

## Una seduta di psicoanalisi analizzata con lo Psychotherapy Process Q-set

Amalia X, Seduta 152

*Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Helmut Thomä, Horst Kächele,  
Julie Ackerman, Ingrid Erhardt, Carolina Seybert*

Freud intraprese lo studio di resoconti esemplificativi del lavoro psicoanalitico con il cosiddetto *sogno di Irma* (1900). Questo materiale è stato ri-analizzato molte volte (per esempio, Erikson, 1954). Allo stesso modo, il *caso di Dora* (Freud, 1905) è stato al centro di continue rielaborazioni e nuove interpretazioni (Sachs, 2005). Tuttavia, poche esemplificazioni dettagliate sono disponibili per ampi studi, in cui “i dati primari” (Luborsky, Spence, 1971) siano a portata di mano. Noi metteremo a disposizione i materiali primari *verbatim* impiegati in un nostro studio sul processo di una seduta di psicoanalisi nel suo divenire.

Una difficoltà fondamentale della ricerca in psicoanalisi risiede nell’elaborare metodi di analisi quantitativa che preservino la profondità e la complessità del materiale clinico e si adattino, al tempo stesso, ai requisiti della scienza empirica. Per poter utilizzare dati empirici atti a testare costrutti psicoanalitici, i fenomeni clinici devono essere osservabili intersoggettivamente: ciò significa che giudici diversi, in modo indipendente, devono concordare sulla loro presenza/assenza e sulle loro caratteristiche. Divergenze sull’interpretazione o sul significato dello stesso materiale sono comuni nel lavoro clinico e rappresentano un’importante fonte di critiche rispetto allo statuto scientifico dei metodi psicoanalitici utilizzati per acquisire conoscenza. Un problema particolare è rappresentato dal fatto che gli osservatori clinici possono differenziarsi notevolmente rispetto ai concetti che utilizzano e al linguaggio che impiegano per descriverli. Osservatori dello stesso materiale possono non giungere alle stesse conclusioni; anzi, non sempre possono tener conto delle stesse dimensioni del processo psicoterapeutico. La questione della gestione delle differenze nelle inferenze o nel giudizio di clinici esperti è particolarmente importante dal momento che ci sono modelli teorici differenti all’interno della psicoanalisi stessa.

Un gruppo di studio dell’Università di Ulm, impegnato nella ricerca sul processo in psicoanalisi, ha analizzato molto dettagliatamente un trattamento psicoanalitico audioregistrato, il caso di Amalia X (Kächele, Albani, Buchheim et al., 2006). Il terapeuta che ha condotto il trattamento ha definito la Seduta 152 un modello esemplificativo della tecnica psicoanalitica moderna in occasione della sua presentazione ai partecipanti del Congresso Psicoa-

nalitico Internazionale del 2004 (Thomä, Kächele, 2007). Questa seduta è stata oggetto di discussione da parte di alcuni esperti psicoanalisti (Wilson, Wallerstein, 2004). Tra i diversi interventi, la valutazione clinica di Akhtar (2007, p. 691) è stata particolarmente acuta nel puntualizzare le caratteristiche chiave della tecnica analitica in questa seduta: “La tecnica del dottor Thomä mostra flessibilità, resilienza e un grande intuito psicologico. Essa si focalizza sull’obiettivo di aiutare la paziente a ‘liberare’ il suo Io attraverso l’interpretazione e la risoluzione del transfert. Purtroppo, integra una molteplicità di livelli di ascolto e un’ampia gamma di interventi che possono essere concepiti come preparatori, oltre che alternativi, all’attività interpretativa”.

Questa seduta – disponibile a tutti i ricercatori in questo campo per ulteriori studi<sup>1</sup> – fornisce una buona opportunità per verificare l’accuratezza dello Psychotherapy Process Q-set di Jones (2000).

La valutazione di una seduta di psicoterapia con lo Psychotherapy Process Q-set (PQS) permette di ottenere una descrizione empirica del processo di quella seduta, adatta a un’analisi quantitativa, e fornisce valutazioni sul processo in base alla definizione che di esso fornisce questo strumento. In questo capitolo, presenteremo dapprima un’introduzione sul PQS e illustriamo brevemente l’approccio da seguire per la valutazione di una seduta. Poi, esamineremo la nostra valutazione della Seduta 152 relativa al caso sopramenzionato, e forniremo un resoconto narrativo più dettagliato dell’impressione della seduta nel contesto della nostra valutazione con il PQS.

## LO PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET

Una delle possibili soluzioni al problema dell’accordo tra valutatori (*consensus*) risiede nel tentativo di disciplinare il giudizio clinico comune. Un approccio che consente di ottenere questo obiettivo in modo particolarmente accurato è la metodologia Q-sort (Stephenson, 1953; Block, 1978). La tecnica del Q-sort è una procedura di valutazione che prevede un’ampia gamma di potenziali applicazioni, ma è anche particolarmente adatta per una descrizione qualitativa dei dati. Un Q-sort è costituito da un gruppo di item, ognuno dei quali descrive una caratteristica psicologica o comportamentale significativa di un individuo o di una situazione. Il contenuto specifico degli item dipende dagli specifici obiettivi della ricerca e dalla natura degli individui o delle situazioni oggetto di studio. Non vi sono Q-sort standard; piuttosto, l’obiettivo è fornire un insieme di item che sia in grado di catturare, in modo quanto più possibile comprensivo, le dimensioni principali che determinano la variabilità dei casi presi in esame.

Il PQS (Jones, 2000) è uno strumento di valutazione composto da 100

1. [www.horstkaechele.de](http://www.horstkaechele.de), sezione inglese: tutto su Amalia X

item, che si propone di fornire un linguaggio di base per la descrizione e la classificazione dei processi di un trattamento in una forma adatta all'analisi quantitativa. Esso permette ai clinici che effettuano la valutazione di sistematizzare e rendere esplicito ciò che comunemente rimane sottinteso, implicito e intuitivo, e li aiuta a ottenere descrizioni attendibili dei complessi processi del trattamento. Fornisce inoltre un modello standard che tutti i clinici possono utilizzare per descrivere il materiale sottoposto ad analisi. Lo strumento è progettato per essere applicato alle registrazioni di ogni singola seduta di terapia, che costituisce l'unità di osservazione. L'applicazione della tecnica del Q-sort a una seduta di trattamento nella sua interezza ha il vantaggio di consentire ai giudici di studiare attentamente il materiale, per avere prove che corroborino concettualizzazioni differenti, e valutare il graduale dispiegarsi degli eventi nel loro significato intrinseco alla seduta di terapia.

I 100 item che compongono il PQS rappresentano il risultato di una selezione condotta empiricamente su un pool di alcune centinaia di affermazioni derivate da misure sul processo precedentemente esistenti, oltre a nuovi item costruiti da un gruppo di esperti. Alcune versioni del Q-set sono state testate in una serie di studi pilota, condotti sulle valutazioni di trascritti, video- e audioregistrazioni di sedute di trattamenti psicoterapeutici e psicoanalitici. Ogni item è stato valutato singolarmente rispetto alla sua chiarezza, alla sua rilevanza in psicoterapia e in psicoanalisi, e alle sue implicazioni per l'adeguatezza globale del Q-set. Gli item sono stati ampliati o riscritti in modo sintetico e non gergale, e le espressioni linguistiche ambigue sono state eliminate. Alcuni item sono stati rimossi se mostravano bassa variabilità su un ampio range di soggetti e di sedute di terapia, erano ridondanti, o presentavano bassi livelli di *interrater reliability*. Ogni volta che si rilevava che qualche aspetto del processo terapeutico ritenuto importante non era stato colto o esplicitato dagli item esistenti, venivano eseguite nuove revisioni degli item incompleti, o erano aggiunti item appropriati. Il Q-set è in grado di rilevare un'ampia gamma di fenomeni nell'ambito del processo analitico e terapeutico, tra cui manifestazioni di transfert, resistenze, ricostruzioni, interventi del terapeuta (per esempio, chiarificazioni, interpretazioni), nonché stati affettivi del paziente, come ansia, depressione o altri comportamenti sintomatici. Il linguaggio di base fornito dal Q-set, la scrupolosa definizione degli item, e il suo format strutturato sono tutti elementi utili a guidare i giudizi dei clinici nella direzione di affermazioni misurabili, affidabili.

L'applicazione della metodologia del Q-sort include molte delle operazioni mentali che il clinico compie nel tentativo di analizzare i significati verbali delle comunicazioni tra analista e paziente. Holt (1978) distingue molti tipi di "analisi interne" dei testi verbali che possono essere effettuate durante il ragionamento clinico. Queste analisi implicano: integrare i significati di un contenuto attraverso modalità di selezione e astrazione; raccogliere e riordinare i messaggi verbali esaminando la loro coerenza o

la loro incoerenza interne; interpretare e tradurre il contenuto dei messaggi verbali; osservare le proprie reazioni emotive al messaggio verbale, e differenziare le relazioni causali. La maggior parte di queste operazioni sono implementate nella metodologia-Q. Il clinico, per esempio, tenta di tipizzare e categorizzare il comportamento del paziente; allo stesso modo il Q-sort chiede ai giudici di individuare la forma o il contenuto di una comunicazione e identificarla attraverso un sistema concettuale o una codifica (il Q-sort). Il clinico valuta la frequenza con cui un tipo di evento o un comportamento sono presenti, o la loro intensità; allo stesso modo, il Q-sort richiede ai giudici di sistematizzare in base a un ordine o a una scala la salienza di un particolare aspetto del processo terapeutico. In altri termini, vi è una linea diretta di continuità logica tra le classificazioni qualitative del ragionamento clinico e le valutazioni Q-sort. Il Q-sort, semplicemente, tenta di codificare e sistematizzare i processi inferenziali e i giudizi del clinico. Peraltro, l'analisi causale – la più difficile e controversa da verificare nello studio dei significati verbali – non è un aspetto importante della metodologia del Q-sort, dal momento che non è essenziale nella descrizione e nella costruzione del significato di una data seduta. Quando si fa ricorso a un'affermazione causale, essa è comunemente di tipo interpersonale, piuttosto che costituire il tentativo di spiegare un comportamento del paziente in termini di strutture dinamiche sottostanti o motivazioni inferite. In questo caso, essa è prontamente dedotta dal comportamento diretto, come nell'item: "Nei momenti in cui l'interazione con il paziente è difficile, il terapeuta si impegna nel tentativo di migliorare la relazione". Il PQS è in grado di catturare la peculiarità di ogni seduta di trattamento, permettendo al tempo stesso la valutazione delle somiglianze o delle differenze tra sedute e pazienti. È stato usato in disegni di ricerca che prevedevano il confronto tra gruppi, in cui sono state comparate le valutazioni del Q-sort di gruppi di casi (o sedute) selezionati in base ad alcune specifiche dimensioni di interesse (Jones, Pulos, 1993; Ablon, Jones, 1999, 2002; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006), così come in disegni *single-case* (Jones, Windholz, 1990; Ablon, Jones, 2005). Lo strumento ha mostrato alti livelli di *interrater reliability*, attendibilità degli item e validità concorrente e predittiva in un ampio numero di studi e di campioni di trattamento. L'*interrater reliability*, calcolata correlando i Q-sort di numerosi valutatori su tutti i 100 item dello strumento, varia da 0.83 a 0.89.

#### VALUTARE LE SEDUTE DI UN TRATTAMENTO CON IL PQS

In questo paragrafo daremo un'idea delle indicazioni pratiche di base per effettuare una valutazione con il PQS. Non crediamo che una semplice lettura di questo paragrafo sia sufficiente per la formazione indispensabile all'uso dello strumento; queste nostre considerazioni sono volte semplicemente a

**Tabella 17.1** Distribuzione degli item dello Psychotherapy Process Q-Set.

Classificazione	Numero di item	Categoria
9	5	Estremamente caratteristico
8	8	Decisamente caratteristico
7	12	Abbastanza caratteristico
6	16	Piuttosto caratteristico
5	18	Relativamente neutro
4	16	Piuttosto non caratteristico
3	12	Abbastanza non caratteristico
2	8	Decisamente non caratteristico
1	5	Estremamente non caratteristico

informare il lettore sul modo in cui abbiamo proceduto nel nostro approccio alla valutazione della Seduta 152 del trattamento di Amalia X.<sup>2</sup> Ci muoveremo dunque dall'illustrazione generale del modo in cui si ragiona quando si valuta con il PQS, alla descrizione delle specificità del nostro approccio, e concluderemo fornendo la nostra impressione di questa particolare seduta.

Dopo aver studiato il trascritto di una seduta di trattamento (oppure la video- o audioregistrazione), un osservatore clinico deve ordinare i 100 item del PQS, ognuno stampato separatamente su singole carte in modo da agevolare una prima distribuzione e la successiva ri-distribuzione. Gli item devono essere collocati in nove pile lungo un continuum che va dal meno caratteristico o negativamente saliente (categoria 1) al più caratteristico o saliente (categoria 9). La pila di mezzo (categoria 5) è usata per gli item giudicati neutri o irrilevanti per la specifica seduta da valutare. Questa distribuzione degli item si approssima a una curva normale (vedi tabella 17.1).

Le ragioni che motivano l'utilizzo di una distribuzione fissa, che assomiglia a una curva normale, sono fornite nel dettaglio da Block (1978), ma possono essere sintetizzate brevemente. Primo, la distribuzione fissa elimina taluni bias nella procedura di valutazione; alcuni giudici, per esempio, evitano sistematicamente di dare giudizi estremi, mentre altri li dicotomizzano passando da un estremo all'altro. Secondo, la distribuzione fissa garantisce che i giudici differenzino ripetutamente gli item fra loro. In questo modo, il cosiddetto effetto "alone" – un altro bias comune di risposta – risulta ridotto; vale a dire, i giudici non possono semplicemente mettere insieme tutti gli item positivi o negativi senza fare alcuna distinzione tra loro. Terzo, una distribuzione con item relativamente meno numerosi nelle categorie estreme conferisce maggiore rilievo alle caratteristiche più importanti della descrizione della seduta; gli item posti alle estremità infatti riceveranno il

2. In questo capitolo viene descritta e utilizzata la versione del PQS pubblicata in Jones (2000). Nel 2009, nell'ambito del Massachusetts General Hospital Psychotherapy Research Program, è stata promossa una revisione del PQS, riportata in Appendice a questo volume. [NdC]

maggiore risalto. Infine, se tutti i Q-sort presentano la stessa distribuzione, le analisi statistiche dei dati saranno maggiormente facilitate.

Quando si considera il proprio approccio nella valutazione, è essenziale anche tener conto del fatto che il Q-sort è un metodo ipsativo. I suoi item vengono ordinati all'interno del medesimo caso, da quelli più caratteristici a quelli meno caratteristici della specifica seduta terapeutica presa in esame. La peculiarità di questa procedura è forse meglio compresa se messa a confronto con i metodi di misura normativi più convenzionali, tipici della maggior parte dei test psicologici. Nei metodi di misura normativi, i confronti sono fatti tra gli individui su alcune dimensioni soggette a variabilità. Se, per esempio, abbiamo una scala che misura qualche caratteristica psicologica, come il livello di ansia, gli individui vengono ordinati l'uno rispetto all'altro, oppure rispetto a una variabile criterio. Quindi si potrebbe dire che il paziente A è più ansioso del paziente B, o che il paziente A è tra i più ansiosi che un determinato terapeuta ha trattato. Il metodo ipsativo, invece, non dà indicazioni della misura in cui un individuo si rapporta agli altri o a un criterio (comunque derivato); ciò di cui si tiene conto è il modo in cui le varie dimensioni che devono essere descritte si associano le une alle altre all'interno del caso sottoposto all'indagine. Per esempio, il paziente A ha maggiori capacità di insight piuttosto che essere ansioso? Oppure, ha maggiori capacità di insight piuttosto che di espressione emotiva? È possibile giudicare se, per esempio, all'interno di una specifica seduta, il terapeuta è ricorso maggiormente a interpretazioni delle strategie difensive piuttosto che a interventi di chiarificazione, o ha fatto interpretazioni di transfert più frequenti (o significative) piuttosto che interpretazioni delle difese. Di conseguenza, ogni seduta è descritta da un particolare pattern di dimensioni come, per esempio, gli item del Q-sort.

Ogni item del PQS contiene una descrizione di due termini opposti di un continuum lungo il quale gli item devono essere valutati. È importante osservare che la collocazione nella direzione non caratteristica non è indicativa del fatto che un particolare comportamento o un'esperienza siano irrilevanti. Al contrario, dare una collocazione in senso non caratteristico indica che l'assenza di un item è significativa e importante da cogliere nella descrizione Q-sort della seduta. Molti item hanno specifiche istruzioni che forniscono esemplificazioni utili nella distinzione tra punteggi non caratteristici e neutrali. Per esempio, il Q-item numero 17 descrive un terapeuta che "esercita un controllo attivo sull'interazione (per esempio, strutturando e/o introducendo nuovi argomenti)", se valutato nel range caratteristico. Tuttavia, quando è valutato nel range non caratteristico, l'item indica che il terapeuta "tende a seguire il discorso del paziente, lo aiuta a seguire il corso dei suoi pensieri". Solo se l'item fosse irrilevante per la descrizione della seduta dovrebbe essere collocato nel range neutrale.

I giudici valutano la frequenza, l'intensità e l'importanza stimata – o salienza – di ciascuna delle 100 affermazioni. Un manuale di codifica (Jones, 2000)

illustra le istruzioni dettagliate per la valutazione-Q e fornisce gli item e le loro definizioni, corredate da esemplificazioni cliniche, al fine di minimizzare la potenziale variabilità delle loro interpretazioni. I Q-item stessi sono ancorati, per quanto possibile, a elementi comportamentali o linguistici che possono essere identificati nelle registrazioni/trascrizioni delle sedute, e i termini più astratti sono stati accuratamente evitati. Per esempio, ai giudici non viene chiesto di identificare la presenza o l'assenza di un meccanismo di difesa nel paziente. Il termine "meccanismo di difesa" connota un tipo di funzionamento mentale; esso è un concetto relativamente astratto ed è spesso difficile per i clinici essere d'accordo sulla presenza o l'assenza di un particolare "meccanismo". Ai giudici, invece, viene chiesto di rilevare se il terapeuta *fa* oppure no un'interpretazione delle difese. Gli item sono connessi al comportamento effettivo di paziente e terapeuta, che può essere identificato in un trascritto o nella registrazione di una seduta. I giudici sono formati per rintracciare queste evidenze specifiche.

Nella valutazione, ai giudici viene chiesto di assumere la posizione di un "altro generalizzato", per esempio un osservatore posto a distanza intermedia tra paziente e terapeuta e che guarda la loro interazione dall'esterno. Nel collocare ogni item, il giudice è istruito a chiedersi: questo atteggiamento, comportamento o esperienza sono chiaramente presenti (o assenti)? Se l'evidenza non è certa, al giudice viene chiesto di cercare una prova specifica della misura in cui una tale caratteristica è presente o assente. Dato che gli item non sono strettamente connessi a particolari costrutti teorici, bensì a concettualizzazioni del *processo* psicoanalitico o terapeutico, l'influenza della teoria di riferimento degli osservatori sulle loro descrizioni del processo è sottoposta a controllo all'interno della cornice fornita dal Q-set. Malgrado le inferenze siano qualche volta necessarie per alcuni item, esse derivano dal comportamento osservabile, piuttosto che dalla prospettiva teorica degli osservatori. Pertanto, il vantaggio del PQS è che esso descrive ciò che realmente accade o non accade in una seduta di trattamento, e non ciò che si allinea più coerentemente a una serie di approcci teorici o tecniche di intervento. Dalle valutazioni apprendiamo ciò che accade realmente nelle sedute di un trattamento, piuttosto che ciò che un terapeuta o un analista credono che dovrebbe accadere, tenendo conto dell'aderenza alla loro teoria di preferenza. Non importa quale sia l'orientamento teorico, se psicoanalitico, cognitivo-comportamentale o interpersonale; quando si valuta, è importante tenere sotto controllo le preferenze teoriche personali. I valutatori possono "imbattersi" in sedute di psicoterapia di tutti gli orientamenti, pertanto chiediamo loro di prendere in considerazione solo gli elementi comportamentali o verbali/linguistici di una seduta come materiale di analisi; ciò nell'interesse di valutazioni imparziali ed empiricamente fondate.

Durante o dopo avere letto, ascoltato o visionato una seduta, ne rileviamo il contenuto principale ma sottolineiamo in massima parte il processo della seduta, ricordando che il PQS è stato creato per aiutare i clinici e i ricercatori

a descrivere le variabili fondamentali del processo. Mentre leggiamo, ascoltiamo o vediamo le sedute, è utile prendere qualche appunto che faciliti la successiva valutazione. Riteniamo che questo metodo sia utile per riassumere la seduta dopo averla letta (o ascoltata o vista). Ancora una volta, mettiamo in evidenza le variabili di processo oltre a rilevare i contenuti della seduta, in modo tale da ricostruirla attraverso la rappresentazione/descrizione di essa. Per esempio, sottolineiamo gli aspetti riconducibili ai contributi del paziente (P) e del terapeuta (A), così come all'interazione (P-A) che abbiamo osservato. Tra i diversi elementi che il PQS valuta, osserviamo chi inizia o esercita un controllo nel corso della seduta; qual è l'affetto prevalente del paziente e se il terapeuta fa dei commenti su questi aspetti nella seduta; quali interventi specifici del terapeuta sono presenti o assenti; se percepiamo che il terapeuta comprende in modo profondo il processo terapeutico; se il dialogo tra paziente e analista ha un focus specifico; se il paziente oppone resistenza alle sollecitazioni del terapeuta di lavorare nella seduta; in quale modo il paziente e il terapeuta reagiscono o interagiscono reciprocamente. Consideriamo anche altri aspetti quali: dopo un'interpretazione, P risponde approfondendo il materiale emerso, resta in silenzio, o manifesta, come conseguenza dell'intervento di A, un aumento delle strategie di autodifesa o di ritiro? In che modo procede A di fronte al fatto che P appare sempre più riluttante a elaborare taluni contenuti o appare confuso? A modifica il suo stile per adattarsi a P, oppure continua a formulare interventi nella sua modalità preferenziale? La seduta sembra diventare più profonda, o evolversi in maniera produttiva? Ciò si verifica per una particolare connessione di P con A, oppure perché P manifesta qualche risorsa, o è un momento in cui sembra indipendente dal legame con A nella seduta? Vi sono elementi che suggeriscono che P si sia sentito aiutato da A in questa particolare seduta?

Tenendo conto di questi aspetti associati agli item del PQS, ci focalizzeremo solo sulla seduta presa in considerazione. Se, in qualità di valutatori, abbiamo familiarità con altre sedute dello stesso trattamento, cerchiamo di mettere da parte queste conoscenze e i dati a disposizione dai criteri della nostra valutazione immediata. Naturalmente, come valutatori, siamo all'oscuro dell'ordine temporale delle sedute o della loro collocazione nel corso di un trattamento esteso. Cerchiamo di essere consapevoli delle nostre risposte soggettive ad A e a P e, mentre valutiamo, di separare queste reazioni dalle considerazioni che facciamo dei dati oggettivi. Abbiamo riscontrato, infatti, che le reazioni affettive dei valutatori verso gli analisti devono essere attentamente automonitorate, poiché esse hanno l'effetto potenziale di distorcere le valutazioni.

Quando si applica la procedura di valutazione del PQS, il rater può scegliere tra la versione cartacea o quella elettronica dello strumento, che sono state tradotte in tedesco, giapponese (Ablon, Goodrich, Forward et al., 2004), norvegese, italiano, portoghese e spagnolo, dalla forma originaria inglese. La versione elettronica è generalmente considerata la più agevole e vantag-

giosa (e riduce anche il lavoro di inserimento dei dati nel database, così come eventuali errori), ma alcuni valutatori preferiscono vedere e “sentire” gli item scritti sulle carte, che vengono progressivamente distribuiti nelle pile che vanno da 1 a 9. Per coloro che procedono con il cartaceo, la distribuzione iniziale degli item, che segue la lettura della seduta presa in considerazione, consiste nel collocare gli item in una delle tre pile – estremamente caratteristico e saliente, neutro, estremamente non caratteristico e non saliente. Dopo questa distribuzione iniziale, gli item vengono successivamente collocati nelle pile specifiche, che vanno da 1 a 9, sulla base all’idea che il rater si è fatto di quanto ciascun item sia caratteristico e saliente nella seduta. Se viene utilizzata la versione elettronica, il valutatore può procedere in un modo simile, collocando in uno dei tre gruppi gli item che successivamente vengono ridistribuiti nelle nove categorie. Una volta che i valutatori sono diventati più esperti nell’uso dello strumento, alcuni preferiscono collocare gli item direttamente nelle pile esatte e poi, in un secondo tempo, fare gli spostamenti necessari secondo le regole della distribuzione fissa del Q-sort. Il numero di item contenuto in ogni pila è visibile nel foglio elettronico Excel. Quando un rater ha rivisto e completato la sua valutazione, fa una stima delle proprie valutazioni prendendo in considerazione gli item delle pile più estreme (1, 9), rinarrando la storia della seduta con i dieci item selezionati e decidendo se la “storia” della seduta, così come è raccontata da questi item, è aderente all’impressione definitiva della seduta che il rater si è fatto.

Tutte le nostre sedute sono valutate da due rater indipendenti, formati dal primo degli autori di questo capitolo. La *reliability* delle valutazioni è calcolata successivamente, e queste valutazioni possono essere accettate a scopo di ricerca solo se correlano a un livello superiore a 0.5. Generalmente, consideriamo e preferiamo un’attendibilità ben superiore a 0.5, eccetto per sedute molto difficili. Quando l’attendibilità tra due rater su una determinata seduta non è raggiunta, viene “ingaggiato” un terzo rater esperto perché invii la sua valutazione, in modo tale da ottenere l’attendibilità con uno dei rater che hanno valutato inizialmente la seduta. Poi, viene calcolata la media per item delle due valutazioni affidabili, al fine di creare un’unica valutazione da utilizzare nella ricerca. È questo gruppo di punteggi medi per ciascun item che viene usato in tutte le analisi dei dati successive.

## LA SEDUTA 152 DEL TRATTAMENTO DI AMALIA X

### IMPRESSIONE TEMATICA DI UNA SEDUTA

La nostra prima impressione della Seduta 152 del trattamento analitico di Amalia X è che il dialogo è complesso, le associazioni molto personali, e molto intimo lo scambio tra paziente e analista, che hanno sviluppato un’ec-

cellente alleanza terapeutica. In effetti, questa è una seduta che richiede più di una lettura per avere una maggiore sicurezza della propria valutazione. Ci è sembrato, in questa esperienza di valutazione, di “entrare” in un mondo privato di significati diadici condivisi, il che richiede una particolare attenzione al processo. Vi sono, per esempio, momenti in cui la paziente oppone inizialmente resistenza a un’interpretazione, seguita semplicemente da uno spostamento di attenzione da parte di A, o da P che approfondisce il dialogo. Abbiamo dovuto essere sicuri di seguire attentamente il processo di questa particolare seduta a causa di veloci recuperi e approfondimenti del lavoro analitico, che la rendono particolarmente intensa e positiva; in altre parole, la seduta raggiunge il suo obiettivo di esplorare profondamente i sentimenti inconsci di P su A.

Le valutazioni (vedi le tabelle 17.2 e 17.3) riflettono le nostre impressioni, ottenute in modo indipendente, per cui sia P sia A sono entrambi collaborativi nella seduta e portano entrambi contributi significativi al processo. Rileviamo che la psresentazione di un sogno di P (Q90) stimoli il processo della seduta. Vi è una maggiore enfasi da parte di A nel condurre P a esplorare il proprio inconscio (Q67, Q89) e, soprattutto, non ci sono tentativi di differenziare realtà e fantasie insieme a P (Q68). Sebbene P mostri alcune resistenze in taluni momenti, appare coinvolta nell’attività complementare del lavoro analitico, volto ad accedere alle sue associazioni inconscie (Q97) nel contesto della relazione terapeutica (Q98), nel transfert. P è abbastanza attiva e dà inizio alla seduta (Q15), e gli interventi di A sono tentativi di facilitare il discorso di P (Q3) con un senso di accettazione non giudicante (Q18).

Rileviamo che il processo della seduta procede bene poiché l’empatia di A (Q6) rispecchia una comprensione di P a un livello più profondo, inconscio, che le permette di essere perfettamente in contatto per la maggior parte del tempo con i suoi sentimenti minacciosi e inaccettabili (Q50). Poiché P si sente compresa da A (Q14), questo item (P non si sente compreso da A) è valutato come estremamente non caratteristico. Per l’empatia di A e la sua abilità di comprendere P, P affronta di sua iniziativa gli argomenti della seduta (Q15), per cui anche questo item si colloca tra quelli estremamente non caratteristici. Un’altra variabile di processo fondamentale ed estremamente caratteristica è che A percepisce in modo accurato il processo terapeutico (Q28). Egli lascia a P un po’ di spazio per opporre resistenza, ma al contempo le chiede di esplorare il suo inconscio. Questa flessibilità porta a un approfondimento delle associazioni e a un’esplorazione sempre più intima del transfert. I sentimenti o le percezioni di P sono associati anche a esperienze della sua infanzia (Q92), il che aiuta P ad andare avanti nello scandagliare il suo inconscio. A nostro giudizio, P è capace di procedere in questo modo per la capacità di A di comprendere il significato delle sue associazioni, cosa che lei sperimenta come una disposizione empatica di A.

**Tabella 17.2** Item del PQS più caratteristici della Seduta 152 di Amalia X.

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta
Item 90: I sogni o le fantasie del paziente sono argomento della seduta	9	<p>P: Um-hmm. (pausa di 2 minuti) (sospirando) la notte scorsa ho fatto un sogno, verso mattina, mentre la sveglia suonava venivo uccisa con un pugnale</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Ma è stato una specie di, come nei film – dovevo restare sdraiata con la faccia rivolta verso il basso per molto tempo, e avevo il pugnale conficcato nella schiena e, poi accorrevano così tante persone, – e, non sono più esattamente sicura, ma dovevo mantenere le mani perfettamente ferme, in qualche modo//</p> <p>A: Um-hum</p>
Item 3: Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente	9	<p>P: Era molto imbarazzante per me che la gonna si fosse sollevata così tanto dietro</p> <p>A: Um-hum</p> <p>P: E a quel punto è arrivato un mio collega, che potevo facilmente vedere che proveniva da *5,382, che era la mia prima posizione, e lui ha estratto il pugnale dalla mia schiena. e ricordo (p. 1) che era come un souvenir. e poi si è avvicinata una giovane coppia, – ricordo soltanto che lui era un Negro. e mi hanno tagliato i capelli e credo volessero davvero farne una parrucca. E questa mi sembrava davvero una cosa terribile. li avevano appena tirati giù tutti e poi hanno cominciato proprio a tagliarli. e, poi mi sono alzata – e sono andata dal parrucchiere. E avevo ancora//ero</p> <p>A: Quindi lei è riuscita ad alzarsi dopo tutto, + quando voleva andare dal parrucchiere, ah</p>
Item 67: Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconsci da cui il paziente si difende	9	<p>A: E poi si sarebbe rassicurata, sul fatto che poi avrebbe, almeno saputo, che, uh, io, uh, come devo dirlo, che io l'ho tenuto – o l'ho tenuto stretto, che, uh, io sono stato capace di prenderlo, che lei, uh, che lei, uh, um, che sono riuscito a uscirne fuori integro. perché lei, da qualche parte, ha questa preoccupazione, che io non sarei in grado di prenderlo. Lui è, lui è forte abbastanza? Che lui, uh -</p> <p>P: No, non è questo ciò che io speravo</p> <p>A: Che lui, bene, che non accadrà niente, che lei non sarà –</p> <p>P: No, non lo trovo corretto</p> <p>A: Um, che lei non mi trascinerà anche in questo</p> <p>P: In questo delirio, intende dire, della mia mente</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm</p> <p>In questo esempio, la paziente non accetta l'interpretazione del terapeuta. Tuttavia, l'item è valutato sulla base del fatto che il terapeuta fa un'interpretazione sia che la paziente la accetti sia che no</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
Item 98: La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione	9	<p>A: Um-hmm, anche, potrebbe – P: Potrebbe A: Forse anche l'essere seduto dietro di lei, – e dire sbagliato, sbagliato P: Oh, sa, qualche volta – io ho la sensazione – io vorrei correre verso di lei, afferrarla per il collo, e stringerlo così stretto, e poi – A: Hm P: Poi penso, lui non sarebbe in grado di sopportarlo, tutto a un tratto cadrebbe a terra morto A: Hm. P: E poi io la vedo, in qualche modo – anche bruciare, o, o, non riesco a trovare le parole per dirlo, non lo so. quello che vedo o sento poi</p>
Item 18: Il terapeuta trasmette un'accettazione non giudicante	8,5	<p>A: Non riesco a sopportarlo che io, uh P: Giusto A: Non posso sopportare, non si può sopportare, e P: Esatto, il fatto che la afferri per il collo, esatto A: Um-hmm P: ... e così lei potrebbe mantenere i suoi dogmi/ convinzioni A: Sì P: Ma io non vorrei, lottare veramente contro di lei A: Um-hmm. P: è vero. // o tirarle il collo A: Sì, ma allora lei non alimenterebbe i miei, i miei dogmi/convinzioni con i suoi, vero? P: No + Sarei contro il nemico di nuovo, non è vero A: O non si avvicinerebbe ai miei + non si avvicinerebbe ai miei P: Mi piacerebbe averne due! Di lati. proprio come prima A: Si avvicinerebbe ai miei (dogmi), con queste incursioni nella mente le sue incursioni nella mia mente, nella mia testa...</p>
Item 6: Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico	8	<p>A: Naturalmente. ma come per prendere le distanze. Ma la prima cosa è sapere, se qualcosa si sta per rompere, o potrebbe rompersi, o se questa cosa, uh, questa cosa sarà in grado di sopportarlo. o qualora un ramo si rompesse, si staccasse, esatto, in qualche modo c'è una sensazione – forse misto anche a questo, che le piacerebbe prendere qualcosa con lei, che le piacerebbe staccare un ramo P: Sì A: Staccarne un pezzo P: Sì, il suo collo A: Il mio collo? Mm-mm. la mia testa P: Mm, um-hmm</p>
Item 28: Il terapeuta percepisce in modo accurato il processo terapeutico	7,5	<p>A: Um-hmm. P: È una cosa che mi preoccupa spesso, la sua testa A: Vuole continuare a pensarci? È preoccupata spesso della mia testa, davvero spesso?</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
<p>Item 50: Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione)</p>	8	<p>P: Sì, sì, incredibilmente spesso</p> <p>Qui, il terapeuta fa una interpretazione che è accettata dalla paziente come accurata e significativa per lei. Analista e paziente esplorano insieme il significato della sua fantasia, e il terapeuta si adatta coerentemente alle mutevoli esigenze della paziente e al processo, così come si sviluppa tra loro. Questo è solo un esempio della salienza della percezione che il terapeuta ha del processo terapeutico nel corso della seduta</p> <hr/> <p>A: Che cosa è stato un momento fa che le è venuto in mente sul suo sogno</p> <p>P: Oh, merda</p> <p>A: Una cosa che non voleva dire? per favore?</p> <p>hmm?</p> <p>P: oh solo qualcosa o altro, che potrebbe essere in un libro +. ///</p> <p>A: Qualcosa su, su. +</p> <p>P: Qualcosa o altro, che potrebbe essere in qualche libro di testo</p> <p>A: Bene, che cos'è allora?</p> <p>P: (ride) Lo sa alla perfezione</p> <p>A: No, no, no</p> <p>P: No, di certo non vorrebbe sapere che tipo di libri di testo leggo</p> <p>A: Hmm hmm</p> <p>In questo esempio, il terapeuta richiama l'attenzione della paziente su sentimenti inaccettabili. La paziente oppone resistenza, ma l'item viene valutato solo in base al tentativo del terapeuta di incoraggiare la paziente a prestare attenzione ai suoi sentimenti inaccettabili</p>
<p>Item 92: Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato</p>	8	<p>A: Sì, sì, mm-hmm. bene vede io penso che sia una cosa molto buona, che lei possa ridere, e uh, persino che lei possa prendere l'idea da me – non uh, ridere anche, cosa che non sarebbe bene – cosa che non è bene, ridere. questo è il motivo per cui ho uh – davvero detto, ho detto, io non rido abbastanza</p> <p>P: Quindi è proprio così</p> <p>A: E io penso veramente, che io non rida abbastanza. uh, – e uh – suo padre non rideva abbastanza</p> <p>P: Lui non ride proprio</p> <p>A: E così, lei ha un modello negativo, uh –</p> <p>P: Il massimo che mio padre fa è sorridere</p> <p>A: Giusto</p> <p>P: Lui ride quando io non posso ridere</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Ma almeno – come una regola questo è il modo in cui è</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Cioè, quando lui ride, io non mi sento più così. Io sento come qualcosa, ma che...</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni tratte dalla seduta (continua)
		<p>P: Questa è una paura molto antica, che lei non sarebbe in grado di sopportare, dopo tutto mio padre non poteva mai sopportare niente</p> <p>A: Sì</p> <p>P: Lei non crederebbe quanto debole fosse mio padre</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Non riusciva a sopportare niente</p> <p>A: Ma allora questo rende ancora più importante scoprire se la mia testa è ancora davvero dura perché ciò accresce – uh, quanto forte possa essere la sua presa. Perché se la testa è dura, allora dovrebbe essere ancora – infatti dovrebbe essere più facile, più facile, da raggiungere – per scoprire, esattamente quanto dura essa realmente sia, vede...</p>

**Tabella 17.3** Item del PQS meno caratteristici della Seduta 152 di Amalia X.

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta
Item 89: Il terapeuta agisce per rafforzare le difese del paziente	1	<p>A: Sì, sì, e l'afferrare era il anche il problema con – con lei, l'afferrarmi per il collo, giusto</p> <p>P: Sì</p> <p>A: E come io non sarei stato in grado di sopportarlo giusto?</p> <p>P: Sì, avevo paura di questo</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm</p> <p>P: Questa è una paura molto antica, che lei non sarebbe stato capace di sopportarlo, dopo tutto mio padre non poteva sopportare proprio niente</p> <p>A: Sì</p>
Item 14: Il paziente non si sente compreso dal terapeuta	1,5	<p>P: Lei non può immaginare quanto debole fosse mio padre</p> <p>A: Um-hmm</p> <p>P: Non poteva sopportare niente</p> <p>A: Ma allora questo rende ancora più importante scoprire se la mia testa è ancora davvero molto resistente perché ciò accresce – uh, quanto forte può essere la sua presa. Perché se la testa è resistente, allora dovrebbe essere ancora – infatti dovrebbe essere più facile, più facile, ottenere – scoprire, esattamente quanto resistente essa realmente sia, capisce</p> <p>P: Sì, e lei può afferrare più forte, e</p> <p>A: Esattamente</p> <p>P: Giusto</p> <p>A: Um-hmm, um-hmm, um-hmm</p> <p>P: E combattere meglio, fino al coltello</p> <p>A: Giusto, e allora ci sarebbe qualcosa di positivo, si potrebbe dire, in quel dogmatismo –</p> <p>P: Esatto</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
		<p>A: Qualcosa che si può acquisire da esso. vale a dire, che non è così facile – da rovesciare. che si tiene saldo a qualcosa di giusto</p> <p>P: Esatto. che si tiene saldo</p> <p>Qui, l'interpretazione del terapeuta è finalizzata a spingere la paziente al di là dell'intellettualizzazione. È evidente che la paziente si sente compresa attraverso questa interpretazione perché la accetta come accurata e significativa per lei. Il fatto che il terapeuta proponga ripetutamente le interpretazioni che sono accettate dalla paziente come significative mostra la salienza della comprensione che il terapeuta ha del processo terapeutico (item 28, valutato 9)</p>
<p>Item 15: Il paziente non affronta di sua iniziativa gli argomenti: è passivo</p>	1	<p>A: E in capo a tutto nel sogno lei è stata pugnalata, così uh, – lei è morta o non è morta.</p> <p>P: Ma questo è anche troppo, proprio adesso</p> <p>A: Um-hmm. Um-hmm</p> <p>P: Nulla è divertente per me. Tutto quello che faccio ora è solo meccanico. Persino la scuola non è realmente coinvolgente, è solo un'attività meccanica. O quando sono da qualche parte, mi comporto come se fossi tutta eccitata. Bè eccitata è un po' un'esagerazione ma, almeno ././// c'è sempre qualcuno che osserva e censura questo e dice/// che ciò che è sbagliato è solo tutto sbagliato (50 secondi di pausa) al momento io vorrei credere che nulla ha senso. Prima avrei creduto che due più due fa quattro</p> <p>In questo esempio, la paziente prende coscienza e, di propria iniziativa, sviluppa questa acquisizione più in profondità. Questo impegno attivo e l'esplorazione autodiretta sono caratteristici della paziente per tutta la seduta</p>
<p>Item 68: Vengono attivamente differenziati i significati reali vs fantastici</p>	1,5	<p>A: Allora, uh potrebbe avere effettivamente quello che vuole, avere il coltello, e uh, essere anche capace di entrare veramente dentro di lei. in modo da tirare fuori qualcosa che vorrebbe, o tirare fuori di più.</p> <p>P: Esatto e non – fino a ora ho sempre pensato che questo sarebbe stato possibile, in una certa misura.</p> <p>A: Um-hmm.</p>
<p>Item 90: I sogni o le fantasie del paziente sono argomento della seduta</p>		<p>P: Ma da domenica assolutamente niente è stato più possibile</p> <p>A: Bene, perché da domenica lei sta facendo uno sforzo particolare, uh non, – uh uh entrare, qui dentro. non afferrarmi per il collo e uh, – e provare uh – a –</p> <p>P: Misurare quanto sia resistente la mia testa</p> <p>A: Misurarla, prenderla nella sua mano, e uh – prendere quello che c'è dentro, lì e –</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
		<p>A: Per, per verificare la resistenza della mia testa, per vedere soltanto quale sia la dimensione giusta per un buco, grande o piccolo</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Ma le piacerebbe farne uno grande</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: E avere un facile accesso</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Le piacerebbe accedere senza difficoltà, con la mano, uh per poter toccare realmente che cosa c'è lì, non soltanto vederlo con i suoi occhi. con i suoi occhi lei in ogni caso non vede bene se un buco è troppo piccolo o no. con i suoi occhi lei vede poco niente se è solo un piccolo buco giusto. quindi uh, credo che le piacerebbe farne uno piuttosto grande uh - .</p> <p>P: Mi piacerebbe anche poter fare, una passeggiata nella sua testa</p> <p>A: Esatto, Um-hmm</p> <p>P: Mi piacerebbe! che</p> <p>A: Sì, um-hmm</p> <p>P: E mi piacerebbe anche sedermi su una panchina</p> <p>A: Giusto giusto</p> <p>In entrambi questi esempi, il terapeuta sceglie di seguire la fantasia della paziente. Il terapeuta aiuta la paziente a dare un senso alle sue fantasie piuttosto che introdurre la realtà nella seduta, cosa che un terapeuta potrebbe fare con un paziente con un esame di realtà meno intatto. Questi sono solo due esempi dell'approccio che il terapeuta adotta nel corso di tutta la seduta</p>
<p>Item 9: Il terapeuta è freddo, distaccato (<i>vs</i> sollecito ed emotivamente coinvolto)</p>	<p>1</p>	<p>P: Io avevo già parlato di questa cosa che sa, mercoledì</p> <p>A: Um-hmm. E in questo modo anche, in questo modo l'intensificarsi della sua idea di entrare in convento sarebbe un modo di sfidarmi a una lotta.</p> <p>P: Um-hmm</p> <p>A: Per una lotta, uh nella quale si sarebbe impadronita di troppe cose, e non solo avrebbe tenuto per sé tentando di capire quanto, quanto</p> <p>P: Sì.</p> <p>A: Quanto potessi prendere ma in che cosa finalmente! io potessi anche avere una possibilità! - per mostrare in una lotta proprio ora! che per me la cosa più importante è che lei non vada in convento</p> <p>P: A mia madre</p> <p>A: Ma sono conservati per la vita in questo mondo</p> <p>P: Beh, sì, forse. Non lo so</p> <p>A: Resti qui con noi in modo che possa anche comunicarmi le sue idee, che possa riempire la mia testa con i miei con i suoi pensieri e</p> <p>P: Oh vedo</p>

Item	Valutazione	Esemplificazioni della salienza tratte dalla seduta (continua)
Item 52: Il paziente fa affidamento sul terapeuta per risolvere i propri problemi	1	<p>A: E, e può comunicarmi davvero uh - proficue, idee proficue</p> <p>Questo è l'esempio più chiaro del materiale della seduta che prova la partecipazione affettiva del terapeuta per il tono enfatico nel trascritto. Comunque, è nostra opinione che la responsabilità e il coinvolgimento affettivo del terapeuta siano altamente salienti in tutta la seduta</p> <hr/> <p>P: Questo già mi affascina. E cosa c'è dentro anche</p> <p>A: Sì, sì, se lei lo conserva per sé, se – rimane lì e lei, uh, il...</p> <p>P: Sì</p> <p>A: Sì, se lei lo conserva per sé, se – rimane lì e lei, uh, allora è questo, lei non ce l'ha. Lui lo porta con sé, allora è, uh ...</p> <p>P: Allora è sbagliato</p> <p>A: È sbagliato, esatto. E allora, uh – allora il convento è una via d'uscita, giusto. Ma solo una via d'uscita, ecco tutto</p> <p>P: Un'altra testa</p> <p>A: In quel caso sì, e allora – lei potrebbe non aver preso quello</p> <p>P: No</p> <p>A: Cosa – le piacerebbe portare con lei, non lasciare</p> <p>P: Ciò che mi piacerebbe ancora più di tutto è entrarci dentro</p> <p>A: Hmm. Entrarci dentro?</p> <p>P: Voglio ancora</p> <p>A: O mettere dentro?</p> <p>P: Entrarci dentro, entrarci dentro</p> <p>A: Entrarci dentro, ok, um-hmm</p> <p>P: Vede? questo è così difficile da dire di fronte a un centinaio di occhi</p> <p>A: Sì</p> <p>P: Credo – cosa potrei far uscire entrando dentro</p> <p>Per tutta la seduta, la paziente lavora strenuamente in collaborazione con il terapeuta per scoprire il significato personale del suo sogno. Si tratta di una seduta in cui lo sforzo costante della paziente è molto caratteristico, saliente e assoluto nella seduta. Non esistono elementi linguistici o comportamentali che suggeriscano che la paziente voglia che il terapeuta risolva i suoi problemi per lei</p>

## STRUTTURE DI INTERAZIONE

L'analisi fattoriale di molte sedute di trattamento valutate con il PQS può premetterci di identificare le strutture di interazione – processi specifici di ogni diade paziente-analista, a basso tasso di cambiamento, che si ripetono e si influenzano reciprocamente, ma che spesso sono associati all'esito positivo o negativo del trattamento. Tuttavia, nel caso della Seduta 152 di Amalia X, noi disponiamo solo di una valutazione in un dato momento. Di seguito, discuteremo un esempio di ciò che si può immaginare sia in questo caso una struttura di interazione ripetitiva che, a nostro giudizio, sembra contribuire a che P si senta aiutata in questa seduta e, soprattutto, che suggerisce l'indicazione di un outcome positivo, supponendo che questa interazione si ripeta per tutto il corso del trattamento e sia riconosciuta e compresa da A e P congiuntamente. All'inizio della seduta, P esamina un sogno che ha portato ad A e poi fa delle associazioni sugli elementi del sogno, parlando inizialmente a se stessa:

P: È stata opera del demonio, in una classe di tedesco tu non hai fornito nessuna considerazione davvero autentica. tu insegni inglese e scienze naturali. Tu hai così poco a che fare con questo per quanto sia possibile. // come dieci anni fa. perché è //? - Non lo so o //? In qualche modo non mi interessa. - e che, intendo dire realmente, non è normale per me. non avere più paura di niente.

A: Come nel sogno?

P: Sì. Sì, esatto, ha capito! in qualche modo. mi sembra come - beh, si è arrivati al punto in cui, nella mia mente io sto considerando - hm - che a volte, in questi ultimi giorni, io in realtà considero in quale convento dovrei andare. Sembra così idiota, e non va affatto bene quando lo dico a me stessa.

A: Um-hmm.

P: Sono davvero contenta di essere a scuola la mattina. li semplicemente non ho tempo per cose del genere. - in qualche modo mi proteggo da questo con la mia routine, ma - ovviamente anche con il rimuginare, ma appena comincio a pensare, sembra che tutto diventi confuso. Non lo so, davvero non lo so. quindi penso, sono pazza e poi penso, ho sensi di colpa e poi penso, io uh. questi ultimi, - sei anni, non ho assolutamente //. Non lo so, è tutto così lontano. tutto a un tratto.

A: Che cosa è stato un momento fa che le è venuto in mente sul suo sogno.

P: Oh, merda.

A : Che cosa non voleva dire? Per favore? Hmm?

P : Oh solo una cosa o un'altra, che potrebbe essere in un + libro. ///

A : Su, su. +

P: Una cosa o l'altra, che potrebbe essere in qualche libro di testo.

A: Bene, che cos'è allora?

P: (*ridendo*) Lo sa perfettamente.

A: No, no, no.

P: No, di certo non sa che tipo di libri ho letto.

A: Hmm, hmm.

P: Oddio. No, mi sento talmente schifata.

A: Hm. (*18 secondi di pausa*)

- P: Così, ora lei pensa che – che il sogno mi porti da qualche parte?
- A: Beh, c'è sicuramente + un, un' uh, hm – immobilità, a. – si stava solo, lamentando del fatto che non stesse andando da nessuna parte, che, uh – beh, questa è già l'immagine nel sogno.
- P: Uh +, ma alla fine mi sono alzata.
- A: Sì. +
- P: Come le dicevo, una bambola paffuta.
- A: Ma è andata dal parrucchiere.
- P: Come una sorta di bambola paffuta.
- A: Hm.
- P: Che appena si scrolla tutto via, e va dal parrucchiere non può pensare a qualcosa di meglio da fare, né ad andare dalla polizia, sebbene non sia sicura. Penso che lì ci siano i poliziotti. da un lato era come un set cinematografico + e dall'altro lato c'erano quelli.
- A: Giusto. +
- P: Strade assolutamente reali!, nella realtà. allora, sento la gente che si avvicina e fissa con lo sguardo inebetito. È solo che ora non posso fare nessun'altra cosa. Sono bloccata sempre più in profondità. e che // essere. e prima è stata la sveglia, e ora è la macchina, e si continua ad andare in quel modo.

Quello che accade qui è che P sta parlando della sua vita a scuola come insegnante quando A suggerisce che la sua esperienza nel sogno è come la sua esperienza reale di insegnante. P è d'accordo e continua a parlare; il commento non giudicante di A (Q18) facilita l'esplorazione successiva di P (Q3). Inaspettatamente, a un certo punto A chiede a P di ricordare un pensiero precedente che aveva evitato (Q50) e P è riluttante a parlare ed esplorare (Q58). Poi, adatta il suo approccio (Q47) e permette a P di opporre resistenza ma, dopo un silenzio di 18 secondi, P comincia di sua iniziativa (Q15) a esplorare un altro argomento, portando materiale significativo (Q88). Il fatto che P si impegni con A nel prendere in considerazione un altro argomento, che mostra la ripresa di un'esplorazione condivisa dell'inconscio di P, suggerisce che A ha compreso il processo terapeutico per la paziente in questa seduta (Q28). Si presume che A affronterà opportunamente le resistenze di P in un'altra fase del trattamento, ma di questo non bisogna tenere conto nella valutazione del processo di questa seduta.

Questo insieme di variabili di processo di A e P si ripete in altri momenti e mostra di essere costruttivo per la diade analitica in questa seduta. Essa infatti diventa più profonda nel tempo, in quanto P rileva maggiori aspetti di sé e accetta gli interventi interpretativi di A nel contesto della relazione transferale. Possiamo solo ipotizzare che ciò potrebbe essere accaduto se A avesse portato più puntualmente l'attenzione di P sul fatto che lei stava evitando alcuni sentimenti o pensieri inaccettabili, ma sappiamo empiricamente che la flessibilità di A ha aiutato P a sentirsi abbastanza sicura da poter seguire le sue precedenti fantasie inconscie su A. L'aggressività, l'invidia e l'avidità di P, associate a paure e pensieri di fuga, emergono successivamente

nel corso della seduta. Ipotizziamo che l'analisi fattoriale di un ampio numero di sedute del trattamento di Amalia X potrebbe rivelare che gli item sopradescritti si raggruppano insieme per tutto il trattamento, e che l'analisi delle serie temporali potrebbe dimostrare empiricamente che l'esperienza, il riconoscimento e la comprensione di questo pattern di interazione sono correlati a un buon outcome. In questa specifica seduta, non abbiamo rilevato una struttura di interazione negativa che riflettesse un processo poco produttivo e fosse associata a un esito sfavorevole.

#### VALUTARE UN PROCESSO ANALITICO

Ablon e Jones (2005) hanno messo a punto un prototipo di processo psicoanalitico ideale usando le valutazioni PQS fatte da esperti. Impiegando campioni multipli di trattamento è stato dimostrato che questo prototipo può essere applicato alle valutazioni di sedute effettuate da osservatori esterni al fine di valutare in che misura sia stato promosso il processo analitico. Come ci aspettavamo, la seduta di trattamento che abbiamo analizzato fin qui – la Seduta 152 del caso di Amalia X – mostra una forte correlazione con il Prototipo Analitico, pari a 0.65, sebbene abbiamo riscontrato che spesso i processi di trattamento non aderiscono perfettamente all'“etichetta” con la quale vengono definiti (*Brand name*). In questo caso, la correlazione con il prototipo ideale del processo psicoanalitico conferma che A e P insieme hanno sviluppato un processo analitico molto forte nel corso di tutto il trattamento. Poter misurare il grado in cui un processo analitico è promosso in un trattamento ha notevoli implicazioni per la formazione, l'accreditamento di specifiche qualifiche, o la ricerca. La tabella 17.4 contiene i venti item più caratteristici del prototipo psicoanalitico ideale e, accanto, mostra i punteggi medi della nostra valutazione, relativi a ciascuno di questi specifici item per la Seduta 152.

Le nostre valutazioni rilevano che molti degli item più caratteristici del processo analitico sono i più salienti in questa seduta. Per esempio, i sogni e le fantasie del paziente sono argomento di discussione (Q90) e hanno ottenuto la valutazione di “estremamente caratteristico” da entrambi i rater poiché il sogno della paziente fornisce il contenuto di una parte considerevole del processo della seduta, rendendo l'item estremamente caratteristico. A trasmette un'accettazione non giudicante (Q18) ed è anch'egli estremamente caratteristico per la sua rilevanza nel facilitare la disposizione di P a esplorare più profondamente le sue associazioni inconsce. A crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni, in particolare quella con il padre di P (Q100), ma questo fatto non è fondamentale per il processo e non occupa una parte rilevante della seduta.

Comunque, non tutti gli item più caratteristici del processo analitico ideale sono stati valutati come caratteristici e salienti. Abbiamo collocato “Il

**Tabella 17.4** Venti item più caratteristici del processo psicoanalitico ideale e loro valutazione, relativa alla Seduta 152 del trattamento di Amalia X.

PQS#	Descrizione dell'item	Valutazione della seduta
90	I sogni o le fantasie del paziente sono argomento di discussione	9
93	Il terapeuta è neutrale	4
36	Il terapeuta mette in evidenza l'uso di manovre difensive da parte del paziente (per esempio, annullamento retroattivo, diniego)	5,5
100	Il terapeuta crea connessioni tra la relazione terapeutica e altre relazioni	7,5
6	Il terapeuta è attento ai sentimenti del paziente, è sintonizzato ed empatico	8
67	Il terapeuta interpreta desideri, sentimenti o idee inconscie da cui il paziente si difende	9
18	Il terapeuta trasmette un'accezione non giudicante	8,5
32	Il paziente raggiunge una nuova comprensione o insight	6,5
98	La relazione terapeutica è uno dei focus di discussione	9
46	Il terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente	5,5
50	Il terapeuta porta l'attenzione su sentimenti che per il paziente sono inaccettabili (per esempio, rabbia, invidia o eccitazione)	8
11	I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento di discussione	3
82	Il comportamento del paziente durante la seduta è riformulato dall'analista in un modo non esplicitamente riconosciuto prima	4,5
35	L'immagine di sé del paziente è un tema centrale di discussione	5
91	Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia sono argomento di discussione	6,5
92	Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato	8
62	Il terapeuta identifica un tema ricorrente nelle esperienze o nei comportamenti del paziente	6
3	Le osservazioni del terapeuta sono finalizzate a facilitare il discorso del paziente	9
79	Il terapeuta commenta i cambiamenti d'umore o degli affetti del paziente	4
22	Il terapeuta si concentra sul senso di colpa del paziente	5

terapeuta comunica con il paziente con uno stile chiaro e coerente” (Q46) nel range neutro poiché, sebbene caratteristico, non è saliente se confrontato con altri item del processo che abbiamo cercato di rilevare con valutazioni maggiormente collocate verso l'estremo. Inoltre, abbiamo valutato l'item 11 “I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta” come non caratteristico, poiché P oppone attivamente resistenza nel discutere gli ovvi contenuti sessuali delle sue associazioni e con questa nostra valutazione abbiamo cercato di sottolineare questa sua resistenza.

## ITEM DIFFICILI DA VALUTARE

Valutare in modo accurato e attendibile le sedute di psicoterapia è un requisito di base per la ricerca con il PQS. Valutazioni attendibili, da cui possono derivare conclusioni sui correlati del processo associati all'outcome e sugli ingredienti attivi di un trattamento, fungono da fondamento per studi empirici. Inoltre, i disegni di ricerca correlazionali si fondano su valutazioni attendibili per scoprire associazioni tra le variabili di interesse. Qualche incertezza sul modo in cui possono essere valutati i singoli item può verificarsi con quasi tutte le sedute di psicoterapia, e in questo paragrafo presenteremo le nostre riflessioni su alcuni degli item che sono stati particolarmente complessi da valutare nella Seduta 152 del trattamento di Amalia X. Il lettore può trovare utile seguire queste argomentazioni insieme alle istruzioni delle specifiche codifiche contenute nel manuale del PQS rispetto agli item in questione. Gli item sono presentati nell'ordine numerico del PQS, invece che nell'ordine che riflette la nostra valutazione del loro livello di difficoltà.

*Item 11:* I sentimenti e le esperienze sessuali del paziente sono argomento della seduta. *Valutazione:* 3

Il punteggio medio ottenuto dall'item è 3, e indica la nostra scelta di segnalare che, nonostante la discussione del materiale sessuale non sia caratteristica nella seduta, P fa molti riferimenti a contenuti sessuali senza alcuna esplicitazione diretta. Infatti, P oppone attivamente resistenza di fronte alla richiesta di esplicitazione dei contenuti sessuali, il che rende l'assenza della discussione più saliente. Se P avesse esplicitato e poi discusso il contenuto sessuale, la valutazione sarebbe ricaduta nel range caratteristico. Se non ci fosse stato alcun contenuto sessuale indiretto oppure oggetto di resistenza, la valutazione sarebbe ricaduta nel range neutrale.

È necessario distinguere questo item dal numero 19: "La relazione terapeutica ha una qualità erotica". Nella Seduta 152 del caso di Amalia X, il nostro punteggio medio relativo all'item 19 è stato 6, che indica la lieve presenza di una qualità erotica nella relazione terapeutica, contemporanea alla mancanza di una discussione esplicita dei contenuti sessuali. La componente sessuale resta inespressa, forse inconscia, ma a nostro giudizio chiaramente presente. Vi è una qualità lievemente sessualizzata dell'interazione che, se fosse stata più cospicua, avrebbe ricevuto una valutazione più elevata, indicando una maggiore salienza.

*Item 12:* Durante la seduta ci sono dei silenzi. *Valutazione:* 5

Il punteggio medio ottenuto dall'item è 5, sebbene a un certo punto nella seduta vi sia un silenzio di 18 secondi, che indica la riluttanza di P a esplicitare contenuti sessuali, appena un momento prima di cambiare argomento. Successivamente, A accetta la sua resistenza, e pertanto non crediamo che questo silenzio meriti una valutazione più elevata poiché la seduta recu-

pera la propria energia e la propria vitalità produttiva. Se il silenzio avesse cambiato l'andamento della seduta, se avesse cambiato il processo in modo più rilevante, la valutazione sarebbe stata più elevata. C'è anche un silenzio di 50 secondi che è seguito dal recupero del dialogo da parte di P, e poi un'interpretazione di A che è accettata da P. Ancora una volta, il silenzio non implica un cambiamento significativo nell'andamento della seduta. Il terzo silenzio, che dura 10 secondi a metà seduta, rappresenta anche il modo di P di spostare il focus della discussione. Se, per esempio, questi silenzi avessero indicato una rottura nella sintonizzazione empatica con A o la repressione di un attacco aggressivo, avremmo attribuito a questo item un punteggio più elevato. Anche se si potrebbe asserire che è importante registrare la presenza di questi silenzi, non abbiamo la percezione che essi siano particolarmente salienti, specialmente se confrontati con altri item che abbiamo cercato di mettere maggiormente in evidenza nella nostra valutazione. È opportuno ricordare che stiamo sempre valutando un item in relazione ad altri item, dato che il PQS è una misura ipsativa.

*Item 42:* Il paziente rifiuta (*vs* accetta) i commenti e le osservazioni del terapeuta. *Valutazione:* 2,5

Questo è un punteggio estremo, che indica la nostra convinzione che l'accettazione da parte di P dei commenti di A sia una variabile di processo saliente in questa seduta. Sebbene talvolta P rifiuti i commenti di A, i rifiuti sono poco importanti e vi è abbondanza di dati che suggeriscono che P è molto disponibile ad accettare le idee e le interpretazioni più rilevanti di A, gli interventi più salienti. Se non vi fossero stati rifiuti ai commenti di A da parte di P, l'accettazione delle interpretazioni più importanti avrebbe dovuto essere colta con una valutazione ancora più estrema. Se le interpretazioni fossero state rifiutate molto più frequentemente, la valutazione avrebbe dovuto essere in misura minore non caratteristica, collocata in un range neutro oppure caratteristico.

*Item 58:* Il paziente fa resistenza a esaminare pensieri, reazioni e motivazioni connessi ai problemi. *Valutazione:* 3

L'accettazione di P della necessità di esaminare le sue reazioni e motivazioni, specialmente all'interno del transfert, domina la seduta. P affronta attivamente di propria iniziativa i temi della seduta allo scopo di comprendere le proprie reazioni verso A, il che porta a un approfondimento della comprensione dei propri desideri inconsci e, soprattutto, del proprio contributo nel determinare le proprie condizioni di vita, le problematiche e i punti di forza. La propria riluttanza a esprimere i propri sentimenti e i propri pensieri sessuali indica che la valutazione più corretta in questo caso è moderatamente non caratteristica piuttosto che più estrema e soprattutto più saliente.

*Item 70:* Il paziente lotta per controllare sentimenti o impulsi. *Valutazione:* 2,5

In questo caso P si esprime liberamente e mostra rabbia, apatia, invidia, colpa e imbarazzo, senza tentare di controllare i suoi sentimenti. La valutazione sarebbe stata più estrema nella direzione non caratteristica se i suoi affetti fossero stati espressi in modo più intenso e l'espressione degli affetti avesse dominato il processo. P reprime i propri evidenti pensieri sessuali, presumibilmente accompagnati da affetti specifici, ma ciò sembra avere una minore importanza rispetto al livello di sicurezza che manifesta con la sua affettività in questa seduta. Possiamo inferire che stia cercando di controllare un senso di vergogna, ma il materiale della seduta non è abbastanza chiaro per attribuire un punteggio più estremo sulla base di questa inferenza. Non vi è alcun disagio, né il conseguente tentativo di controllare i suoi affetti, mostrati attraverso elementi comportamentali e linguistici chiari.

*Item 91:* Ricordi o ricostruzioni dell'infanzia sono argomento della seduta. *Valutazione:* 6,5

L'effettivo riferimento a persone di famiglia avviene tre volte nel corso della seduta, ma è davvero poco il tempo speso nella discussione di ricordi dell'infanzia o esperienze precoci di vita. Il riferimento a figure dell'infanzia è fatto per spiegare i sentimenti attuali di P associati a esperienze infantili (vedi Q92), piuttosto che per parlare dei periodi vissuti quando P era più piccola. Il punteggio medio di 6,5 intende segnalare le comunicazioni, appena accennate, relative alla mancanza di risate da parte del padre, al suo essere "una persona debole", e alla madre (in un modo però non chiaro ai rater), seguite da una discussione davvero poco esaustiva. La valutazione tiene conto della presenza del contenuto dell'item, ma indica la mancanza di una forte salienza dei ricordi infantili nella seduta. È necessario distinguere questo item dal 92 che richiede che i ricordi precoci siano attivamente associati da A o P a sentimenti attuali, e non siano semplicemente raccontati o discussi (vedi discussione seguente).

*Item 92:* Gli stati d'animo e le percezioni del paziente sono connessi a situazioni o comportamenti del passato. *Valutazione:* 8

Vi sono due occasioni in cui i sentimenti di P sono connessi al passato da A. Quando A crea una connessione tra la propria preoccupazione relativa al modo in cui P percepisce il fatto che egli ride e l'esperienza che P ha del padre come una persona che non rideva mai, è nostra opinione che P sia significativamente influenzata dall'interpretazione di A. Si oppone all'esplorazione immediatamente successiva, vuole aprire la finestra, ma poi prosegue con le questioni relative al dogmatismo di A e alla sua aderenza a uno specifico orientamento teorico. Successivamente P riprende l'esplorazione del transfert ma non torna sulla sua relazione con il padre. Il commen-

to interpretativo di A chiaramente influisce sul processo. La nostra valutazione di questo item fornisce un esempio del fatto che l'importanza di un item non è connessa alla sua frequenza. Come in questo caso, le valutazioni altamente caratteristiche possono essere usate per sottolineare uno o due esempi fondamentali.

*Item 97:* Il paziente è introspettivo, esplora prontamente i pensieri e sentimenti. *Valutazione:* 7,5

Il punteggio di 7,5 indica la convinzione che, nella seduta, P si spinga chiaramente oltre i limiti abituali nell'esplorazione dei suoi pensieri consci e inconsci. Nonostante gli episodi in cui è riluttante nel rivelare pensieri a contenuto sessuale, la seduta è dominata dalla cooperazione profonda di P e dai tentativi di A di facilitare l'elaborazione dei suoi sentimenti verso il terapeuta e il transfert. La nostra valutazione sarebbe stata più elevata se P non avesse opposto resistenza a indagare i suoi pensieri sessuali nel transfert, e naturalmente più bassa se vi fosse stata una minore esplorazione dei pensieri più profondi.

Data la sua complessità, la seduta ha richiesto una seconda lettura da parte nostra per essere più sicuri delle nostre valutazioni. Possiamo solo ipotizzare che l'intero trattamento sia stato caratterizzato anche da un livello più elevato di processo psicoanalitico. Forse, analisi dei dati future, ottenute da valutazioni più ampie del trattamento, riveleranno la presenza di molte strutture d'interazione ripetitive che correlano con l'outcome. In questa particolare seduta, a ogni modo, uno specifico gruppo di interazioni, funzionali al processo, implica che A abbia consentito a P un certo spazio per opporre resistenza, con confrontazioni minime in quei momenti del processo, prima di riprendere l'esplorazione e l'indagine produttiva. (Ci fa piacere indirizzare il lettore interessato a una disamina del libro *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*, in cui è effettuata una dettagliata analisi del trattamento di Amalia X; Werbart, 2009).

Rimaniamo con la curiosità di sapere se differenti variabili di processo sarebbero state più o meno caratteristiche e salienti in diversi momenti di questo lungo e approfondito trattamento. In altre ricerche abbiamo riscontrato che spesso i trattamenti non aderiscono esclusivamente ai processi associati a un singolo orientamento teorico (Ablon, Jones, 2002; Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Ablon, Jones, 1998). Anzi, è probabile che il PQS possa rilevare che processi di trattamento integrati sono presenti in vario grado in differenti momenti del trattamento, mentre il processo si sviluppa nel tempo. Naturalmente, è anche possibile che la caratterizzazione del processo resti coerente per tutto il tempo.

Enrico Jones ha progettato il PQS al fine di valutare il processo terapeuti-

co prima dell'attuale interesse per la comprensione degli ingredienti attivi nei trattamenti terapeutici che trascendono le specifiche "etichette" con le quali essi vengono definiti (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006; Blatt, 2008). Sembra che abbia predetto il futuro delle priorità della ricerca empirica in psicoterapia. Esiste un considerevole corpus di studi (Levy, Ablon, 2008; Leichsenring, 2008; capitolo 1) che dimostrano chiaramente l'efficacia della psicoterapia psicodinamica, oltre ad altre modalità di intervento. L'attenzione ora è rivolta a un tipo di ricerca che si propone di rispondere a domande molto interessanti e stimolanti quali: "Come funziona la psicoterapia?". Il PQS è uno strumento d'elezione atto a investigare questa questione fondamentale sia rispetto agli approcci psicodinamici, sia rispetto ad altre forme di trattamento.

Sebbene il PQS sia uno strumento idealmente adatto agli studi *single-case* di trattamenti a lungo termine (Ablon, Jones, 2005; capitoli 6 e 14), esso ha anche dato origine a una linea programmatica di ricerche sulle variabili di processo correlate all'outcome attraverso una varietà di trattamenti a breve termine, incluse le terapie interpersonali e cognitivo-comportamentali (Ablon, Jones, 1999, 2002, 1998), e campioni naturalistici di psicoterapie psicodinamiche brevi (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006). Vi sono nuove e molto stimolanti applicazioni del PQS. Sono già in corso nuove ricerche che usano questo strumento a fianco di protocolli sperimentali di neuroimaging per valutare i possibili correlati neuronalni dei processi di trattamento. Esso è stato anche usato per valutare in quale misura l'uso del lettino influenzi lo sviluppo del processo analitico. Inoltre, il PQS è stato impiegato come strumento di formazione in programmi di training, al fine di permettere agli allievi di osservare i processi clinici effettivi e valutarli empiricamente. I prototipi di differenti processi di trattamento, incluso il prototipo ideale del processo psicoanalitico riportato in questo capitolo, sono stati usati come misura della competenza e dell'aderenza a uno specifico modello di psicoterapia.

Con un numero così grande di ricerche in corso in tutto il mondo che utilizzano il PQS, abbiamo intrapreso il processo di revisione del manuale di codifica e l'organizzazione di ulteriori materiali didattici per incrementare la competenza dei nuovi valutatori e la loro capacità, nel rispetto dell'integrità dei dati, di conseguire importanti risultati, fondati su valutazioni valide e attendibili. Come si può chiaramente vedere in questo capitolo, il PQS è estremamente attento a preservare la complessità della seduta clinica che, in ogni caso, dà origine a un complesso processo di valutazione, che deve essere effettuato da giudici con esperienza clinica e sufficientemente formati all'uso dello strumento. Il futuro della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica probabilmente dipenderà dalla nostra abilità di studiare i processi di trattamento e metterli empiricamente in connessione con l'outcome. Il PQS fornisce la tecnologia per essere in grado di raggiungere questo obiettivo.

## BIBLIOGRAFIA

- ABLON, J.S., GOODRICH, C., FORWARD, C., JONES, E.E. (2004), *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy: 1-3*. Paterson Marsh, London.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1998), "How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlated with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy". In *Psychotherapy Research*, 8, 1, pp. 71-83.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the NIMH treatment of depression collaborative research program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1, pp. 64-75.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2002), "Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 775-783.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2005), "On analytic process". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 2, pp. 541-568.
- ABLON, J.S., LEVY, R.A., KATZENSTEIN, T. (2006), "Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes". In *Psychotherapy: Theory Research Practice Training*, 43, 2, pp. 216-231.
- AKHTAR, S. (2007), "Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique". In *Psychoanalytic Inquiry*, 27, pp. 690-704.
- BLATT, S.J. (2008), *Polarities of Experience: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. American Psychological Association, Washington, DC.
- BLOCK, J. (1978), *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto. [Il lavoro originale è stato pubblicato nel 1961]
- ERIKSON, E.H. (1954), "The dream specimen of psychoanalysis". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, pp. 5-56.
- FREUD, S. (1899), "L'interpretazione dei sogni". Tr. it. in *Opere*, vol. 3. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- FREUD, S. (1905), "Frammento di un'analisi di isteria". Tr. it. *Opere*, vol. 4. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- HOLT, R.R. (1978), *Methods in Clinical Psychology. Predictions and Research*, vol. 2. Plenum Press, New York.
- JONES, E.E. (2000), *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993), "Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, pp. 306-316.
- JONES, E.E., WINDHOLZ, M. (1990), "The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, pp. 985-1015.
- KÄCHELE, H., ALBANI, C., BUCHHEIM, A., HÖLZER, M., HOHAGE, R., JIMÉNEZ, J.P., LEUZINGER-BOHLEBER, M., NEUDERT-DREYER, L., POKORNY, D., THOMÄ, H. (2006), "The German specimen case Amalia X: Empirical studies". In *International Journal of Psychoanalysis*, 87, pp. 809-826.
- LEICHSENRING, F.A. (2008), "Review of efficacy and effectiveness studies in psychodynamic psychotherapy". In LEVY, R.A., ABLON, J.S. (a cura di), *The Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press, Totowa, pp. 3-27.
- LEVY, R.A., ABLON, J.S. (2008) (a cura di), *The Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press, Totowa.
- LUBORSKY, L., SPENCE, D.P. (1971), "Quantitative research on psychoanalytic therapy". In BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp. 408-438.

- SACHS, D. (2005), "Reflection on Freud's Dora case after 48 years". In *Psychoanalytic Inquiry*, 25, pp. 45-53.
- STEPHENSON, W. (1953), *The Study of Behavior: Q-Technique and Its Methodology*. University of Chicago Press, Chicago.
- THOMÄ, H., KÄCHELE, H. (2007), "Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment reports". In *Psychoanalytic Inquiry*, 27, pp. 650-689.
- WERBART A. (2009), "Minding the gap between clinical practice and empirical research in psychoanalysis". In *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1, pp. 1459-1466.
- WILSON, A., WALLERSTEIN, R. (2004), "Multiple approaches to a single case: Conclusions psychic change: What and how?". In *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 5, pp. 1269-1271.