione di diverse fasi della terapia presa in esame (sedute 1, 5, 7, 11, 15). Le strutture sono state ricavate dal raggruppamento degli item più descrittivi di ciascuna seduta a cui i

giudici avevano assegnato i punteggi 9-8 (estremamente e decisamente caratteristici) e 1-2 (estremamente e decisamente non caratteristici). Segue una breve descrizione per ciascuna struttura d'interazione individuata.

### **Seduta 1**

Nella prima seduta di terapia è stata individuata una struttura d'interazione che si compone di due livelli, il primo inerente il terapeuta e il secondo la paziente. Il primo livello, denominato *Pressione empatica del terapeuta* (Tabella 1), fa riferimento agli interventi del clinico che afferiscono in modo particolare alla tecnica dell'approccio terapeutico ISTDP. Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (item 17), portando l'attenzione della paziente sui sentimenti inaccettabili (item 50) e agendo per indebolirne le difese (item 89). A questo scopo comunica alla paziente il suo linguaggio non verbale (item 2) e i suoi cambiamenti dell'umore o degli affetti (item 79) quando essi esprimono una resistenza. Inoltre, indirizza il dialogo verso un focus specifico (item 23) inerente gli attacchi di panico e il modo in cui la paziente reagisce all'ansia, identificando un tema ricorrente nelle esperienze e nei comportamenti della paziente (item 62). Altro aspetto tecnico è costituito dalle interpretazioni precoci del transfert, che motivano la scelta del clinico di concentrarsi sulla relazione terapeutica (item 98) già dalla prima seduta. Quest'ultima non si basa su temi cognitivi (item 30) in quanto è orientata al lavoro sull'ansia e sulle difese della paziente. Per poter padroneggiare tutti gli aspetti tecnici precedentemente elencati il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico (item 28) e assume un atteggiamento sicuro di sé (item 86). La pressione esercitata dal clinico è accompagnata da un atteggiamento di sintonizzazione e sostegno emotivi. Egli, infatti, risulta costantemente attento ai sentimenti della paziente (item 6), sollecito ed emotivamente coinvolto (item 9). Valida le percezioni e il punto di vista della paziente (item 99) con tatto (item 77).

Il livello relativo alla paziente è stato nominato *Emotività ansiosa e compiacente della paziente* (Tabella 2). In particolare, la paziente risulta essere ansiosa e tesa (item 7) e prova

sentimenti ambivalenti e conflittuali verso il terapeuta (49). L'ansia concorre nella sua difficoltà ad iniziare la seduta (item 25) e nella resistenza ad esplorare pensieri ed emozioni (item 97). L'attività del terapeuta si contrappone allo scarso controllo della paziente sull'interazione (item 87), così come la pressione da egli esercitata ottiene nella paziente l'assunzione di un atteggiamento compiacente e non provocatorio (item 20), l'accettazione di commenti e domande del terapeuta (item 42) e la mancanza di proposizione nel porre richieste al terapeuta a sua volta (item 83). La paziente parla delle proprie esperienze in un modo che lascia trapelare le sue emozioni (item 56) e risulta fiduciosa verso il terapeuta (item 44).

*Pressione empatica del terapeuta.*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
2	Il terapeuta mette in rilievo il comportamento non verbale del paziente (per esempio, postura, gesti).	9
17	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).	9
23	Il dialogo tra paziente e terapeuta ha un focus specifico.	9
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione).	9
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
28	Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico.	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	8
79	Il terapeuta commenta i cambiamenti dell'umore o degli affetti del paziente.	8
86	Il terapeuta è fiducioso o sicuro di sé (vs incerto o sulla difensiva).	8
98	La relazione terapeutica è uno dei focus della seduta.	8
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	1
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	1
30	La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	2
77	Il terapeuta è privo di tatto.	2
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	2

Tabella 1

*Emotività ansiosa e compiacente della paziente.*

Numero item	Descrizione	Punteggio
7	Il paziente è ansioso o teso (vs calmo e rilassato).	9
49	Il paziente prova sentimenti ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta.	8
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	1
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
87	Il paziente è controllante.	1
25	Il paziente ha difficoltà a iniziare la seduta.	2
44	Il paziente è cauto o sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	2
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti.	2
83	Il paziente è richiedente.	2
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	2

Tabella 2

## **Seduta 5**

Nella seduta 5 sono state individuate due strutture di interazione. La prima è stata denominata *Interazione conflittuale*, che può essere sviluppata in questo modo: *terapeuta attivo e provocatorio - espressione della rabbia nella paziente* (Tabella 3). Il terapeuta è attivo nel controllare l'interazione (item 17) al contrario della paziente (item 87). È provocatorio (item 20) e agisce per contrastare le difese della paziente (item 89), portandone l'attenzione sui sentimenti inaccettabili (item 50) e aiutandola a farne esperienza in modo più profondo (item 81). La paziente esprime contenuti in contatto con le proprie emozioni (item 56), ma lotta per controllare gli impulsi (item 70) ed esprime rabbia verso gli altri significativi (item 84) e sentimenti conflittuali verso il terapeuta (item 49). In particolare, la relazione terapeutica costituisce un focus della seduta (item 98).

La seconda struttura d'interazione, *Esplorazione collaborativa*, è espressa nei termini di *terapeuta espressivo - paziente attiva e analitica* (Tabella 4). Il terapeuta fa interpretazioni (item 67) circa il tema ricorrente presente nelle esperienze e nel comportamento della paziente (item

62). Esso si perpetua anche nella relazione con il terapeuta, che diviene un focus della seduta (item 98), e nelle altre relazioni della paziente, con cui il clinico crea collegamenti (item 100). La paziente è fiduciosa verso il terapeuta (item 44) e ne accetta richieste e osservazioni (item 42); allo stesso tempo porta contenuti in modo attivo (item 15) e analizza il proprio mondo interno senza resistenza (item 58). Inoltre, non accusa gli altri per le proprie difficoltà riconoscendo di avere la responsabilità dei propri problemi (item 34).

*Interazione conflittuale (terapeuta attivo e provocatorio - espressione della rabbia nella paziente).*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione).	9
70	Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi.	9
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	9
98	La relazione terapeutica è uno dei focus della seduta.	9
17	Il terapeuta esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti).	8
49	Il paziente prova sentimenti ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta.	8
84	Il paziente esprime rabbia o sentimenti aggressivi.	8
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti.	1
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	1
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	2
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
87	Il paziente è controllante.	2

Tabella 3

*Esplorazione collaborativa (terapeuta espressivo - paziente attiva e analitica).*

Numero item	Descrizione	Punteggio
62	Il terapeuta indica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente.	9
67	Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconscie e da cui il paziente si difende.	8
100	Il terapeuta crea collegamenti tra la relazione terapeutica e altre relazioni.	8
44	Il paziente è cauto o sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	1
15	Il terapeuta non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
34	Il paziente accusa altri o forze esterne per le proprie difficoltà.	2
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	2

Tabella 4

## Seduta 7

Nella seduta centrale sono state individuate due strutture di interazione.

La prima, *Terapeuta provocatorio - paziente condiscendente ma attiva* (Tabella 5) assorbe item più inerenti alla tecnica. In particolare, il terapeuta assume un atteggiamento provocatorio per contrastare le difese della paziente (item 89), portando l'attenzione su sentimenti inaccettabili (item 50) e aiutandola a farne esperienza in modo più profondo (item 81). La paziente ha un atteggiamento compiacente (item 20), accetta commenti e osservazioni del terapeuta (item 42) ed è fiduciosa verso di lui (item 44). Al tempo stesso affronta di sua iniziativa gli argomenti in modo attivo (item 15).

La seconda struttura di interazione, relativa alla dimensione relazionale, è stata espressa nel seguente modo: *Relazione erotica*, nel quale rientrano i due livelli *Intensità dell'affetto nella paziente e sintonizzazione e supporto del terapeuta* (Tabella 6). La paziente prova affetti molto dolorosi (item 26) che emergono dal suo discorso (item 56). Il terapeuta è attento ai sentimenti della paziente (item 6), la supporta (item 45), ne valida le percezioni (item 99) e talvolta la rassicura in modo esplicito (item 66). La paziente si sente aiutata (item 95), e cerca una maggiore intimità con il terapeuta (item 10) verbalizzando desideri di vicinanza e commenti di

ammirazione (item 1). Il terapeuta è coinvolto emotivamente (item 9) e la relazione terapeutica, che costituisce uno dei focus della seduta (item 98), acquisisce una sfumatura erotica (item 19).

*Terapeuta provocatorio - paziente condiscendente ma attiva.*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione).	9
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	9
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	1
44	Il paziente è cauto e sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	1
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	2
20	Il paziente è provocatorio, mette alla prova i limiti della relazione terapeutica (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico indica un comportamento compiacente da parte del paziente).	2
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2

Tabella 5

*Relazione erotica (Intensità dell'affetto nella paziente - sintonizzazione e supporto del terapeuta).*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
26	Il paziente prova affetti (dolorosi) che gli causano disagio o difficoltà.	9
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
66	Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito.	9
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	8
10	Il paziente cerca una maggiore intimità con il terapeuta.	8
19	La relazione terapeutica ha una qualità erotica.	8
95	Il paziente si sente aiutato.	8
98	La relazione terapeutica è uno dei focus della seduta.	8
1	Il paziente verbalizza sentimenti negativi (per esempio, critiche, ostilità) verso il terapeuta (vs fa commenti di approvazione o ammirazione).	1
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti.	1
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	2

Tabella 6

## **Seduta 11**

La seduta numero 11 è caratterizzata da due strutture di interazione; la prima è stata denominata *Terapeuta espressivo e paziente esplorativa* (Tabella 7). La paziente basa la seduta su temi cognitivi (item 30) che contribuiscono a definire la sua immagine di sé (item 35) e a modulare le sue relazioni interpersonali (item 63). È introspettiva (item 97), porta materiale significativo (item 88) e analizza senza resistenza pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi (item 58). L'atteggiamento attivo della paziente (item 15) è accolto dal terapeuta, il quale ne riformula i contenuti (item 65) suggerendo talvolta una prospettiva diversa (item 80). Agisce affinché le difese della paziente non vengano rafforzate (item 89).

La seconda struttura d'interazione, *Relazione collaborativa, può essere sviluppata in questo modo: paziente fiduciosa - terapeuta validante* (Tabella 8). La paziente è calma e rilassata (item 7) e assume un atteggiamento fiducioso e sicuro (item 44). Accetta commenti e osservazioni del terapeuta (item 42) senza nutrire sentimenti ambivalenti o conflittuali nei suoi confronti (item 49). La relazione terapeutica ha qualità collaborativa piuttosto che competitiva (item 39): il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo (item 45), validando il punto di vista della paziente (item 99) e aiutandola a fare esperienza dei suoi sentimenti in modo più profondo (item 81). È sollecito e responsivo (item 9), e la paziente si sente compresa (item 14) e aiutata (item 95) dal terapeuta.

*Terapeuta espressivo - paziente esplorativa.*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
30	La seduta è basata su temi cognitivi, cioè su sistemi di idee o di credenze.	9
35	L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	9
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	9
63	Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei temi più importanti della seduta.	8
65	Il terapeuta chiarifica, ribadisce o riformula le comunicazioni del paziente.	8
80	Il terapeuta presenta un'esperienza o un evento da una prospettiva diversa.	8
85	Il terapeuta incoraggia il paziente a provare modi nuovi di comportarsi con gli altri.	8
88	Il paziente porta problemi e materiale significativo.	8
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	1
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	1
89	Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente.	2

Tabella 7

*Relazione collaborativa (paziente fiduciosa - terapeuta validante).*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico.	9
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
81	Il terapeuta mette in evidenza i sentimenti del paziente così da aiutarlo a farne esperienza in modo più profondo.	8
95	Il paziente si sente aiutato.	8
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1
39	La relazione terapeutica ha qualità competitiva.	1
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	1
7	Il paziente è ansioso o teso (vs calmo e rilassato).	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
42	Il paziente rifiuta (vs accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta.	2
44	Il paziente è cauto e sospettoso (vs fiducioso e sicuro).	2
49	Il paziente prova sentimenti ambivalenti o conflittuali verso il terapeuta.	2

Tabella 8

## Seduta 15

Nella seduta conclusiva della terapia sono state individuate due strutture di interazione. La prima, *Paziente proattiva - terapeuta supportivo* (Tabella 9) vede la discussione degli obiettivi terapeutici (item 4) raggiunti al termine della terapia, in un incontro dove la paziente riflette sulla propria immagine di sé (item 35), assume un atteggiamento introspettivo (item 97) e analizza il proprio mondo interno senza difficoltà (item 58). Introduce lei stessa nuovi argomenti in ottica proattiva (item 15) e si sente aiutata dal terapeuta (item 95), il quale assume un ruolo di supporto e rassicurazione per la paziente (item 45 e 66), validandone punti di vista e percezioni (item 99).

La seconda struttura di interazione, *Interazione emotiva* (Tabella 10), caratterizza l'esperienza emotiva vissuta dalla diade al termine della terapia. Infatti, durante la seduta si affronta tale argomento (item 75), la paziente si sente compresa dal terapeuta (item 14) ed esprime commenti di approvazione e ammirazione verso il clinico (item 1) lasciando trasparire i sentimenti di cui sono carichi i contenuti (item 56). Inoltre, cerca l'affetto e la solidarietà del terapeuta ma anche una maggiore intimità (item 78 e 10). Il terapeuta è responsivo ed emotivamente coinvolto (item 9), rivela informazioni personali (item 21) e assume talvolta un atteggiamento non neutrale (item 93). La relazione terapeutica diviene così uno dei focus della seduta (item 98).

*Paziente proattiva - terapeuta supportivo.*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
45	Il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo.	9
95	Il paziente si sente aiutato.	9
4	Vengono discussi gli obiettivi terapeutici del paziente.	8
35	L'immagine di sé del paziente è al centro del dialogo.	8
66	Il terapeuta rassicura il paziente in modo esplicito (collocare questo item verso l'estremo non caratteristico se il terapeuta tende a non fornire rassicurazioni dirette).	8
97	Il paziente è introspettivo, esplora prontamente pensieri e sentimenti.	8
15	Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti; è passivo.	1
56	Il paziente parla delle sue esperienze come se fosse distaccato dai propri sentimenti (valutare l'item come neutrale se l'affetto e l'interesse sono presenti ma modulati).	2
58	Il paziente fa resistenza ad analizzare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai propri problemi.	2
99	Il terapeuta mette in discussione il punto di vista del paziente (vs valida le percezioni del paziente).	2

Tabella 9

*Interazione emotiva.*

<b>Numero item</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Punteggio</b>
75	Si parla delle interruzioni, delle sospensioni del trattamento o della fine della terapia.	9
98	La relazione terapeutica è uno dei focus della seduta.	9
10	Il paziente cerca una maggiore intimità con il terapeuta.	8
21	Il terapeuta fa delle rivelazioni personali.	8
78	Il paziente cerca l'approvazione, l'affetto o la solidarietà del terapeuta.	8
14	Il paziente non si sente compreso dal terapeuta.	1
1	Il paziente verbalizza sentimenti negativi (per esempio, critiche, ostilità) verso il terapeuta (vs fa commenti di approvazione o ammirazione).	2
9	Il terapeuta è freddo, distaccato (vs sollecito ed emotivamente coinvolto).	2
93	Il terapeuta è neutrale.	2

Tabella 10

Di seguito nella tabella è riportato un riassunto del cambiamento delle strutture di interazione nelle sedute considerate:

<b>Seduta</b>	<b>Struttura di interazione</b>	<b>Livello del terapeuta</b>	<b>Livello della paziente</b>
<b>1</b>		Pressione empatica del terapeuta	Emotività ansiosa e compiacente della paziente
<b>5</b>	Interazione conflittuale	Terapeuta attivo e provocatorio	Espressione della rabbia nella paziente
<b>5</b>	Esplorazione collaborativa	Terapeuta espressivo	Paziente attiva e analitica
<b>7</b>		Terapeuta provocatorio	Paziente condiscendente ma attiva
<b>7</b>	Relazione erotica	Sintonizzazione e supporto del terapeuta	Intensità dell'affetto nella paziente
<b>11</b>		Terapeuta espressivo	Paziente esplorativa
<b>11</b>	Relazione collaborativa	Terapeuta validante	Paziente fiduciosa
<b>15</b>		Terapeuta supportivo	Paziente proattiva
<b>15</b>	Interazione emotiva		

Tabella 11

# CAPITOLO IV

## Discussione

### 4.1 Discussione dei risultati

Il presente studio single case si colloca nel filone della process-outcome research, tipologia di ricerca che si propone di indagare le modalità con cui ciò che avviene tra paziente e terapeuta influisce sull'outcome della terapia (Greenberg & Watson, 2005). A questo scopo è stato utilizzato lo Psychotherapy Process Q-Set (PQS), strumento ideato da Enrico Jones nel 2000 al fine di rilevare le cosiddette *strutture di interazione* e osservarne l'evoluzione in relazione all'esito della terapia. Scopo di questa ricerca era anche quello di indagare la possibilità di poter applicare il modello di Jones delle strutture di interazione all'approccio terapeutico Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), dal momento che la brevità del trattamento potrebbe rivelarsi un fattore escludente affinché possano emergere i pattern interattivi ripetitivi tra paziente e terapeuta (Jones, 2000). La ricerca intendeva quindi in primo luogo valutare la possibilità di delineare le modalità interattive caratteristiche della relazione tra paziente e terapeuta in una terapia ISTDP, e in secondo luogo tracciare un'associazione fra l'evoluzione delle stesse e l'esito positivo della terapia.

I dati di valutazione dell'outcome, raccolti tramite la Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) e l'Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32) ad inizio e fine terapia hanno mostrato un miglioramento al termine del trattamento. Nello specifico, per quanto concerne le dimensioni Ossessività-compulsività, Depressione, Ansia, Psicoticismo e Indice Globale di disagio psichico per la SCL-90-R, e le scale Dominante/controllante e Intrusivo/bisognoso per la IIP-32. Ciò è indicativo del fatto che il lavoro terapeutico ha condotto a un esito positivo della terapia, poiché sono stati riscontrati progressi in tutte le aree, sia sintomatologiche che relative ai problemi interpersonali, che inizialmente erano sopra la soglia di rilevanza clinica.

Si può osservare un aumento relativo all'ansia fobica, indice di cambiamento sintomatologico avvenuto nel corso dei colloqui. Esso è confermato dalla paziente, la quale nella seduta 11, ossia in una fase in cui la terapia è quasi volta al suo termine, esordisce dicendo "Non ho avuto attacchi di panico [...] la mia germofobia in queste settimane ha avuto piede libero". La germofobia o misofobia è la paura marcata, eccessiva e irragionevole dei germi, e rientra nella dimensione dell'ansia fobica poiché quest'ultima è definita come la persistente reazione di paura – a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione – che viene percepita dal soggetto come irrazionale o sproporzionata allo stimolo e che conduce a comportamenti di evitamento o fuga. In questo caso, il problema della germofobia portava la paziente a fare "due docce al giorno", causandole problemi di irritazione della pelle. O ancora, nella seduta conclusiva numero 15, il terapeuta ha espresso che è "bello che la cartina tornasole del tuo stress non sia il numero di attacchi di panico giornaliero ma il numero di docce. Mi sembra un bel passo avanti". O ancora poco più avanti nella seduta "Vogliamo che tu lo usi come indicatore, okay? Cosa è successo oggi che mi ha agitato così tanto da spingermi a insaponarmi di nuovo?".

L'uso combinato dei due strumenti a T1 e T2 ha permesso di dimostrare la presenza di un cambiamento psicologico positivo, ma si limita a dare informazioni sull'outcome, e non sui processi sottostanti i miglioramenti avvenuti, indagati per mezzo del PQS.

La prima ipotesi della ricerca rispecchiava la volontà di stabilire che in una terapia ad approccio ISTDP fosse possibile individuare le strutture di interazione.

Ciò che è emerso è che nonostante nell'ISTDP il focus sia principalmente sul paziente e la controparte del clinico sia presa meno in considerazione, in particolare l'aspetto che riguarda il suo controtransfert, è stato possibile individuare in questo studio la presenza di modalità di interazione ripetitive in cui paziente e terapeuta riflettevano il loro mondo intrapsichico nell'espressione manifesta di transfert e controtransfert. In ciascuna seduta della terapia presa in esame la diade ha adottato una configurazione interattiva che si è evoluta, cambiando nel

corso del tempo, la quale era strettamente legata agli aspetti tecnici dell'approccio ma anche alle persone di paziente e terapeuta. Ciò che è emerso è che le strutture di interazione hanno risentito degli aspetti tecnici, poiché la ISTDP intende perseguire obiettivi terapeutici tramite l'adozione di uno schema di lavoro preciso detto Sequenza Dinamica Centrale (vedi capitolo 1). Ciò significa che il terapeuta viene guidato, nella sua azione clinica, da specifici momenti e specifiche fasi nel corso del processo terapeutico, ciascuna delle quali ha l'obiettivo di generare un determinato effetto nel paziente, dando così luogo alle modalità interattive della diade. Nella prima seduta della terapia, ad esempio, prevale in modo consistente l'aspetto tecnico (Tabella 1), che satura l'interazione e riflette il pattern interattivo appena evidenziato come esemplificativo delle aspettative terapeutiche dell'approccio ISTDP. La struttura di interazione individuata nella seduta 1 rispecchia la seguente configurazione: "Pressione empatica del terapeuta" ed "Emotività ansiosa e compiacente della paziente". Nonostante la tecnica svolga un ruolo determinante nel definire quali strutture di interazione abbiano origine nel corso della terapia, la componente personale entra a far parte di questo schema, espressa ad esempio dalla sicurezza di sé del clinico e dall'atteggiamento fiducioso della paziente.

Nella seduta 5 è possibile osservare una variazione delle strutture di interazione, poiché se da un lato la prima rimane più ancorata alla tecnica della pressione e della resistenza, la seconda assume connotati maggiormente collaborativi. La struttura d'interazione 1 esprime una "Interazione conflittuale" fra paziente e terapeuta, in quanto il clinico si configura come "attivo e provocatorio" e a livello della paziente vi è "espressione della rabbia". A differenza della prima seduta, infatti, è possibile osservare un cambiamento nella modalità interattiva attuata dalla paziente, che da compiacente e ansiosa mantiene la sua componente non provocatoria (20) e allo stesso tempo esprime l'emozione della rabbia (item 84) verso il terapeuta e altri significativi.

Rispetto al fenomeno per cui la componente relazionale si manifesta maggiormente nelle strutture di interazione man mano che la terapia avanza, è possibile trovarne una conferma visibile e più esplicita nella seduta 7. Essa è caratterizzata da due strutture, la prima ancora in linea con un assetto più tecnico e la seconda chiaramente inerente le dinamiche manifeste di transfert e controtransfert. La modalità interattiva “Terapeuta provocatorio - paziente condiscendente ma attiva” rispecchia l’uso da parte del clinico di interventi volti a smantellare le difese della paziente (item 89), la quale mantiene un atteggiamento compiacente (item 20) ma risulta anche essere attiva nell’affrontare di sua iniziativa gli argomenti (item 15).

La seconda struttura invece è caratterizzata da “Intensità dell’affetto nella paziente” e “sintonizzazione e supporto del terapeuta”, in un incontro interattivo dal quale scaturisce una qualità erotica della relazione. La seduta in questione si caratterizza per essere quella più intensa a livello emotivo a causa dei contenuti dolorosi portati dalla paziente, che vengono affrontati dal terapeuta dapprima in modo tecnico e poi supportivo. In primo luogo, il clinico risponde all’intensità affettiva della paziente esercitando una pressione sull’esperienza emotiva e mettendo in discussione la resistenza, fino a che la paziente non sperimenta una crisi intrapsichica e ha accesso al proprio inconscio. Un esempio tratto dalla seduta mette in evidenza questo processo. Il dialogo si riferisce alla sofferenza espressa dalla paziente per la morte imminente del nonno, e il vissuto doloroso è accompagnato da sentimenti di rabbia a cui la paziente prima di questo momento non era riuscita a dare voce.

*Terapeuta:* cosa succede se afferri il collo (del nonno) con tutta quella forza che stai sentendo proprio adesso?

*Paziente:* non respira più.

*Terapeuta:* mani che strozzano? (paziente annuisce). Cosa succede se lo strozzi con tutta quella forza, cosa vedi?

*Paziente:* vedo gli occhi sbarrati di quando non riesci a respirare. (terapeuta annuisce). Vedo che gli tremano le mani. Vedo che boccheggia (la paziente inizia a piangere). Vedo che mi guarda.

*Terapeuta:* sì, e poi cosa succede? Come sono i suoi occhi, come ti sta guardando?

*Paziente:* spaventato.

*Terapeuta:* sì, già, e cosa succede se non ti fermi più?

*Paziente:* Che smette di respirare.

*Terapeuta:* sì, in che modo lo vedi morire?

*Paziente:* spaventato e in crisi.

*Terapeuta:* è tremendo vederlo morire così.

In questo segmento è possibile assistere all'omicidio figurato del nonno da parte della paziente, atto estremamente forte sia da immaginare che da verbalizzare verso una delle persone più significative della sua vita. Tuttavia in questo momento la paziente, sotto sollecitudine del terapeuta, è riuscita non solo a nominare le emozioni più difficili legate al dolore della perdita, ma anche ad esprimerle. Il momento successivo è seguito da amorevolezza e riconciliazione con ciò che è avvenuto:

*Paziente:* ho le braccia che mi tremano tantissimo, mi fanno male.

*Terapeuta:* ascolta, com'è avere fatto questo a lui? Quali emozioni ci sono a vedere il suo cadavere strangolato?

*Paziente:* senso di colpa.

*Terapeuta:* fermati un attimo ad ascoltarlo quel senso di colpa e lascialo venire fuori verso di lui, cosa fai per fargli sentire quanto ti senti in colpa? Per fargli sentire tutta la colpa che stai vivendo in questo momento? Cosa?

*Paziente:* lo abbraccio.

*Terapeuta:* lo abbracci? In che modo lo stai abbracciando?

*Paziente:* lo tiro su dal letto e lo stringo sul mio petto [...]

*Terapeuta:* cosa gli vuoi dire con la tua colpa?

*Paziente:* che lo amo tanto (terapeuta annuisce). Che mi dispiace per tutto quello che sta passando, che ha passato.

In questo frammento di dialogo il terapeuta ha sollecitato la paziente a dare voce al suo senso di colpa innescato dalla rabbia finalmente ammessa ed espressa, in un processo che impedisce la repressione dei sentimenti inaccettabili. La paziente compie un passaggio significativo riuscendo a contemplare allo stesso tempo sentimenti di amore ed emozioni di rabbia verso le persone amate, in questo caso verso la persona del nonno. Il sintomo dell'attacco di panico a livello psicodinamico rappresentava un tentativo di auto-punizione messo in atto dalla paziente e dovuto all'auto colpevolizzazione di aver provato emozioni negative verso persone significative della sua vita che non lo meritavano. Fare esperienza di emozioni positive e negative senza che queste ultime inneschino un senso di colpa insostenibile costituisce un punto di svolta nel processo terapeutico.

In un secondo momento, ossia dopo che le resistenze sono state affrontate e superate, il terapeuta adotta un atteggiamento supportivo (item 45) verso la paziente, la rassicura in modo esplicito (item 66) ed è particolarmente coinvolto emotivamente (item 9). La paziente reagisce verbalizzando il desiderio di maggiore vicinanza al terapeuta (item 10), rivelando la paura di perderlo e il timore che egli non ricambi l'affetto per lei. Il clinico da parte sua pone domande per indagare la sensazione di complicità che la paziente prova, e dà una conferma del fatto che l'affetto è ricambiato. La relazione si mantiene nei confini terapeutici, senza riferimenti sessuali espliciti di alcun tipo, ma la sfumatura erotica è palpabile.

Nella seduta 11 si osserva l'assenza di una struttura interattiva influenzata dalla tecnica. A questo punto della terapia, infatti, le resistenze sono state tendenzialmente superate, per cui si assiste a un passaggio dal lavoro sui conflitti emotivi ad una ristrutturazione cognitiva della paziente. Anche in questa seduta è stato possibile delineare due strutture di interazione, di cui la prima riflette in modo particolare questo passaggio. Essa è definita "Terapeuta espressivo e paziente esplorativa", interazione in cui il clinico riformula le comunicazioni della paziente (item 65) facilitandone l'introspezione. Egli propone nuove prospettive rispetto alle situazioni problematiche portate dalla paziente, incoraggiandola a esplorare nuovi modi di comportarsi in tali situazioni. Il terapeuta mantiene sempre un'azione volta a demolire le difese (item 89), ma in questo tipo di interazione ciò non avviene tramite la pressione ma a livello di interpretazione. La seduta si basa infatti su temi cognitivi e non più emotivi, ossia su idee e credenze della paziente (item 30), la quale riflette sulla sua immagine di sé e sulle sue relazioni interpersonali con un atteggiamento poco resistente e più attivo. La seconda struttura di interazione esprime l'aspetto collaborativo che è maturato nella relazione, il quale si manifesta nella configurazione "paziente fiduciosa - terapeuta validante". L'interazione conflittuale che aveva caratterizzato la seduta numero 5, e in generale l'ambivalenza che la tecnica della pressione suscitava nella

paziente sono confluite in una relazione di fiducia e validazione dai toni collaborativi e non competitivi.

Infine, l'ultima seduta è connotata da due strutture di interazione. La prima, che considera i due livelli di "Paziente proattiva" e "terapeuta supportivo", è caratterizzata dal rafforzamento dell'attività esplorativa della paziente, già presente nella seduta 11 e qui confermata, come testimoniano gli item descrittivi a livello della paziente condivisi da entrambe le strutture). Questa seduta conclusiva è contraddistinta da lucidità della paziente rispetto alla valutazione dei cambiamenti avvenuti: "Porto fuori di qua quello che ho compreso di me stessa, o comunque le autorizzazioni che mi do a provare ad essere quello che sono [...]. La liberalizzazione dei miei sentimenti, del mio stato personale, e la legalizzazione emotiva". O ancora, "Mi sento libera, in parte, di sentire quello che sento e provare quello che provo". In questi passaggi la paziente parla della capacità maturata di sperimentare l'intera gamma delle sue emozioni, senza che le sfumature negative la blocchino e generino in lei quelle inquietudini che in passato contribuivano a originare il sintomo iniziale dell'attacco di panico. "Devo ringraziarti infinitamente perché ho scoperto cose di me che non pensavo, ho trovato un'altra persona, dentro di me intendo [...]. Ho eliminato un sacco di giudizi e liberalizzato un sacco di emozioni, pensieri, paure [...]. Mi sento più donna, mi sento più matura".

La paziente riconosce anche il significato che hanno avuto per lei le interazioni di natura conflittuale legate alla tecnica della pressione, rivelando di comprenderne il senso e apprezzarne il significato più profondo: "Il metodo che hai sempre utilizzato ad essere cattivo in certi momenti [...]. Non ci abbiamo mai girato intorno ai problemi, forse è la cosa più bella. [...] Non girare intorno ai problemi è un compromesso molto difficile da accettare, è una necessità difficile da comprendere, ma adesso che stiamo terminando la vedo come una cosa bellissima il non far finta di niente, prenderci il diritto di affrontare determinate cose, per quanto difficili, per quanto dolorose, per quanto scomode".

Il terapeuta la supporta in questa fase di distacco, validandone tutte le percezioni e le osservazioni e ripercorrendo insieme le tappe essenziali del loro lavoro. Paziente e terapeuta discutono degli obiettivi terapeutici raggiunti, in un clima relazionale caratterizzato da riconoscenza e gratitudine, e più in generale da alta intensità emotiva. Anche in questa seduta è palpabile un aspetto affettivo abbondante che non valica i confini terapeutici ma rimane comunque caratterizzante dell'interazione fra loro. Un esempio dell'“Interazione emotiva” è riflettuto dal seguente scambio di battute svoltosi quasi alla fine della seduta, fra la commozione della paziente e il coinvolgimento del terapeuta:

*Paziente:* penso che questo percorso sia stato una delle cose più belle che mi siano successe nella vita... Più difficili, più belle, e che tu sei una delle persone più importanti nella mia vita, più belle nella mia vita e ci resterai sempre. (terapeuta annuisce). Cioè ne sono cosciente, so che sarai sempre dentro di me in quello che affronto, nei ricordi che avrò, e se riesco ad arrivare a provare emozioni passate, o se riesco a rivivere momenti passati è anche grazie a te, quindi ti devo tanto (sorride). Ti devo davvero tanto.

*Terapeuta:* è stato proprio un bel percorso

*Paziente:* sì?

*Terapeuta:* io sono estremamente soddisfatto, e non sto parlando dei risultati raggiunti, è fin troppo evidente, ma proprio del percorso che abbiamo fatto.

*Paziente:* anch'io sono molto soddisfatta e molto grata.

*Terapeuta:* anch'io. Gratitudine è qualcosa che sento anch'io verso di te.

*Paziente:* sì? Perché?

*Terapeuta:* è stato un bel legame il nostro, abbiamo creato un bel legame, ed è vero che tu mi porti dentro e fuori di qui, ma anch'io mi porto dentro te, cioè il percorso che abbiamo fatto insieme, l'abbiamo fatto insieme.

La seconda ipotesi di ricerca, che intendeva esplorare il legame presente fra processo e risultato, per cui ci si aspettava che il cambiamento delle strutture di interazione nel corso del trattamento potesse arrivare a spiegare l'outcome positivo, sembra essere confermata, dal momento che è stato possibile osservare una modifica graduale delle modalità interattive tra paziente e terapeuta. In particolare, il passaggio da una fase più tecnica, caratterizzata da resistenze e da pressione del clinico, ad una caratterizzata da strutture interattive in toni maggiormente collaborativi sembrano essere responsabili del cambiamento positivo raggiunto dalla paziente al termine della terapia.

Per quanto riguarda le strutture di interazione che riflettono maggiormente gli atteggiamenti della diade connotati da coinvolgimento emotivo/romantico reciproco è necessaria un'ulteriore riflessione. Questo aspetto specifico della relazione non è stato approfondito, per cui ci si può chiedere se il terapeuta non abbia di fatto colto o compreso la presenza di una qualità talvolta erotica che l'interazione ha assunto in alcuni momenti della terapia, o se invece l'abbia, deliberatamente, trascurata, visto la struttura dell'incontro clinico, connotato da focalità e brevità. In questo senso, l'azione terapeutica secondo Jones non è realizzata, in quanto paziente e terapeuta non affrontano le resistenze che si manifestano a livello transferale e controtransferale ma rimangono su un piano che è esclusivo della paziente. Tuttavia, a livello terapeutico i risultati sono stati raggiunti e anche in modo notevolmente soddisfacente per entrambi, in accordo con le rivelazioni fatte sia dalla paziente che dal terapeuta nell'ultima seduta. Queste conclusioni lasciano aperte alcune questioni spinose: come valutare la possibilità che una terapia raggiunga un buon risultato nonostante non tutte le dinamiche transferali siano state oggetto di vaglio? Quali implicazioni o conseguenze potrebbe avere questo fenomeno? Lo stesso Jones (2000), ideatore del modello delle strutture di interazione, ha riportato un caso clinico in cui le strutture non erano state comprese e interpretate, ma la terapia aveva registrato ugualmente un buon esito. Potrebbe essere che la mancata analisi delle dinamiche manifeste di transfert e controtransfert sia associata a conflitti latenti che rimangono irrisolti nella paziente?

## **4.2 Conclusioni, limiti della ricerca e direzioni future**

Il presente studio ha indagato il ruolo assunto dai fattori processuali nell'influenzare l'esito di una terapia ad approccio ISTDP. Per realizzare tale obiettivo è stato impiegato lo strumento del PQS, attraverso il quale è stato possibile osservare la variazione graduale delle strutture di interazione nel corso della terapia. La prima ipotesi di ricerca è stata confermata: si è rivelato possibile e fruttuoso individuare le modalità interattive ripetitive che hanno caratterizzato la relazione fra paziente e terapeuta anche in una terapia ISTDP. Questo risultato è in linea con la

prospettiva di Flegenheimer (1977), secondo il quale i pattern disfunzionali del paziente emergono in modo immediato nella terapia ISTDP grazie alla tecnica utilizzata. In secondo luogo, l'evoluzione delle strutture di interazione è risultata esplicativa dell'outcome, confermando anche la seconda ipotesi di questo studio. Tuttavia, la conferma della ipotesi 2 risulta essere valida solo per quanto concerne le strutture di interazione influenzate dall'aspetto tecnico dell'approccio, mentre la natura affettiva/romantica ritrovata in alcune fasi della terapia non è stata oggetto di analisi. Ciò diviene motivo di interrogativi circa il possibile ruolo che un transfert non pienamente interpretato possa assumere nella storia futura della paziente. A questo scopo potrebbe rivelarsi interessante indagare la permanenza dei cambiamenti raggiunti a distanza di maggiore tempo, con un follow up di due o tre anni dalla conclusione della terapia, in modo tale da assicurarsi che il risultato terapeutico sia duraturo, malgrado alcune strutture di interazione, come abbiamo visto, non siano state oggetto di analisi e risoluzione durante il processo clinico.

Dal punto di vista teorico, queste riflessioni fanno pensare che il concetto di controtransfert dovrebbe essere approfondito all'interno della corrente teorica della ISTDP, arricchendo ulteriormente un modello di intervento che ha ripetutamente dimostrato la sua efficacia. In questo senso potrebbe rivelarsi utile condurre ulteriori indagini allo scopo di evidenziare l'esistenza della componente controtransferale anche all'interno di un processo terapeutico di breve durata, dove le dinamiche intrecciate di transfert e controtransfert hanno un ruolo non trascurabile aldilà dei risultati positivi raggiunti in terapia.

I limiti dello studio riguardano principalmente la sua natura di ricerca qualitativa, che poteva essere accompagnata da un'analisi fattoriale quantitativa al fine di rilevare le co-occorrenze negli item del PQS e dare una struttura metodologica più solida allo studio. Allo stesso tempo, studi esplorativi di questo tipo si rivelano utili a raccogliere dati preziosi sulle dinamiche processuali, a confermare ipotesi sviluppate da studi precedenti e a fornire input per la ricerca

futura. Una possibile direzione potrebbe essere quella di analizzare tutte le sedute di una terapia invece di adottare la selezione delle serie temporali, per ottenere una visione completa del processo terapeutico e poter operare una connessione tra i punti nevralgici individuati e le transizioni che caratterizzano tutti i momenti del processo.

La ricerca in psicoterapia rappresenta un campo di indagine non semplice e articolato, nel quale il presente studio si inserisce al fine di contribuire alla comprensione e all'analisi del delicato processo che attraversano insieme paziente e terapeuta durante una psicoterapia.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. (2002). Office based research in intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP): data from the first 6 years of practice. *Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy*, 6(2), 5-13.
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven leaves press.
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 433.
- Ablon, J. & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy research* 8(1), 71-83.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. Ronald Press.
- Balestrieri, M., Williams, P., & Wilkinson, G. (1988). Special mental health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological medicine*, 18, 717.
- Balint, M. (1969). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock.
- Bauer, G. P., & Kobos, J. C. (1984). Short-term psychodynamic psychotherapy: Reflections on the past and current practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(2), 153–170.
- 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., Moleiro, C., Malik, M., & Harwood, T. M. (2000). The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: First results. *Relazione presentata all'Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Chicago, IL, 21-24 giugno.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007). *Insight in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chassan, J. (1979). *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. New York: Appleton Century Crofts.
- Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(3), 615-640.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 2628 –2652). Philadelphia: Williams and Wilkins.

- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 3–28). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Bei, F., & Montorsi, A. (2013). Interaction structure and transferential patterns in brief psychotherapy: A single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 24-32.
- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, scoring, and procedures manual for the revised version*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis, L.R, Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary Report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-27.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998). *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Franco Angeli, Milano.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the effectiveness of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Faustino, B., & Vasco, A. (2020). Factor structure and convergent validity of the Portuguese version of the Inventory of interpersonal problems – 32. *Journal of Relationships Research*, 11, 11.
- Ferenczi, S. (1950). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In J. Suttie (Ed. and Trans.), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: Hogarth (Reprinted from *International Ztschr. F. Psychoanal.*, 1920).
- Flegenheimer, W. V. (1977). *Technique of Brief Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Flegenheimer, W. V. (1982). *Techniques of Brief Psychotherapy*. Jason Aronson Inc. Publishers (Tr. It. *Psicoterapia breve: teorie e tecniche di trattamento*. Raffaello Cortina Editore, 1989)
- Fonagy, P. & Moran, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In Miller N., Luborsky, L., Barber, J.P. & Docherty, J.P. (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (pp. 62-95). New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgcumbe, R., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48(1), 9–48.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84(4), 823– 841.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2005). Change process research. In Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.), *Evidence Based Practices in Mental Health* (pp. 81-89). APA Books, Washington, DC.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Manual for the inventory of interpersonal problems*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56(6), 885–892.

- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In Norcross, J. (Eds.), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford University Press, Oxford.
- Jones, E. (1998). Interazione e cambiamento nella psicoterapia analitica a lungo termine. In Leuzinger Bohleber, M. & Target, M. (Eds.), *I risultati della psicoanalisi* (pp. 171). Bologna: Il Mulino.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., Cummings, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48–55.
- Jones, E. E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306–316.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38(4), 985–1016.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th Edition, Wiley, New York.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In Norcross, J. (Eds.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press, New York.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 123-147), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian version of the inventory of interpersonal problems (IIP-32): psychometric properties and factor structure in clinical and non-clinical groups. *Frontiers in Psychology*, 9, 341.
- Luborsky, L. (1967). Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: A theory and research method. In Holt, R. (Eds), *Motives and Thought. Psychoanalytic Essays in Honour of David Rapaport*. International Universities Press, New York.
- Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2005). In Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.), *Evidence-based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp. 257-267). American Psychological Association, Washington, DC.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Macalpine, I. (1950). The development of the transference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19(4), 501-539.
- Malan, J. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, J. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Marmor, J. (1979). Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Amer. J. Psychiatry*, 136, 149-155.
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(3), 595-614.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 31-48), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Moran, G. S., & Fonagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology*, 60(4), 357-372.

- Nicholson, R. A., & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, *93*, 261-278.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In Lambert, M. (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 5th Edition (pp. 307-392). John Wiley and Sons, New York.
- Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). *Reassessing Psychotherapy Research*. Guilford, New York.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Rank, O. (1924). *The trauma of Birth*. New York: Robert Brunner, 1952.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L.M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *24*(1), 4- 13.
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of interpersonal problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, *24*(4), 499–515.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, *3*, 43-47.
- Shapiro, D. A., & Shapiro D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*, 581-604.
- Smith, M.L., Glass, G. V., & Miller, T. T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods. In Kendall, P. C., Butcher, J. N., & Holmbeck, G. N. (Eds), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 365). John Wiley and Sons, New York.
- Thoma, N. C., & Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 106-114.
- Wallerstein, R. (2002). Psychoanalytic therapy research: An overview. *The American Psychoanalyst* *36*(1), 10-13.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2005). Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, *39*(1), 7–90.
- Yin, R. K., (1994). *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd ed. Sage Publications-Guilford Press, Beverly Hills, New York.

## Ringraziamenti

Ringrazio i professori Diego Rocco e Francesco de Bei per la dedizione e l'impegno con cui hanno seguito questo lavoro di ricerca, nonché per il loro fondamentale contributo nell'aver reso il confronto sempre stimolante e arricchente. Ringrazio le colleghe Giulia e Francesca con le quali abbiamo realizzato l'analisi del processo terapeutico, per il supporto e l'entusiasmo che ho trovato in loro nonostante i momenti di stanchezza e fatica. Ringrazio Lèo per il sostegno che non mi ha mai fatto mancare e per il suo amore che mi ha dato forza. Ringrazio la mia mamma per aver letto tutta la tesi in ogni passaggio dall'inizio alla fine, accompagnandomi a distanza. Ringrazio entrambi i miei genitori, per avermi permesso di studiare all'università, sostenendomi economicamente ma anche personalmente, perché hanno creduto in me. Ringrazio i compagni di corso che sono stati al mio fianco in questo viaggio universitario, ringrazio Padova per essere stata, per quasi sei anni, la mia casa. Ringrazio me stessa sopra tutto e tutti.

L'opportunità di seguire l'evolversi del processo terapeutico oggetto di questo elaborato mi ha riportata alla sorgente del mio desiderio, ricordandomi i motivi per cui ho scelto e continuo a scegliere di intraprendere la strada della psicologia. Ringrazio le persone che negli anni hanno contribuito ad alimentare questa mia passione e quelle che lo faranno in futuro.