



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

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

Elaborato finale

**Prospettive attuali sul controtransfert:
una breve rassegna dei lavori di ricerca più recenti**

**Current perspectives on countertransference:
a brief review of the latest research papers**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: Piccinno Sara
Matricola: 2045796

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

CAPITOLO 1	4
1.1 Una prima definizione di controtransfert	4
1.2 Dopo Freud.....	5
1.2.1 Ferenczi	5
1.2.2 La prospettiva totalistica.....	5
1.2.3 La visione di Gabbard (1995)	6
1.2.3.1 Identificazione proiettiva.....	6
1.2.4 La definizione “moderata” di controtransfert.....	7
1.2.5 Il modello concettuale di Hayes (1995).....	7
1.2.6 Kiesler: una concettualizzazione teorica condivisa di controtransfert	8
1.2.7 Il controtransfert come percezione “distorta”	9
1.2.8 Il controtransfert come comportamento di evitamento	9
1.3 Gestione del controtransfert.....	10
1.4 Tipi di controtransfert	10
1.4.1 Il controtransfert del salvatore	10
1.4.2 Il controtransfert della noia.....	11
1.4.3 Il controtransfert erotico.....	11
1.4.4 Il blocco da controtransfert.....	12
1.5 Metodi di valutazione dell’esperienza del controtransfert	12
1.5.1 Countertransference Factors Inventory (CFI).....	12
1.5.2 Countertransference Questionnaire (CTQ)	13
1.6 La ricerca in psicoterapia	14
CAPITOLO 2	15
2.1 “Thinking it through”: toward a model of reflective practice for trainee psychologists’ countertransference reactions (Cartwright, Hayes, Shires & Yang – Australian Psychologist).....	15
2.2 Countertransference in the treatment of patients with personality disorders: a longitudinal study (Dahl, Kvarstein, Ovstebo, Rossberg, Willberg – Psychotherapy Research).....	22
2.3 Countertransference towards suicidal patients: a systematic review (Bourquin, Corbeil, Greenway, Michaud, Richard-Devantoy – Current Psychology).....	27
CAPITOLO 3	33
3.1 Conclusioni empiriche e concettuali.....	33
3.2. Limiti e prospettive future auspicabili	35
BIBLIOGRAFIA	37

CAPITOLO 1

“La pratica psicoanalitica ha una sua peculiare delicatezza perché mette in campo emozioni, sofferenze, aspettative da parte del paziente e volenti o nolenti è un affidare, almeno in parte, la comprensione e la “gestione” del proprio mondo interiore ad un altro” (Buono, 2020, pp. 7-8)

La riflessione sopracitata porta alla luce l'importanza dell'emotività nel rapporto terapeutico. Negli anni, questo tema è stato ampiamente discusso e sviluppato da vari teorici e psicoanalisti che hanno elaborato e poi approfondito i concetti di transfert e controtransfert (CT). Attraverso il progredire della ricerca in psicoterapia è stato possibile studiare gli effetti e le implicazioni del rapporto diadico paziente-terapeuta e di delinearne le modalità. Di seguito verrà presentata una breve rassegna degli sviluppi del costrutto di controtransfert secondo i principali autori.

1.1 Una prima definizione di controtransfert

Il primo ad introdurre nel mondo psicoanalitico i concetti di transfert e controtransfert fu Freud (1892). Egli definì il transfert come lo spostamento di contenuti affettivi sul terapeuta da parte del paziente (1892-95). Il transfert è antico quanto la psicoterapia (Ehrenwald, 1976) ma ci è voluto un po' di tempo affinché nella sua definizione teorica si trasformasse da “resistenza” (Freud, 1910, p.200) messa in atto dal paziente a “strumento terapeutico” (Heimann, 1950, p.100).

Il CT, invece, fu definito da Freud come quell'insieme di emozioni che affiorano nell'analista a seguito dell'impatto che ha il paziente su di lui e sui suoi contenuti inconsci (1910-12). Secondo questa concettualizzazione, l'emergere di tali reazioni emotive è determinato dalla presenza di “macchie cieche” nell'inconscio dello psicanalista. Come puntualizzato da Gabbard (2018), infatti, l'approccio freudiano al CT (nella sua cosiddetta “visione ristretta”) assume una connotazione negativa poiché considerato il risultato della presenza di conflitti non risolti. L'analista, quindi, “può senz'altro abbandonare l'idea di essere capace di intraprendere un trattamento analitico sui malati” (Freud, 1910, p. 201) se non si impegna a lavorare su se stesso tramite l'autoanalisi per poter riconoscere e gestire il CT.

Coerente con questo scopo è l'adozione di un atteggiamento neutrale da parte dello psicoanalista, che, secondo Freud, dovrebbe porsi come un “chirurgo” che “mette da parte

i suoi affetti (per) un'unica meta: eseguire l'operazione nel modo più corretto possibile" (1912, p. 533). Egli, essendosi liberato in questo modo delle proprie resistenze, sarà in grado di ricevere i segnali dell'inconscio del paziente e potrà utilizzare il proprio come strumento per l'analisi.

1.2 Dopo Freud

1.2.1 Ferenczi

Anche per Ferenczi (1919), l'idea di CT si colloca nel campo del rapporto paziente-terapeuta dalla congiunzione di due soggettività. Proprio per questo motivo, il nucleo centrale della terapia, per Ferenczi dovrebbe essere la riflessione sull'interazione transfert-controtransfert. Per poter conoscere il paziente, il terapeuta deve conoscersi e potersi rappresentare tutte le proprie relazioni oggettuali.¹ La lettura dei sentimenti transferali del paziente implicherebbe così una reciproca modificazione del CT, che il terapeuta conosce e sa gestire. Ferenczi era contestato per la sua enfasi sul "controtransfert". Lui, infatti, non condivideva la visione purista dell'analisi, che si appoggiava sul potere chiarificatore dell'"interpretazione esatta". Uno degli assunti di questa scuola di pensiero si portava appresso l'idea dell'analista come "osservatore immateriale e invisibile che guarda dall'alto e che può entrare nella mente del paziente restituendo a questi la descrizione esatta dei propri meccanismi" (Bonomi, 2006, p.123).

1.2.2 La prospettiva totalistica

Il controtransfert iniziò a diventare un costrutto importante sul quale interrogarsi soprattutto negli anni Cinquanta (Colli & Prestano, 2006).

Winnicott (1949) ed Heinmann (1950) elaborano la cosiddetta "prospettiva totalistica", che definisce il CT come l'insieme delle emozioni che il terapeuta sente nei confronti del paziente e che conferisce la stessa importanza a tutti i tipi di reazioni dell'analista (cosce e inconse, reali o distorte nevroticamente).

¹ Le relazioni oggettuali costituiscono schemi relazionali che il bambino ha costruito nel corso dello sviluppo con cose o persone significative, che modelleranno i suoi futuri rapporti (Klein, 1935).

In questo periodo, una maggiore attenzione ai meccanismi di difesa primitivi (Klein, 1935), permise di completare la ridefinizione concettuale di CT come meccanismo innescato dalle parti scisse e poi proiettate del paziente che interagiscono con i sentimenti del terapeuta.

Inizia quindi a svilupparsi l'idea per cui il CT corrisponda ad una *configurazione relazionale creata in modo congiunto* e persino uno *strumento clinico* (Bollas, 1983) e non più ad un ostacolo determinato dalla presenza di conflitti non risolti nel terapeuta (la "visione ristretta" di Freud). Oggigiorno non si può scindere dunque il concetto di CT da quello di "intersoggettività" e di "mutua influenza" (Aron, 1996; Stolorow & Atwood, 1992; Renik, 1993) tra reazioni ed emozioni di due distinte individualità.

1.2.3 La visione di Gabbard (1995)

Il CT per Gabbard (1995) costituisce un "emerging common ground", cioè un costrutto che trova consenso tra psicoanalisti di diverse scuole teoriche. La maggior parte di loro, infatti, trova condivisibile l'idea sviluppata dallo psichiatra statunitense secondo cui i sentimenti di controtransfert sono il risultato di un processo a cui contribuiscono congiuntamente terapeuta e paziente (Gabbard, 1995). In quest'ottica, si perde la connotazione "peggiorativa" del concetto e con essa l'attribuito di "ostacolo" ed il CT diviene dunque un costituente fondamentale della pratica terapeutica e un'importante fonte di informazioni. Esso, infatti, può dire molto sul mondo interno del paziente, poiché le sue reazioni emotive nei confronti del terapeuta sono forgiate sui modelli relazionali co-costruiti con le proprie figure di riferimento (transfert). Allo stesso modo, l'analista adotterà risposte emotive che risalgono alle proprie esperienze passate o che saranno suscitate dal comportamento del paziente attraverso l'*identificazione proiettiva*.

1.2.3.1 Identificazione proiettiva

Il nucleo comune di tutte le definizioni di "identificazione proiettiva" ideate nel tempo (Bion, 1962a, 1962b; Gabbard, 1995; Klein, 1946; Ogden, 1979, 1982, 1992; Rosenfeld, 1952; Scharff, 1992) riguarda la sua suddivisione in due fasi distinte: la prima riguarda il processo transferale, la seconda quello controtransferale. Nella prima, il processo inconscio messo in atto dal paziente è la proiezione di una parte di sé o di un oggetto carico affettivamente sulla persona del terapeuta. Nella seconda fase, sono invece visibili sul terapeuta gli effetti della "pressione interpersonale" che il paziente ha creato con la prima fase.

Nella terapia, affinché il paziente possa uscire dalle dinamiche di proiezione (Brown, 2012; Ogden, 2007), segue una terza fase in cui il terapeuta gli mostra di poter tollerare i contenuti e gli affetti che lui ha proiettato.

1.2.4 La definizione “moderata” di controtransfert

L'idea portata avanti da questa definizione (Gelso & Carter, 1985,1994; Gelso & Hayes, 1998,2002; Langs, 1974) è quella attualmente preferita dai ricercatori e sottolinea l'elemento di risposta idiosincratca del terapeuta verso il paziente, nonché l'importanza dell'interazione tra le due soggettività in campo (terapeuta e paziente) e la co-costruzione del clima emotivo nel percorso terapeutico.

Questa definizione cerca di staccarsi dall'idea che il CT sia una pura e semplice reazione al transfert del paziente e tenta di non sovrapporre la sua identificazione nel setting terapeutico con gli effetti che può avere. In questo modo lascia libera la strada a eventuali approfondimenti che riguardano gli elementi che ostacolano o favoriscono il CT.

1.2.5 Il modello concettuale di Hayes (1995)

Hayes nel 1995 sviluppò un modello concettuale di controtransfert formato da cinque componenti: origini, fattori scatenanti, manifestazioni, effetti e gestione (Hayes et al., 1998). Le *origini* fanno riferimento alle aree di vulnerabilità relative a conflitti irrisolti insite nel terapeuta.

I *fattori scatenanti* sono eventi legati alla terapia che suscitano conflitti irrisolti nel terapeuta. Le *manifestazioni* sono le reazioni cognitive, affettive, comportamentali e viscerali del terapeuta a questi eventi.

Gli *effetti* si riferiscono alle conseguenze di queste manifestazioni sui processi e sui risultati della terapia.

La *gestione* si riferisce agli sforzi e alla capacità del terapeuta di regolare le proprie manifestazioni di controtransfert.

Una gestione efficace del controtransfert può tradursi in:

- una diminuzione della probabilità che le reazioni di controtransfert si verificano;
- una riduzione dei loro effetti negativi quando si verificano;

- un uso terapeutico delle reazioni di controtransfert dopo che si sono verificate, ad esempio riflettendo per ottenere una comprensione più profonda della propria relazione con un cliente.

1.2.6 Kiesler: una concettualizzazione teorica condivisa di controtransfert

Nel 2001 Kiesler fa presente la necessità di adottare una definizione teorica di controtransfert che possa convogliare tutta la ricerca empirica nel campo e conciliare le diverse scuole teoriche di pensiero.

Giunge così ad una concettualizzazione che prevede due sottotipi di CT:

- Il CT soggettivo (Spotnitz, 1969): comprende l'insieme dei sentimenti legati ai conflitti non risolti del terapeuta che rischia di minacciare la relazione. Perché possa essere evitato l'*enactment controtransferale* è bene che questo tipo di emotività venga etichettata e consapevolizzata.
- Il CT oggettivo (Winnicott, 1949): include le reazioni emotive procurate nel terapeuta dai comportamenti disfunzionali del paziente. L'identificazione di questo tipo di CT può essere utile a migliorare la comprensione e l'empatia nei confronti degli aspetti problematici dello stare in relazione del paziente.

La distinzione tra i due tipi di CT è legata all'origine di ciascuno: uno deriva da vissuti interni non elaborati del terapeuta, l'altro da particolari comportamenti del paziente.

Un modo per separare e definire in quale tipo di CT ricadano le reazioni emotive del terapeuta prevede la conoscenza del suo comportamento "tipico" e l'analisi delle cosiddette "deviazioni dalla norma" (Kiesler, 2001). Queste ultime segnano stacco tra la personalità dell'analista e il materiale conscio e inconscio che proviene dal paziente.

È possibile osservare il fenomeno di CT soggettivo quando:

- il terapeuta si ritrova a comportarsi in modo diverso con un paziente piuttosto che con un altro;
- l'analista tende a comportarsi diversamente dalla norma con lo stesso paziente;
- il terapeuta porta avanti comportamenti insolitamente diversi da quelli della maggior parte degli analisti;
- il terapeuta nota di vivere emozioni fuori dal comune quando parla di un particolare paziente in supervisione. (Immagino che questo elenco tu l'abbia ricavato da un lavoro; va citato qui).

1.2.7 Il controtransfert come percezione “distorta”

L'idea del CT come distorsione fa riferimento ad un tipo di partecipazione emotiva da parte del terapeuta che modifica la sua percezione del paziente (Fiedler, 1951).

I primi tentativi di approfondire quest'ambito furono messi in atto da Fiedler (1951). Secondo questo autore le caratteristiche del CT dei terapeuti alle prime armi risultavano più simili a quelle dei pazienti. Nel caso di terapeuti più esperti, invece, le percezioni di CT presentavano maggiori differenze rispetto ai clienti.

In secondo luogo, Cutler (1958) mostrò come le aree dei conflitti irrisolti dei terapeuti li portavano a sovrastimare o sottostimare quante volte il paziente parlava apertamente delle reazioni controtransferali che notava.

Successivamente, McClure e Hodge (1987), in un loro studio, notarono come le percezioni da parte dei terapeuti delle somiglianze tra le proprie caratteristiche di personalità e quelle dei pazienti fossero mediate dal tipo di emozioni (positive o negative) che il cliente aveva scaturito nell'analista. Le somiglianze venivano percepite di più se il paziente aveva innescato emozioni positive nel conduttore.

Gelso e Hayes (1993) usarono poi una metodologia molto simile per confermare che le terapeute donne tendevano ad avere una percezione più distorta dei contenuti riportati dalle pazienti lesbiche. Non emergono invece differenze di genere nelle percezioni di pazienti eterosessuali.

1.2.8 Il controtransfert come comportamento di evitamento

Come emerso dagli studi di Cutler (1958), l'idea di CT come comportamento di evitamento fa invece riferimento ad una reazione di rifiuto da parte del clinico di contenuti appartenenti al materiale riportato dal paziente per lui critici.

Questo tipo di studi vennero poi approfonditi da Yulis e Kiesler (1968) tramite una metodologia che, attraverso l'audio-registrazione della seduta tra un paziente e un clinico ingaggiati come attori, permetteva al clinico che la guardava di intervenire in particolari momenti della seduta. I tipi di intervento possibili erano due: una risposta di rifiuto e una definita “non controtransferale”.

1.3 Gestione del controtransfert

L'identificazione e l'etichettamento del CT sono il primo passo per rafforzare l'elaborazione emozionale, dal momento che la possibilità di gestirlo passa attraverso la sua identificazione (Gabbard, 2018). Il terapeuta, osservandosi assumere atteggiamenti diversi dal solito, può notare la presenza di reazioni di CT. Queste "stranezze" potrebbero essere infatti conseguenze della proiezione da parte del paziente sul terapeuta di particolari oggetti interni. Lo schema relazionale acquisito in infanzia porterebbe infatti il paziente a comportarsi con l'analista per come si aspetta che il terapeuta lo tratti. Da analisti, rispondere adeguatamente e "resistere agli attacchi" del paziente è fondamentale per poter disconfermare le sue *credenze patologiche* (Weiss, 1993). Inoltre, riflettere sulle reazioni di CT in seduta e dare loro un'interpretazione si rivela molto utile. L'accorgimento importante da tenere presente è quello di scegliere il momento adatto per proporre al paziente un'interpretazione a partire dal proprio CT. Alcuni pazienti potrebbero fraintendere le motivazioni dietro questa iniziativa del terapeuta, pensando che egli voglia scaricare su di loro le proprie emozioni. La corrente psicoanalitica sostiene che in alcuni casi, il disvelamento (la cosiddetta *self-disclosure*) di alcuni sentimenti possa beneficiare al paziente risultando addirittura terapeutico. La self-disclosure deve essere però ponderata e ben soppesata dal terapeuta, al quale si sconsiglia di rivelare sentimenti di natura sessuale o particolarmente aggressiva (Gabbard, 2018).

1.4 Tipi di controtransfert

1.4.1 Il controtransfert del salvatore

Secondo Gabbard (2018), esiste una predisposizione da parte dei terapeuti a concepirsi come "coloro che possono salvare" il paziente. Alcuni terapeuti, infatti, possono percepirsi "risolutori", "guaritori", portando avanti la convinzione per cui sia possibile "risolvere" in prima persona le problematiche dei pazienti. La paura di fondo è quella di riconoscersi sadici nella scelta di non gratificare ciascun loro desiderio o fantasia. In realtà, assecondare e soddisfare in ogni caso e occasione i desideri di un paziente risulta essere un'opzione ancora peggiore. È da considerare, però, che negare ad un paziente determinate gratificazioni può essere particolarmente complicato. Alcuni pazienti posseggono una visione del terapeuta come "proprio salvatore". Gabbard sottolinea infatti come "molte fantasie controtransferali siano indissolubilmente legate a specifiche fantasie transferali" (2018, p.186). In questi casi, è

bene ricordarsi che sarebbe opportuno accompagnare il paziente nella fase di lutto in cui abbandona l'idea di poter ricevere dal terapeuta ciò che non ha ricevuto dai propri genitori piuttosto che negarla.

1.4.2 Il controtransfert della noia

È facile immaginare un terapeuta annoiato di fronte alla continua esposizione a *innumerevoli* racconti da parte di *innumerevoli* pazienti. È però altrettanto facile pensare a come possa sentirsi inadeguato un terapeuta che, fedele al suo ruolo, si renda conto di non star ascoltando un paziente con la giusta attenzione. Soprattutto nei terapeuti più giovani, infatti, è molto diffuso il senso di colpa che li porta a ricercare un costante livello di attenzione massima. In realtà, una delle prescrizioni dell'approccio psicodinamico consiste nel "sospendere il proprio giudizio" nei confronti dei propri sentimenti. Infatti, nel percorso terapeutico la noia può diventare uno strumento funzionale alla riflessione sulla natura della personalità di un paziente.

I pazienti possono risultare noiosi per svariati motivi (Gabbard, 2018): ad esempio, i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo possono voler tenere la situazione sotto controllo e disorientare il terapeuta con dettagli irrilevanti oppure, i pazienti con disturbo narcisistico potrebbero far sentire il terapeuta semplice "esistenza satellite" (Kernberg, 1970) in una conversazione prevalentemente autocentrata. Succede anche che altri pazienti, seppur capaci di trattenere l'attenzione dell'ascoltatore, in sedute specifiche o su particolari aree tematiche ricadano in un tipo di eloquio monotono e piatto. È solo in queste occasioni che, notando le tipicità di un paziente e le proprie reazioni emotive controtransferali, ci si può rendere conto delle fragilità o dei punti di forza della persona.

1.4.3 Il controtransfert erotico

Jung (1914) sosteneva che la "traslazione erotizzata" potesse nascere come tentativo inconscio di colmare la distanza tra paziente e analista e dalla difficoltà di instaurare un clima emotivo piacevole. Come confermato da Carotenuto (1994), "la pressione erotica e la condivisione del sentimento d'angoscia animano l'interazione analitica". Questo perché, entrambe le persone in gioco (ma in forme diverse) sono costrette a mettere in gioco una parte di sé sulla base di una dinamica intrapsichica nuova.

Il corrispettivo del comune "transfert erotico" prende forma nel "controtransfert erotico", che in alcuni casi rimane sepolto nell'inconscio del terapeuta, in altri esce allo scoperto. È infatti compito dell'analista notare atteggiamenti che eventualmente costituirebbero segnali di un

particolare interesse nei confronti di un paziente. Questo tipo di fantasie rivolte al paziente potrebbero divenire più tollerabili se trasformate nell'idea di "salvare il paziente".

"Il vissuto sessuale necessita, per essere interpretato, di un'effettiva comprensione e non di una mera repressione. La condanna etica deve essere accompagnata dalla volontà di un'elaborazione attenta, altrimenti si rischia di liquidare lo spinoso problema delegando alla capacità del singolo il compito di elaborare o meno il sintomo." (Carotenuto, 1994, pp. 62-63). Quando il controtransfert risulterà ingestibile e non elaborabile né tramite l'analisi personale né con la supervisione, il clinico potrà decidere di lasciare in carico il paziente ad un altro collega.

1.4.4 Il blocco da controtransfert

Il fenomeno di blocco da CT si verifica usualmente in presenza di atteggiamenti seduttivi o minacciosi (ad esempio intense esplosioni di rabbia) da parte del paziente (Gabbard, 2018). In questo caso, il terapeuta avrà la percezione di non poter svolgere il proprio lavoro in un setting preservato e sicuro e potrà incontrare serie difficoltà. Molti terapeuti scelgono di ritagliarsi un breve momento di pausa per riflettere su quanto li ha turbati e, di conseguenza, ridurre la propria impulsività.

Col tempo, nei campi clinico e di ricerca, è nata la necessità di indagare empiricamente il concetto di CT e le sue componenti. Secondo Gabbard (2018) gli elementi appartenenti all'esperienza controtransferale determinano la scelta del metodo. Tra i possibili soggetti della valutazione è possibile citare l'attivazione di eventuali conflitti irrisolti nel terapeuta, l'esperienza della relazione con il paziente nella sua totalità, l'interazione tra i conflitti inconsci del terapeuta e quelli del paziente o le dimensioni di personalità di ciascuno dei due. Di seguito presentiamo alcuni degli strumenti utili nella valutazione del CT.

1.5 Metodi di valutazione dell'esperienza del controtransfert

1.5.1 Countertransference Factors Inventory (CFI)

Questo strumento valuta il legame tra la capacità del terapeuta di gestire il proprio CT e l'outcome della terapia (Hayes et al., 1991).

Le subscale della CFI sono cinque:

- 1) *Self-integration*: si riferisce alla salute mentale del terapeuta;
- 2) *Anxiety management*: ha attinenza con la capacità di controllare le proprie risposte di ansia, inversamente proporzionale alla manifestazione del CT;
- 3) *Conceptualizing skills*: fa riferimento alla capacità del terapeuta di attingere alle proprie conoscenze teoriche per comprendere il paziente;
- 4) *Empathy*: misura la capacità di comprendere le emozioni e i pensieri altrui mettendosi nei loro panni;
- 5) *Self-insight*: analizza la consapevolezza del terapeuta riguardo i propri pensieri e sentimenti.

Ciascuna delle sottoscale è composta da 8-11 item, che misurano caratteristiche rappresentative su scale Likert a cinque punti da “1. Non importante” a “5. Molto importante”.

Nella valutazione della validità dello strumento le prime due sottoscale “Self-integration” e “Self-insight” si sono mostrate più correlate alla gestione del CT ottenendo punteggi di correlazione maggiori rispetto alle ultime tre. Dunque, la valutazione di “Anxiety Management”, “Empathy” e “Conceptualizing Skills” potrebbe essere utile solo in associazione con altre variabili di personalità del terapeuta.

1.5.2 Countertransference Questionnaire (CTQ)

Si tratta di un questionario autosomministrato (Betan et al., 2005) a 79 item rappresentativi di una vasta gamma di pensieri, emozioni e atteggiamenti che il terapeuta può provare nei confronti del paziente. Questo strumento nasce dalla necessità di capire che tipo di relazione intercorra tra le reazioni di CT e le diagnosi in trattamento presso gli psicologi a cui il CTQ è stato somministrato.

Secondo il CTQ, i fattori del CT che riflettono le possibili sensazioni che un terapeuta può provare dinanzi a diagnosi di disturbo di personalità sono otto: Sopraffatto\Disorganizzato, Impotente\Inadeguato, Positivo, Speciale\Impercoinvolto, Sessualizzato, Non coinvolto, Genitoriale\Protettivo, Criticato\Maltrattato.

I risultati mostrano una grande correlazione tra i disturbi di Cluster A (paranoide, schizoide, schizotipico) e il fattore “Criticato\Maltrattato”. I disturbi di Cluster B (borderline, narcisistico, istrionico e antisociale) presentano punteggi che li legano ai fattori “Sopraffatto\Disorganizzato”, “Impotente\Inadeguato”, “Sessualizzato” e “Non coinvolto”.

Infine, i disturbi di Cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo) correlano positivamente con il fattore “Genitoriale\protettivo”.

Successivamente, Betan e collaboratori (2005) hanno voluto analizzare nello specifico i legami tra tipo di reazione di CT e disturbo di personalità riscontrando il fattore “Speciale\percoinvolto” come tipicità del disturbo borderline e il fattore “Non coinvolto” per il disturbo narcisistico (l'unico tra i disturbi di Cluster B).

1.6 La ricerca in psicoterapia

Dopo la presentazione di alcuni degli strumenti più utilizzati nello studio sul CT, risulta utile indagare come la ricerca in psicoterapia si sia relazionata allo studio dei fenomeni e dei costrutti. In questo modo, l'approccio ai lavori di ricerca che verranno presentati nel secondo capitolo, potrà rivelarsi più semplice. Alcune delle ricerche che fanno prese in esame, infatti, appartengono e conciliano i due grandi filoni della ricerca in psicoterapia (Migone, 2006):

- Outcome research: un tipo di ricerca che si basa sui risultati verificabili una volta conclusa la terapia. Molto utile per sondare le differenze pre e post trattamento;
- Process research: ricerca che si concentra sui processi coinvolti nella terapia, misurabili anche durante il suo corso e indipendenti dai risultati.

Nonostante le differenze, i due tipi di ricerca risultano complementari: l'una analizza il processo, l'altra si concentra sui risultati di quel processo.

Attualmente, l'APA (American Psychological Association) ha riassunto in punti i progressi a cui è arrivata la ricerca in psicoterapia (Beutler & Crago, 1991).

In commento, Migone (2006) afferma che risulta particolarmente interessante il riferimento all'importanza della “persona” del terapeuta. Difatti, la ricerca attuale sul CT ha portato alla luce i vissuti interni dell'analista e la rilevanza che questi assumono in un rapporto diadico come quello tra paziente e terapeuta. In linea con il focus sul mondo interno dell'analista, verranno passati in rassegna tre lavori di ricerca che approfondiscono il tema. Il primo studio si concentra sull'utilità della riflessione sulle reazioni di CT nel caso di terapeuti alle prime armi, mentre il secondo e il terzo lavoro guarderanno alle specificità delle risposte controtransferali nel caso di pazienti con disturbi di personalità e tendenze suicidarie.

CAPITOLO 2

In questo capitolo verranno presentati alcuni dei lavori di ricerca più rilevanti e impattanti nell'ambito del controtransfert. La scelta degli articoli è stata operata a partire da una ricerca bibliografica svolta utilizzando le parole chiave "countertransference", "countertransference reactions", "therapist reaction". Nella selezione dei paper scientifici sono state privilegiate le riviste con Impact factor più elevato quali *Australian Psychologist* (2,29 - Q1), *Psychotherapy Research* (4,117 - Q1) e *Current Psychology* (2,8 – Q2). Questo, assicura l'accesso a lavori con un'influenza maggiore sulla comunità scientifica. Inoltre, si è tenuto conto del periodo di pubblicazione, considerando validi sono gli articoli redatti e pubblicati tra il 2020 e il 2023.

Si procederà all'analisi degli articoli sviluppandoli per punti che tengono conto: dei presupposti teorici di partenza, delle ipotesi e degli obiettivi di ricerca, del metodo di valutazione utilizzato e infine, dei risultati da cui sarà possibile sviluppare le conclusioni.

2.1 "Thinking it through": toward a model of reflective practice for trainee psychologists' countertransference reactions (Cartwright, Hayes, Shires & Yang – Australian Psychologist)

Come si è visto, nel corso del tempo sono state teorizzate diverse definizioni di controtransfert. Nonostante questo, è ormai condivisibile dagli psicoterapeuti di tutte le scuole di pensiero che il CT costituisca una parte fondamentale dell'esperienza professionale: il CT può interferire con i processi e i risultati terapeutici.

Gli autori di questo studio hanno deciso di utilizzare il modello concettuale di Hayes (1995), che nasce dallo sforzo di sintetizzare la preesistente ricerca sul CT. Il modello divide il CT in 5 componenti: origini, fattori innescanti, manifestazioni, effetti e gestione, fornendo una struttura utile per guidare i terapeuti nella loro riflessione sulle proprie reazioni di CT. La pratica riflessiva consiste nell'esame critico dalla propria esperienza professionale e nell'identificazione delle proprie esigenze di apprendimento.

La letteratura che si è occupata dei terapeuti alle prime armi, riporta che questi provino reazioni emotive di CT più intense rispetto ai terapeuti esperti (Brody & Farber, 1996). Inoltre, in un altro studio, la maggior parte dei tirocinanti ha riportato di non sentirsi fiduciosa nei confronti della propria abilità nel gestire il CT (Cartwright et al., 2014).

Pertanto, è proprio tramite la pratica riflessiva, che i tirocinanti potrebbero sviluppare consapevolezza e autostima, riuscendo ad identificare le strategie personali che li aiuterebbero nella gestione del CT.

Ipotesi e obiettivi di ricerca

Questo studio punta al raggiungimento di una comprensione maggiore delle esperienze di CT dei terapeuti alle prime armi. Inoltre, si vuole approfondire l'utilità del modello delle cinque componenti del CT (Hayes, 1995) e l'importanza del feedback nella pratica riflessiva.

Da un punto di vista formativo, infatti, potrebbe essere utile capire quali siano le reazioni di CT più comuni nei terapeuti meno esperti, cosa le causa, come influenzano la terapia e come ridurre le loro conseguenze negative. Sarebbe inoltre utile trovare un metodo più efficace per guidare la pratica riflessiva dei tirocinanti in relazione alla loro emotività in seduta. Un altro scopo di questo lavoro di ricerca, infatti, è quello di aiutare i terapeuti più giovani a sviluppare *insight* e consapevolezza circa le origini, gli attivatori, le manifestazioni, gli effetti e la gestione del loro CT.

Metodo

Allo studio hanno partecipato 19 psicologi tirocinanti (di età compresa tra i 23 e i 56 anni) coinvolti in programmi di formazione post-lauream in psicologia in Australia e Nuova Zelanda. Durante lo studio i neopsicologi sono stati coinvolti in attività pratiche o di tirocinio all'interno di diverse strutture in cui hanno seguito coppie, giovani e adulti. Come riportato dai partecipanti, i casi su cui avevano deciso di riflettere nello studio avevano generato in loro emozioni negative.

Si è deciso di usare un metodo di raccolta dati che avrebbe fornito ai tirocinanti l'opportunità di riflettere apertamente sulle proprie reazioni di CT in maniera del tutto anonima e al di fuori di un contesto valutativo.

Ai tirocinanti è stato assegnato un codice che solo l'assistente di ricerca era in grado di far risalire al nome di ciascuno.

I partecipanti avrebbero completato delle griglie di monitoraggio online dopo ogni seduta di terapia: questo, li avrebbe guidati nella valutazione delle 5 componenti delle loro reazioni di CT.

I neopsicologi erano poi assegnati casualmente dall'assistente a due diverse condizioni: il primo gruppo avrebbe ricevuto feedback settimanali sul lavoro svolto; il secondo gruppo lo

avrebbe ricevuto dopo la fine dello studio. In entrambe le condizioni, i feedback sarebbero stati incoraggianti e supportivi.

Inoltre, ogni fine settimana, durante le 12 settimane di durata dello studio, l'assistente di ricerca mandava ai partecipanti un link di un questionario online: ai partecipanti veniva chiesto di selezionare un paziente tra i propri e di riflettere sulle reazioni di CT nei suoi confronti. Il link conteneva una griglia con 6 domande: ciascuna indagava uno dei 5 fattori del modello di Hayes (1995).

I dati raccolti tramite le domande venivano raggruppati in 5 dataset che corrispondevano alle 5 componenti del CT del modello di Hayes. Questo tipo di analisi è stata condotta tramite un approccio qualitativo che valorizzava l'acquisizione di insight da parte dei partecipanti. Dopo aver suddiviso i dati in 5 set, è stata eseguita un'ulteriore analisi. Ciascun dataset è stato diviso per aree semantiche, ciascuna delle quali formava un'unità di contenuto.

Ciascuna unità veniva poi messa a confronto con le altre: se risultavano in relazione (correlate), venivano raggruppate assieme.

Si è registrato un alto livello di accordo tra il primo, il secondo sperimentatore e il giudice indipendente circa ciascun set.

I dati appartenenti ai partecipanti nelle due diverse condizioni di feedback sono stati poi confrontati. Non essendo stata rilevata alcuna differenza tra i contenuti tematici emersi, l'analisi dei risultati riporta i dati provenienti da entrambi i gruppi di partecipanti.

Risultati

I risultati presentati tengono conto delle 5 componenti del modello di Hayes (1995). Qui di seguito viene approfondita ciascuna di esse tramite un'analisi per punti delle unità di contenuto emerse dall'analisi dei dati raccolti tramite i questionari online:

- **Origini**

Le macroaree tematiche emerse dalla riflessione sulle origini del CT sono risultate essere tre:

- *L'importanza di alcune esperienze di vita*

Riguardo le origini delle reazioni di CT, alcuni partecipanti hanno ritenuto molto influenti le esperienze legate alla propria infanzia, alla genitorialità e ad altri eventi formativi avvenuti nel corso della loro vita.

- *Le qualità personali*

I tirocinanti hanno anche riscontrato che i loro tratti di personalità hanno avuto un certo impatto sulle proprie reazioni di fronte al paziente.

- *Il mettersi in dubbio*

La terza fonte di CT riguardava invece i dubbi riguardo la propria competenza.

- Innescanti

Dall'analisi degli aspetti attivanti le reazioni di CT, sono invece emersi quattro temi rilevanti:

- *Vulnerabilità del paziente*

I tirocinanti hanno percepito che ascoltare le esperienze traumatizzanti e osservare le vulnerabilità dei pazienti attivava in loro reazioni di CT.

- *Comportamenti o caratteristiche del paziente complesse da gestire*

Osservare i pazienti mettere in atto comportamenti che personalmente disapprovavano li ha fatti sentire spesso a disagio.

Inoltre, i tirocinanti hanno riportato che la mancanza di coinvolgimento nella terapia, l'assenza di progressi o atteggiamenti critici nei confronti del trattamento, provocavano in loro emozioni controtransferali. Questi problemi determinavano un aumento dei dubbi e delle preoccupazioni su di sé in terapia.

- *I comportamenti positivi del paziente*

I partecipanti mostravano reazioni di CT positive quando il paziente presentava buone abilità di comunicazione, una personalità gentile e accudente e uno stile comunicativo semplice.

- *L'essere un tirocinante*

I neopsicologi presentavano reazioni di CT soprattutto quando si riconoscevano incompetenti durante esperienze legate al percorso di tirocinio.

- Manifestazioni

Dall'analisi dei dati attinenti alle manifestazioni di CT sono emersi cinque temi fondamentali:

- *Essere protettivi verso il paziente o se stessi*

Molto spesso, i tirocinanti che si sentivano protettivi nei confronti di un cliente riportavano livelli più alti di empatia e tristezza nei suoi confronti, tanto da evitare di proporgli attività che potevano approfondire le sue vulnerabilità.

- *Provare ansia, paura o confusione*

L'intensità delle emozioni negative variava tra l'ansia lieve e la paura.

- *Sentirsi impotenti*

I partecipanti hanno espresso di essersi sentiti spesso impotenti o disimpegnati nel rapporto con il paziente.

- *Sentirsi frustrati o critici verso il paziente o se stessi*

I partecipanti si sono sentiti talvolta critici nei confronti di alcuni comportamenti dei pazienti. La frustrazione era spesso causata anche da atteggiamenti di svogliatezza, impassibilità e mancanza di impegno.

- *Provare emozioni positive verso il paziente o se stessi*

Il quinto tema riguarda i pensieri e le emozioni positive provate dai tirocinanti in relazione alle situazioni terapeutiche. Le manifestazioni di CT più comuni riguardavano il sentirsi protettivi nei confronti dei pazienti che percepivano più vulnerabili e spaventati. Alcuni hanno riportato emozioni positive in relazione a sessioni di terapia con pazienti con caratteristiche positive.

- Effetti

Gli effetti delle manifestazioni di CT hanno abbracciato tre tematiche specifiche:

- *Minimi effetti\nessun effetto*

Alcuni partecipanti hanno riportato l'assenza o la presenza esigua di particolari effetti sul paziente o sulla terapia causati dalle proprie reazioni di CT.

- *Effetti positivi*

Una parte dei tirocinanti ha riscontrato degli effetti benefici a seguito delle proprie reazioni di CT. Alcuni, infatti, hanno affermato che hanno cominciato a prestare più attenzione al paziente e a quello che accadeva in seduta.

- *Effetti negativi*

Un'altra fetta di partecipanti ha descritto ripercussioni negative sul cliente o su alcuni aspetti della terapia, tra cui l'alleanza.

- Gestione

Infine, ai tirocinanti è stato chiesto di scrivere quali strategie avevano adoperato per gestire le proprie reazioni di CT e sono emerse quattro tematiche:

- *Usare strategie per calmarsi*

I tirocinanti hanno riportato di aver usato strategie per calmarsi e per gestire meglio il turbamento e l'attivazione emotiva. I tirocinanti che si sono concentrati sulla respirazione riportano di averne tratto beneficio.

- *Riflettere e parlarsi*

Essere autoriflessivi e pensare consapevolmente alle reazioni dei pazienti nelle sessioni di terapia ha aiutato molti tirocinanti. A volte l'autoriflessione e il self-talk si sono rivelate connesse ad una gestione efficace del CT.

- *Usare altri metodi di intervento specifici per una seduta*

Alcuni partecipanti hanno testimoniato di aver riportato il focus sul cliente e che questo li abbia aiutati a gestire le proprie reazioni. Altri si sono concentrati sulle risposte emotive per gestirle. Altri ancora si sono resi conto del fatto che condividere le proprie reazioni con i pazienti si è rivelato utile.

- *Usare la supervisione*

Molti tirocinanti infine hanno cercato supporto dal proprio supervisore per gestire il loro CT e hanno riportato che è risultato loro utile affrontare i dubbi circa le proprie incapacità in seduta.

Gli effetti del feedback

L'assegnazione regolare di un feedback ha fatto sì che più del doppio dei tirocinanti completasse i diari rispetto a quelli che non ricevevano feedback su base settimanale. Inoltre, è risultato che un numero minore di partecipanti assegnati alla condizione di feedback settimanale si sia ritirato dal programma o non abbia completato alcuna voce del diario rispetto al gruppo di partecipanti assegnati all'altra condizione. Questa evidenza ha suggerito che il feedback regolare abbia incentivato i partecipanti ad impegnarsi di più nell'attività riflessiva.

Data la natura qualitativa dei dati non si può affermare che i due gruppi differiscano in termini di apprendimento di gestione del CT.

Discussioni e conclusioni

Dai risultati dello studio è possibile affermare che il modello delle 5 componenti (Hayes, 1995) risulti uno strumento utile a guidare le riflessioni dei terapeuti meno esperti sul proprio CT e la sua gestione.

Inoltre, i risultati hanno confermato quelli di altri studi mostrando che le insicurezze riguardanti la propria competenza professionale possano provocare reazioni di CT (e.g. Cartwright et al., 2014,2018; Williams et al., 1997). I tirocinanti potrebbero sentirsi confortati dall'idea che, nonostante le evidenze citate, anche i terapeuti più esperti abbiano reazioni di CT. Gli psicologi alle prime armi sono tipicamente molto ansiosi e impauriti dalle valutazioni, ma la natura dei dubbi sulla propria competenza dipende soprattutto dal rapporto che hanno con loro stessi e dalla capacità di autoregolarsi e preservarsi.

Da questo e altri studi (Hayes et al., 1998,2015), è risultato che un altro fattore innescante del CT ha a che fare con pazienti che non presentano miglioramenti con il progredire della terapia.

Infine, i tirocinanti hanno descritto le strategie di gestione del CT che avevano o avrebbero voluto adottare nel corso del programma. Parlare con se stessi (self-talk) per regolare le emozioni è risultata una tecnica utile di gestione del CT.

Sia i partecipanti di questo studio che quelli di un precedente lavoro di ricerca (Cartwright et al., 2015) hanno sostenuto che rivelare le proprie reazioni di CT ad un paziente (*self-disclosure*) era un buon mezzo di gestione del proprio CT. Tuttavia, la ricerca riporta che si possa beneficiarne solo in casi di un'ottima alleanza tra paziente e terapeuta (Myers & Hayes, 2006; Yeh & Hayes, 2011). Gabbard (2018) sostiene inoltre che il terapeuta debba soppesare con cura qualsiasi forma di self-disclosure poiché potrebbe nascere da un proprio desiderio inconscio di far sentire in colpa il paziente. Dunque, non si ritiene opportuno rivelare al paziente alcuni sentimenti che potrebbero rendere meno confortevole il setting terapeutico.

2.2 Countertransference in the treatment of patients with personality disorders: a longitudinal study (Dahl, Kvarstein, Ovstebo, Rossberg, Willberg – Psychotherapy Research)

Qui di seguito verrà poi presentato uno studio longitudinale della rivista *Psychotherapy Research* ad opera di Ovstebo, Pedersen, Willberg, Rossberg, Dahl e Kvarstein che prende in esame il CT dei terapeuti che seguono pazienti con disturbi di personalità.

Questo studio è in linea con l'attuale crescente interesse nei confronti delle modalità di risposta emotiva del terapeuta (Fauth, 2006; Hayes et al., 2015). Secondo gli studi, è importante soffermare l'attenzione sul CT soprattutto nel trattamento di pazienti con disturbi di personalità (PD) a causa delle forti reazioni emotive che questi sono in grado di suscitare nei terapeuti (Gabbard & Wilkinson, 2000; McWilliams, 2011). L'incapacità di gestire le proprie risposte controtransferali e prestarci attenzione come terapeuti può portare a violazioni dei confini, interruzioni della terapia e ritiro (Carsky, 2021)

Le reazioni emotive di CT sono considerate in parte risposte inconsce e possono comprendere le sfere affettiva, cognitiva, somatica e/o comportamentale. In questo studio verrà presa in considerazione la risposta affettiva di CT che consiste nell'insieme delle emozioni di cui i terapeuti divengono consapevoli e che sono in grado di riportare al termine della seduta (Dahl et al., 2012).

Per quanto riguarda la letteratura preesistente nell'ambito dei PD e del CT, alcuni studi dimostrano che i pazienti che soffrono dello stesso PD tendono ad elicitare risposte di CT simili e specifiche (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2016).

Inoltre, molti studi hanno riscontrato che la gravità del PD è direttamente proporzionale alla negatività delle risposte di CT (Colli et al., 2022; Dahl et al., 2012; Genova & Gazzillo, 2018; Nissen-Lie et al., 2022).

Ipotesi e obiettivi di ricerca

Questo studio si propone l'obiettivo di indagare come la risposta emotiva di CT dei terapeuti si sviluppi e vari durante il trattamento di pazienti con disturbi di personalità.

Inoltre, il presente lavoro indaga la misura in cui le caratteristiche del disturbo (gravità, tipo di PD, livello di distress) risultano predittive delle reazioni emotive controtransferali.

Il terzo obiettivo, infine, è quello di esaminare l'associazione tra la diagnosi clinica di un paziente e il tipo di CT elicitato.

Metodo

Questo lavoro di ricerca è di tipo longitudinale e naturalistico. I dati sono stati raccolti dalla Norwegian Network for Personality Disorders (Pedersen et al., 2022), nata dalla collaborazione tra unità di trattamento ambulatoriale dei PDs nei servizi specialistici di salute mentale. Queste unità comprendevano gruppi multidisciplinari e approcci di trattamento principalmente psicodinamici.

Il campione della ricerca (N= 1956) includeva i pazienti che:

- avevano terminato il trattamento di psicoterapia;
- erano stati valutati in termini diagnostici tramite interviste semi-strutturate prima del trattamento;
- avevano ricevuto almeno una valutazione del CT da parte del terapeuta.

Il 69% dei pazienti soddisfaceva i criteri di diagnosi di uno o più PD (valutazione tramite scala SCID-II). I disturbi più frequenti erano l'evitante (31%), il borderline (21%) e disturbi NOS ("not otherwise specified", 16%). Disturbo istrionico, schizotipico e schizoide sono stati esclusi dallo studio per scarsa numerosità campionaria. La maggior parte presentava sintomi specifici, altri disturbi dell'umore o disturbi d'ansia. La durata del trattamento è stata in media di 19,8 mesi.

Strumenti

Gli strumenti utilizzati per valutare le aree di indagine menzionate sono stati:

- Strumenti per una valutazione sistematica dei disturbi con riferimento al DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
 - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1994)
 - Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First, 1997), con la quale è stata valutata e misurata la gravità dei PD
- Strumenti per la valutazione dei sentimenti controtransferali del terapeuta
 - Feeling Word Checklist-BV (Rossberg et al., 2003), un questionario che, attraverso 3 subscale (Inadeguato, Fiducioso e Idealizzato), indaga la presenza di alcune

emozioni controtransferali nei terapeuti. Questo strumento comprende items valutati su scale Likert di valore compreso tra 0 e 4.

Nel periodo di durata dello studio sono stati somministrati un totale di 4484 questionari.

- Strumenti per la valutazione dei pazienti pre e post trattamento
 - Global Assessment of Functioning (GAF: APA, 1994) ha fornito un indice globale (compreso tra 1 e 100) che comprendeva la gravità dei sintomi e la disabilità sociale. Questo indice ha fornito la principale variabile in termini di risultati del trattamento sui pazienti. Dal momento che il GAF costituisce un indice riportato dai clinici, si è anche investigato il GSI (Global Severity Index) e il CIP (Costrutto Identità Personale), che si riferisce alla differenza nella percezione di sé dei pazienti nelle condizioni pre e post trattamento.
- Strumenti per la valutazione dei risultati del trattamento secondo i pazienti
 - Symptom Check List -90 Revised (Derogatis, 1994) che include 90 items valutati su una scala Likert a 5 punti (0-4).
- Strumenti per l'analisi longitudinale dei dati
 - Linear Mixed models (LMM) (Fitzmaurice et al., 2012; Singer et al., 2003).
Le variabili dipendenti considerate sono: Inadeguato, Fiducioso, Idealizzato.

Nel corso dell'analisi sono stati tenuti in considerazione e indagati i seguenti predittori:

- 1) tipo di diagnosi di PD;
- 2) numero totale di criteri SCID-II;
- 3) GSI (Global Severity Index) dei sintomi di distress all'inizio del trattamento.

I dati sul CT erano sbilanciati con un numero diverso di valutazioni per ciascun paziente. Nonostante questo, non è stata trovata alcuna differenza significativa tra i pazienti con una o più valutazioni diagnostiche.

Risultati

I risultati presentati qui di seguito tengono conto delle variazioni nel corso del tempo delle percezioni di CT nei terapeuti e della specificità delle reazioni controtransferali, definite sulla base delle tre subscale Inadeguato, Fiducioso, Idealizzato della Feeling Word Checklist (Rossberg et al., 2003). Infine, verrà analizzata la correlazione tra i 3 sentimenti

controtransferali citati e il numero di criteri diagnostici presenti, l'indice di gravità del disturbo, la presenza di sintomi e il livello di funzionamento globale.

- *L'andamento longitudinale del CT*

I terapeuti hanno riportato che i livelli di CT Inadeguato non cambiavano significativamente nel corso del trattamento, mentre le dimensioni Fiducioso e Idealizzato aumentavano significativamente nel tempo.

I livelli iniziali di CT Inadeguato erano i più bassi, quelli di CT Fiducioso i più alti.

Per esaminare l'eventuale presenza di *bias* è stato analizzato se le variazioni nel tempo del CT dipendessero dalle unità ambulatoriali in cui erano state svolte le rilevazioni. Tuttavia, non sono state identificate variazioni significative nelle tre dimensioni Inadeguato, Idealizzato e Fiducioso.

- *Categoria di PD*

▪ Una prima analisi ha preso in considerazione la dimensione Inadeguato come variabile dipendente. Il disturbo paranoide era associato ad un livello iniziale significativamente alto di sentimenti di inadeguatezza, che non subivano però particolari variazioni nel tempo.

Il disturbo borderline era associato a livelli molto alti di inadeguatezza che decrescevano con il passare del tempo

I disturbi di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo non erano associati a nessuna dimensione particolare.

▪ La seconda analisi ha preso la dimensione Fiducioso come variabile dipendente. I disturbi paranoide, narcisistico e borderline erano associati a livelli più bassi di fiducia nella fase iniziale del trattamento.

Il disturbo antisociale era associato a questa dimensione con livelli significativamente in decremento con il passare del tempo.

▪ È stata esaminata la dimensione Idealizzato come ultima variabile dipendente. Nessuno dei disturbi di personalità si è rivelato predittivo nei confronti dei livelli iniziali o dei cambiamenti di questa percezione con il passare del tempo.

- *Numero totale di criteri di diagnosi di PD e Livello di distress (GSI)*

L'insieme dei criteri diagnostici di PD era associato ad un più alto livello di inadeguatezza e uno più basso di fiducia all'inizio.

Anche un alto GSI comportava alti livelli di inadeguatezza e bassi livelli di fiducia ma non era predittivo del loro cambiamento con il passare del tempo.

Nel modello finale che includeva sia GSI che i criteri diagnostici di PD, è emerso che solo il numero totale di criteri risultava un predittore significativo per i terapeuti.

- *Risultati sui pazienti*

Per quanto riguarda la variabile GAF (Global Assessment of Functioning) è stato registrato un miglioramento generale.

I miglioramenti di GAF-S (GAF symptom) e GAF-F (GAF function) erano associati ad alti livelli di fiducia all'inizio e livelli iniziali molto bassi di inadeguatezza. Il GAF-S si è rivelato associato a un decremento significativo della dimensione Inadeguato.

Discussioni e conclusioni

A partire dai risultati di questo studio, si può concludere che le risposte controtransferali dei terapeuti siano generalmente positive e abbastanza stabili nel tempo. Si è registrato un modesto incremento delle dimensioni Fiducioso e Idealizzato e bassi livelli con scarse variazioni nel tempo di inadeguatezza.

In secondo luogo, alti punteggi di gravità e, in particolare, il disturbo borderline di personalità si sono mostrati significativamente predittivi di CT negativo nei terapeuti. La gravità dei sintomi però, aveva meno impatto sui terapeuti rispetto alla gravità del PD.

Inoltre, per spiegare gli alti livelli di fiducia generali, bisogna tenere in considerazione che le unità ambulatoriali che hanno partecipato allo studio costituivano gruppi multidisciplinari specializzati nel trattamento di PDs e sottoposti regolarmente a interventi di supervisione. Studi recenti hanno sottolineato che un atteggiamento positivo nei confronti dei pazienti con PD può predisporre la creazione di un clima disteso e ridurre lo stigma percepito dai pazienti (Dam et al., 2021; Van den Bosch et al., 2018).

2.3 Countertransference towards suicidal patients: a systematic review (Bourquin, Corbeil, Greenway, Michaud, Richard-Devantoy – Current Psychology)

Infine, verrà presentato uno studio che indaga la relazione tra pazienti con tendenze suicidarie e reazioni di CT da loro innescate nei terapeuti. Si tratta di un lavoro pubblicato sulla rivista *Current Psychology* condotto da Bourquin, Corbeil, Greenway, Michaud, Richard-Devantoy.

Gli autori sono partiti dal presupposto secondo cui il CT nei confronti di pazienti con ideazione suicidaria possa offuscare il giudizio dei terapeuti. Molto spesso i desideri e le aspettative di questi pazienti possono risultare in contraddizione con i fini terapeutici e suscitare forti reazioni di CT.

Esaminare il CT con questo tipo di pazienti potrebbe risultare utile per svariate ragioni. Innanzitutto, il CT ostile può in parte spiegare gli atteggiamenti prevalentemente negativi dei clinici nei confronti dei pazienti suicidari (Cleaver, 2014; John et al., 2014; Farrell et al., 2012) e, di conseguenza, le esperienze negative dei pazienti quando ricevono assistenza (Taylor et al., 2009).

In secondo luogo, le emozioni giocano un ruolo importante nel processo decisionale (Kozlowski et al., 2017). Infatti, l'aggressività inconscia da parte dei terapeuti nei confronti dei pazienti suicidari può dare vita a comportamenti di rifiuto o ospedalizzazioni non necessarie.

Infine, la ricerca recente ha fatto luce sul CT nei confronti dei pazienti con tendenze suicidarie come possibile predittore dei risultati degli esiti suicidari (Barzilay et al., 2018; Hawes et al., 2017; Yaseen et al., 2013,2017).

Ipotesi e obiettivi di ricerca

Questa revisione sistematica condotta dagli autori ha esaminato studi quantitativi sul CT con pazienti suicidari. Le tre principali domande di ricerca a cui si vuole rispondere sono:

- I pazienti con tendenze suicidarie suscitano un tipo di CT specifico nei clinici?
- Il CT nei confronti di questi pazienti è connesso con i futuri esiti suicidari?
- Quali caratteristiche dei clinici e del setting terapeutico possono avere impatto sui pazienti suicidari?

Metodo

Le fonti da cui sono stati estratti i lavori di ricerca per questa revisione sistematica sono state Medline, Pubmed, EMBASE, Web of Sciences, PsycINFO e CINAHL in un periodo di tempo compreso dai primi lavori pubblicati nei loro database al 2017.

Strategia di ricerca

La prima ricerca condotta ha unito i titoli rilevanti trovati digitando “controtransfert” come parola chiave con i titoli degli articoli più importanti collegati alla voce “suicidio”.

È stata poi effettuata una seconda ricerca che teneva conto del fatto che la definizione di “controtransfert” non corrispondesse perfettamente con le parole chiave disponibili ma che comprendesse piuttosto una gamma più ampia di concetti. Per questo motivo sono state combinate parole chiave come “suicidio” o “autolesionismo” con “controtransfert” o “risposta\reazione cognitiva” o “risposta\reazione emotiva”.

Criteri di inclusione ed esclusione

Gli studi che sono stati tenuti in considerazione dovevano obbligatoriamente soddisfare tre criteri:

- essere articoli di ricerca originali che riportavano incontri tra clinici e pazienti suicidari;
- utilizzare misure quantitative di CT;
- esser stati pubblicati in riviste oggetto di valutazione inter pares.

Le misure di CT dovevano riferirsi poi ad un incontro clinico specifico o una specifica serie di incontri di terapia con lo stesso paziente. Sono stati esclusi gli studi che misuravano le percezioni generali dei terapeuti dopo il suicidio di un paziente o gli atteggiamenti dei terapeuti nei confronti dei pazienti autolesionisti a rischio di suicidio.

In questo modo sono stati individuati 10 diversi studi.

Circa 700 clinici sono stati presi in considerazione nei 10 studi e il loro CT è stato misurato in sedute di psicoterapia con 2247 pazienti provenienti da cliniche ambulatoriali o psicoterapeutiche, ospedali psichiatrici e reparti emergenziali.

Il CT dei clinici è stato misurato sulla base di una relazione terapeutica di media-lunga durata oppure a seguito di una singola seduta di consultazione.

Cinque studi hanno analizzato principalmente le associazioni trasversali tra CT e suicidalità; gli altri cinque hanno esaminato il CT come possibile correlato ai futuri esiti suicidari.

Risultati

La specificità del CT con pazienti suicidari

Quattro studi hanno rilevato associazioni significative tra suicidalità e CT (Barzilay et al., 2018; Dressler et al., 1975; Rossberg & Friis, 2003; Soulié et al., 2018). Per gli operatori sanitari che prestavano supporto ai pazienti suicidari ospedalizzati il CT comprendeva sentimenti di rifiuto, allerta, noia, sopraffazione e inadeguatezza (Rossberg & Friis, 2003). Nei terapeuti che avevano trattato pazienti ambulatoriali con tendenze suicidarie si è riscontrata una combinazione ambivalente tra sentimenti intrappolamento/rifiuto e appagamento/impegno con una forte prevalenza di emozioni negative nei confronti dell'ipotesi suicidaria (Soulié et al., 2018).

Solo uno studio di scarsa validità e affidabilità ha riportato risultati contrastanti tra suicidalità e CT: dal lavoro di ricerca di Colson et al. (1986) sono emerse alcune associazioni tra suicidalità e CT nelle infermiere e negli assistenti sociali ma non negli psichiatri.

La relazione tra CT ed esiti suicidari

Cinque studi (Barzilay et al., 2018; Hawes et al., 2017; Perry et al., 2013; Yaseen et al., 2013; Yaseen et al., 2017) hanno poi rilevato associazioni positive tra CT nei confronti dei pazienti a rischio suicidio e futuri esiti suicidari.

Nel primo studio preso in esame i pazienti morti suicidi avevano generato nei terapeuti reazioni di CT molto disorganizzate da cui si sono sentiti sopraffatti.

A partire da questi risultati, il team di sviluppo dello studio ha elaborato uno strumento di valutazione del CT (TRQ-SF, Yaseen et al., 2017) che includeva tre subscale: speranza, stress e affiliazione. Bassi livelli nelle tre dimensioni indagate producevano alti punteggi, che, sommati, avrebbero dato un punteggio globale.

Nei due studi successivi sui pazienti psichiatrici gli autori hanno cercato di distinguere tra pazienti che avrebbero tentato il suicidio e quelli che non lo avrebbero fatto (Hawes et al., 2017). Il punteggio globale e quello relativo ai livelli di speranza erano associati con l'ideazione e il comportamento suicidario durante i mesi successivi alle dimissioni del paziente, mentre i punteggi di stress e affiliazione erano buoni predittori di ideazione suicidaria (Barzilay et al., 2018).

Infine, un altro team ha condotto uno studio longitudinale (Perry et al., 2013) sugli psicoterapeuti in terapie psicodinamiche a lungo termine riscontrando che la presenza di CT negativo si rivelava predittiva del peggioramento del paziente.

L'influenza delle caratteristiche dei professionisti e del setting sul CT

Uno studio ha riscontrato che gli psichiatri esperivano meno sentimenti di CT legati alla soddisfazione o al coinvolgimento rispetto agli psicoterapeuti (Soulié et al., 2018).

Un altro studio di scarsa qualità ha rivelato reazioni negative di CT in assistenti sociali e infermiere ma non negli psichiatri (Colson et al., 1986). Nello stesso studio, è stato riscontrato che le cliniche si sentivano meno reattive e più coinvolte nelle proprie reazioni di CT rispetto alla controparte maschile (Colson et al., 1986).

Nello studio in cui gli operatori sanitari hanno valutato i pazienti che avevano tentato il suicidio nei reparti d'emergenza ha rilevato alti livelli di ansia, confusione e rabbia nei residenti psichiatrici (Dressler et al., 1975).

Per quanto riguarda gli studi sullo staff ospedaliero, due tra questi hanno prodotto risultati positivi per quanto riguarda il CT come predittore degli esiti suicidari (Yaseen et al., 2013; Yaseen et al., 2017).

Discussioni e conclusioni

A seguito di questa revisione sistematica, è stata dimostrata l'esistenza di una reazione tipica e prevalentemente negativa nei confronti dei pazienti a rischio di suicidio che dipende dal livello di ideazione e comportamenti suicidari. Inoltre, i pazienti suicidari gravi sperimentano emozioni molto forti e il CT può rappresentare un fenomeno di "contagio emotivo" da parte degli operatori.

In secondo luogo, è emersa l'associazione tra questo tipo di CT e gli esiti suicidari (non la si può definire una relazione causale poiché occorrono ulteriori approfondimenti al riguardo). Il CT può essere un marker dello stato dei pazienti: coloro che elicitano specifici tipi di CT hanno un rischio suicidario più alto. Un CT avverso è probabile sia associato con una prognosi peggiore. Si può dunque affermare che il CT sia una conseguenza del rischio suicidario del paziente (fungendo da indicatore) e che possa anche avere un impatto positivo e negativo sui risultati della terapia.

Inoltre, è stata comprovata la presenza di associazioni tra setting di cura diversi. Da un lato, il CT positivo o negativo può influenzare decisioni importanti, tra cui ricoveri o dimissioni, dall'altra, la presenza di un CT avverso può innescare atteggiamenti negativi nei confronti dei pazienti in reparti d'emergenza in molti operatori dello staff ospedaliero (Farrell et al., 2012).

In terzo luogo, l'influenza sul CT delle caratteristiche degli operatori sanitari (professione, genere ecc.) si è dimostrata rilevante. Questa revisione ha constatato che la formazione professionale, così come il genere, ha molto impatto sul modo di esperire reazioni di CT da parte degli operatori. Inoltre, i clinici si fanno carico di più oneri e responsabilità rispetto alle altre figure che si occupano di salute mentale, tanto da sperimentare un tipo specifico di CT nel loro contatto con i pazienti (Waern et al., 2016).

Infine, sia l'ansia di stato che di tratto si è rilevata associata con un CT negativo (Barzilay et al., 2018).

Questa revisione ha quindi dimostrato la presenza di CT negativo in professionisti che lavorano in vari ambienti con pazienti con tendenze suicidarie e che queste reazioni avverse potrebbero essere coinvolte in un'associazione causale bidirezionale con gli esiti suicidari. I clinici dovrebbero essere quindi consapevoli dei rischi collegati a sentimenti di CT negativi e cercare di identificare e gestire il proprio CT in modo da offrire ai pazienti suicidari supporto adeguato.

CAPITOLO 3

3.1 Conclusioni empiriche e concettuali

In questo lavoro di approfondimento sul controtransfert (CT) ci si è soffermati sull'indagine dell'evoluzione storico-teorica di questo costrutto e, successivamente, di alcuni dei lavori di ricerca empirica svolti al riguardo.

Il dibattito concettuale attorno alla definizione di CT si è avvalso di prospettive diverse che nel corso degli anni hanno trasformato il modo di intendere la complessità delle risposte emotive del terapeuta. Il cambiamento più rilevante ha riguardato il ruolo del CT. Da una sua prima concettualizzazione come potenziale ostacolo alla terapia (Freud, 1910), si è passati ad una visione del CT come strumento utile ai fini terapeutici.

Attualmente, infatti, l'attenzione ai processi emotivi del clinico si configura come un mezzo efficace di comprensione del mondo interno del paziente e attribuisce importanza alla co-costruzione del clima relazionale da parte di paziente e terapeuta.

Dal momento che il CT risulta essere una componente intrinseca del trattamento, si configura come un "emerging common ground" (Gabbard, 1995), una parte costituente dell'esperienza professionale di psicoterapeuti appartenenti a qualsiasi scuola teorica (Betan et al., 2005; Gelso & Hayes, 2007).

Col tempo, si è infatti riconosciuta la rilevanza delle dinamiche relazionali all'interno della diade terapeutica. L'instaurarsi di una buona alleanza passa infatti attraverso reciprocità e sintonizzazione emotiva. Oggigiorno, per questo, è in aumento il numero di ricerche che integrano la letteratura clinica tenendo conto del CT come un fattore influente sui processi e i risultati della terapia (Cartwright et al., 2018).

Inoltre, è stato compiuto un ulteriore passo in avanti rispetto alla visione freudiana del CT e della sua gestione. Mentre Freud (1910) enfatizzava l'utilità dell'analisi personale per la risoluzione dei conflitti irrisolti nel terapeuta, oggi viene messa in luce l'importanza di un lavoro collaborativo di supervisione per esplorare le sue reazioni emotive.

Infatti, come è emerso dai lavori di ricerca presi in esame, attualmente si fa molto più affidamento alla supervisione come potenziale mezzo di supporto nella gestione delle reazioni di CT dei terapeuti.

Inoltre, gli studi riportati hanno preso in considerazione modelli multi-componenziali di CT, supportando l'idea che non lo si possa indagare senza scomporlo in sottodimensioni.

Il primo studio (Cartwright et al., 2021) ha tenuto conto del modello delle 5 componenti di Hayes (1995), che si è rivelato fornire a psicologi e supervisori un paradigma utile nella pratica clinica. Inoltre, è risultato funzionale per guidare i neopsicologi nella riflessione sulle emozioni controtransferali e rendere più efficace la terapia.

Il secondo studio (Dahl et al., 2023), poi, prendeva in considerazione le 4 componenti delle reazioni emotive di CT: la dimensione affettiva, cognitiva, somatica e comportamentale (Gelso & Kline, 2022) ma indagava esclusivamente la risposta affettiva dei terapeuti nei confronti dei pazienti. Quest'ultima è stata valutata tenendo conto delle tre subscale del Feeling Word Checklist (FWC-BV: Breivik et al., 2020) che descrivevano la tipologia di emozione provata: Inadeguato, Fiducioso e Idealizzato.

Il terzo studio (Bourquin et al., 2021), invece, pur tenendo conto dello stesso modello del secondo, non ha considerato la suddivisione in sottocomponenti del CT ma piuttosto il tipo e l'intensità delle reazioni emotive evocate: sopraffazione, disinvestimento\rifiuto, impegno, ansia, confusione, rabbia, stress, inadeguatezza.

Ogni studio, inoltre, pur nella propria specificità, sostiene e avvalora l'importanza della riflessione e dell'appropriata gestione del CT.

Nel primo (Cartwright et al., 2021), si evidenzia l'importanza della riflessione sul CT per i tirocinanti in supervisione o coinvolti in programmi formativi come utile strumento per la gestione dell'emotività. Shafranske e Falender (2008) sottolineavano però che, per farlo, siano necessari un buon livello di fiducia e una buona alleanza nella diade di supervisione.

Dal secondo studio (Dahl et al., 2023) è emerso che i disturbi di personalità più severi sono associati a risposte di CT negative che tendono a diminuire nel corso del tempo. Perciò, anche dalle conclusioni di quest'analisi, emerge l'importanza della supervisione per terapeuti che trattano pazienti con disturbi di personalità. Questo, li aiuterebbe a riflettere, risolvere le difficoltà e ridurre le risposte di CT controproducenti. Se i sentimenti di CT negativo vengono repressi e non gestiti bene, possono contribuire a produrre risposte comportamentali di CT inappropriate (Hayes et al. 2018). Per questo motivo, l'associazione con la consapevolezza delle reazioni di CT negative dei terapeuti, risulta un aspetto molto rilevante.

I risultati del terzo studio (Bourquin et al., 2021) sollevano interrogativi circa la corretta gestione e l'appropriato utilizzo del CT con pazienti con tendenze suicidarie. Anche in questo caso, è auspicabile l'implementazione delle abilità di controllo del CT tramite

training di orientamento psicodinamico, che riconoscono il valore dei percorsi di terapia e degli interventi di supervisione individuali. In alternativa, potrebbero essere sviluppati training specifici sul CT nei corsi di laurea e postlaurea, nei setting clinici e nei programmi di formazione sulla valutazione del rischio di suicidio.

3.2. Limiti e prospettive future auspicabili

Come aveva già constatato Fauth (2006) c'è un limite intrinseco nella ricerca sul CT che riguarda l'auto-valutazione delle proprie reazioni emotive da parte dei terapeuti. Tutti i clinici hanno delle macchie cieche nella propria auto-consapevolezza.

Nel primo studio (Cartwright et al., 2021), un'ulteriore limitazione riguarda il campione di ricerca e gli alti tassi di drop-out, soprattutto nel gruppo associato alla condizione di feedback a fine programma. Non è chiaro come un numero maggiore di griglie di monitoraggio del CT possa aver impatto sui risultati. Per continuare ad esplorare il campo indagato da questo studio, occorre un tipo di ricerca quantitativa che includa dati attinenti ai risultati della terapia sui pazienti e misure più oggettive di gestione del CT. In questo modo, si riuscirebbero ad identificare con maggiore chiarezza gli elementi essenziali per aiutare i tirocinanti a imparare a gestire le proprie reazioni controtransferali e, di conseguenza, a migliorare i risultati della terapia.

Anche nelle limitazioni del secondo studio (Dahl et al., 2023) sono implicati i possibili *bias* relativi al self-report da parte dei clinici delle proprie esperienze di CT. Il mancato riconoscimento dei sentimenti inconsci e il *bias* della desiderabilità sociale sono impliciti in questo tipo di valutazione. In tal caso, inoltre, le reazioni controtransferali riportate potrebbero risentire dell'aspettativa e della conoscenza da parte dei clinici delle caratteristiche diagnostiche tipiche dei diversi disturbi di personalità.

Un modo per superare una parte di queste problematiche in studi futuri è quello di usare, oltre alla modalità self-report anche video-sessioni o trascritti delle sessioni di terapia valutate da giudici indipendenti.

Inoltre, questo studio non è riuscito a fornire informazioni dettagliate sulle qualifiche dei professionisti, né ha permesso di analizzare le differenze individuali tra terapeuti. Un'indagine più dettagliata delle loro caratteristiche potrebbe fornire preziose informazioni circa la predisposizione dei clinici a sperimentare risposte specifiche di CT.

Sarebbe poi interessante, sulla scia del primo studio riportato (Cartwright et al., 2021), indagare il CT in altri ambiti del settore della salute pubblica e con i tirocinanti piuttosto che con terapeuti esperti, in cui le risposte di CT potrebbero essere più intense e diversificate.

Anche altri studi precedenti hanno poi riportato che sarebbe particolarmente importante in individui affetti da disturbi di personalità focalizzare l'attenzione sul tipo di clima di interazione diadica paziente-terapeuta (Dahl et al., 2012; Høglend et al., 2006). A tal proposito, potrebbe rivelarsi utile un focus particolare sull'alleanza, sulle risposte di CT nei terapeuti che trattano pazienti con disturbi di personalità e sugli effetti della supervisione durante il trattamento di questo tipo di pazienti.

Le limitazioni del terzo studio (Bourquin et al., 2021) hanno a che fare con aspetti più metodologici che riguardano i disegni, gli ambienti di ricerca e i metodi di misurazione del CT, che variavano molto a seconda degli studi presi in considerazione nell'analisi sistematica svolta, ostacolando una sintesi quantitativa dei risultati. Per di più, sono stati esclusi i disegni di ricerca non reperibili in inglese e, in terzo luogo, mancava uno strumento di valutazione adatto al campione di ricerca preso in considerazione.

In conclusione, quindi, si può affermare che sia importante sostenere e incentivare la ricerca nell'ambito del CT, includendo disegni di ricerca più oggettivi, più vasti e integrati, che tengano conto delle diverse prospettive concettuali del CT, delle sue sfaccettature e delle specificità individuali di pazienti e terapeuti. Essendo comprovata l'utilità della riflessione controtransferale ai fini terapeutici, risulta fondamentale comprendere a fondo il costrutto e le sue componenti per poterle esaminare, elaborare e consapevolizzare.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA.

Aron, L. (1996). *When minds meet*. (Tr. it. Menti che si incontrano. Raffello Cortina, Milano, 2003).

Stolorow R., Atwood G. (1992). *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. NJ: Analytic Press (Tr. it. I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica, Torino, Bollati Boringhieri, 1995).

Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., Apter, A., Rosenfield, P., & Galynker, I. (2018). Emotional responses to suicidal patients: Factor structure, construct, and predictive validity of the therapist response questionnaire-suicide form. *Frontiers in Psychiatry, 9*(104).

Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 890–898.

Beutler, L. E., & Crago, M. (Eds.). (1991). *Ricerca in psicoterapia: Una revisione internazionale di studi programmatici*. American Psychological Association.

Bion, W.R. (1962a). *Apprendere dall'esperienza*. (Tr. It. Armando, Roma 1972).

Bion, W.R. (1962b). The Psycho-analytic study of thinking, II: a theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis, 43*, 306-310.

Bonomi, C. (2006). Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea. In C. Bonomi (Ed.), *Sándor Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea* (p.123), Roma: Borla.

Bollas, C. (1983). Expressive uses of the countertransference: Notes to the patient from oneself. *Contemporary Psychoanalysis, 19*(1), 1–34.

Bourquin, C., Corbeil, S., Greenway, K.T., Michaud, L., Richard-Devantoy, S. (2021). Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. *Current Psychology*.

Breivik, R., Wilberg, T., Evensen, J., Røssberg, J. I., Dahl, H. S., & Pedersen, G. (2020). Countertransference feelings and personality disorders: A psychometric evaluation of a brief version of the Feeling Word Checklist (FWC-BV). *BMC Psychiatry, 20*(1), 1–12.

Brody, F., & Farber, B. (1996). The effects of therapist experience and diagnosis on countertransference. *Psychotherapy, 33*(3), 372–380.

Brown, L.J. (2012). Countertransference: An instrument of the analysis. In G.O. Gabbard, B.E. Litowitz, & P. Williams (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Buono, A., Czako, E., D'Alessandro, D., & Putti, S. (2020). Specchi rifrazioni inganni: esperienza di analisi con Aldo Carotenuto. In S. Putti (Eds.), *Prefazione* (pp. 7-8). Edizioni universitarie romane.

Carotenuto, A. (1994). *Riti e miti della seduzione*. Bompiani: Milano.

Carsky, M. (2021). Managing countertransference in the treatment of personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry, 49* (2), 339–360.

Cartwright, C., Barber, C., Cowie, S., & Thompson, N. (2018). A trans-theoretical training designed to promote understanding and management of countertransference for trainee therapists. *Psychotherapy Research, 28*(4), 517–531.

Cartwright, C., Hayes, J.A., Shires, A., Yang, Y. (2021). Thinking it through: toward a model of reflective practice for trainee psychologists' countertransference reactions. *Australian psychologist*.

Cartwright, C., Rhodes, P., King, R., & Shires, A. (2014). Experiences of countertransference: Reports of clinical psychology students. *Australian Psychologist, 49*(4), 232–240.

Cartwright, C., Rhodes, P., King, R., & Shires, A. (2015). A pilot study of a method for teaching clinical psychology trainees to conceptualise and manage countertransference. *Australian Psychologist, 50*(2), 148–156.

Cleaver, K. (2014). Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review. *International Emergency Nursing, 22*(1), 52–61.

Colli, A., Gagliardini, G., & Gullo, S. (2022). Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions. *Psychotherapy Research, 32*(1), 32–45.

Colli, A., & Prestano, C. (2006). La ricerca empirica sul controtransfert: Modelli e strumenti. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina.

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *171*(1), 102–108.

Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C. A., et al. (1986). An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry*, *37*(9), 923–928.

Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *22*(5), 349–356.

Dahl, H. S., Rossberg, J. I., Bogwald, K. P., Gabbard, G. O., & Hoglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, *22*(1), 12–25.

Dahl, H.S.J, Kvarstein, E.H., Ovstebo, R.B., Rossberg, J.I., Willberg T. (2023). Countertransference in the treatment of patients with personality disorders: A longitudinal study. *Psychotherapy research*.

Dam, A., Rijckmans, M., & Bosch, L. (2021). Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29* (2), 76–686.

Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual*. National Computer System.

Dressler, D. M., Prusoff, B., Mark, H., & Shapiro, D. (1975). Clinician attitudes toward the suicide attempter. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *160*(2–1), 146–155.

Ehrenwald J. (1976). *The History of Psychotherapy: From Healing Magic to Encounter*. New York: Jason Aronson.

Farrell, S., Fortune, S., Hawton, K., & Saunders, K.E. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *139*(3), 205–216.

- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy, 43*(1), 16–31.
- Ferenczi, S. (1919). Tecnica Psicoanalitica. In *Opere 1913-1919*. Vol. 2.
- Freud S. (1982-95). Studi sull'isteria. In *Opere*, vol.4. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1910). Prospettive future della terapia psicoanalitica. In C. L. Musatti (Ed.), *Freud Opere complete*. Bollati Boringhieri.
- Freud S., (1911-12). Tecnica della psicoanalisi. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In *Opere* (Vol. 6, p. 533), Torino: Bollati Boringhieri.
- Fiedler, F. E. (1951). A method of objective quantification of certain countertransference attitudes. *Journal of Clinical Psychology, 7*, 101–107.
- Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M., & Ware, J. H. (2012). *Applied longitudinal analysis* (Vol. 998). John Wiley & Sons.
- First, M. B. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis, 76*, 475-485.
- Gabbard, G. O. (2018). Introduzione alla psicoterapia psicodinamica (Tr. it. M. L. Madeddu, 2018). Raffaello Cortina.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of countertransference with borderline patients*. Jason Aronson.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-243.
- Gelso, C.J., & Carter, J. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296 – 306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.

Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (2002). La gestione del controtransfert. In J.C. Norcross (Ed.), *Relazioni psicoterapeutiche che funzionano: contributi del terapeuta e reattività ai pazienti* (pp. 267–283). La stampa dell'università di Oxford.

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum

Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2022). Some directions for research and theory on countertransference. *Psychotherapy Research*, 32 (1), 46–51.

Genova, F., & Gazzillo, F. (2018). Personality organization, personality styles, and the emotional reactions of treating clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(3), 357–392.

Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(4), 521–535.

Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45(4), 468–482.

Hayes, J. A., Nelson, D. L., & Fauth, J. (2015). Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy. *Psychotherapy*, 52(1), 127–133.

Hayes, J.A., Gelso, C.J. (1993). Counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (1), 86–93.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55 (4), 496–507.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports*, 69, 139–148.

Hawes, M., Yaseen, Z., Briggs, J., & Galynker, I. (2017). The modular assessment of risk for imminent suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 88–96.

Heimann P. (1950), On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 100.

Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K., Sørbye, Ø, Sjaastad, M., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739–1746.

John, A., Rapport, F., Rees, N., Snooks, H., & Thomas, G. (2014). Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 449–456.

Jung, C.G. (1914). “Questioni attuali di psicoterapia. Carteggio Jung-Loy”, in *Opere* (vol. IV), Torino: Boringhieri.

Kernberg, O. F. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-85.

Klein M. (1935). *Contribution to Psychoanalysis 1921-1945*, The Hogarth Press, London, (Tr. it. Note su alcuni meccanismi schizoidi, cap. 19 in *Scritti 1921-1958*).

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.

Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053–1063.

Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: An integrative literature review. *BMC Medical Education*, 17(1), 255.

Langs, R. (1974). *2: Responses to Interventions. The Patient-Therapist Relationship. The Phases of Psychotherapy*. Jason Aronson.

McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 325–335.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. Con una nota sui contributi italiani. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (cap. 2, pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina.

Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy, 43*(2), 173–185.

Nissen-Lie, H. A., Dahl, H.-S. J., & Høglend, P. A. (2022). Patient factors predict therapists' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 32*(1), 3–15.

Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis, 60*, 356-373.

Ogden, T. H. (1982). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica* (Tr. it.). Astrolabio.

Ogden, T. H. (1992). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis, II: The contributions of Klein and Winnicott. *International Journal of Psychoanalysis, 73*, 613-626.

Ogden, T. H. (2007). On talking-as-dreaming. *International Journal of Psychoanalysis, 88*, 575-589.

Pedersen, G., Wilberg, T., Hummelen, B., & Kvarstein, E. H. (2022). The Norwegian network for personality disorders. Development, contributions and challenges through 30 years. *Nordic Journal of Psychiatry*.

Perry, J. C., Bond, M., & Presniak, M. D. (2013). Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 23*(5), 592–605.

Renik, O. (1993). Enactment del controtransfert e processo psicoanalitico. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg e E.M. Weinshel (Eds.), *Struttura psichica e cambiamento psichico: saggi in onore di Robert S. Wallerstein* (pp. 135–158). Stampa universitaria internazionale, Inc.

Rosenfeld, H.A. (1952). Notes on the psycho-analysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient. *International Journal of Psychoanalysis, 31*, 111-131.

Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services, 54*(10), 1388–1394.

Rossberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, *57*(1), 45–53.

Scharff, J.S. (1992). *Projective and Introjective Identification and the use of the Therapist's Self*. Northvale: Jason Aronson.

Shafranske, E., & Falender, C. (2008). Supervision addressing personal factors and countertransference. In C. Falender & E. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (pp. 97–120). American Psychological Association.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., & Janavs, J. (1994). *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. University of South Florida. Institute for Research in Psychiatry.

Singer, J. D., Willett, J. B., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. Oxford university press.

Soulié, T., Bell, E., Jenkin, G., Sim, D., & Collings, S. (2018). Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of Suicide Research*, *24*, 1–47.

Spotnitz, H. M. (1969). *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient: Theory of the Technique*. New York: Grune & Stratton.

Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F., & Lingiardi, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the therapist response questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *7*(2), 147–158.

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(2), 104–110.

Van den Bosch, L. M. C., Rijckmans, M. J. N., Decoene, S., & Chapman, A. L. (2018). Treatment of antisocial personality disorder: Development of a practice focused framework. *International Journal of Law and Psychiatry*, *58*, 72–78.

Waern, M., Kaiser, N., & Renberg, E. S. (2016). Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 440.

Weiss J. (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford (trad. it.: *Come funziona la psicoterapia*. Presentazione di Paolo Migone e Giovanni Liotti. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).

Winnicott D.W. (1949). *Hate in the Counter-transference. Through Paediatrics to PsychoAnalysis*. London: Hogarth.

Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in pre-practicum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology, 44(4)*, 390–399.

Yaseen, Z. S., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K. M., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynger, I. I. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients: A comparative study. *BMC Psychiatry, 13*, 230.

Yaseen, Z. S., Galynger, I. I., Cohen, L. J., & Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry, 76*, 69–78.

Yeh, Y., & Hayes, J. A. (2011). How does disclosing countertransference affect perceptions of the therapist and the session? *Psychotherapy, 48(4)*, 322–329.

Yulis, S., & Kieser, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32(4)*, 413–419.