



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

**Il Controtransfert: Tesi, Antitesi e Sintesi
Attraverso il Modello a 5 Fattori per uno
studio empirico e in prospettiva olistica**

**Countertransference: Thesis, Antithesis and Synthesis
Utilizing the 5-Factor Model for empirical research
and towards a holistic conceptualization**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: Pamela Basso
Matricola: 2011478

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

1. LA CENERENTOLA DELL'INDAGINE PSICOANALITICA, IL CONTROTRANSFERT	5
1.1 All'alba del concetto di Controtransfert	6
1.2 L'abbandono della visione classico-ristretta	7
1.3 Verso una definizione integrativa	10
1.4 La ricerca empirica sul controtransfert	11
1.4.1 <i>Lo studio del controtransfert in laboratorio</i>	11
1.5 Strumenti di valutazione del controtransfert	13
1.6 La psicoanalisi incontra le neuroscienze	13
1.7 L'attualità della ricerca	15
2. ARTICOLI DI RICERCA EMPIRICA E RECENTE SUL CONTROTRANSFERT	17
2.1 <i>Origins and Triggers: "Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance"</i>	17
2.2 <i>Triggers, Manifestations and Management: "Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions"</i>	20
2.3 <i>Affective and visceral Manifestations: "Therapist reactions to patient personality: A pilot study of clinicians' emotional and neural responses using three clinical vignettes from in treatment series"</i>	22
2.4 <i>Manifestations and Management: "Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process"</i>	25
2.5 <i>Effects: "Therapist attitudes and countertransference as predictors of professional quality of life and burnout among psychotherapists"</i>	28

3. CONCLUSIONI, PROSPETTIVE E APERTURE	31
3.1 Tesi, Antitesi e Sintesi: il dibattito concettuale	31
3.2 La ricerca empirica	32
3.3 Il futuro nell'integrazione	33
BIBLIOGRAFIA	35
SITOGRAFIA	41

1. La Cenerentola dell'indagine psicoanalitica, il Controtransfert

“Ritengo che tra i prerequisiti mentali dello psichiatra ci debba essere anche la coscienza che il proprio lavoro è un lavoro nel quale –comunque, sia che voglia sia che non voglia– egli mette in ballo sé stesso. [...] Un essere umano, entrando in contatto con un altro essere umano può modificarlo ed esserne modificato in qualche misura.”

(Semi, 1985, pp. 13-14)

Quando due soggettività distinte interagiscono in modo significativo (Gabbard, 2018), instaurando cioè una relazione, costruiscono un *campo intersoggettivo* di mutua influenza (Stolorow & Atwood, 1996). Questo viene amplificato nella e dalla situazione terapeutica, in cui l'organizzazione dei setting interno ed esterno permette che la relazione che si costruisce all'interno della stanza di terapia sia considerevolmente diversa rispetto alle altre relazioni “esterne” (Freud, 1913; Semi, 2011).

La relazione paziente-terapeuta, è una *conditio sine qua non* per la terapia. Secondo Orange *et al.* (1999) è deleterio ridurre il lavoro terapeutico alla mera applicazione di una tecnica. Anzi, la tecnica esiste solo all'interno del campo intersoggettivo, poiché si delinea come lo strumento che consente allo psichiatra di avere conoscenza consapevole delle modificazioni che si producono nel setting e di utilizzarle come fonte di fattore terapeutico (Semi, 1985). Come allerta Semi, lo psicoterapeuta viene inevitabilmente influenzato dal paziente, e il pericolo più grave in cui incorre questo professionista è la desensibilizzazione, nella quale cade nel tentativo di nascondere a sé stesso il potere dell'influenza del paziente (Semi, 1985).

Se c'è un punto di sicuro accordo tra gli studiosi psicodinamici, riguarda la consapevolezza che deve permeare ogni intervento terapeutico: ogni azione, ogni parola, ogni silenzio dev'essere preparato e giustificato. Questo richiede che vi sia la piena consapevolezza delle motivazioni che muovono gli interventi (Semi, 1985). In questo senso, i sentimenti del terapeuta non possono essere ignorati. Eppure, il versante terapeuta-paziente è, nel tempo, rimasto incolto, tanto da fargli valere la nomina della “Cenerentola dell'indagine psicoanalitica” (Racker, 1968a, p. 2). Racker si stava riferendo a ciò che Freud aveva presentato come “Controtransfert” al Congresso di Norimberga nel 1910. Sebbene segua il transfert di nemmeno vent'anni, la letteratura a riguardo è ad oggi ancora ad uno stadio embrionale. Questo può essere dovuto alle difficoltà di definire il costrutto e di individuare la metodologia empirica adatta a studiare un concetto così complesso, il tutto accompagnato da un'aura di tabù attorno ai sentimenti del terapeuta (Eagle, 2015).

La riflessione e la considerazione teorica della relazione terapeutica, tramite i termini di “Transfert” e “Controtransfert” hanno da sempre distinto la psicologia dinamica dagli altri approcci (Migone, 2019). Il transfert già con Freud aveva visto la propria metamorfosi da

resistenza a fattore fondamentale per la terapia (Rocco & Montorsi, 2010). Come fa notare Eagle (2015), è più facile accettare che il transfert debba essere al centro del lavoro terapeutico, dato che si tratta di una resistenza del paziente da comprendere e interpretare, invece mettere al centro del lavoro emozioni e pensieri del clinico è già più difficile da tollerare e sostenere. La ricerca più recente sta tentando di vagliare quale possa essere il ruolo della controtraslazione. La conoscenza del controtransfert è legata al futuro della psicoanalisi (Etchegoyen, 1990).

1.1 All'alba del concetto di Controtransfert

“Abbiamo acquisito la consapevolezza della “controtraslazione” che insorge nel medico per l’influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla. Da quando è aumentato il numero delle persone che esercitano la psicoanalisi e si comunicano reciprocamente le proprie esperienze, abbiamo notato che ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne e pretendiamo quindi che egli inizi la sua attività con un’autoanalisi e la approfondisca continuamente mentre compie le sue esperienze sui malati.”

(Freud, 1910, p. 2590)

In questo passo del discorso di Freud al congresso su *Le prospettive future della teoria psicoanalitica* si è invitati a notare alcuni elementi:

- L’importanza del riconoscimento del controtransfert al fine di padroneggiarlo;
- I complessi e le resistenze dell’analista impongono un limite al suo lavoro;
- Ogni analista deve compiere una continua autoanalisi.

In *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, Freud arriva a raccomandare l’analisi presso un altro analista, ritenendo insufficiente l’autoanalisi (Freud, 1912). Infatti, come approfondisce in *Analisi Terminabile e Interminabile* (1937), passare lungo tempo a contatto con il rimosso e il transfert dei pazienti può risvegliare nell’analista richieste pulsionali e conflitti che altrimenti sarebbero rimasti silenti. Solo le regole dello specchio opaco e della freddezza chirurgica, possono garantire –per Freud– la condizione psicologica adatta all’esercizio dell’attenzione fluttuante (Freud, 1912). Alcuni psicoanalisti hanno interpretato la *regola dell’attenzione fluttuante* includendovi anche i sentimenti dell’analista, originando la visione “totalistica” del controtransfert (Colli & Prestano, 2006). Ponendo attenzione a tutto ciò che accade nell’inconscio dell’analista, si sostiene che il controtransfert abbia un’utilità clinica¹. Invece, per il padre della psicoanalisi, il controtransfert porta con sé dei rischi eccessivi per l’impianto psicoanalitico: impedisce una visione oggettiva del paziente e induce alla soddisfazione dei bisogni del terapeuta. Rimane un ostacolo da riconoscere e evitare. Questa è

¹ IPA Inter-Regional Encyclopaedic Dictionary. (s.d.). da https://www.ipa.world/ipa/En1/en/Encyclopedic_Dictionary/English/Home.aspx

la definizione “classica” di controtransfert e rimarrà la prevalente fino agli anni Cinquanta (Colli & Prestano, 2006; Hayes, 2004).

Nonostante Freud ammetta l’esistenza di un’influenza reciproca tra terapeuta e paziente, il controtransfert come processo inter-psichico, all’interno di una visione bipersonale, viene introdotto da Ferenczi in *Tecnica Psicoanalitica* (1919). Secondo il medico ungherese, a forti emozioni transferali, corrispondono parallele modificazioni nel controtransfert dell’analista. Quindi, per poter lavorare sul transfert come Freud aveva indicato, è necessario considerare il proprio controtransfert e padroneggiarlo. Nell’ultima parte del saggio menzionato, approfondisce *La padronanza del controtransfert*, descrivendone tre fasi: 1) assenza di consapevolezza della controtraslazione, 2) resistenza al controtransfert, 3) superamento degli stadi antecedenti attraverso la padronanza del controtransfert (Ferenczi, 1919). Per giungere al terzo stadio è necessario che il terapeuta sia analizzato e si auto-osservi (Rocco & Montorsi, 2010).

In *Elasticità della tecnica* (1928), Ferenczi condensa l’atteggiamento del terapeuta come oscillante tra “sentire con”, “auto osservazione”, e “attività di giudizio”. Queste tre attività richiedono che siano operosi contemporaneamente e consapevolmente sia il sentire che il pensare (Bolognini, 2002; Rocco & Montorsi, 2010). Al contrario di quanto affermava Freud, limitandosi alla conoscenza teorica non è permesso conoscere quel che accade nel *hic et nunc* della situazione analitica (Eagle, 2015). Ferenczi, stava in questo modo anticipando ciò che Heimann e Racker affermeranno ben diversi decenni dopo.

A causa delle sue ultime sperimentazioni, il suo lavoro è rimasto ignorato, innalzando un’aura di tabù attorno al tema dei sentimenti dell’analista (Rocco & Montorsi, 2010).

Ad anticipare Racker in quegli anni è anche Helene Deutsch (1926), che distingue tra controtransfert come identificazione con il sé del paziente e quello che sarà noto come “posizione complementare”. In quest’ultimo, l’analista si identifica con gli oggetti proiettati dal paziente, allineandosi alle fantasie transferali del paziente e rinunciando alla propria personalità (Deutsch, 1926). Questa rinuncia è considerata estremamente complessa e pericolosa (Panken, 1981), tanto per il terapeuta quanto per il paziente (Semi, 1985).

1.2 L’abbandono della visione classico-ristretta

In seguito alla coniazione dell’identificazione proiettiva da parte di Melanie Klein (1946), a partire dagli anni Cinquanta, il tema del controtransfert viene ripreso.

La rivoluzione inizia con le affermazioni di Paula Heimann durante il sedicesimo congresso internazionale di psicoanalisi, tenutosi a Zurigo nel 1949. Asserisce infatti che se l’analista si limita all’analisi del testo del paziente e del transfert, ignorando i propri sentimenti a riguardo,

finisce per produrre delle interpretazioni “povere” (Heimann, 1950, p. 82). Tutto questo si basa su un *postulato fondamentale*: “l’inconscio dell’analista comprende quello del paziente” (Heimann, 1950, p. 82). Grazie al rapporto profondo instaurato tra paziente e analista durante l’analisi, la percezione che l’analista ha a livello inconscio (ovvero controtransferale) dell’inconscio del paziente è ritenuta molto più precisa della percezione che ne ha a livello cosciente (Heimann, 1950). L’analista, secondo la Heimann, può fidarsi delle proprie emozioni poiché ha elaborato i propri conflitti grazie all’analisi personale e ha appreso a distinguere ciò che è tipicamente proprio da ciò che non gli appartiene; essendo analizzato e non personalmente coinvolto nella vita del paziente, non è limitato dalle difese che invece oscurano l’insight del paziente; infine “la sensibilità emotiva dell’analista dev’essere estensiva più che intensiva” (Heimann, 1950, p. 82) consentendogli di non commettere agiti e mantenere un atteggiamento di osservazione e riflessione.

Grazie al varco aperto da Heimann, Racker (1968) espande quanto affermato da Deutsch, differenziando tra controtransfert concordante e controtransfert complementare. Il primo può essere definito come il processo attraverso il quale il terapeuta identifica ogni istanza della propria personalità con le corrispondenti *parti della personalità* del paziente; il secondo si basa su identificazioni complementari causate dall’identificazione proiettiva, ovvero il terapeuta è portato a identificarsi con gli *oggetti interni* del paziente proiettati su di lui (Gabbard, 2018; Racker, 1968b). I due si rapportano come fossero dei vasi comunicanti: quando l’analista respinge le identificazioni concordanti, quelle complementari proporzionalmente si amplificano (Racker, 1970). Per quanto possa apparire scomodo e difficilmente tollerabile, se si vuole comprendere profondamente il paziente, il controtransfert complementare non può e non deve mai essere evitato (Gabbard, 2018). La sua assenza durante la terapia, alla stregua di quello che Ferenczi aveva segnalato per il transfert negativo, comunica l’evitamento di materiale importante durante l’analisi (Ferenczi, 1926; Rocco & Montorsi, 2010).

Addirittura, Winnicott sottolinea che l’odio dell’analista è inevitabile e necessario: è importante che il terapeuta sia preparato alla possibilità di provare odio verso il paziente per poter accettare questo sentimento. L’odio “dev’essere evidenziato e conservato, messo a disposizione per un’eventuale interpretazione” (Winnicott, 1947, p. 236). Winnicott, come Heimann e Racker, si appoggia alla definizione totalistica di controtransfert, ovvero include nel controtransfert tutte le reazioni dell’analista di fronte al paziente. L’autore propone una distinzione tra reazioni controtransferali oggettive e soggettive. Con “oggettivo” s’indicano i sentimenti dell’analista reattivi al comportamento e al mondo interno oggettivo del paziente: è una reazione che anche altre persone tendono ad avere di fronte al paziente; va riconosciuta e utilizzata a fini interpretativi (Winnicott, 1947). Mentre il sottotipo oggettivo è causato dalle caratteristiche del

paziente, il sottotipo soggettivo è causato dalle caratteristiche dell'analista (Colli & Prestano, 2006). Sotto la nomina di controtransfert soggettivo ricadono infatti tutte le risposte emotive sottoposte a rimozione e rifiutate dall'analista. Costituiscono modificazioni potenzialmente dannose se non raggiungono il livello della consapevolezza (Spotnitz, 1969). L'individuazione empirica di uno o dell'altro viene facilitata dalla definizione di controtransfert come "deviazione dalla norma" (Kiesler, 2001), dove la *norma* corrisponde ai comportamenti abituali del terapeuta dentro e fuori la seduta, stabiliti tramite osservazioni del terapeuta stesso e dei supervisori (Colli & Prestano, 2006). Oltre alla distinzione proposta da Winnicott, se ne susseguono delle altre. Ad esempio, Money-Kyrle (1956) concepisce un controtransfert normale e uno patologico, Reich pone l'attenzione sulle tipologie cronica e acuta (Reich, 1951; Colli & Prestano, 2006). Quest'ultima particolare differenziazione, tra il controtransfert che cronicamente richiama i conflitti irrisolti del terapeuta e quello che invece si acutizza in presenza dello specifico paziente, è stata ripresa e raccomandata da Gelso e Kline in un recente articolo finalizzato a fornire indicazioni per la futura ricerca sul costrutto in questione, sulla base degli ultimi sviluppi (Gelso & Kline, 2022).

Come si può notare, dalla Heimann in poi, sulla base del *postulato fondamentale*, assunto come veritiero in virtù della sua stessa natura, la discussione sulla definizione concettuale di controtransfert è stata piuttosto accesa e prolifera.

Le spiegazioni di Heimann –sopra esposte– al *postulato fondamentale* si dimostrano in un primo momento ragionevoli e producono il capovolgimento necessario per dare avvio alla ricerca sul controtransfert. Tuttavia, se osservate con una lente attuale, dimostrano un carattere piuttosto autoreferenziale. Come evidenzia Eagle (2015), non è fornita alcuna prova empirica rispetto al fatto che le sensazioni suscitate nell'analista abbiano effettivamente a che fare con il paziente e tantomeno rispetto al fatto che i pensieri e i sentimenti che emergono nell'analista siano esattamente quelli depositati nell'inconscio rimosso del paziente (Racker, 1968b). Sandler, ad esempio, ha sottolineato il pericolo insito nell'assumere tale corrispondenza (Gabbard, 1995), e ha suggerito che la risposta controtransferale dell'analista può essere utile se considerata una *formazione di compromesso* tra le proprie disposizioni –inconsiamente notate dal paziente– e l'accettazione del ruolo impostogli dal paziente tramite l'identificazione proiettiva (Sandler, 1976). Secondo l'autore, è possibile risalire al conflitto transferale tramite la consapevolezza delle proprie *risposte di ruolo*. La misura in cui viene assunto questo ruolo però dipende dalla misura in cui il mondo interno e le rappresentazioni del terapeuta hanno la possibilità di adattarsi ed essere evocati dal transfert del paziente (Gabbard, 1995). Nelle teorie di Heimann e Racker erano escluse le differenze individuali nelle personalità (conflitti inclusi) tra i diversi terapeuti, come se l'analisi didattica e una visione totalistica del controtransfert potessero annullarle

(Eagle, 2015). Hayes (2004) osserva che la letteratura basata su questa definizione si concentra sulla convinzione che il controtransfert rifletta il mondo interno del paziente, distogliendo il focus attentivo dai problemi dell'analista e il loro padroneggiamento, come a volerlo sgravare da questo peso (Hayes, 2004).

La visione totalistica, tra l'altro, è estremamente difficile da indagare empiricamente, dato che è impossibile sottoporre alla lente del ricercatore tutte le reazioni del terapeuta. D'altra parte, quella restrittiva-classica, ormai abbandonata, si limita ad imputare episodi irrisolti nella vita del terapeuta (Colli & Prestano, 2006).

Mancano così le prove empiriche sul modo preciso in cui la risposta controtransferale possa essere uno strumento terapeutico e non portare a fraintendimenti (Eagle, 2015).

1.3 Verso una definizione integrativa

Secondo Bollas (1983), per studiare il controtransfert diventa necessario conoscere i modelli operativi interni e i sistemi motivazionali sia del paziente che dell'analista, dal momento che entrambi contribuiscono al fenomeno (Colli & Prestano, 2006).

Negli anni, si amplia il consenso relativo al fatto che l'identificazione proiettiva, basata sulla pressione esercitata dal paziente, abbia "effetto" se trova nel terapeuta delle rappresentazioni represses a cui agganciarsi (Gabbard, 1995). In tal modo si stanno riprendendo alcune affermazioni freudiane in *Analisi Terminabile e Interminabile* (1937).

Comincia ad emergere un substrato comune tra analisti classici, kleiniani, teorici relazionali, costruttivisti e social-costruttivisti: l'idea che il controtransfert sia una creazione congiunta e che sia inevitabile (Gabbard, 1995). Affiora anche più chiaramente la convinzione che il controtransfert possa essere uno strumento utile nella misura in cui il terapeuta non vi reagisce impulsivamente, ma tenta di elaborare interpretativamente il significato delle emozioni elicitate in lui dal paziente (Gabbard, 1995; Hayes, 2004). La reazione emotiva nei confronti del paziente sta diventando uno strumento transteorico, ma questo richiede una definizione condivisa fra i ricercatori.

Dall'insoddisfazione per la definizione totalistica e ristretta, nasce la concezione integrativa (Gelso & Hayes, 1998). Secondo quest'ultima, il controtransfert è la risposta idiosincratca – conscia o inconscia – del terapeuta verso il paziente, evocata dal transfert, dalle caratteristiche del paziente o dalla situazione terapeutica, basata principalmente sui conflitti personali del terapeuta (Fauth, 2006).

Con questa definizione, che rende necessario identificare l'origine interna e il *trigger* esterno della reazione emotiva, la responsabilità del terapeuta rispetto ai propri conflitti viene definitivamente chiamata in causa (Hayes, 2004) e perde significato la distinzione tra

controtransfert oggettivo e soggettivo. Il controtransfert non viene limitato all'essere semplicemente una reazione al transfert; in più, non si identifica il fenomeno in sé con le sue conseguenze (Colli & Prestano, 2006), permettendo la distinzione tra antecedente, fenomeno e conseguente.

Questa infatti è la definizione su cui si è basata la maggior parte della ricerca (Rosenberger & Hayes, 2002).

1.4 La ricerca empirica sul controtransfert

La psicoanalisi ha sempre nutrito scetticismo nei confronti della ricerca empirica per varie motivazioni (Colli & Prestano, 2006). Se la discussione sulla definizione concettuale di controtransfert nel Novecento è stata copiosa, la ricerca empirica a riguardo è stata scarsa (Hayes, 2004). Il controtransfert è molto difficile da valutare non solo per l'assenza di accordo tra i teorici sulla definizione, ma anche perché riguarda processi che sono co-costruiti e non direttamente osservabili (Colli & Prestano, 2006; Hayes, 2004).

Sebbene la considerazione del controtransfert come aspetto emotivo/relazionale influente sul decorso della terapia sia andata crescendo, molte ricerche continuano a rimarcare solo gli effetti negativi (Colli & Prestano, 2006).

1.4.1 Lo studio del controtransfert in laboratorio

Per lo studio in laboratorio, inizialmente, il controtransfert è stato operazionalizzato prevalentemente come "percezione distorta" e come "comportamento di evitamento" del terapeuta (Colli & Prestano, 2006).

Per lo studio empirico del controtransfert come *percezione distorta* del terapeuta (Cutler, 1958; Fiedler, 1951; McClure & Hodge, 1987), che suppone che il coinvolgimento del clinico influenzi la sua percezione reale della situazione, si è cercato di porre a confronto la percezione che il terapeuta aveva di sé e del paziente, per poi confrontarla con le rispettive percezioni del paziente (Colli & Prestano, 2006).

Il *Comportamento di evitamento*, inteso come comportamento di rifiuto del materiale riportato dal paziente perché connesso ai conflitti irrisolti del terapeuta, viene inizialmente studiato tramite la presentazione di audioregistrazioni di sedute simulate da un interprete. Dopo averle fatte ascoltare al soggetto, gli si chiedeva di scegliere tra due alternative di risposta, una delle quali rappresentava il ritiro (Yulis & Kieser, 1968). Nel corso del tempo, la videoregistrazione ha sostituito l'audioregistrazione e si è deciso di abbandonare la modalità di risposta dicotomica in favore di una risposta libera (Colli & Prestano, 2006).

Rosenberger e Hayes (2002) rimarcano l'impossibilità di generalizzare i risultati di queste ricerche. Inoltre, operazionalizzando il costrutto in modi diversi, se ne indagano aspetti diversi, senza la garanzia di star studiando effettivamente la stessa cosa. Ciò, per di più, ostacola una visione unitaria dei risultati ottenuti.

A seguito della definizione integrativa, Hayes (1995) propone un modello del controtransfert a 5 componenti, rappresentanti i costituenti base dello stesso.

Numerose ricerche si sono focalizzate sullo studio delle *origini* e dei *triggers* individuando caratteristiche rispettivamente del terapeuta e del paziente che potessero fungere da cause del controtransfert (Colli & Prestano, 2006). In tale sede, meritano particolare

attenzione gli studi che hanno indagato la relazione tra controtransfert e qualità dell'alleanza terapeutica², stile di attaccamento del clinico³, sensibilità del terapeuta⁴. Secondo Semi (1985) quanto più ampio è il bagaglio esperienziale del terapeuta, tanto maggiore sarà la sua capacità di comprensione e sensibilità verso i conflitti dell'altro. Colli e Prestano (2006) sulla base di questi riscontri, suggeriscono un quesito di ricerca che favorisce un atteggiamento diverso rispetto ai conflitti del clinico, volto cioè a scovare in quale modo i conflitti personali del terapeuta possano facilitarne l'operato.

Nota l'influenza esercitata dal controtransfert sul processo e sull'outcome della terapia, si è cercato di individuare le qualità del terapeuta che supportano la gestione del controtransfert, giungendo a *empatia*, *self-insight*, *integrità del sé*, *gestione dell'ansia*, *abilità concettuale* (Hayes et al., 1991). Sulla base di questi 5 fattori è stato costruito il *Counter-transference Factors Inventory*, una delle prime scale di valutazione per il controtransfert (Van Wagoner et al., 1991).

MODELLO DEL CONTROTRANSFERT A 5 FATTORI:

1. **ORIGINI/origins:** aree conflittuali irrisolte del terapeuta.
2. **FATTORI SCATENANTI/triggers:** ciò che accade in terapia e stimola i conflitti irrisolti del terapeuta provocando la reazione controtransferale. Assieme alle *origini*, coincide con le cause del controtransfert.
3. **MANIFESTAZIONI/manifestations:** cognitive, affettive, comportamentali, viscerali.
4. **EFFETTI/effects** su processo e su outcome della terapia.
5. **GESTIONE/management:** le strategie di coping attuate dal terapeuta.

Hayes (2004).

² Cfr. Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3–11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>

³ Cfr. Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(4), 793.

⁴ Cfr. 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, 468–482. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.4.468>

1.5 Strumenti di valutazione del controtransfert

La costruzione di strumenti per la valutazione del controtransfert ha fortemente risentito della complessità circa la definizione del costrutto, oltre che delle problematiche metodologiche. Il punto più critico riguarda la scelta del vertice di osservazione: il terapeuta, un osservatore esterno o un supervisore? Rivolgendosi a uno o ad un altro, si riescono a captare aspetti differenti. La scelta del vertice di osservazione dipende quindi strettamente da qual è l'aspetto che si vuole indagare (Colli & Prestano, 2006).

In questo contesto, è doveroso citare il *Countertransference Questionnaire* (CTQ; Betan et al., 2005) poiché ha permesso di evidenziare specifiche corrispondenze tra la tipologia di controtransfert del clinico e il disturbo di personalità del paziente. Tuttavia, trattandosi di uno strumento self-report, si limita a cogliere le emozioni di cui il terapeuta è consapevole (Eagle, 2015). Comunque, in seguito a tale scoperta, numerosi studi hanno cercato di approfondire questa corrispondenza, tanto da arrivare a inserire nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) indicazioni specifiche rispetto al controtransfert atteso nel clinico di fronte a specifici disturbi di personalità. Prima della pubblicazione della seconda edizione del PDM, è stato svolto uno studio empirico per confermare o negare le indicazioni del manuale (Gazzillo et al., 2015). Sembra che, generalmente, si sia confermato l'uso della reazione emotiva del clinico in funzione della comprensione interpretativa (Gabbard, 2018; Gazzillo et al., 2015), ma persiste la questione posta da Eagle: in che grado le reazioni emotive dell'analista nei confronti del paziente sono una guida affidabile?

1.6 La psicoanalisi incontra le neuroscienze

Negli ultimi anni sta crescendo l'interesse per l'integrazione tra psicoanalisi e neuroscienze (Palmieri et al., 2018).

Secondo la *Teoria della Regolazione Affettiva* (Schore, 1994), quello che –comunemente e generalizzando– viene chiamato “cervello destro” è dominante nello sviluppo precoce dell'attaccamento, quindi nella patogenesi e nel trattamento psicoterapeutico dei disturbi della regolazione. Le neuropsicodinamiche di quest'area sono ritenute le determinanti della relazione transfert-controtransfert in terapia (Hill, 2017).

Le recenti ricerche sul connettoma illustrano l'impatto delle esperienze ambientali nei primi 1000 giorni di vita sullo sviluppo della personalità (Panisi et al., 2021). Secondo la teoria di Schore, in questi primi mille giorni si sviluppa l'attaccamento e con esso il sistema di regolazione affettivo primario (Hill, 2017). Al suo sviluppo, segue quello del sistema di regolazione affettivo secondario, che corrisponde alla mentalizzazione (Fonagy et al., 2002). Il funzionamento del

secondo dipende dal livello di funzionamento del primo: se c'è regolazione, c'è integrazione, altrimenti si è in uno stato del sé dissociato (Hill, 2017).

Nel lavoro del terapeuta, il funzionamento riflessivo e la mentalizzazione sono fondamentali poiché anziché controagire il proprio controtransfert, deve prima contenere gli affetti, tollerarli e quindi regolarli per compiere un'elaborazione utile ai fini interpretativi (Gabbard, 2018).

Per il paziente, buona parte del lavoro si svolge sul sistema di regolazione affettiva primaria. In accordo con le teorie di Alexander e Weiss (Alexander & French, 1946; Weiss, 1993), Hill (2017) sostiene che per giungere a cambiamenti “di secondo ordine” (ossia consapevoli) efficaci sia necessario produrre cambiamenti tramite delle esperienze emotive che possano fungere da fattore correttivo al sistema primario di regolazione affettiva, i cosiddetti cambiamenti “di primo ordine” (Hill, 2017). Nella produzione di un'esperienza emotiva correttiva, come insegna la *Control Mastery Theory*, la consapevolezza, l'elaborazione e l'utilizzo delle reazioni emotive del terapeuta sono essenziali (Weiss, 1993).

Eagle (2015) evidenzia, citando diversi studi, che gli atteggiamenti, i comportamenti e le reazioni emotive dei terapeuti nei confronti dei loro pazienti sono strettamente connessi all'efficacia del singolo terapeuta. Eppure, non si è quasi mai messo in relazione direttamente controtransfert e risultato terapeutico (Eagle, 2015). Trattandosi di un fenomeno per una buona parte inconscio, e intersecandosi con le differenze individuali del singolo terapeuta, il controtransfert diventa un substrato a tutti questi fenomeni. Secondo la *Teoria della Regolazione Affettiva* (Schore, 1994; Hill, 2017) avviene istante per istante durante la seduta di psicoterapia una *comunicazione affettiva implicita* tra emisfero destro del paziente e emisfero destro del terapeuta, grazie alla quale i due soggetti colgono implicitamente segnali affettivi su base corporea. Ad esempio, le intenzioni di cura e la sensibilità terapeutica sono trasmesse inconsciamente da un sé implicito all'altro (Hill, 2017). Non sono ancora noti però i meccanismi neurali sottostanti a queste comunicazioni inconse. Alcuni autori (Gallese et al., 2007; Palmieri et al., 2018) suggeriscono la considerazione del ruolo dei *mirror neurons* alla base di transfert e controtransfert somatico – tuttavia quest'argomento non rappresenta attualmente terreno di accordo tra i ricercatori⁵– ed invitano alla misurazione di indicatori psicofisiologici, come l'EEG.

Si noti che nel modello del controtransfert di Hayes, sono incluse anche le *manifestazioni viscerali* del controtransfert, di cui si è trattato brevemente in questo paragrafo. I segnali psicofisiologici possono fungere da segnali manifestanti la presenza di un certo tipo di reazione emotiva nel terapeuta?

⁵ Si veda ad esempio: Vivona, J. M. (2009). Leaping from brain to mind: A critique of mirror neuron explanations of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 525–550.
<https://doi.org/10.1177/0003065109336443>

1.7 L'attualità della ricerca

Attualmente, esiste accordo diffuso sugli effetti deleteri del controtransfert non gestito sull'outcome della terapia. Un controtransfert non governato può indurre il terapeuta a confermare le credenze patologiche del paziente (Weiss, 1993) o può portare a un collasso dello spazio analitico (Gabbard, 2018), determinando la fine della terapia e annullandone l'efficacia. Come vale per la *regola dell'attenzione fluttuante*, i sentimenti dell'analista solo una volta *decifrati e interpretati* possono adempiere alla funzione di guida per l'inconscio del paziente (Eagle, 2015).

Sebbene a livello teorico tutto ciò risulti chiaro e condiviso, è ancora difficile capire come sia possibile studiare empiricamente questo costrutto, a partire dalla modalità di rilevazione della sua presenza durante una seduta, dato che non si può essere sempre “sotto il divano” del clinico.

Quali sono le *variabili osservabili* che permettono di risalire alle *variabili latenti* indicate dal modello a 5 componenti di Hayes? In seguito, quali sono gli *indicatori* individuabili nel paziente e nel terapeuta che permettono di concludere con buone probabilità che il controtransfert che si genera può essere o non essere una guida affidabile?

Sarebbe importante giungere a una migliore conoscenza di questi elementi, per poter meglio strutturare la formazione dei terapeuti alla gestione del controtransfert.

Partendo da questi interrogativi, nel seguente capitolo verranno presentati cinque recenti lavori di ricerca empirica sul controtransfert.

2. Articoli di ricerca empirica e recente sul controtransfert

In questo capitolo saranno presentati cinque lavori tratti da una ricerca bibliografica svolta utilizzando le parole chiave “Countertransference OR Counter-transference OR counter transference”, “Neural”, “Therapist Reaction”. La scrematura degli articoli è dipesa dalla rivista di provenienza, dall’anno di pubblicazione e dagli obiettivi posti dai ricercatori ed i conseguenti metodi utilizzati per raggiungerli. Per quanto riguarda il primo criterio, sono state privilegiate le riviste con *Impact Factor* più elevato, al fine di consultare pubblicazioni aventi considerevole influenza sulla comunità scientifica. I contributi selezionati sono provenienti da: “Psychotherapy Research” [Q1], “Counselling and Psychotherapy Research” [Q2], “Frontiers in Human Neuroscience” [Q2] e “Mediterranean Journal of Clinical Psychology” [Q3]. La ricerca è stata limitata al periodo tra l’anno 2020 e il 2023 inclusi.

Per ciascun lavoro s’indicheranno i presupposti (letteratura) di partenza, la definizione di controtransfert adottata, le ipotesi formulate, la metodologia, i risultati e le conclusioni esposte dai ricercatori.

2.1 *Origins and Triggers: “Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance”*

Nell’*empirical paper* di Tishby e Wiseman (2022), di cui sopra è riportato il titolo, sono stati presi in considerazione assieme il controtransfert (d’ora in poi CT) e l’alleanza terapeutica (AT). **Presupposti.** L’alleanza terapeutica è tra i fattori maggiormente predittivi dell’esito della terapia a livello transteorico. Tuttavia, è inevitabile che paziente e terapeuta, nel corso delle sedute, vadano incontro a delle rotture nell’alleanza. Secondo Safran e Kraus (2014), la risoluzione di una rottura può rappresentare l’occasione per un significativo cambiamento terapeutico. Il processo risolutivo dev’essere innescato dal clinico e inizia con la comprensione delle cause della rottura. Spesso, la sorgente è rintracciabile negli *enactment* di transfert-controntransfert, i quali sono facilitati dalle situazioni in cui il terapeuta è poco consapevole della propria reazione emotiva (Gabbard, 2018). Nonostante specifici interventi terapeutici sembrino favorire le incrinature dell’AT (Colli, Gentile, Condino & Lingiardi, 2019), il 5% della varianza degli esiti della terapia è attribuibile alla personalità del clinico. Secondo la *task force* APA, il CT orienta notevolmente lo sviluppo della relazione terapeutica (Tishby & Wiseman, 2014). Stando all’ipotesi dell’*Interazione Controtransferale* (Gelso & Hayes, 2007), il CT nasce dalla reciproca influenza tra *origins* e *triggers* (Hayes, 2004): Tishby e Wiseman (2014) segnalano la necessità di studiare questi due fattori. Chiaramente, in questo articolo è stata adottata la definizione integrativa (Gelso & Hayes, 1998).

Ipotesi e obiettivi di ricerca. Tishby e Wiseman (2022) hanno voluto esaminare la relazione tra il tipo di CT –identificato con il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky, 1977), riproducendo quanto svolto in precedenza (Tishby & Wiseman, 2014)– e la presenza, l'intensità, il livello di discussione e la risoluzione delle rotture nell'AT riferite dal terapeuta. Secondo le loro aspettative, alle categorie positive del CCRT sarebbero state associate le risoluzioni, viceversa, alle componenti negative dovrebbero essere connesse le rotture nell'alleanza.

Metodo. I terapeuti sono stati sottoposti all'intervista *Relationship Anecdote Paradigm* (RAP; Luborsky & Crits-Christoph, 1998) prima dell'inizio della terapia e durante, in 3 punti temporali corrispondenti a inizio (T1= 5° seduta), metà (T2= 15° seduta) e fine (T3= 28° seduta) del trattamento. Le interviste sono state registrate, trascritte *verbatim* e valutate secondo il CCRT da due giudici indipendenti. Negli stessi tre momenti sono stati somministrati alcuni questionari (descritti sotto). I dati ottenuti sono stati analizzati statisticamente tramite modelli misti, considerando dipendenti l'intensità, la frequenza di rottura, il livello di discussione e la risoluzione della rottura (su una scala da 1 a 5). I tipi di CT nel tempo sono stati posti come variabile indipendente.

PARTECIPANTI. Sono state coinvolte diadi di un servizio di supporto psicologico per universitari in Israele, offrente percorsi annui con cadenza settimanale a base psicodinamica o relazionale. I terapeuti (22 donne e 5 uomini), per la maggior parte specializzandi, erano laureati in psicologia clinica, eccetto 7 assistenti sociali clinici. Ogni clinico aveva un massimo di 6 pazienti (in media 2.4). I pazienti (n= 67), erano per più di tre quarti studenti universitari, e le diagnosi preponderanti sono state depressione e/o ansia lievi o moderate.

VALUTAZIONE DELL'AT

Working alliance inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). Questionario self-report per paziente e per terapeuta, valutante l'alleanza in tre dimensioni: *legame affettivo*, *compito*, *obiettivo*. Si compone di 36 item su scala likert a 7 punti. Vengono sottolineate le buone proprietà psicometriche dello strumento nella versione ebraica.

Client and therapist post-session questionnaire (PSQ; Muran et al., 2004). Questionario individuale self-report da compilare al termine della seduta. In questo studio, sono stati utilizzati solo 4 item (uno a risposta dicotomica, gli altri su scala likert da 1 a 5) riguardanti la rottura e la riparazione nell'AT.

VALUTAZIONE DEL CT

Il CCRT (Luborsky, 1977) nasce come strumento per identificare schemi relazionali disadattivi pervasivi e ripetitivi, ma viene impiegato da Tishby e Wiseman nel 2014 per individuare il CT. Dalle tre categorie del CCRT originali [W (*Wishes*), RO (*Response from Others*), RS (*Response from Self*)] hanno derivato 5 tipi di CT consistenti nella *ripetizione* (come “rimessa in atto”) o

riparazione (come “correzione del comportamento genitoriale”) delle categorie stesse.

Risultati. Come atteso, l’analisi preliminare sulla distribuzione temporale delle rotture-riparazioni ha rivelato ad un livello significativo un maggior numero di rotture dell’alleanza in T1 e un’importante riduzione delle stesse in T3; inversamente, le discussioni sono andate aumentando.

Poiché i terapeuti erano meno della metà dei pazienti, si è analizzato il peso del *fattore terapeuta* sulla varianza dei dati osservati, notando che tale variabile influiva prevalentemente su alcuni tipi di CT, mentre altri erano maggiormente influenzati dalla relazione specifica instauratasi tra i due soggetti.

Riassuntivamente, i risultati ottenuti permettono di differenziare tra dinamiche controtransferali con esiti positivi (ovvero associate a basse frequenze e/o intensità di rotture e/o alta risoluzione) e con esiti negativi per l’alleanza (associate a alte frequenze e/o intensità di rotture e/o bassi livelli di risoluzione). Nel primo gruppo rientrano prevalentemente i CT identificati con categorie del CCRT positive, ad eccezione delle categorie negative della *Ripetizione di RS* (“Distaccato”, “Impotente”, “Ansioso e sconvolto”). Nel secondo si collocano la *Ripetizione di W* e le rimanenti categorie negative, alle quali però si aggiungono una categoria positiva della *Ripetizione di RS*, e la *Riparazione di RO* nella voce “Genitore: *Critico, rifiutante*, Terapeuta: *pronto ad aiutare*”.

Discussione e conclusioni. Intuitivamente, la presenza di categorie negative del CCRT si associa a maggiore rottura e minore riparazione dal momento che segnala temi del terapeuta irrisolti e inconsapevoli che, stimolati dal paziente, impediscono al primo di empatizzare pienamente con il secondo. Mentre in questi casi l’aspettativa degli autori viene confermata, l’associazione tra categorie positive del CCRT e rotture nell’alleanza appare quasi paradossale. Secondo i ricercatori, nel clinico avviene un allontanamento dall’atteggiamento di ascolto profondo e sintonico del paziente, poiché viene annebbiato dalla proiezione sul paziente dei propri desideri o è troppo impegnato a contrastare la risposta genitoriale negativa. Un’altra associazione apparentemente incoerente –tra le risposte del sé negative e miglior andamento nell’AT– convalida invece i risultati dello studio di Nissen-Lie *et al.* (2017): un terapeuta meno sicuro di sé tende a essere più consapevole e favorire il processo terapeutico. La personalità del professionista testimonia in questo studio il proprio ruolo fondamentale. L’ipotesi dell’*Interazione Controtransferale* viene così rafforzata.

2.2 Triggers, Manifestations and Management: “Countertransference responses mediate the relationship between patients’ overall defense functioning and therapists’ interventions”

Un’altra ricerca empirica dalla rivista *Psychotherapy Research* è quella attualmente considerata, ad opera di Colli, Gagliardini e Gullo (2022).

Presupposti. Secondo i teorici relazionali e intersoggettivisti, gli interventi del clinico non sono solo il risultato di una decisione tecnica, ma si configurano come un *evento relazionale* che risente e comunica la condizione del rapporto tra paziente e terapeuta. All’interno di questa prospettiva, alcuni studi hanno esplorato l’influenza del CT sulle tecniche utilizzate. Nonostante vi abbiano assegnato ruoli diversi (moderatore o mediatore parziale), hanno rilevato che quando il sentimento prevalente nel clinico era l’ostilità, questi tendeva a comunicarla in modo dissimulato con interventi espressivi, meno tollerabili dal paziente; se invece la reazione emotiva era positiva, optava per interventi supportivi.

Ipotesi e obiettivi di ricerca. In questa ricerca, Colli e colleghi hanno voluto indagare empiricamente il ruolo di *mediazione* del CT (definizione totalistica) tra le difese del paziente e la tipologia di intervento applicata. In assenza di studi simili, hanno ipotizzato solamente che a diversi tipi di CT corrispondessero differenti interventi. Hanno in più verificato se l’orientamento teorico del clinico influenzasse la relazione tra i tre fattori.

Metodo. Da un database contenente 200 percorsi di psicoterapia individuale audioregistrati, ne sono stati campionati casualmente 65 aventi tutti un terapeuta diverso. Per ognuno, è stata selezionata una seduta dalla fase centrale. Giudici indipendenti hanno valutato i colloqui esaminando le difese del paziente e gli interventi del terapeuta. I clinici avevano riferito il proprio CT compilando un questionario (di seguito descritto).

PARTECIPANTI. I pazienti (45 donne, 20 uomini) erano per la maggior parte single e/o con SES medio-alto e con diagnosi che spaziavano dal disturbo di personalità al disturbo dell’umore al disturbo d’ansia. I terapeuti erano 25 femmine e 40 maschi con esperienza nel campo clinico da minimo 4 anni. Schematicamente divisibili in 38 psicodinamici e 27 cognitivi, erano poi differenziabili più specificamente in base all’approccio.

STRUMENTI

Defense Mechanisms Rating Scale (DMRS; Perry, 2001): 30 difese ripartite in 7 livelli dal meno funzionale al più adattivo permettono di valutare il funzionamento difensivo complessivo (ODF) del paziente.

Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS; Milbrath et al., 1999): strumento che identifica 9 tipi di interventi psicodinamici suddivisi in interpretativi e non, codificato sulla

trascrizione della seduta. Similmente ad altri studi, è stato ricavato, sulla base del PIRS, un punteggio riassuntivo *ESIL* (Livello di Intervento Supportivo-Espressivo) a 7 gradi, dal più supportivo al più espressivo.

Therapist Response Questionnaire (TRQ; Betan et al., 2005): è un clinician-report per la valutazione del CT. Colli *et al.* (2022) fanno riferimento alle 8 dimensioni identificate nella versione originale, corrispondenti a 8 tipi di CT: *Sopraffatto/disorganizzato* (emozioni fortemente negative, repulsione, evitamento), *Impotente/inadeguato*, *Positivo* (connessione positiva, alleanza), *Speciale/ipercoinvolto* (difficoltà a mantenere i confini e le regole previste dal setting), *Sessualizzato*, *Non coinvolto* (annoiato, distratto), *Genitoriale/protettivo*, *Criticato/maltrattato*. Si compone di 79 item che riguardano pensieri, sentimenti, esperienze (tra cui l'essere oggetto di meccanismi di difesa) e comportamenti del clinico durante la seduta. Le domande sono espresse in linguaggio comune, affinché vengano comprese indipendentemente dall'orientamento teorico. Il formato di risposta è likert su 5 punti (da "non vero" a "molto vero").

Risultati. L'analisi correlazionale bivariata ha segnalato le seguenti correlazioni statisticamente significative:

- CT *Positivo*, *Genitoriale/protettivo*, *Speciale/ipercoinvolto* erano associati positivamente con il livello difensivo (ODF) del paziente e negativamente con il punteggio ESIL;
- Il CT *Criticato/maltrattato* era associato negativamente con ODF e positivamente con ESIL;
- CT *Impotente/inadeguato*, *Sopraffatto/disorganizzato* erano associati negativamente con ODF;
- Il CT *Sessualizzato* era associato negativamente con ESIL.

I risultati dell'analisi di mediazione semplice, confermati dal test di modelli di mediazione alternativi, hanno rivelato che i CT *Positivo*, *Genitoriale*, *Speciale*, *Criticato* mediano totalmente la relazione tra ODF e ESIL. L'orientamento teorico dei clinici non ha avuto potere moderatore.

Discussione e conclusioni. I risultati esplorativi convalidano i presupposti di partenza e gli esiti degli studi che hanno associato livello di funzionamento del paziente e CT. Secondo gli autori, è probabile che il terapeuta (CT *Criticato*) risponda al transfert ostile del paziente in modo difensivo, con intellettualizzazione e/o spostamento, sfogando la propria aggressività in maniera velata attraverso gli interventi espressivi. Invece, nei casi di CT *Positivo*, *Genitoriale* e *Speciale*, per timore di ricevere un rifiuto dal paziente o di ferirlo, limita le operazioni tecniche espressive e favorisce quelle supportive. Avendo trovato mediazioni *totali* nell'analisi di mediazione, è possibile affermare che la scelta dell'intervento è in maggior misura legata alle reazioni emotive del terapeuta anziché alla personalità del paziente. Appellandosi al concetto di *Zona di Sviluppo Proximale* (ZPD) di Vygotskij (1987), i ricercatori allarmano circa la pericolosità di queste situazioni: gli interventi espressivi sono troppo lontani dalla ZPD di un paziente a basso

funzionamento, gli interventi supportivi non stimolano l'esplorazione nel paziente alto-funzionante poiché inferiori alle sue capacità. In entrambi i casi si rischia di rallentare o bloccare il processo terapeutico. La consapevolezza può permettere di evitare l'impasse.

L'assenza di differenze tra approcci è attribuita ai recenti cambiamenti nelle scuole cognitivo-comportamentali, che suggeriscono interventi non eccessivamente diversi da quelli psicodinamici.

2.3 Affective and visceral Manifestations: “Therapist reactions to patient personality: A pilot study of clinicians’ emotional and neural responses using three clinical vignettes from in treatment series”

Tanzilli, Trentini, Grecucci, Carone, Ciacchella, Lai, Sabogal-Rueda e Lingiardi sono gli autori dell'articolo di seguito riassunto, pubblicato alla fine del 2022. È uno dei primi lavori di ricerca sperimentale che studia la relazione tra il disturbo del paziente e i pattern di risposta del terapeuta (nonché il CT secondo la definizione totalistica) dal punto di vista neuroscientifico.

Presupposti. I potenziali evento relati (ERP) sono una misura della risposta elettrofisiologica a stimoli endogeni o esogeni, misurati con l'elettroencefalografia (EEG). Tale tecnica fornisce in output un grafico le cui componenti d'onda (differenziate per *deflessione*, *ampiezza* e *latenza*) sono state associate a specifiche attività di elaborazione di informazioni. Sono state differenziate, ad esempio, componenti specifiche per i processi attentivi, per l'elaborazione di volti o di stimoli emotivamente salienti. In tale studio, particolare attenzione è stata posta alle componenti LPP (*Potenziale Tardivo Positivo*) poiché la loro ampiezza aumenta con l'eccitazione provocata al soggetto dallo stimolo emotivo mostrato. Gli LPP sono considerati una misura neurale di attenzione controllata rivolta a questo tipo di stimoli, hanno influenza sulla codifica e sull'immagazzinamento in memoria: permetterebbero di spiegare come mai ciò che è carico emotivamente viene ricordato più facilmente.

Gli autori sostengono, in accordo con la letteratura, il legame tra CT e specifici disturbi di personalità, e l'uso consapevole delle reazioni del terapeuta per promuovere il cambiamento nel paziente.

Ipotesi e obiettivi di ricerca. Lo studio mirava a valutare se le reazioni emotive, motivazionali, cognitive e comportamentali dei terapeuti –valutate clinicamente tramite questionari– e le risposte neurali valutate tramite ERP siano in grado di differenziare con precisione tra pazienti con diversi disturbi di personalità.

Metodo. I partecipanti sono stati sottoposti alla visione di 3 video (in ordine randomizzato) tratti dalla serie TV “In treatment”, mostranti ciascuno l'interazione tra il terapeuta Paul e un paziente

con disturbo di personalità: narcisistico (Alex); istrionico/borderline (Laura); depressivo (April). Dopo la visione, ogni clinico ha compilato i questionari immaginando di aver interagito personalmente con i pazienti dei video. A seguire, sono stati convocati in laboratorio ed è stata registrata la loro attività cerebrale con EEG ad alta densità (hdEEG) mentre osservavano passivamente 72 foto di volti, ripetute casualmente 3 volte. Di queste immagini, ve n'erano 24 per ogni paziente: 12 tratte dal video e 12 stimoli distrattori simili all'attore. I dati dei questionari e dell'hdEEG sono stati analizzati tramite *l'albero decisionale* (Pekel & Özmen, 2020), un algoritmo di *Apprendimento automatico Supervisionato* (*Supervised Machine Learning*), che permette di associare le variabili con finalità predittiva. Una parte di osservazioni (in questo caso l'80%) dev'essere impiegata per addestrare/far apprendere il modello, la restante (20%) viene adoperata per testare l'accuratezza della capacità predittiva dello stesso.

PARTECIPANTI: 14 psicoterapeuti maschi cisgender, di età compresa tra i 30 e i 40 anni, senza problemi di vista. I criteri di scelta ed esclusione erano volti a minimizzare i fattori interferenti. Ad esempio, è noto che il genere del clinico incida sull'attivazione delle dinamiche transferali e controtransferali (Gabbard, 2018; Chertoff et al., 2020).

STRUMENTI

Clinical Questionnaire. Questionario creato *ad hoc* per ottenere informazioni demografiche e relative all'esperienza professionale dei terapeuti.

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Shedler et al., 2014): clinician-report computerizzato per la valutazione della personalità dimensionale e categoriale, sulla base di criteri del DSM-5 e criteri empiricamente derivati. Fornisce in più punteggi relativi alle risorse del paziente e un punteggio specifico per l'alto funzionamento. In questo studio, è stata impiegata da due giudici indipendenti per valutare i disturbi di personalità dei pazienti presentati nei video. *Therapist Response Questionnaire* (Betan et al., 2005). Qui utilizzato nella versione italiana (Tanzilli, Colli, Del Corno & Lingiardi, 2016), le cui analisi fattoriali esplorative e confermative hanno rivelato una dimensione aggiuntiva (*Ostile/arrabbiato*) rispetto all'originale, per un totale di 9 tipi di CT.

REGISTRAZIONE HDEEG E ERP

Sulla base della letteratura, sono stati fissati intervalli di latenza e scelte specifiche aree di corteccia cerebrale per l'analisi dei segnali hdEEG con la tecnica sLORETA (Pascual-Marqui, 2002). Per informazioni più dettagliate, si rimanda alla visione dell'articolo stesso.

Risultati. Dai punteggi del TRQ è emerso che Alex tendeva a suscitare i CT *Criticato/maltrattato*, *Ostile/arrabbiato*; Laura *Sessualizzato*, April *Genitoriale/protettivo*. Di fronte alle foto dei pazienti, i terapeuti hanno mostrato schemi distinti di risposta neurale (in particolare l'ampiezza di sottocomponenti di LPP nell'ippocampo) a livello statisticamente

significativo. L'albero decisionale, basato su un confronto a coppie, ha derivato sulla base dei dati una funzione in grado di prevedere con elevata precisione (da 80 a 100%) se il terapeuta stesse confrontando Alex o April, Alex o Laura, April o Laura. Il pattern controtransferale *Criticato/maltrattato* è stato il fattore discriminante all'interno delle prime due coppie, mentre il CT *Sessualizzato* ha distinto Laura da April.

Discussione e conclusioni. I risultati trovati concordano con le osservazioni cliniche e la letteratura che hanno evidenziato che:

- i pazienti narcisistici, a causa della loro tendenza difensiva a offendere l'altro per stabilizzare la propria autostima, tendono a far sentire il clinico inutile, svalutato, umiliato;
- i pazienti borderline, altamente disregolati, inducono stati di forte coinvolgimento e impotenza;
- i pazienti istrionici, per via dei loro atteggiamenti seduttivi, evocano facilmente un CT erotico;
- i pazienti depressi, distinti dagli altri per la vulnerabilità al dolore, possono portare il terapeuta a volerli proteggere, evitando loro sofferenza e frustrazioni anche dentro il setting.

La risposta neurale (LPP) del clinico è in grado di discriminare precisamente le patologie di personalità: sembra che gli stimoli che rievocano i disturbi narcisistico, istrionico e borderline, emotivamente più stimolanti, attivano i processi attentivi dei clinici più velocemente rispetto a stimoli rimandanti a un disturbo depressivo. Gli autori riflettono sulla localizzazione degli LPP osservati, ovvero l'ippocampo. Questa struttura è implicata in processi riguardanti la memoria e l'integrazione sensoriale esteroceettiva e interoceettiva: il ricordo di eventi passati nella forma di "ri-esperienza" degli stessi e la costruzione di fatti futuri immaginari, guarniti di *arousal* emotivo, sono, secondo la ricerca neuroscientifica, da attribuire a quest'area e alle connessioni che essa stabilisce con il resto del cervello. Secondo Tanzilli e colleghi, mentre i partecipanti stavano passivamente osservando le foto dei pazienti, nella loro mente si era attivato un processo di recupero dalla memoria di episodi già vissuti con pazienti simili. La capacità decisionale di un clinico in seduta viene influenzata dai ricordi autobiografici e dall'esperienza clinica passata, che modulano quanto meno processi attentivi e di attribuzione di significato, e l'ippocampo ne è il principale imputato a livello neurofisiologico.

2.4 Manifestations and Management: “Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process”

In questo articolo assai recente (28 dicembre 2022) di Negri, De Bei, Christian e Rocco, è al centro l’analisi dello stile linguistico di paziente e terapeuta, rivelando notevoli implicazioni cliniche.

Presupposti. Secondo la Teoria del Codice multiplo di Wilma Bucci (1997, 2021), gli esseri umani elaborano gli aspetti del mondo interno attraverso 3 *sistemi*: il sistema *subsimbolico non verbale*, deputato al processamento non verbale rapido e intuitivo; *simbolico non verbale* che forma, a partire dall’esperienza subsimbolica, immagini e modelli che possono essere pensati; *simbolico verbale*, il più lento e razionale, che si realizza nelle parole, consente di elaborare mentalmente, e eventualmente comunicare, quanto emerge dai due sistemi precedenti. Questi sistemi possono essere connessi tra loro solo parzialmente, poiché per esprimere sensazioni attraverso parole è necessario astrarre, quindi selezionare le informazioni. Nella misura in cui è possibile, è necessario che siano integrati, affinché l’individuo faccia esperienza di un senso di sé integrato. Quando si provano forti emozioni o si è vittima di una psicopatologia, il *Processo Referenziale* (RP), ovvero la competenza che permette all’individuo di passare dal formato non verbale a quello verbale, risulta compromesso e l’esperienza del sé dissociata, portando ad agiti e limitando le parole. Secondo Bucci, la qualità del linguaggio utilizzato dal soggetto può essere un indicatore del livello di integrazione tra i sistemi. È possibile misurare questa integrazione attraverso procedure informatizzate che hanno per oggetto l’*Attività Referenziale* (RA; abilità di rendere a parole la propria esperienza emotiva) e la *Funzione di Riflessione e Riorganizzazione* (RRF; capacità di dare significato a eventi che toccano emotivamente). Un altro concetto chiave della teoria di Bucci è lo *schema emotivo* (rappresentazione prototipica del sé in relazione, derivata da ripetute esperienze di interazione emotiva con l’altro) nel quale la componente subsimbolica non verbale è prevalente, e diventa totalizzante nel caso in cui vi siano inclusi eventi traumatici: lo scopo della terapia è reintegrare i livelli di esperienza dell’evento rimettendo in atto questo schema. Anche il terapeuta legge e risponde attraverso il proprio *schema emotivo*, e poiché il CT è una creazione congiunta (*Interazione Controtransferale*), viene richiamata l’attenzione sui suoi schemi emotivi dissociati. La consapevolezza del CT è indispensabile: una diade che non riesce ad esprimere tramite parole le emozioni vissute, si mantiene attivata somaticamente e emotivamente senza sufficiente conoscenza delle cause.

Ipotesi e obiettivi di ricerca. L’obiettivo fondamentale è l’esplorazione dell’influenza reciproca tra reazione controtransferale e verbalizzazione dei soggetti, considerando il linguaggio tanto un

trigger quanto un fattore subente gli effetti del CT. Ci si aspetta che a un basso RP corrispondano *enactment* del terapeuta e che modifiche nella comunicazione siano relazionate al tipo di CT esperito.

Metodo. La definizione integrativa implica che sin dalla consultazione vi possa essere CT, quindi sono state considerate e registrate le prime tre sedute di consultazione di 23 pazienti da un servizio per studenti universitari. I questionari (illustrati di seguito) sono stati compilati dopo l'ultima seduta con riferimento a tutte e tre; l'analisi linguistica è stata svolta sulla trascrizione delle sedute, differenziando tra parole del paziente e del terapeuta.

PARTECIPANTI. I pazienti (età media 22.5 anni, 74% donne) erano studenti di diverse facoltà universitarie e alla maggior parte era stato diagnosticato un disturbo di personalità e/o sindrome ansiosa o depressiva. I clinici (20 donne, 3 uomini), prevalentemente psicodinamici, avevano un'età media di 31 anni e stavano svolgendo la propria esperienza formativa.

VALUTAZIONE DEL CT

Countertransference Behaviour Measure (CBM; Mohr et al., 2005) questionario a 10 item riguardanti manifestazioni aperte di CT e composto da tre subscale riferite al comportamento controtransferale, *Dominante*, *Distanziante*, *Ostile*, costituite rispettivamente da 5, 2, 3 item con formato di risposta likert da 1 a 5. La validità di contenuto è ritenuta moderata, gli studi riportano buona coerenza interna per la struttura a tre fattori.

Therapist Response Questionnaire (Betan et al., 2005) nella versione italiana (Tanzilli et al., 2016).

VALUTAZIONE DEL RP

L'analisi viene eseguita dal *Discourse Attribute Analysis Program* (DAAP; Maskit, 2021) che fornisce in output la proporzione di un certo tipo di parole presenti nel testo.

- *Weighted Referential Activity Dictionary* (WRAD) [Dizionario delle attività referenziali ponderate]: misura dell'RA, con punteggi che vanno da 0 a 1, 0.5 rappresenta un valore neutro;
- *Weighted Reflection and Reorganization List* (WRRL) [Elenco ponderato di riflessione e riorganizzazione]: misura dell'RRF, il metro è lo stesso del WRAD;
- *Reflection Dictionary* (RefD) [Dizionario di riflessione]: misura la presenza di pensiero astratto nel discorso, indica difese (es. intellettualizzazione) se non associato ad alti valori in WRAD;
- *WRAD_RefD Covariation* (WRAD_RefD) [Covarianza WRAD_RefD]: misura della covarianza tra WRAD e punteggi RefD, cioè della qualità dell'elaborazione terapeutica in atto;
- *Disfluency Dictionary* (DfD) [Dizionario della disfluenza]: misura delle parole che durante

il discorso sono lasciate a metà, interrotte o ripetute per via della difficoltà ad esprimersi;

- *Affects Dictionary* (AffD) [Dizionario degli affetti]: misura del grado di utilizzo di termini che etichettano emozioni. Può indicare l'emotività presente nel discorso o rivelare un atteggiamento difensivo. Gli AffD sono distinti in positivi (PAffD), negativi (NAffD) e neutri (ZAffD);
- *Sensory Somatic Dictionary* (SenSD) [Dizionario somatico sensoriale]: misura dell'eccitazione a livello corporeo-viscerale o del grado con cui si fa riferimento nel discorso al corpo o ai sintomi.

Risultati. Un primo confronto tra CBM e TRQ rivela che le reazioni controtransferali dei terapeuti sono state di bassa intensità, con maggior presenza di CT *Positivo*, *Genitoriale* e *Impotente*. L'analisi correlazionale tramite il coefficiente τ_b di Kendall ha rivelato relazioni tra le misure del CT e del RP moderate e statisticamente significative. Nel discorso del clinico, contrariamente alle aspettative, non è stata trovata associazione tra CT e WRAD o WRRL, probabilmente a causa dei brevi interventi che un terapeuta può fare nelle prime sedute. Piuttosto, è stato evidenziato un maggior uso di terminologia relativa alla sfera sensoriale con CT *Genitoriale*; di etichette di affetti negativi con CT *Dominante* o *Impotente*; di affetti neutri se la risposta controtransferale era *Speciale* o *Non coinvolto*; minor disfluenza se il CT era *Distanziante*. Poiché questi ultimi indici non sono corredati di alti valori di RA, simbolizzano intellettualizzazione e distanziamento (e minor partecipazione) dall'esperienza emotiva.

A livello del paziente, generalmente al CT del terapeuta si è associata una minore qualità di RP. Le correlazioni più importanti hanno riguardato: l'associazione negativa dell'RRF con CT *Dominante*, *Impotente*, *Disorganizzato*; gli schemi contrapposti della *Disfluenza* e degli *Affetti Positivi* con i CT *Dominante* (associazione con DfD positiva e PAffD negativa) e *Distanziante* (DfD negativa e PAffD positiva); RA associata negativamente con CT *Genitoriale*; il pensiero riflessivo astratto con CT *Ostile* e discorso emotivamente carico con CT *Dominante*, entrambi utilizzati a scopo difensivo.

Discussione e conclusioni. Lo studio fornisce una dimostrazione empirica dell'effetto ostacolante del CT nei processi di riflessione e verbalizzazione emotiva, poiché indica che ad alcune reazioni controtransferali si associa una minore elaborazione e nel paziente e nel terapeuta, anche se in modi diversi. Viene confermata la reciproca influenza tra le esperienze emotive dei due soggetti e si rinnova l'importanza della consapevolezza e della gestione del CT per comprendere quanto avviene in seduta.

2.5 Effects: “Therapist attitudes and countertransference as predictors of professional quality of life and burnout among psychotherapists”

Il disegno di ricerca correlazionale di Houshangi, Khanipour, Farahani (2022) ha investigato il versante più “egoistico” delle conseguenze del controtransfert, spesso completamente ignorato.

Presupposti. Gli studi riportano alti tassi di burnout e *compassion fatigue* tra coloro che svolgono professioni di aiuto. Fare psicoterapia richiede specifiche abilità, convinzioni e competenze apprendibili nella specializzazione. Si ritiene che la salute mentale del terapeuta possa essere condizionata dal CT (definito in modo totalistico) e dal suo atteggiamento. Tuttavia, l’influenza di questi due elementi sulla salute del clinico non è mai stata indagata. Il CT, facendo riaffiorare temi relazionali negativi e/o conflittuali, se non governato può facilmente costituire un fattore stressogeno. La disposizione verso obiettivi, fattori terapeutici, efficacia della terapia e modello teorico di riferimento si è rivelata essere un fattore discriminante gli esiti terapeutici nel paziente.

Ipotesi e obiettivi di ricerca. Gli autori hanno indagato quale ruolo abbiano, rispetto alla qualità di vita e al burnout, il CT e gli atteggiamenti verso la terapia, con l’intento pragmatico di prevenire problemi di salute mentale tra gli specialisti, agendo di conseguenza sui programmi di formazione. Secondariamente, hanno esplorato se gli atteggiamenti verso la terapia fossero influenzati dalla cultura, in tal caso, iraniana.

Metodo.

PARTECIPANTI. Tramite un campionamento di convenienza in ospedali, cliniche, centri universitari e di consulenza sono stati intercettati 259 psichiatri, psicologi clinici e consulenti con almeno un anno di esperienza in psicoterapia. 60 abbracciavano la psicologia dinamica, 124 la CBT, 75 si autodefinivano “eclettici”. Il 53,7% non aveva mai esperito su di sé la terapia personale.

STRUMENTI

I questionari che seguono sono stati somministrati in formato elettronico o carta-matita.

Professional quality of life (ProQOL; Stamm, 2005). Questionario self-report per la misura della soddisfazione lavorativa (rappresentata dal fattore *Compassion Satisfaction*, CS), del *burnout* (BO) e dello *stress traumatico secondario* (STS). Queste tre dimensioni del questionario, confermate dalle analisi fattoriali, sono rappresentate ciascuna da 10 item con scala likert a 5 punti.

Therapist Response Questionnaire (Betan et al., 2005). La versione persiana conferma la struttura a 9 fattori, dimostrando una buona affidabilità interna.

Therapist Attitudes Scale (TAS ; Sandell et al., 2004). Composta da 3 set di item (80 totali) su

scala likert 0-4, valuta le credenze del clinico su: (1) tecniche terapeutiche e relativa efficacia, (2) modalità di lavoro in terapia, (3) la mente umana. Ogni set possiede 3 subscale più specifiche. **Risultati.** Limitatamente al ProQOL, punteggi significativamente più elevati in BO sono stati osservati in coloro che applicavano la CBT. Per testare la prima ipotesi è stata svolta l'analisi di regressione multipla e, a livello statisticamente significativo, ha rivelato che le dimensioni controtransferali hanno maggior potere predittivo rispetto all'atteggiamento del clinico. In particolare, i CT *Positivo*, *Sessualizzato*, *Criticato/maltrattato* sono risultati predittivi della CS e del STS con pattern direzionali opposti. A questi si aggiungono per STS i CT *Speciale/ipercoinvolto* e *Sopraffatto/disorganizzato*, per CS il CT *Non coinvolto*. Reazioni di ostilità o disorganizzazione hanno predetto il BO. Rispetto agli atteggiamenti, correlano negativamente alla CS il pessimismo, la diffidenza verso il cambiamento in terapia e la percezione di scarsa autoefficacia. Sono risultati più esposti al BO e allo STS i clinici con punteggi alti nel fattore "Adattamento", rappresentante la convinzione che l'efficacia della terapia provenga dallo sforzo attivo del terapeuta nell'aiutare (anche tramite consigli) il paziente ad adattarsi e raggiungere gli obiettivi. È una predisposizione particolarmente veicolata dalla cultura iraniana.

Discussione e conclusioni. I risultati confermano che la difficoltà a gestire il CT ha esiti negativi non solo per il paziente, ma anche per il clinico. Il peso che ha tale fenomeno nel determinare sintomi traumatici secondari corrobora i risultati di ricerche che avevano trovato come principale variabile predittiva di sintomi di stress traumatico la capacità mentale interiore del terapeuta. Reazioni controtransferali molto negative e difficili da tollerare, assieme a una costante tensione dovuta alla ricerca di meccanismi di coping da suggerire al paziente ("Adattamento"), possono condurre a un impoverimento delle risorse e delle capacità di coping del clinico stesso, quindi al burnout. Per di più, il senso di esaurimento può acutizzarsi nella pratica, nella quale sovente s'incontrano pazienti resistenti al cambiamento. Gli esiti relativi agli atteggiamenti indagati nello studio rimarcano ancora una volta l'importanza del *fattore terapeuta*.

Le cause dei maggiori livelli di burnout tra i cognitivo-comportamentali richiedono approfondimenti ulteriori. Gli autori ipotizzano che la formazione alla professione abbia un ruolo determinante: i programmi di specializzazione dovrebbero introdurre l'educazione alla consapevolezza degli atteggiamenti personali, al riconoscimento e alla gestione del CT, in quanto fattori di protezione dal burnout. Viene concluso che la cultura occupa un ruolo determinante nel plasmare gli atteggiamenti del terapeuta, ma sono necessari studi interculturali per provarlo.

3. Conclusioni, prospettive e aperture

Nel presente lavoro si è voluta eseguire una sorta di analisi dello stato dell'arte del controtransfert, indagandolo prima dal punto di vista storico-teorico e poi della ricerca empirica attuale.

3.1 Tesi, Antitesi e Sintesi: il dibattito concettuale

Osservando il dibattito concettuale sul controtransfert, si può notare che, nel corso degli anni, si è oscillati da posizioni che affermavano esclusivamente la pericolosità del fenomeno a posizioni che la negavano. La definizione integrativa (Gelso & Hayes, 1998) e il modello strutturale del controtransfert (Hayes, 2004) hanno fornito una sintesi tra le due e hanno permesso di organizzare un metodo di ricerca che fosse clinicamente significativo (Gelso & Kline, 2022). L'obiettivo di giungere a una definizione condivisa per la ricerca, osservando i cinque articoli presentati nella seconda sezione, non è stato ancora raggiunto. Tuttavia, ogni articolo presenta la definizione scelta e ne illustra le motivazioni, come ritenuto necessario (Gelso & Kline, 2022). Ben tre pubblicazioni su cinque persistono nell'uso della definizione totalistica, nonostante questa apporti problematiche non da poco, già esposte precedentemente. L'utilizzo tutt'oggi di questa prospettiva superata può essere giustificato dall'intenzione di porre meno limiti possibili all'indagine, specie se esplorativa (obiettivo della maggior parte degli studi succitati). Tuttavia, in tal modo, si preclude a priori l'osservazione di associazioni con i componenti del controtransfert. Infatti, ogni lavoro di ricerca è stato ricondotto, indipendentemente dalla definizione, ad almeno un fattore del modello di Hayes (2004) e si è dimostrato perfino in grado di ampliare la definizione e le conoscenze sul costituente assegnato. Ad esempio, nel modello originale il fattore *Effects* non esplicitava anche le conseguenze sulla vita del terapeuta. Un'osservazione dettagliata della presentazione dei lavori permette di notare tre principali costanti: l'interconnessione tra gli elementi che compongono il modello ne impedisce uno studio indipendente e isolato; l'ampia conferma ricevuta dall'ipotesi dell'*Interazione Controtransferale*; l'onnipresenza del tema della consapevolezza della reazione emotiva ai fini del *management*. Questi portano in primis, dal punto di vista concettuale, a una visione integrata, o meglio, "olistica" del fenomeno, che non lo riduce alla somma dei cinque fattori, ma lo eleva alla loro sintesi, al prodotto di tutte le possibili combinazioni tra i componenti nella direzione di una maggiore complessità. Secondariamente, viene alterato il settore della ricerca, con inevitabili ripercussioni in ambito clinico. Negli studi, anzitutto, sarà necessario fare maggiore sforzo per mantenere la differenziazione specifica tra i fattori, ma, allo stesso tempo, per ricercare legami clinicamente utili tra gli stessi, oltre a quello già noto tra *origins* e *triggers*. In più, sembra

promettente lo studio della consapevolezza del controtransfert nel ruolo di mediatore. Nel paragrafo che segue, la difficoltà di separare i fattori sarà piuttosto evidente.

3.2 La ricerca empirica

Le prove empiriche per dimostrare l'affidabilità clinica della risposta controtransferale, a lungo richieste da Eagle (2015), cominciano a essere procurate negli ultimi anni, nei quali è rintracciabile la testimonianza dell'apertura della psicologia dinamica verso la ricerca empirica. Gli studi presentati sono di matrice correlazionale, eccetto il disegno sperimentale di Tanzilli e colleghi (2022). L'uso sia di situazioni di laboratorio sia di contesti naturali permette rispettivamente il controllo delle variabili coinvolte e una maggiore validità ecologica. Nelle sezioni "*Metodo*" è possibile altresì osservare un ampliamento dei *sample size* rispetto agli standard tipici di questo settore. Una questione che influenza considerevolmente i risultati delle indagini (Gelso & Kline, 2022), sempre relativa al campione, riguarda gli anni di esperienza dei terapeuti coinvolti: clinici più esperti differiscono da terapeuti in formazione in capacità professionali e memorie di esperienze con i pazienti, oltre che per le caratteristiche personali e il proprio schema emotivo. Rispetto agli strumenti, il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Betan et al., 2005) è stato quello più utilizzato, in grado di superare le barriere teoriche tanto dell'approccio alla terapia quanto della definizione del concetto indagato.

Nella seconda sezione si è cercato di rispondere all'interrogativo posto nel capitolo che la precede, riguardante quali potessero essere le variabili manifeste riconducibili al controtransfert. **Origini.** L'impiego del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky, 1977) nel lavoro di Tishby e Wiseman (2022) consente di risalire alle origini del controtransfert senza ignorare le differenze individuali tra i terapeuti, carenza più volte contestata da Eagle (2015). Quanto emerge nel loro studio sostiene la critica alla spiegazione del controtransfert basata sui neuroni specchio: i temi conflittuali nei clinici si sono dimostrati così potenti da ostacolare la simulazione automatica dell'esperienza dell'altro. L'utilizzo del CCRT ripetuto nel tempo, inoltre, offre la possibilità di differenziare tra controtransfert cronico e acuto. Partendo dalla conoscenza della forma cronica, strettamente personale, si può rilevare l'acuta grazie al TRQ e confrontarla con le indicazioni del PDM. In quest'ultimo, l'adozione della forma "può accadere che" aiuta a normalizzare le reazioni emotive del terapeuta e ricorda che –sebbene Tanzilli et al. (2022) abbiano dimostrato che la risposta emotiva può prevedere con accuratezza la diagnosi– il controtransfert può solo *orientare* il processo diagnostico, assieme ad altri indizi, e non concluderlo.

Triggers e Manifestazioni. Lo studio di Tanzilli et al. (2022) permette di rispondere ad un'altra delle domande poste inizialmente: l'attività elettrofisiologica ha reso il controtransfert "visibile",

ovvero si è dimostrata in grado di differenziare i tipi di reazione emotiva, legati a diversi pattern di personalità dei pazienti. Anche la qualità del linguaggio del terapeuta, influenzata da quella del paziente, è una possibile misura della presenza di controtransfert (Negri et al., 2022). Sulla base dei loro risultati e di alcuni lavori precedenti, Negri e colleghi (2022) suggeriscono il non verbale e il paraverbale come ulteriori futuri indicatori.

Gestione, (Manifestazioni) ed Effetti. È ormai assodato che la reazione emotiva è fruibile ai fini terapeutici solo se padroneggiata. Le conseguenze della (non) gestione del controtransfert sono state documentate a più livelli nei lavori presentati: provoca la rottura o consente la riparazione dell'alleanza terapeutica, media la scelta dell'intervento utilizzato, influenza la verbalizzazione dei soggetti in seduta, condiziona la qualità di vita del clinico. Ciò che era già noto sulle conseguenze negative del controtransfert non governato viene ulteriormente approfondito da queste pubblicazioni; l'apporto innovativo riguarda la dimostrazione dell'influenza positiva sulla terapia quando il fenomeno è cosciente e opportunamente gestito. Come ipotizzato nella prima sezione, in più caldeggiato da Houshangi *et al.* (2022), una conoscenza più specifica degli elementi influenzanti e influenzati dal controtransfert permetterebbe di strutturare percorsi di formazione alla terapia più efficaci, anche ai fini del benessere del clinico. L'elaborato ha preso le mosse dalle parole di un grande autore e psicoanalista, Antonio Alberto Semi. Egli avverte che è impossibile non avere reazioni emotive durante l'interazione con il paziente (Semi, 1985). La sua affermazione è stata ulteriormente validata dai risultati di Negri *et. al* (2022): a prescindere dalla buona o scarsa attività referenziale del paziente, nel clinico si produce una risposta controtransferale. Tale reazione condiziona il linguaggio del clinico inconsapevolmente. Similmente, nella ricerca di Colli *et al.* (2022) gli interventi sono meglio spiegati dalla reazione emotiva che dalle istruzioni teoriche. A questo punto, può sembrare utopico pretendere che la consapevolezza permei ogni intervento del terapeuta. Di contro, solo nella misura in cui sono noti i fattori interferenti, è possibile controllarli e proporre interventi che si mantengano consoni al piano inconscio del paziente.

3.3 Il futuro nell'integrazione

Gli esiti dei *paper* non fanno che confermare l'esistenza di un "common ground" (Gabbard, 1995): il controtransfert è reale e si manifesta nel clinico indipendentemente dall'orientamento teorico. I presupposti su cui si sono basati i ricercatori sono, per gran parte, risultato di un'integrazione teorica, una base psicodinamica combinata con altre teorie. Il pluralismo metodologico permette di espandere i risultati e le interpretazioni. Un'integrazione particolarmente promettente, sostenuta dallo studio di Tanzilli *et al.* (2022), è quella tra psicoanalisi e neuroscienze: ora che la tecnologia consente il tracciamento di attività emotive e

inconsapevoli, sembra che i fenomeni psicodinamici possano essere sottoposti a verifica. È fondamentale mantenere comunque un atteggiamento critico ai risultati.

Ampliando Etchegoyen (1990), la conoscenza del controtransfert in una prospettiva olistica è legata al futuro della ricerca transteorica e della psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application* (1946-02355-000). Ronald Press.

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890–898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>

Bollas, C. (1983). Expressive uses of the countertransference: Notes to the patient from oneself. *Contemporary Psychoanalysis*, 19(1), 1–34. <https://doi.org/10.1080/00107530.1983.10746587>

Bolognini, S. (2002). *L'empatia psicoanalitica. Prefazione di Antonio Alberto Semi; postfazione di Vincenzo Bonaminio*. Bollati Boringhieri.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory* (pp. xiv, 362). Guilford Press.

Bucci, W. (2021). *Emotional Communication and Therapeutic Change: Understanding Psychotherapy Through Multiple Code Theory*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003125143>

Chertoff, J., Kulish, N., Levinson, N., & Schuker, E. (2020). Gender issues in transference and countertransference. In *Female psychology: An annotated psychoanalytic bibliography*. Routledge.

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. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1884768>

Colli, A., Gentile, D., Condino, V., & Lingiardi, V. (2019). Assessing alliance ruptures and resolutions: Reliability and validity of the Collaborative Interactions Scale-revised version. *Psychotherapy Research*, 29(3), 279–292. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1414331>

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* (pp. 301–327). Raffaello Cortina.

Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 349–356. <https://doi.org/10.1037/h0044815>

Deutsch, H. (1926). *Occult Processes Occurring During Psychoanalysis.: Vol. Psychoanalysis and the Occult*.

Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(4), 793.

Eagle, M. N. (2015). Il controtransfert rivisitato. *Psicoterapia e scienze umane*, 49(4), 535–572. <https://doi.org/10.3280/PU2015-004001>

Etchegoyen, R. H. (1990). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Astrolabio.

Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16–31. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.16>

Ferenczi, S. (1919). *Tecnica Psicoanalitica*. In *Opere 1913-1919. Vol 2* (Vol. 2).

- Ferenczi, S. (1926). Controindicazioni della tecnica psicoanalitica attiva. In *Opere. 1919-1926. Vol. 3* (Vol. 3, pp. 340–350).
- Ferenczi, S. (1928). Elasticità della tecnica. In *Opere 1927-1933. Vol 4* (Vol. 4).
- Fiedler, F. E. (1951). A method of objective quantification of certain countertransference attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 101–107.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(195104\)7:2<101::AID-JCLP2270070202>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(195104)7:2<101::AID-JCLP2270070202>3.0.CO;2-Y)
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (2002-17653-000). Other Press.
- Freud, S. (1910). Prospettive future della terapia psicoanalitica. In C. L. Musatti (A c. Di), *Freud Opere complete* (pp. 2585–2596). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In C. L. Musatti (A c. Di), *Freud Opere complete* (pp. 2870–2878). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1913). Inizio del trattamento. In C. L. Musatti (A c. Di), *Freud Opere complete* (pp. 3206–3224). Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile. Costruzioni nell'analisi*. Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *The International journal of psycho-analysis*, 76(3), 475.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (M. L. Madeddu, Trad.; 3. ed). Raffaello Cortina.
- Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131–176. <https://doi.org/10.1177/00030651070550010601>
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M., & McWilliams, N. (2015). Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/a0038799>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203936979>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice* (1998-06295-000). John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2022). Some directions for research and theory on countertransference. *Psychotherapy Research*, 32(1), 46–51.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1968529>
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(4), 521–535.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21–36.
<https://doi.org/10.1093/ptr/kph002>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing Countertransference: What the Experts Think. *Psychological Reports*, 69(1), 139–148.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.1.139>

- 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*, 468–482. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.4.468>
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *The International journal of psychoanalysis., 31*, 81–84.
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva: Un modello clinico* (F. Ortu, Trad.). Raffaello Cortina.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Houshangi, H., Khanipour, H., & Farahani, M. N. (2022). Therapist attitudes and countertransference as predictors of professional quality of life and burnout among psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research.* <https://doi.org/10.1002/capr.12523>
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 1053–1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis, 27*, 99–110.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand, *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367–395). Plenum Press, New York.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method, 2nd ed* (pp. xxi, 379). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10250-000>
- Maskit, B. (2021). Overview of Computer Measures of the Referential Process. *Journal of Psycholinguistic Research, 50*(1), 29–49. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09761-8>
- McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 24*(3), 325–335. <https://doi.org/10.1037/h0085723>
- Migone, P. (2019). La relazione terapeutica nella tradizione psicoanalitica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva - Open Access, 45*, Articolo 45. <https://journals.francoangeli.it/index.php/qpcoa/article/view/8989>
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*(1), 40.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and Counselor Trainee Attachment as Predictors of Session Evaluation and Countertransference Behavior in First Counseling Sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 298–309. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.298>

- Money-Kyrle, R. E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 360–365.
- Muran, J., Safran, J., Samstag, L. W., & Winston, A. (2004). *Client and therapist post session questionnaires, version 2004*. Beth Israel Medical Center.
- Negri, A., Bei, F. D., Christian, C., & Rocco, D. (2022). Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3), Articolo 3. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3442>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Orange, D. M., Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1999). *Intersoggettività e lavoro clinico: Il contestualismo nella pratica psicoanalitica*. Raffaello Cortina.
- Palmieri, A., Palvarini, V., Mangini, E., & Schimmenti, A. (2018). Transfert e controtransfert somatico: Rassegna critica e integrazione con la prospettiva neuroscientifica. *Rivista di Psichiatria*, 53(6), 281–289.
- Panisi, C., Guerini, F. R., Abruzzo, P. M., Balzola, F., Biava, P. M., Bolotta, A., Brunero, M., Burgio, E., Chiara, A., Clerici, M., Croce, L., Ferreri, C., Giovannini, N., Ghezzi, A., Grossi, E., Keller, R., Manzotti, A., Marini, M., Migliore, L., ... Fanos, V. (2021). Autism Spectrum Disorder from the Womb to Adulthood: Suggestions for a Paradigm Shift. *Journal of Personalized Medicine*, 11(2), Articolo 2. <https://doi.org/10.3390/jpm11020070>
- Panken, S. (1981). COUNTERTRANSFERENCE REEVALUATED. *Psychoanalytic Review*, 68(1), 23. Periodicals Archive Online; Periodicals Index Online.
- Pascual-Marqui, R. D. (2002). Standardized low-resolution brain electromagnetic tomography (sLORETA): Technical details. *Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology*, 24 Suppl D, 5–12.
- Pekel, E., & Özmen, E. P. (2020). Computational Intelligence Approach for Classification of Diabetes Mellitus Using Decision Tree. In M. Gul, E. Celik, S. Mete, & F. Serin (A c. Di), *Computational Intelligence and Soft Computing Applications in Healthcare Management Science* (pp. 87–103). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2581-4.ch005>
- Perry, J. C. (2001). A Pilot Study of Defenses in Adults with Personality Disorders Entering Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 651.
- Racker, H. (1968a). Introduction. In *Transference and Countertransference* (pp. 1–7). Routledge.
- Racker, H. (1968b). *Transference and Countertransference*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429484209>
- Racker, H. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica: Transfert e controtransfert*. Introduzione di Francesco Corrao (G. Di Chiara, Trad.). Armando.
- Reich, A. (1951). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25–31.
- Rocco, D., & Montorsi, A. (2010). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico*. UPSEL DOMENEGHINI EDITORE.

Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling & Development, 80*(3), 264–270. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x>

Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*, 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). *Psychotherapy Research, 14*(4), 469–484. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph039>

Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of psycho-analysis, 3*(1), 43–47.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development* (1994-97604-000). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina.

Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Raffaello Cortina.

Shedler, J., Westen, D., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La valutazione della personalità con la Swap-200. Con Contenuto digitale per download e accesso on line*. Raffaello Cortina.

Siefert, C. J., Hilsenroth, M. J., Weinberger, J., Blagys, M. D., & Ackerman, S. J. (2006). The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(1), 20–33. <https://doi.org/10.1002/cpp.469>

Spotnitz, H. M. (1969). *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient: Theory of the Technique*.

Stamm, B. H. (2005). *The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue/secondary trauma scales*. Sidran Press.

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1996). The intersubjective perspective. *Psychoanalytic Review, 83*, 181–194.

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*, 147–158. <https://doi.org/10.1037/per0000146>

Tanzilli, A., Trentini, C., Grecucci, A., Carone, N., Ciacchella, C., Lai, C., Sabogal-Rueda, M. D., & Lingiardi, V. (2022). Therapist reactions to patient personality: A pilot study of clinicians' emotional and neural responses using three clinical vignettes from in treatment series. *Frontiers in Human Neuroscience, 16*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2022.1037486>

Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research, 24*(3), 360–375. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.893068>

Tishby, O., & Wiseman, H. (2022). Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance. *Psychotherapy Research, 32*(1), 16–31. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934>

Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 28*(3), 411.

Vivona, J. M. (2009). Leaping from brain to mind: A critique of mirror neuron explanations of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 525–550. <https://doi.org/10.1177/0003065109336443>

Vygotskij, L. S. (1987). Speech and Thinking. In R. W. Rieber & A. S. Carton (A c. Di), *The Collected Works of L. S. Vygotsky*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1655-8>

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique* (1993-98805-000). Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1947). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (pp. 234–245).

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. <https://doi.org/10.1037/h0026107>

SITOGRAFIA

IPA Inter-Regional Encyclopaedic Dictionary. (s.d.). Recuperato 30 marzo 2023, da https://www.ipa.world/ipa/En1/en/Encyclopedic_Dictionary/English/Home.aspx