



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORAMENTO
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia

**Studio della percezione transferale del paziente adolescente: un
approccio evidence- based**

RELATORE:

Prof.ssa Martina Maria Mensi

CORRELATORE:

Professor. Luca Capone

Tesi di Laurea di

Alessandra Mineo

522895

Anno Accademico 2023/2024

Sommario

<i>Introduzione</i>	4
<i>Capitolo 1: L'adolescenza</i>	5
1.1. Definizione	5
<i>Capitolo 2: Psicopatologia dell'adolescenza</i>	10
2.1 Disturbi psichiatrici in adolescenza.....	10
2.2 Fattori di rischio	11
2.3 Il processo diagnostico	13
<i>Capitolo 3: Psicopatologia e Psicoterapia</i>	15
3.1 Cenni storici	15
3.2 Psicoterapie	17
3.3 Psicoterapie evidence-based.....	20
<i>Capitolo 4: Alleanza Terapeutica</i>	23
4.1 Definizione e concetti chiave	23
4.2 L'alleanza terapeutica nell'adolescenza	30
<i>Capitolo 5: Esperienze affettive soggettive</i>	36
5.1 Il transfert.....	36
5.2: Il controtransfert	43
<i>Capitolo 6: Lo studio</i>	47
6.1 Razionale dello studio	47
6.2 Analisi preliminari.....	48
Pianificazione dello studio	48
6.3 Obiettivi.....	50
<i>Capitolo 7 : Materiali e metodi</i>	51
7.1 Partecipanti.....	51
7.2 Procedura	51
7. 3 Strumenti	52
7.4 Analisi statistiche.....	55
<i>Capitolo 8: Risultati</i>	56
8.1Obiettivo 1: Analisi descrittiva.....	56

Distribuzione delle risposte per singolo item	59
8. 3 Obiettivo 2: Differenze cliniche e demografiche.....	64
Confronto delle risposte agli item.....	65
<i>Capitolo 9:</i>.....	66
9. 1 Primo Obiettivo: analisi delle risposte emotive di un campione di pazienti adolescenti in relazione al proprio terapeuta.....	66
9. 2 Secondo obiettivo: osservazione delle possibili differenze nelle risposte emotive di due gruppi di adolescenti: inpatients e outpatients.....	70
<i>Capitolo :10 Limitazioni e direzioni future</i>	73
<i>Capitolo 11 :Conclusioni.....</i>	73
<i>Bibliografia</i>	75

Introduzione

Le emozioni rappresentano una componente essenziale del processo psicoterapeutico e svolgono un ruolo significativo nell'influenzare sia i risultati sia l'efficacia del trattamento. Tra le diverse emozioni vissute dal paziente durante la seduta terapeutica, quelle rivolte al terapeuta si rivelano particolarmente cruciali, poiché contribuiscono in modo sostanziale al processo terapeutico stesso (Stefana, 2024). Una relazione terapeutica empatica e affermativa è considerata un prerequisito fondamentale per garantire l'efficacia della psicoterapia (Hayes et al., 2017). In questa prospettiva, comprendere le dimensioni relazionali del paziente permette al clinico di formulare ipotesi sui modelli relazionali predominanti del soggetto, delineando strategie utili per affrontare eventuali impasse o rotture dell'alleanza terapeutica (Safran & Muran, 2000) e per orientare la relazione terapeutica in base alle caratteristiche specifiche di ciascun paziente (McWilliams, 1998).

Alla luce di queste considerazioni, emerge la necessità di dotare i terapeuti di strumenti capaci di oggettivare aspetti fondamentali come la sintonizzazione e la reattività percepite dai pazienti, oltre che le reazioni emotive manifestate nei confronti del terapeuta durante le sessioni di psicoterapia. Il presente studio sperimentale si colloca all'interno di un progetto di ricerca più ampio, avviato dal team di Psicopatologia dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Mondino di Pavia, con l'obiettivo di validare uno strumento, il questionario RISP (Relationship In-Session for adolescent Patient questionnaire): utile alla misurazione delle reazioni emotive di soggetti adolescenti nei confronti del proprio terapeuta. Questo strumento intende colmare una lacuna nella letteratura scientifica, proponendo una misura specifica e mirata per l'età adolescenziale. Lo studio si propone come obiettivo primario quello di esplorare le risposte emotive di un campione di pazienti adolescenti rispetto al proprio terapeuta, utilizzando il questionario RISP, attualmente in fase di validazione. Come obiettivo secondario, si mira a condurre un'analisi comparativa delle risposte fornite al questionario tra due gruppi di adolescenti: pazienti ospedalizzati, caratterizzati da una sintomatologia più grave, e pazienti non ospedalizzati, con una sintomatologia meno severa. In particolare, verranno osservati e analizzati i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario RISP. In termini strutturali, questo elaborato si costituisce di una prima parte introduttiva e di una successiva sperimentale. Verrà fornita una revisione della letteratura concernente gli aspetti salienti dell'adolescenza

, puntualizzandone i peculiari aspetti psicologici, evolutivi e relazionali. Verrà trattata brevemente la psicopatologia dell'adolescenza, con particolare focus sui principali fattori di rischio ad essa associati, con accenni al processo diagnostico e alle specificità dell'intervento terapeutico in questa fase evolutiva. Inoltre, sarà presentato un excursus storico sulla psicoterapia, con un focus sulle pratiche evidence-based. Verrà approfondito il costrutto di alleanza terapeutica, definita come un elemento multidimensionale che comprende l'alleanza di legame, di obiettivi e di compiti (Bordin, 1975). Infine, saranno analizzati i concetti di transfert e controtransfert, con un'attenzione particolare al loro ruolo nella terapia con gli adolescenti. La seconda parte dell'elaborato sarà dedicata alla descrizione dello studio sperimentale. Verranno illustrati gli obiettivi della ricerca, le metodologie e le procedure adottate, nonché gli strumenti utilizzati per la raccolta dati, con particolare enfasi sul questionario RISP. A seguire, verranno presentati i dati raccolti, accompagnati da un'analisi dettagliata dei risultati e da una discussione critica che li metterà in relazione con la letteratura scientifica esistente.

Capitolo 1: L'adolescenza

1.1. Definizione

Il concetto di adolescenza è definibile come un tempo liquido (Bauman, 2005), l'epoca "tra il non più e il non ancora" (Sapio, 2008), il momento in cui prende forma il rapporto tra il riproporsi dell'identico e l'affiorare del nuovo (Cahn R., 2000).

L'adolescenza è identificabile nel tempo della metamorfosi (Andreoli, 2006), intendendo con essa un periodo di cambiamenti biologici, neuropsicologici e psicosociali che succedendosi rapidamente e talvolta sinergicamente, impattano significativamente sulla vita dell'adolescente.

In tale momento di transizione, il soggetto si ritrova a dover riorganizzare priorità e responsabilità, abbandonando gradualmente la concretezza e le certezze del mondo dell'infanzia e aprendosi alla ricerca di una nuova stabilità.

Tali stravolgimenti – per natura significativi – potrebbero evolvere in una crisi d'identità, caratterizzante questa età. Essa conduce all'apertura di diverse opportunità,

a nuove scelte che si rivelano al soggetto, richiedendogli implicitamente di stabilire un proprio spazio di vita e di aprirsi alla costruzione di una propria identità in relazione all'Altro (Obsorne 2009). Il raggiungimento di un'identità personale sufficientemente integrata e salda implica la continuità dell'esperienza di sé e la presenza di una propria direzione personale (Wilkinson-Ryan & Westen; 2000). Il concetto di identità viene delineato da Marcia come una struttura dinamica del sé, il cui grado di sviluppo è direttamente proporzionale al grado di consapevolezza del soggetto circa la propria unicità, i propri punti di forza e debolezza, e la differenziazione rispetto agli altri. Laddove non vi fosse uno sviluppo completo, l'individuo si ritroverebbe in una condizione in cui la valutazione di sé sarebbe determinata da una dipendenza da fonti esterne (Marcia, 1966).

L'identità per Marcia è significabile come un processo dinamico: una struttura identitaria ben sviluppata è infatti flessibile, aperta ai cambiamenti. Tale apertura consente al soggetto l'elaborazione e la sintesi delle proprie identificazioni infantili, permettendone l'integrazione contemporanea con i tratti unici della propria individualità, delle proprie preferenze, così come dei propri obiettivi e desideri (Kaddoura & Sarouphim, 2019).

Erikson ha fornito un significativo contributo circa la comprensione della natura e dello sviluppo dell'identità, delineando tale processo come composto da fasi, ognuna contrassegnata da una crisi psicosociale che l'individuo è tenuto ad attraversare e superare positivamente al fine di poter procedere verso lo stadio successivo. L'obiettivo ultimo di tale processo è identificabile nel raggiungimento di un'identità stabile, coerente e individuale (Arnett, 2017).

Il concetto di crisi di identità, secondo Erikson, si esplicita nel momento in cui l'adolescente tenta di superare la confusione e l'ambivalenza tipiche di questo periodo. Lo sviluppo procede nel momento in cui una crisi viene risolta tramite la scelta di un'alternativa sana. Contrariamente, l'alternativa negativa è considerabile come il fallimento nella costruzione di un'identità sicura e stabile, il fattore da cui si può originare una pluralità di condizioni disfunzionali per il soggetto. La formazione di un'identità bloccata – caratterizzata dalla precoce adozione di un'identità spesso preformata e plasmata dall'intervento genitoriale – è un esempio di esito negativo. Si tratta di un'accettazione acritica del soggetto del sistema di valori e di credenze senza

l'esplorazione di altre possibilità (Arnett, 2007). Un ulteriore esito dello sviluppo è identificabile nella condizione di diffusione di identità, in cui l'adolescente non mostra impegno nell'assunzione di alcun ruolo e non adotta alcun sistema valoriale, posticipando così l'integrazione delle identificazioni infantili. Infine, vi è l'identità negativa, caratterizzata dal tentativo strenuo di opporsi all'identità imposta dalla famiglia o dalla società (Arnett, 2007).

Lo sviluppo del pensiero di tipo formale, nonché lo sviluppo delle capacità mentali logiche, combinatorie, ipotetico-deduttive, riflessive, consente all'adolescente di attraversare il concreto attuale e di ragionare sull'astratto ed il possibile (Piaget, 1955); in questa fase il soggetto conquista nuove capacità di pensare, imparare e comprendere se stesso e il mondo, a partire dalle realtà sociali, morali, politiche e psicologiche, sradicando le strutture tipiche dell'infanzia, in cui è il pensiero magico, fiabesco a prevalere, per stabilirne di nuove, empirico-causali. (Piaget & Inhelder, 1969). L'adolescente si apre al processo di elaborazione circa le proprie teorie sul mondo in cui è inserito e da cui è circondato, sviluppando personali e singolari gusti, riflettendo sull'educazione ricevuta e mettendola talvolta in discussione.

La ricerca dell'identità e il desiderio di comprendere il mondo circostante sono temi affrontati da diversi autori: l'intervento di Meltzer (1981) ha permesso di sottolineare l'importanza per il soggetto adolescente dello sviluppo di un proprio pensiero critico sul mondo; tuttavia, questo processo di progressiva comprensione della realtà esterna può condurre a sentimenti di disillusione e deidealizzazione nei confronti delle figure di riferimento dell'infanzia. La considerazione del genitore come figura perfetta si mostra essere una mera credenza rispetto la realtà, emerge la perfettibilità dello stesso e la sua condizione di umanità. Tale condizione può tradursi in un graduale distacco dalle figure genitoriali, accompagnato da un preferire le relazioni affettive esterne, soprattutto all'interno del gruppo dei pari. Blos ha affrontato la dualità che coinvolge l'adolescente attraverso la teoria della Separazione-Individuazione: nel processo di definizione della nuova identità, l'adolescente abbandona gradualmente la visione idealizzata ed immatura delle figure di riferimento, alternandosi tra il desiderio di emancipazione e di autonomia, e la paura di lasciare la sicurezza data dal mondo familiare in cui aveva il ruolo di bambino (Blos 1979). La relazione genitore-figlio richiede una riorganizzazione di priorità e responsabilità, al fine di promuovere lo

sviluppo di una relazione progressivamente più reciproca e simmetrica (Barone, 2021). L'adolescente si trova ad affrontare la necessità di considerare quello che quest'ultimo definisce come "spazio psichico allargato". Lo sviluppo individuale avviene quindi all'interno di una "matrice relazionale" (Mitchell, 1992), che il soggetto costruisce mediante le proprie esperienze affettive significative.

L'accentuato sviluppo dell'apprendimento sociale è una delle primarie caratteristiche del periodo adolescenziale; difatti il soggetto è estremamente sensibile e reattivo agli stimoli sociali ed emotivi con cui viene a contatto. Il mantenimento di contatti con i genitori, il partner ed il gruppo sociale che si frequenta è quindi un'opportunità fondamentale di apprendimento. L'adolescente desidera vicinanza, supporto ed il soddisfacimento di specifici bisogni. La condizione di "marginalità psicologica", che può essere sperimentata dal soggetto, viene difatti mitigata dal senso di appartenenza a un gruppo sociale definito, capace di essere fonte di conferma dell'identità dell'adolescente.

Durante tale ricerca di autonomia, le relazioni con i pari forniscono supporto e connessione (Choukas-Bradley et al., 2022). La frequentazione dei coetanei è il contesto privilegiato per la sperimentazione del sé, per lo sviluppo dell'autonomia e per il soddisfacimento della necessità di connessione e relazione con gli altri (Barone, 2021). Nella preadolescenza, l'amicizia di tipo diadico è comunemente caratterizzata da una condivisione di tempo ed esperienza. Questa relazione svolge un ruolo significativo nel favorire la crescita psicologica di entrambi i partecipanti, promuovendo lo sviluppo di capacità sociali, autonomia e auto-riflessione. Durante l'adolescenza, oltre alle amicizie di tipo diadico, si sviluppano altri tipi di relazioni che possono permettere la formazione di una "compagnia". Questa soddisfa tre bisogni specifici: permette all'adolescente di incontrare coetanei dello stesso e dell'altro sesso, di conoscere meglio sé stesso attraverso il confronto con l'altro, e di esplorare e confrontarsi con la cultura giovanile senza la supervisione dell'adulto (Bruner; 1990). In ultimo, il coinvolgimento in relazioni romantiche è comune e fornisce all'adolescente il contesto per sviluppare e applicare abilità di comunicazione, negoziazione e risoluzione dei conflitti (Choukas-Bradley et al., 2022).

La trasformazione corporea risulta essere un ulteriore tratto distintivo dell'adolescenza. Dalla pubertà in poi, emerge un marcato interesse e un'attenzione

particolare verso il corpo: l'adolescente si osserva, si giudica e pensa di essere osservato dall'altro, soprattutto dal coetaneo. L'insoddisfazione corporea e del proprio aspetto conduce ad un'intensa attenzione con conseguente modifica e perfezionamento dell'immagine di sé. Il corpo e la sua immagine diventano il mezzo privilegiato di comunicazione sociale ed emotiva: mostrarsi attraverso l'abbigliamento e le varie pratiche di modificazione del corpo. Si tratta di comportamenti con forte valenza comunicativa specifica, maggiormente utilizzati come mezzo espressivo di stati interiori (Barone, 2021)

Uno studio condotto da Choukas-Bradley et al. (2022) ha indagato il ruolo dei social media nelle preoccupazioni sull'immagine corporea di ragazze adolescenti. L'immagine idealizzata dell'altro costruita dal soggetto si incontra con l'importanza delle relazioni dei pari e dei processi socioculturali di socializzazione, contribuendo ad aumentare le preoccupazioni relative all'immagine corporea, agendo verso il direzionamento dell'attenzione sull'aspetto fisico di altre persone, e proponendo un continuo confronto con il proprio aspetto e con il giudizio sociale. Il social media agisce aumentando l'importanza dell'apparenza, amplificando il valore percepito dell'aspetto fisico e incrementando il potere degli indicatori quantificabili di approvazione. L'adolescente si avvicina ai pari perché li percepisce come specchi in cui riconoscere le proprie emozioni, il che dà un senso di libertà di espressione a pensieri e sentimenti, specialmente riguardo ai cambiamenti psicofisici tipici di questa fase.

Capitolo 2: Psicopatologia dell'adolescenza

2.1 Disturbi psichiatrici in adolescenza

La fragilità psicologica tipica dell'adolescenza è un disagio psicologico identificabile come uno stato interno del soggetto, che si manifesta significativamente nella difficoltà incontrata nella sfera affettiva. Tale fragilità presenta un impatto significativo sul funzionamento del soggetto, sul suo comportamento, sulle relazioni interpersonali, sul funzionamento sociale e lavorativo. Il processo diagnostico richiede molta attenzione all'adolescente ed alla sua condizione di unicità; è importante sottolineare come la presenza di disturbo mentale sia fortemente correlata ad altre problematiche di sviluppo dei giovani, quali scarsi risultati scolastici, abuso di sostanze e violenza (Patel et al., 2007).

La letteratura pone in evidenza come il rischio di ricevere una diagnosi di disturbo psichiatrico prima dei 18 anni di età raggiunga il 15,01% (Dalsgaard et al., 2020). In Italia, il numero di pazienti ricoverati nei servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza è quasi raddoppiato negli ultimi 10 anni (Raffagnato et al., 2022). Nel panorama attuale, l'inserimento della pandemia da Covid-19 ha promosso la formazione di terreno fertile; la condizione di isolamento e di solitudine generatasi è identificabile come fattore predisponente lo sviluppo di ansia, depressione e somatizzazione. La letteratura ha presentato le prime indicazioni sugli effetti che la pandemia COVID-19 ha mostrato sulla salute mentale nella popolazione generale, e in particolare sugli adolescenti. Durante il periodo pandemico, gli adolescenti affetti da un disturbo psichiatrico hanno sperimentato un'esacerbazione della sintomatologia, sino all'aumento delle richieste di riospedalizzazione.

Uno studio condotto da Raffagnato et al. (2023) ha esaminato 375 pazienti di età compresa tra 0 e 17 anni, in ricovero ospedaliero tra il 1° febbraio 2018 e il 31 marzo 2022, con problemi neuropsichiatrici. La maggior parte dei pazienti erano ragazze ed il campione totale è stato suddiviso in due gruppi: il gruppo pre-COVID-19 (160 pazienti ricoverati tra febbraio 2018 e febbraio 2020) e il gruppo COVID-19 (215 pazienti ricoverati tra marzo 2020 e marzo 2022). I risultati hanno mostrato come i pazienti affetti da disturbi alimentari siano aumentati dall'11,3% nel gruppo pre-

COVID-19 al 23,8% nel gruppo COVID-19 e le riammissioni ospedaliere sono quasi aumentate dal 16,7% nei 2 anni pre-COVID-19 al 26,2% post COVID-19.

Nell'analisi dei dati relativi agli adolescenti nel reparto di neuropsichiatria infantile di un ospedale del Piemonte nel periodo post-pandemia, emergono alcune tendenze significative: un aumento del numero di soggetti di sesso femminile nella fascia di età 14-17 anni, un notevole incremento nei casi di disturbo delle condotte alimentari e autismo, mentre si osserva un decremento significativo nei casi di disabilità cognitiva, disturbi del linguaggio, patologie neurologiche e altre condizioni specifiche. Si segnala inoltre una riduzione degli invii scolastici per difficoltà scolastiche e un aumento degli invii dall'ospedale ai servizi della rete per problematiche psichiatriche e psicologiche (Colombi E. et al., 2023).

Tali studi permettono di affermare che gli effetti della pandemia da Sars-Cov2 siano paragonabili a quelli riscontrati in studi sull'impatto sociologico di precedenti emergenze e disastri (ad esempio epidemie, attacchi terroristici, uragani) (Danese et al., 2020).

2.2 Fattori di rischio

La maggior parte dei disturbi psichiatrici è di natura neuroevolutiva, con predisposizioni genetiche ed esperienze precoci che pongono le basi per la vulnerabilità o la resilienza di un individuo. La maggior parte degli studi, orientata all'esplorazione eziopatogenetica dei differenti disturbi di natura psichiatrica, si concentra sulle avversità della prima infanzia e sulla rilevanza della componente genetica, considerando tali aspetti come mediatori del rischio di sviluppare malattie psichiatriche (Petrican et al., 2023).

I fattori di rischio e di protezione per la salute mentale, nell'infanzia e nell'adolescenza, sono inseribili in una categorizzazione strutturata su tre livelli: vulnerabilità individuali, familiari e relazioni sociali (Gobel & Cchrdes, 2021), queste ultime intrinsecamente connesse.

Considerando i tratti personali dell'adolescente, il possesso di un'adeguata autostima o senso di autoefficacia può fungere da fattore protettivo e predittivo di salute mentale (Göbel & Cchrdes, 2021). Contrariamente, una percezione negativa di sé e del mondo aumenta la probabilità di sofferenza nell'adolescente (Lynch et al., 2021); più precisamente fattori quali l'emotività disposizionale negativa, l'impulsività, il basso

funzionamento cognitivo e la presenza di disfunzioni del pensiero possono essere considerati fattori di rischio.

La letteratura documenta significative associazioni anche tra ambiente familiare e psicopatologia nell'adolescente. In particolare, alcuni fattori come un basso livello di istruzione genitoriale (Hardie & Landale, 2013), l'elevato stress sperimentato da questi (Hintermair, 2006) e lo stile educativo (Steinhausen et al., 2001) possono contribuire all'insorgenza di disturbi psichiatrici. Una recente review (Franzoi et al., 2023) ha indagato quali fattori precoci si sono successivamente rilevati predittori di misure psicopatologiche quali ansia e depressione, problemi comportamentali, sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. Sono emersi come significativamente correlati: la psicopatologia genitoriale, l'esposizione a fattori fisici e genitoriali, la violenza verbale e il vivere in un quartiere disagiato. L'esposizione molto precoce del bambino a un complesso mix di fattori di rischio, che operano a diversi livelli e ne influenzano lo sviluppo, risulta essere un fattore di rilevante importanza e allerta. L'esposizione durante l'infanzia alla povertà, alla mancanza di attaccamento genitoriale e/o allo stress materno possono avere effetti notevoli sullo sviluppo di condizioni psicopatologiche, quali depressione e ansia, in fasi più avanzate della vita (Reemst et al., 2022). Altri studi hanno indagato se la psicopatologia dei genitori influenzasse il rischio di sviluppare depressione e ansia nei bambini, negli adolescenti e giovani adulti. Ansia, angoscia e depressione materna sono risultate tutte significative, con aumento del rischio di sviluppo di depressione e ansia in bambini, adolescenti e giovani adulti tra i 6-21 anni (Hayatbakhsh et al., 2012). Nella stessa modalità, il rischio di problemi comportamentali sembra aumentare nel momento in cui i genitori stessi hanno sperimentato problemi di salute mentale (Christensen et al., 2017).

In conclusione, una recente revisione sistematica condotta da Lynch et al. (2020) ha identificato undici fattori di rischio per la psicopatologia negli adolescenti: tre fattori biologici (deficit delle funzioni esecutive, rischio genetico, tempi puberali anticipati); due fattori socio ambientali (eventi di vita stressanti e depressione materna) e cinque fattori psicologici (alta affettività negativa, alto nevroticismo, basso controllo degli impulsi, alta ruminazione e bassa estroversione). Questi risultati hanno importanti implicazioni per la prevenzione e l'intervento: il miglioramento della regolazione delle emozioni e dell'autoregolamentazione, nonché la riduzione delle condizioni ambientali

che favoriscono eventi stressanti, sono obiettivi cruciali per la prevenzione e l'intervento nelle diverse dimensioni della psicopatologia.

2.3 Il processo diagnostico

Il termine *diagnosi* presenta un'etimologia chiarificante circa l'obiettivo verso cui tende la stessa: si fa quindi riferimento ad un processo per mezzo del quale (*dia-*) si tenta di conoscere (*gnosis*) il funzionamento psichico di un individuo (Dazzi et al., 2009).

Il concetto di diagnosi viene definito dall'American Psychological Association (APA) nell'anno 2003, come consistente in un processo valutativo dei comportamenti e processi mentali/affettivi anormali del soggetto. Si tratta di un'atipicità – quella del paziente – in grado di risultare disadattiva per l'individuo stesso e capace di impattare negativamente sul suo funzionamento nei diversi contesti di vita quotidiana. Le manifestazioni psicologiche e la sintomatologia richiedono quindi una valutazione che prevede l'utilizzo di un sistema diagnostico riconosciuto a fini classificatori. Tale valutazione si orienta verso l'individuazione dei meccanismi e dei fattori psicologici che possono aver avuto ruolo nell'origine e nel mantenimento della sintomatologia (APA, 2003).

La diagnosi psicologica è definibile sia come “il processo per mezzo del quale cerchiamo di conoscere il funzionamento psichico di un determinato soggetto” sia come il processo volto a permettere “la denominazione, basata su una terminologia condivisa dalla comunità scientifica” di tale funzionamento (Dazzi et al., 2014). Tale definizione pone in luce come nel processo diagnostico psicologico risulti snodarsi una doppia polarità, identificabile sia nella comprensione della patologia del paziente, promuovendo una conoscenza nomotetica, sia nella comprensione della persona con quella patologia, promuovendo una conoscenza idiografica, concentrata sulla peculiarità del singolo soggetto, sulla sua unicità, singolarità ed irripetibilità.

L'assessment psicologico vuole comprendere la persona nel suo complesso, integrando l'insieme di fattori situazionali e disposizionali che intervengono modificando l'esperienza soggettiva del soggetto (Huprich et al, 2007). Esso si sviluppa lungo due assi: i costrutti che concorrono alla formazione del funzionamento psichico e l'organizzazione della personalità.

L'obiettivo della diagnosi psicologica considera l'importanza dell'individuazione/definizione dei possibili obiettivi del trattamento, basandosi sulla rilevazione dei punti di forza e di debolezza del soggetto (Trimboli et al., 2000). Si tratta di un approccio diagnostico che risulta essere focalizzato sulla qualità della relazione interpersonale (Beutler, 2000). All'interno di tale relazione è possibile collocare tutti gli atti psicologici che concorrono nella strutturazione del processo diagnostico: osservazione, colloquio e somministrazione di test che rispondono, con specificità, ai differenti modelli teorici di riferimento.

La diagnosi psicologica e quella psichiatrica possono presentare delle aree di interesse comune, ma divergono sulla finalità primaria. Si intende far riferimento a come, malgrado i dati ottenuti dall'assessment psicologico possano essere rilevanti nella formulazione di una diagnosi di stampo nosografico, il confronto tra i dati ottenuti nelle due differenti sedi di incontro dovrebbe accadere solo in un momento successivo all'interpretazione separata dei dati che concorrono alla diagnosi del funzionamento psicologico e a quella psichiatrica (Bornstein, 2011).

La diagnosi psichiatrica si propone di seguire una logica sindromica e fonda sull'utilizzo di criteri nosografici stabiliti, come quelli presenti nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2022). Essa è tesa all'identificazione o all'esclusione di una determinata condizione dell'apparato psichico con un successivo inquadramento nosografico della stessa. In quest'ultimo caso, l'utilizzo delle metodologie considera solo quelle di competenza prettamente medica ed includono l'osservazione, un colloquio clinico e, se necessario, la somministrazione di questionari/test.

Nonostante il loro prezioso valore e contributo alla clinica, *il* Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) (American Psychiatric Association, 2022) che la Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019) mancano di criteri diagnostici specifici per la psicopatologia nell'adolescente. In effetti, gli attuali sistemi diagnostici sottostimano le possibili sfumature delle varianti psicopatologiche e delle manifestazioni della psicopatologia in questa delicata fase di sviluppo. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico, Seconda Edizione (PDM-2) (Lingiardi & McWilliams, 2017) è l'unico sistema nosografico che comprende una sezione totalmente dedicata all'adolescenza. Integrando approcci

idiografici e nomotetici, il PDM-2 fornisce una descrizione esaustiva di tutte le condizioni cliniche nei diversi cicli di vita, utilizzando l'esperienza soggettiva del paziente come obiettivo principale nella valutazione. Ogni sindrome psicopatologica viene illustrata non solo facendo riferimento alla presenza di specifici criteri diagnostici ma anche includendo i modelli affettivi, cognitivi, somatici e relazionali dell'individuo, nonché tenendo conto di come tali caratteristiche possano variare a seconda delle fasi di sviluppo. Viene inoltre sottolineata la rilevanza diagnostica del vissuto soggettivo (o controtransfert) dei terapeuti che trattano sindromi cliniche.

Capitolo 3: Psicopatologia e Psicoterapia

La psicoterapia può essere definita un processo di trattamento attraverso il quale pensieri, sentimenti e comportamenti di un individuo vengono modificati, con l'intenzione di facilitare il miglioramento del funzionamento e l'adattamento alla vita.

3.1 Cenni storici

La storia della psicoterapia presenta un decorso tutt'altro che unidimensionale e lineare: una stessa tecnica di trattamento, nel corso del tempo, può venir riscoperta ed essere implementata sulla base di teorie terapeutiche alternative.

Per molti anni, gli esseri umani, nel tentativo di comprendere, controllare e fornire una spiegazione dei comportamenti problematici, hanno proposto differenti teorie, guidati dai modelli di comportamento e dalla prospettiva di analisi del tempo (Barlow et al., 2016).

Procedendo a ritroso in un excursus storico dell'evoluzione avvenuta nella considerazione della psicopatologia, Ippocrate fu uno dei primi autori a proporre la considerazione di malattia mentale nei termini di una condizione medica e ad affrontarne le origini senza riconoscere il ruolo della superstizione (Maher & Maher, 1985). Il Medioevo in Europa ha contribuito a diffondere la credenza nel

soprannaturale come presunta causa delle malattie mentali. Tale convinzione ha condotto ad attribuire l'origine di questi disturbi al Diavolo, alla possessione demoniaca, alla magia e alla stregoneria, generando trattamenti rientranti nelle pratiche dell'esorcismo oppure nell'utilizzo della tortura per ottenere confessioni di possessione demoniaca (Kemp, 1990). In questo panorama, i soggetti con disturbi mentali venivano considerati come una minaccia da allontanare dalla società. Alcune malattie mentali, come la depressione e l'ansia, sono state riconosciute durante questo periodo e affrontate con trattamenti che includevano riposo, sonno, bagni e l'uso di pozioni. (Kemp, 1990). Durante lo stesso periodo, sono stati creati i primi ospedali al fine di poter curare i pazienti affetti da malattie mentali. Tuttavia, nel XVIII secolo, gli stessi venivano utilizzati per isolare i pazienti.

Durante la prima metà dell'Ottocento, emerse un approccio psicologico deciso nei confronti dei disturbi mentali, noto come terapia morale, che divenne influente. La terapia morale si identificava in un intervento sociale in cui l'individuo veniva curato in grandi ospedali, spesso simili a fattorie, dove partecipavano attivamente ai lavori agricoli. Il principio fondamentale di tale terapia era che, trattando gli individui gravemente malati con rispetto e dignità e coinvolgendoli nelle normali attività sociali, anziché imprigionarli o punirli, essi avrebbero avuto l'opportunità di riacquistare gli attributi sociali della normalità e reintegrarsi nella società come membri pienamente funzionali (Hersen & Sledge 2002). La Francia fu pioniera di questo approccio, avviando una riforma negli istituti psichiatrici per porre fine all'isolamento dei pazienti. Questa riforma proponeva una rimozione delle restrizioni ed un trattamento del paziente come individuo normale, fornendogli opportunità di contatti sociali e interpersonali adeguate (Bockoven, 1963). Questo approccio alla cura del paziente affetto da malattie mentali si diffuse in Inghilterra e negli Stati Uniti, portando infine alla creazione di grandi istituti pubblici finanziati dallo stato. Tuttavia, la pratica della terapia morale non durò per molto tempo a causa del sovraffollamento degli ospedali, che rese difficile implementare questo tipo di trattamento.

Nella seconda metà del XIX secolo, emersero nuovi approcci al trattamento della psicopatologia, sia dal punto di vista biologico che psicologico.

La psicoanalisi ha posto le sue radici intorno al 1880, quando il medico austriaco Joseph Breuer, il cui caso principale fu la cura di "Anna O.", introdusse il concetto di "cura parlante" per descrivere la sua psicoterapia. Da qui, Sigmund Freud, proseguì

questa linea di ricerca, definendo la psicoanalisi come la scienza della mente inconscia e come il trattamento medico delle malattie mentali.

Negli anni '30, la maggior parte degli psichiatri americani adottò la psicoanalisi freudiana come approccio dominante (Mitchell & Black, 2016).

Il XX secolo registrò enormi progressi nel campo della cura, sia nel settore medico che nella psicoterapia. Negli anni '30 si fece spesso ricorso a interventi fisici quali la terapia elettro-convulsivante e la chirurgia cerebrale, si scoprì che l'insulina potesse essere utile nel trattamento delle psicosi, portando all'adozione temporanea della terapia shock insulinica (Sakel, 1958). Durante gli anni '50, gli scienziati svilupparono i primi farmaci efficaci per trattare gravi disturbi psicotici e poco dopo vennero scoperte le benzodiazepine.

Questi progressi nella medicina, combinati con una crescente consapevolezza dei diritti individuali negli anni '60, hanno promosso il movimento di deistituzionalizzazione. L'obiettivo era curare e riabilitare i pazienti psichiatrici all'interno delle loro comunità, riducendo le violazioni dei diritti umani e alleviandone le sofferenze. Di conseguenza, molte persone sono state trasferite dai manicomi alla comunità e sono stati istituiti centri di salute mentale per fornire assistenza e supporto nella comunità stessa (Barlow et al., 2016).

3.2 Psicoterapie

Nel campo della psicoterapia, si sono sviluppati modelli e approcci diversi. Il maggior contributo si deve probabilmente a Freud (1856-1939), il quale ha sviluppato una teoria radicalmente nuova sulla natura e sull'origine delle malattie emotive. Tale teorizzazione si basava principalmente sull'esperienza clinica con i suoi pazienti, osservando come essi ricordavano dettagli delle loro prime esperienze di vita e come li comunicavano nel contesto di una relazione emotiva profonda con l'analista. Durante il corso dell'analisi, si è notato un miglioramento clinico dei pazienti. A tal proposito, Freud insieme ai primi analisti ha fornito dei contributi monumentali. Il primo di questi è stato la definizione della teoria del transfert e il riconoscimento del valore terapeutico di una relazione verbale. Sebbene la consulenza e la pratica del "parlare dei problemi" potessero esistere prima, è stata la psicoanalisi a fornire una struttura concettuale alla "relazione terapeutica", dando così origine alla professione di psicoterapeuta (Bowen, 1976). Sigmund Freud emerse quindi come la figura preminente nella psicoterapia e

introdusse il suo stile distintivo di terapia, la psicoanalisi. Questo approccio terapeutico si concentra sulla malattia mentale attraverso l'esplorazione del subconscio di una persona, evidenziando l'importanza degli impulsi inconsci, dei desideri repressi e dei conflitti interiori nel determinare il comportamento e il benessere psicologico (Charcot, 1989). La teoria psicoanalitica originale di Freud fu ampiamente modificata su una serie di direzioni diverse (Anna Freud, 1937; Kohut, 1971). Nel corso del tempo, l'approccio psicodinamico ha rielaborato l'eredità psicoanalitica, mantenendo i concetti chiave (il funzionamento mentale inconscio, il determinismo psichico, la prospettiva evolutiva, il transfert e il controtransfert, la resistenza e la soggettività unica dell'individuo), ma integrandoli con conoscenze provenienti da altri modelli teorici e, più recentemente, dalla ricerca in psicoterapia (Gabbard, 2018). Dopo la psicoanalisi, si sviluppò un secondo movimento, derivato da basi completamente differenti: il comportamentismo. Questo approccio innovativo sosteneva che solo il comportamento osservabile e misurabile poteva essere oggetto di studio, escludendo quindi l'intrapsichico e di conseguenza il concetto di inconscio, centrale invece nella psicoanalisi (Migone, 2012). Il comportamentismo prevalse nella psicologia sperimentale americana dagli anni '30 agli anni '60, mentre la psicoanalisi dominava la psicologia clinica, fino al suo declino negli anni '70. Il modello comportamentista, infatti, subì una crisi con l'avvento della rivoluzione cognitiva. Beck, sviluppò la terapia cognitiva specificatamente per i disturbi depressivi, come un trattamento breve, strutturato, focalizzato sul problema attuale e mirato a modificare pensieri e comportamenti disfunzionali (Beck, 1964). Altri professionisti adottarono con successo questa terapia, applicandola ad un insieme sorprendentemente ampio di disturbi psichiatrici e a diverse popolazioni (Freeman & Dattilio, 1992; Freeman et al., 1989). Questo cambiamento concettuale segnò un mutamento paradigmatico con l'affermarsi del cognitivismo, ma la pratica clinica e terapeutica non ne fu eccessivamente influenzata. I cognitivisti adottarono e integrarono nei loro approcci i metodi e le conoscenze del comportamentismo che si erano dimostrati più efficaci per l'intervento. Dal punto di vista del modello cognitivo, quindi, i disturbi psicologici condividono una distorsione del pensiero, la quale influenzerebbe lo stato d'animo e il comportamento del paziente, per tanto, una valutazione realistica e la successiva modifica del pensiero produrrebbero un miglioramento su quest'ultimi. La terapia cognitiva analizza e corregge le credenze patologiche del paziente, i suoi schemi cognitivi o pensieri. I principali esponenti in Nord America furono Aron Beck e Albert

Ellis (Seminari, 2015). Nel tempo, diversi modelli di intervento si unirono fondendosi nella Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) (Hollon & Beck, 2013). Come suggerisce il nome stesso, la CBT può essere intesa come l'integrazione di due orientamenti di psicoterapia: la terapia cognitiva e la terapia comportamentale (Thoma et al., 2015). La CBT è in genere concettualizzata come un trattamento a breve termine incentrato sulle competenze, volto a modificare le risposte emotive disadattive, agendo su i pensieri, i comportamenti o entrambi, del paziente. Tale trattamento mira a ridurre il disagio emotivo e ad aumentare il comportamento adattivo, erogando interventi personalizzati, progettati per indirizzare i pazienti verso il raggiungimento dei loro obiettivi terapeutici, rendendoli parte attiva del trattamento stesso. La natura attiva e focalizzata sul problema della CBT la rende altamente efficace (Wenzel A. 2017).

Un ulteriore orientamento psicologico e psicoterapeutico si sviluppò nel secondo dopoguerra, basandosi sulle concezioni fenomenologiche di Edmund Husserl e Martin Heidegger. La "terza forza" del movimento psicoterapeutico si differenziò dagli approcci precedenti, e tale movimento, talvolta denominato "umanistico-esperienziale", può essere visto come una reazione contro l'approccio materialistico, oggettivante o scientifico che si riteneva caratterizzare sia la psicoanalisi che il comportamentismo. Le caratteristiche distintive di tale approccio possono identificarsi nel concetto di "autorealizzazione" e, più in generale, nella maggiore fiducia verso le risorse innate dell'individuo che lo spingono verso il miglioramento e la realizzazione delle proprie "potenzialità umane" (Peterson & Seligman 2004). Il principale rappresentante della psicologia umanistica è Carl Rogers, fondatore della "psicoterapia centrata sul cliente". L'approccio di Rogers ha avuto una grande influenza negli Stati Uniti e ha giocato un ruolo pionieristico nel campo della ricerca empirica (ad esempio, tramite la registrazione delle sedute). Rogers ha avuto intuizioni importanti sullo sviluppo della personalità e sulla tecnica terapeutica; anticipò, ad esempio, l'importanza dell'empatia, che verrà ripresa da Kohut (1971) molti anni dopo (Migone, 2006).

Negli anni seguenti la psicoterapia individuale ha iniziato ad essere accompagnata da nuovi contesti di trattamento, come la terapia di gruppo e la terapia familiare. Con l'avanzare della scienza, la psicoterapia si è evoluta in una pratica basata sulla ricerca, influenzata da teorie e strumenti provenienti da prospettive biologiche, cognitive, sociali e neuroscientifiche.

L'analisi della storia della psicoterapia permette di osservare i progressi che sono stati compiuti sino ad oggi e di riconoscere il cambiamento che ha condotto alle modalità con cui oggi si considera la persona con disturbi mentali. La maggiore comprensione delle influenze biologiche, cognitive e sociali sul comportamento e sulla salute mentale e l'adozione di approcci terapeutici più integrati e basati sull'evidenza rappresentano i cambiamenti più significativi (Thoomason, 2005).

3.3 Psicoterapie evidence-based

Il termine “Evidence-Based” venne utilizzato per la prima volta da Eddy nel 1987 nei suoi lavori sulla progettazione di linee guida per la pratica clinica in medicina (Claridge & Fabian, 2005).

I passaggi chiave dell'Evidence-Based Practice (EBP) in medicina includono:

1. Formulazione della domanda clinica basata sul problema presentato. Questo passaggio coinvolge l'identificazione di una domanda di ricerca chiara e specifica basata su un problema clinico incontrato nella pratica medica.
2. Valutazione critica della letteratura pertinente per quanto riguarda la sua validità e utilità per un dato paziente. Qui viene esaminata la letteratura scientifica rilevante per trovare prove affidabili e aggiornate che possano rispondere alla domanda di ricerca formulata, valutando la qualità metodologica degli studi e la loro pertinenza per il paziente specifico in questione.
3. Implementazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica. Una volta individuate le prove valide e pertinenti, si procede all'applicazione delle raccomandazioni o delle pratiche basate su queste prove nella gestione del paziente, tenendo conto delle preferenze del paziente e delle risorse disponibili.
4. Valutazione dei risultati. Vengono monitorati e valutati i risultati della pratica clinica basata sulle prove, per determinare l'efficacia e l'appropriatezza delle decisioni prese e per apportare eventuali modifiche o aggiornamenti in base alle nuove evidenze o all'esperienza clinica (Rosenberg & Donald 1995).

La ricerca in psicoterapia costituisce la base scientifica dell'Evidence-Based Treatment (EBT). Questo approccio è noto per l'importanza data all'utilizzo di dati raccolti in modo sistematico e analizzati rigorosamente, al fine di formulare conclusioni valide sull'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici. La ricerca in psicoterapia può coinvolgere studi clinici controllati, revisioni sistematiche e meta-analisi, che valutano

l'efficacia di diverse forme di terapia per una varietà di disturbi psicologici. Questo rigore metodologico aiuta a garantire che le decisioni cliniche siano guidate da prove solide e che i trattamenti offerti siano efficaci nel migliorare la salute mentale dei pazienti (Chambless & Ollendick, 2001).

L'American Psychological Association ha delineato una politica sull'Evidence-Based Practice (EBP) della psicoterapia (APA, 2006) seguendo le definizioni dell'Istituto di Medicina. Questa politica sottolinea l'importanza di integrare la ricerca più affidabile con l'esperienza clinica, considerando attentamente la cultura del paziente, le caratteristiche individuali e le preferenze personali. Questo approccio integrato permette ai professionisti della salute mentale di adattare la psicoterapia in modo flessibile e personalizzato, rispondendo così alle esigenze uniche di ciascun paziente. La combinazione di conoscenza empirica e saggezza clinica arricchisce la pratica clinica, contribuendo a ottenere risultati terapeutici più soddisfacenti per i pazienti. Le migliori prove di ricerca includono dati provenienti da diversi tipi di studi, come meta-analisi, studi randomizzati controllati, studi di efficacia e studi di processo. Inoltre, sono importanti anche le informazioni provenienti da segnalazioni di casi singoli, studi di casi sistematici, ricerca qualitativa ed etnografica e osservazione clinica.

È fondamentale considerare l'applicabilità delle prove ai casi specifici, concentrandosi sull'integrazione delle competenze cliniche e delle informazioni cliniche specifiche del paziente con le prove di ricerca pertinenti. Questo approccio è cruciale per prendere decisioni cliniche, sviluppare piani di trattamento, promuovere un'alleanza terapeutica e ottenere risultati positivi.

La letteratura sottolinea che l'efficacia di qualsiasi psicoterapia è influenzata dalle caratteristiche uniche di ciascun paziente, come la storia dello sviluppo, i problemi personali, i punti di forza, la struttura della personalità, lo stato funzionale e la disponibilità al cambiamento o all'impegno in psicoterapia. Anche il grado di supporto sociale e familiare e i fattori socioculturali sono rilevanti (Szymańska et al 2017).

Uno degli obiettivi chiave della psicoterapia EBP è massimizzare la scelta del paziente riguardo alle opzioni di trattamento. Fin dall'inizio dell'EBP in generale e del movimento psicoterapeutico in particolare, le preferenze dei pazienti hanno avuto la massima priorità, consentendo loro di avere un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti il proprio trattamento (Craighead et al., 2014). Le decisioni cliniche nelle psicoterapie basate sull'evidenza vengono prese in collaborazione con il paziente, considerando attentamente le migliori prove disponibili e tenendo conto dei costi, dei benefici, delle

risorse disponibili e delle opzioni terapeutiche (Edwards et al., 2009). Dalle terapie basate sull'evidenza traggono vantaggio professionisti, team clinici e pazienti (Rosenberg, et al., 1995).

L'integrazione della ricerca promuove inevitabilmente lo sviluppo di linee guida, database e altri strumenti clinici che possono aiutare i professionisti a prendere decisioni più accurate sul trattamento, fornendo un'assistenza più uniforme basata su prove scientifiche solide e aggiornate (Nelson et al., 2006). La pratica basata sull'evidenza assicura che gli operatori valutino criticamente i dati scientifici disponibili e li applichino alle circostanze specifiche del singolo paziente. Una volta che le evidenze sono state valutate e comprese pienamente, gli operatori possono decidere se e come incorporarle nella pratica clinica.

Inoltre, l'utilizzo di psicoterapie basate sull'evidenza aiuta gli operatori a formulare piani di trattamento anche in situazioni in cui ci sono dati limitati o esperienza limitata (Barends et al.,2014). Infatti, nei pazienti con molteplici comorbilità mediche e psichiatriche, l'utilizzo di trattamenti basati sull'evidenza offre agli operatori un punto di partenza per sviluppare piani di trattamento complessi (Roberts et al.,2004).

In definitiva, l'obiettivo dell'EBP è la promozione e l'implementazione di psicoterapie che siano sicure, coerenti ed economicamente vantaggiose (Pope et al.,2003). Vi sono prove considerevoli che la relazione terapeutica fornisca contributi sostanziali e coerenti ai risultati della psicoterapia indipendentemente dal tipo di trattamento (Norcross, 2011; Del Re, 2012; Karver, 2006). La relazione terapeutica agisce in sinergia con i metodi di trattamento, le caratteristiche del paziente e le qualità del professionista per determinare l'efficacia complessiva della terapia. Infatti, è ampiamente riconosciuto che la qualità della relazione tra terapeuta e paziente gioca un ruolo fondamentale nei risultati terapeutici. La relazione terapeutica può spiegare perché alcuni pazienti mostrino miglioramenti significativi, mentre altri possono non rispondere adeguatamente al trattamento, indipendentemente dal metodo terapeutico utilizzato (Norcross & Wampold, 2011).

Capitolo 4: Alleanza Terapeutica

4.1 Definizione e concetti chiave

Il concetto di alleanza terapeutica ha ricevuto sempre più attenzione da parte della comunità scientifica. Nonostante nel tempo siano state formulate diverse teorie e nonostante i terapeuti e i ricercatori tal volta si siano riferiti ad essa con nomi differenti, la maggior parte di essi concorda nel considerarla come una componente cruciale del percorso terapeutico. Il concetto di alleanza terapeutica fonda le sue radici in ambito psicoanalitico, quando Freud suggerì che il terapeuta e il paziente dovessero allearsi contro i sintomi del paziente in un "patto analitico", basato sull'esplorazione del paziente e sulla comprensione dell'analista (Freud, 1940).

Nella letteratura psicoanalitica, l'intervento di Sterba ha permesso di analizzare l'importanza dell'alleanza tra l'analista e la parte razionale dell'Io del paziente. Il suo studio ha approfondito la comprensione dei meccanismi di difesa dell'Io, evidenziando l'importanza di considerare la "porzione sana dell'ego" nella relazione terapeutica. Sterba conia il termine "ego alliance" per descrivere una scissione all'interno dell'Io del paziente tra una parte razionale e una parte oppositiva. Quest'ultima include le difese dell'Io, le condizioni del Super-Io e le pulsioni dell'Es. Secondo l'autore, la parte razionale collabora con l'analista per esplorare l'inconscio, diventando così una funzione attiva dell'Io. Questo processo avviene attraverso un'identificazione positiva con l'analista, la quale rafforza temporaneamente l'Io del paziente e facilita il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Sterba, 1951). Alcune delle peculiari caratteristiche del concetto di alleanza sono rintracciabili anche nel lavoro di Rogers, quando, sottolineando l'importanza dell'esperienza del paziente, definì le componenti attive della relazione terapeutica, identificandole come empatia, congruenza e considerazione positiva e incondizionata (Rogers, 1965).

Orlinsky e Howard identificarono tre dimensioni fondamentali costituenti il concetto di alleanza: il lavoro condiviso, l'empatia e l'affermazione reciproca (Orlinsky et al., 1975). Zetzel e Greenson si concentrarono sulla distinzione tra alleanza, transfert e controtransfert.

Zetzel primariamente definì formalmente il concetto di "alleanza terapeutica", descrivendola come un elemento cruciale per il successo del processo terapeutico (Zetzel, 1964). L'autrice sottolineò l'importanza di cercare l'alleanza nella componente non nevrotica della relazione tra paziente e terapeuta (Zetzel, 1985).

Secondo l'autrice, la parte osservante dell'Io del paziente collabora con l'analista attraverso un processo di graduale identificazione, dando origine all'alleanza terapeutica. Questa alleanza si forma e si mantiene grazie alle funzioni mature e stabili dell'Io del paziente, sviluppate attraverso le relazioni oggettuali diadiche delle fasi preedipiche. Questo consentirebbe al paziente di utilizzare le interpretazioni fornite dal terapeuta per discriminare tra reminiscenze delle relazioni passate e il rapporto attuale con il terapeuta.

Greenson (1967) ampliò il concetto di collaborazione, basata sulla realtà tra terapeuta e paziente, introducendo il termine "Working Alliance", che si riferisce alla capacità del paziente di impegnarsi nei compiti definiti dall'analista. Successivamente distinse tale concetto da quello di "Alleanza Terapeutica", intendo quest'ultima come la capacità del terapeuta e del paziente di sviluppare un legame personale (Greenson, 1967).

Tuttavia, è stato solo verso la fine degli anni '70 che il concetto di alleanza terapeutica ha cominciato ad ottenere rilevanza empirica, con sempre più ricerche volte a dimostrarne l'esistenza e l'efficacia. L'autore che ha maggiormente contribuito a superare i limiti tra le diverse impostazioni teoriche è Edward Bordin. Egli ha sostenuto l'importanza di comprendere il concetto di alleanza terapeutica in una prospettiva "panteorica" che trascenda il modello psicoanalitico originario. L'autore descrive l'alleanza terapeutica come un costrutto multidimensionale che comprende il grado in cui: il terapeuta e il paziente si connettono in modo reciprocamente solidale e rispettoso (alleanza di legame), il paziente e il terapeuta concordano sugli obiettivi del trattamento (alleanza di obiettivi), e il paziente e il terapeuta concordano sui compiti per raggiungere tali obiettivi (alleanza di compito) (Bordin, 1975)

Secondo Bordin, l'alleanza è un fattore comune a tutte le psicoterapie, indipendentemente dall'orientamento teorico o dal modello operativo. La sua concettualizzazione è infatti definita panteorica, in quanto sintetizza e integra tutte le precedenti formulazioni. La definizione proposta da Bordin ha fornito un significativo impulso alla ricerca empirica e ha rappresentato un punto di riferimento fondamentale per la creazione di uno degli strumenti più utilizzati di valutazione dell'alleanza terapeutica, il Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1982).

Safran e Muran descrivono l'alleanza terapeutica come una negoziazione dinamica e intersoggettiva tra paziente e terapeuta, riconoscendone intrinsecamente la proprietà mutevole della relazione. La concezione di alleanza terapeutica è infatti cambiata

profondamente, passando da una visione di staticità della stessa ad una comprensione di natura dinamica (Safran et al., 2000). In particolare, Safran attenziona le rotture dell'alleanza, ritenendole come possibilità per il terapeuta di comprendere il mondo soggettivo del paziente, definendole non più come ostacoli alla terapia, ma come potenti agenti di cambiamento. Le rotture dell'alleanza terapeutica sono definite come episodi di tensione o di rottura del rapporto collaborativo tra paziente e terapeuta (Safran, 2000). Lo studio delle rotture e delle riparazioni nell'alleanza terapeutica è di crescente interesse (Larsson et al., 2019): a partire dalle rotture dell'alleanza, il terapeuta ha l'opportunità di intervenire direttamente sulle modalità relazionali disfunzionali che hanno causato la rottura terapeutica (Safran & Muran, 2000).

Gelso e Kline (2019) condividono l'importanza dell'alleanza terapeutica – come affrontata da Safran – ma propongono un'analisi di tale costrutto come scisso dal concetto di relazione reale (Gelso et al., 2019). La relazione reale, così intesa, è composta da due elementi, il realismo e la genuinità: il realismo comprende le percezioni e le esperienze realistiche dell'altro, non contaminante dal transfert, la genuinità si riferisce alla sensazione dei partecipanti di trovarsi in una relazione autentica (Gelso, 2011). Gelso in particolare intese la relazione reale e l'alleanza terapeutica come “concetti fratelli” che, anche se strettamente interconnessi, contribuiscono in maniera differente al trattamento (Gelso, 2014).

Nella concettualizzazione di Gelso e Kline la relazione reale e l'alleanza di lavoro emergono simultaneamente ma in maniera autonoma, alimentandosi a vicenda (Gelso et al., 2019).

Data la complessità della psicoterapia, è naturale che i terapisti possano riscontrare fatica nel connettersi con i loro pazienti, a volte questa difficoltà è legata al sentire di non avere gli strumenti utili per aiutarlo, altre volte questo è correlato a un legame personale debole. Nonostante l'alleanza di lavoro e il rapporto reale possano essere considerati concetti fratelli, la ricerca suggerisce che ci sia una differenza nel modo in cui avvengono le rotture e le riparazioni riguardo i due costrutti.

La letteratura riporta che le rotture nell'alleanza di lavoro, possano avere effetti positivi sullo sforzo terapeutico complessivo, se il terapeuta è in grado di rilevarle e ripararle (Eubankset al., 2018). Sebbene manchino prove empiriche, l'esperienza clinica suggerisce che le rotture nella relazione reale, tuttavia, non vengono riparate così facilmente (Gelso & Kline, 2019).

A sostegno di ciò, Gelso suggerisce come nei suoi studi i pazienti che dichiaravano di star bene in terapia non avevano riscontrato rotture nella relazione reale, mentre coloro che non hanno ottenuto buoni risultati mostravano una relazione reale in declino (Gelso, 2011). Una rottura nella relazione reale risulta quindi più dannosa e in definitiva meno utile delle rotture nella relazione di lavoro. Gelso e Kline concepiscono una rottura nella relazione reale come un fallimento da parte del terapeuta nell'apprezzare o nel dimostrare cura per la persona del paziente al momento della terapia; gli errori terapeutici che rivelano una carenza di empatia e di cura da persona a persona tenderanno a provocare rotture dannose nella relazione reale dalle quali la relazione terapeutica potrebbe non riprendersi. Sugeriscono che tali rotture raramente avvantaggiano il lavoro di terapia, e anche quando vengono riparate, il processo di riparazione richiederà probabilmente molto più tempo delle riparazioni nell'alleanza di lavoro, perché il terapeuta deve ri-trasmettere la propria umanità, il proprio prendersi cura del paziente e riconquistare il senso di fiducia personale dello stesso (Gelso et al., 2019).

Empiricamente, l'alleanza è diventata l'aspetto più studiato del processo psicoterapeutico, in quanto identificata come fattore comune di successo della psicoterapia indipendentemente dall'orientamento teorico e dalla conseguente modalità di trattamento (Norcross & Lambert, 2018). La mole di ricerca su tale costrutto ha dimostrato che l'alleanza è positivamente correlata a un'ampia gamma di risultati del trattamento, compresa la riduzione dei sintomi (Falkenström et al., 2014) ed il miglioramento del funzionamento interpersonale (Castonguay et al., 2006; Blatt & Zuroff, 2005; Cameron et al., 2018; Horvath et al., 2011).

Una grande parte di studi si è interessata a chiarire in che modo terapeuta e paziente contribuiscono nella formazione dell'alleanza (Cook et al., 2015). Per esempio, negli studi di Flückiger, et al (2018), è emerso come alcune caratteristiche, quali empatia, riservatezza, cordialità e amichevolezza, rispetto, versatilità, intuizione, risultino significativamente correlate allo sviluppo di una buona alleanza, quando possedute dal terapeuta. Allo stesso modo, emerge altresì come anche alcune caratteristiche possedute dal paziente siano essenziali nell'instaurarsi dell'alleanza terapeutica, in particolar modo, la capacità di pensiero introspettivo, essere aperti al cambiamento, e il particolare stile di attaccamento. Gelso e Carter hanno suggerito che la capacità del cliente di stabilire una solida alleanza di lavoro sarebbe legata ad alcune abilità peculiari come la capacità di fidarsi degli altri, e disponibilità ad assumersi la

responsabilità del lavoro terapeutico (Gelso et al., 1985). Altri autori si sono concentrati su caratteristiche personologiche dei pazienti, riscontrando che soggetti ostili e con emotività negativa risulterebbero incapaci di entrare in un'alleanza positiva con i terapeuti (Gomes-Schwartz, 1978; Marziali & Krupnick, 1981; Strupp, 1980).

Esiste un forte consenso sulla necessità di stabilire una buona alleanza di lavoro all'inizio del trattamento (Gelso & Hayes, 1998; Horvath & Symonds, 1991; Luborskij, 1976), in quanto nella maggior parte degli studi sull'argomento, le interruzioni della terapia si verificavano nelle sessioni iniziali (Barrett et al., 2008). Diversi studi hanno dimostrato come la valutazione positiva di un'alleanza di lavoro, stabilita all'inizio del trattamento, sia predittiva di una positiva alleanza terapeutica durante tutto il trattamento (Horvath & Symonds, 1991). Una spiegazione potrebbe essere che la formazione precoce di alleanze potrebbe calmare i dubbi iniziali dei clienti riguardo alla terapia (MacFarlane et al., 2015). Stabilire una relazione positiva è fondamentale nella fase iniziale della psicoterapia in modo tale che i terapeuti possano identificare e riparare attivamente le rotture (Lavik et al., 2022).

I primi teorici psicoanalitici hanno a lungo enfatizzato il funzionamento dell'Io del paziente (Zetzel, 1956) nella formazione di un'alleanza, ma la ricerca sulle caratteristiche pre-trattamento del paziente si è concentrata anche sul funzionamento interpersonale. Zilcha-Mano e Errázuriz (2017) hanno dimostrato come il funzionamento interpersonale dei pazienti abbia moderato la relazione tra rotture dell'alleanza e risultati del trattamento. Pertanto, la capacità dei pazienti di costruire le relazioni dovrebbe essere un fattore fondamentale valutato per la pianificazione del trattamento.

In quanto teoria del funzionamento interpersonale, la teoria delle relazioni oggettuali fornisce un quadro utile per comprendere il contributo del paziente all'alleanza di lavoro. La letteratura sostiene l'idea che la valutazione delle relazioni oggettuali può contribuire alla comprensione dell'alleanza, così come alla preparazione alla terapia. (Gunther, 1992; Wolfaardt & Joyce, 2005; Goldman, 2005; Errázuriz & Constantino, 2015; Vaughn & Webe, 2021).

Poiché la psicoterapia comporta un processo interpersonale, è ragionevole aspettarsi che le relazioni oggettuali dei pazienti influenzino la relazione terapeutica. Le relazioni oggettuali sono rappresentazioni mentali di sé e degli altri, che sembrano formarsi nei primi anni di vita e influenzano i pensieri, i sentimenti e i comportamenti verso sé

stessi e gli altri. Secondo la teoria delle relazioni oggettuali, queste immagini mentali si sviluppano attraverso le interazioni interpersonali, a partire dalla relazione tra bambino e caregiver, e vengono modellate e riviste nel corso della vita. Esse comprendono aspetti consapevoli e inconsci, componenti emotive ed esponenziali. Si postula che le relazioni oggettuali derivino e, a loro volta, determinino l'esperienza di sé in un contesto interpersonale. Elementi chiave nello sviluppo di relazioni oggettuali sane includono la capacità di stabilire e mantenere un senso di separazione tra sé e gli altri, la capacità di instaurare e mantenere relazioni emotive coerenti con persone significative e una rappresentazione del sé consolidata, coesa e stabile. Individui con relazioni oggettuali disfunzionali possono mostrare percezioni rigide e distorte degli altri o avere difficoltà a comprendere i bisogni e le prospettive altrui (Kernberg, 1976). Questi soggetti potrebbero trovare difficile fidarsi del terapeuta e potrebbero non riuscire a formare un'alleanza "sufficientemente buona" (Winnicott, 1965) nelle prime fasi del trattamento. Pertanto, una valutazione pre-trattamento delle relazioni oggettuali può fornire informazioni preziose per aiutare i terapeuti a identificare gli interventi che potrebbero facilitare la costruzione dell'alleanza terapeutica. Secondo Bell, i deficit nelle relazioni oggettuali possono essere raggruppati in quattro dimensioni: alienazione, attaccamento insicuro, egocentrismo e incompetenza sociale (Bell, 1995). Un'elevata alienazione riflette una difficoltà a fidarsi degli altri, a stabilire intimità nelle relazioni e a connettersi emotivamente. Le persone con attaccamento insicuro sono ipersensibili al rifiuto e cercano disperatamente relazioni strette. Gli individui con elevato egocentrismo tendono a percepire l'esistenza degli altri solo in relazione a sé stessi, risultando esigenti, manipolatori e controllanti. Infine, le persone con un'elevata incompetenza sociale tendono ad essere timide, socialmente ansiose e mostrano difficoltà nell'instaurare relazioni. Bell teorizzò che individui con deficit in ognuna di queste dimensioni avrebbero incontrato difficoltà nell'instaurare una relazione terapeutica (Bell, 1995).

Per valutare le relazioni oggettuali, sono stati sviluppati diversi strumenti, tra cui il Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) (Bell, 1995), che valuta alienazione, attaccamento insicuro, egocentrismo e incompetenza sociale e la Scala della Qualità delle Relazioni Oggettuali che è uno strumento utilizzato dai clinici nelle interviste psicodinamiche e fornisce informazioni sulle tendenze del cliente verso relazioni stabili e reciproche, inclusa la storia delle relazioni sessuali e non sessuali dell'adulto, che vanno da primitive (instabili, non investite, dipendenti e

ipercontrollate) a mature (Azim et al., 1991; Lindfors et al., 2013). Attualmente, una delle misure più convalidate per lo studio delle relazioni oggettuali è la Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) (Stein & Slavin-Mulford, 2018; Westen, 1995). Tali strumenti supportano l'idea che la valutazione delle relazioni oggettuali possa contribuire alla comprensione dell'alleanza terapeutica e alla preparazione alla terapia. Uno studio condotto da Errazuriz e collaboratori, che ha esaminato l'associazione tra le relazioni oggettuali dei pazienti e l'alleanza valutata sia dal paziente che dal terapeuta, ha rivelato che vi fosse un basso accordo all'interno della diade terapeutica nella modalità con cui veniva percepita l'alleanza, con una percezione maggiormente positiva dei pazienti rispetto ai loro terapeuti. In aggiunta, emerse come l'attaccamento insicuro e l'alienazione del paziente fossero fattori associati ad una minore percezione di alleanza da parte paziente, mentre l'egocentrismo del paziente risultava essere positivamente associato all'alleanza valutata dal paziente (Errázuriz et al., 2015). Tali risultati sono coerenti con la descrizione di Bell relativamente ai pazienti con elevata alienazione e ai pazienti con attaccamento fortemente insicuro, il risultato che indica una relazione tra un maggiore egocentrismo e una migliore percezione dell'alleanza terapeutica da parte del paziente è sorprendente (Bell, 1995). Secondo Bell, infatti, i pazienti con un elevato livello di egocentrismo tendono a diffidare delle motivazioni degli altri e a sentirsi umiliati da questi. Questo comportamento sembrerebbe contrastare con la percezione positiva dell'alleanza terapeutica, poiché la diffidenza e il timore di essere umiliati potrebbero ostacolare la costruzione di un rapporto di fiducia e collaborazione con il terapeuta. Tuttavia, è possibile che tale risultato sia interpretabile alla luce della considerazione che l'egocentrismo di questi pazienti aumenti la percezione positiva dell'alleanza, aumentando la consapevolezza del paziente circa la propria capacità di stabilire qualcosa di positivo.

4.2 L'alleanza terapeutica nell'adolescenza

Il riconoscimento dell'evidente ruolo svolto dal periodo dello sviluppo nella manifestazione e nel trattamento dei disturbi psichiatrici ha spinto la letteratura a considerare il trattamento dell'adolescente e i processi a esso legati come categoria a sé, piuttosto che estendere a esso i risultati degli studi effettuati sugli adulti (Weisz & Hawley, 2002; Di Rezze et al., 2016; Fonseca et al. 2021; Zack et al. 2007; Weersing et al., 2009).

Analogamente alla letteratura per adulti, la ricerca sulle alleanze giovanili ha costantemente dimostrato l'esistenza di una relazione tra una solida alleanza e buoni risultati (Bose et al., 2022 ; Karver et al., 2006, 2018; McLeod, 2011 ; Murphy & Hutton, 2018 ; Shirk & Karver, 2003 ; Shirk et al., 2011).

Di Giuseppe et al. (1996) suggeriscono come i tre elementi dell'alleanza (legame, compito, obiettivi) svolgano un ruolo diverso in base alla particolare tappa dello sviluppo. L'alleanza terapeutica, nel contesto dell'adolescenza, è descritta come composta da due elementi, uno affettivo e uno collaborativo (McLeod, 2005). Sebbene questa distinzione sia meno dettagliata rispetto al modello proposto da Bordin, è in linea con la recente visione di considerare l'alleanza tra terapeuta e adolescente come un costrutto con caratteristiche proprie. La loro motivazione a impegnarsi e collaborare nel trattamento potrebbe essere diversa da quella degli adulti (DiGiuseppe et al., 1996; Gulliver et al., 2010). Sviluppare un accordo sugli obiettivi può risultare particolarmente difficile; l'adolescente è infatti tendenzialmente indirizzato in terapia da riferimenti esterni, raramente cerca la terapia, in quanto questo potrebbe entrare in conflitto con alcuni dei loro peculiari bisogni evolutivi, quali l'accettazione da parte del gruppo dei pari, indipendenza dai genitori (Gulliver et al., 2010; Kazdin, 2003) l'autodeterminazione (Karver et al., 2018; Meeks & Bernet, 2001) o da una mancata autoconsapevolezza dei propri problemi (Gulliver et al., 2010; Kazdin, 2003). L'adolescente, come documentato dalla letteratura (Oetzel, & Scherer, 2003; Taylor et al., 1985), spesso fatica nel riconoscersi come bisognoso d'aiuto; ciò è evidente nella tendenza ad attribuire le cause delle difficoltà a qualcun altro (solitamente i genitori), identificando la fonte del problema come esterna a sé (Garland et al., 2004).

Srik e Saiz (1992) suggeriscono che questa tendenza del soggetto potrebbe essere dovuta alle sue capacità socio-cognitive ancora in via di sviluppo; Reyes e Kazdin (2005) hanno contribuito con una spiegazione alternativa, proponendo che tale

attribuzione esterna possa essere dovuta a un errore di attribuzione in cui i problemi del sé vengono esternalizzati.

Per articolare obiettivi terapeutici a lungo termine e per trovare un filo conduttore tra obiettivi così ampi, astrati e i compiti specifici per la terapia, sono richieste una varietà di abilità cognitive (Shirk, 2013; Zack et al., 2007) che talvolta possono superare le capacità cognitive dell'adolescente (DiGiuseppe et al., 1996; Gulliver et al., 2010). Tali abilità includono la capacità di pensare in modo ipotetico, di essere in grado di generalizzare quanto appreso al di fuori del contesto terapeutico e una tolleranza alla gratificazione non immediata. Le sfide evolutive uniche dell'adolescenza, quali una maggiore individuazione, esplorazione dell'identità e autonomia, impattano in modo significativo sulle dinamiche relazionali (DiGiuseppe et al., 1996; Binder et al., 2008; Schenk et al., 2019; Cirasola et al., 2022). Inoltre, fattori come l'evoluzione della percezione di sé, il cambiamento delle relazioni interpersonali, i comportamenti a rischio e lo sviluppo cognitivo si aggiungono alla complessità del coinvolgimento degli adolescenti in terapia (Gulliver et al., 2010; Schenk et al., 2019; Cirasola e Midgley, 2023). Un'altra caratteristica peculiare dell'alleanza terapeutica con adolescenti è l'attenzione che deve essere posta anche a una nuova figura inseritasi nella diade, differente dal paziente e dal terapeuta: il caregiver. I caregiver tendono ad essere infatti coinvolti nella terapia del ragazzo, motivo per cui i terapeuti si ritrovano a dover negoziare un'alleanza anche con queste figure (Cirasola, 2023).

In contrasto con la letteratura sull'alleanza terapeutica con gli adulti, quella con gli adolescenti mostra come la qualità dell'alleanza sia correlata positivamente con alcune caratteristiche dei pazienti e negativamente con altre (Zack, 2007); in particolare, in alcune ricerche, l'associazione alleanza-risultato è risultata più forte per i soggetti con disturbi esternalizzanti rispetto ai soggetti con disturbi internalizzanti (Shirk & Karver, 2003; Karver et al., 2018; McLeod, 2011; Shirk et al., 2011; Cirasola, 2024) una spiegazione a ciò potrebbe essere rappresentata dalle difficoltà che questi ultimi potrebbero riscontrare nell'esprimere apertamente la loro rabbia o insoddisfazione ai loro terapeuti, in più se insoddisfatti, potrebbero avere maggiori probabilità ad abbandonare la terapia piuttosto che affrontare il loro terapeuta (O'Keeffe et al., 2020). E' ipotizzabile che il ruolo dell'alleanza cambi in base alla fase della terapia; ad esempio, gli adolescenti con disturbi depressivi potrebbero essere meno motivati all'inizio della terapia nel completare i compiti terapeutici, per cui sviluppare una precoce alleanza con quest'ultimi potrebbe risultare utile a favorire il loro

coinvolgimento; al contrario i soggetti che sperimentano ansia, spinti dal voler eliminare i propri sintomi, potrebbero mostrare una motivazione maggiore fin dall'inizio della terapia (Bose et al., 2022).

Nonostante la letteratura sull'argomento non sia ancora esaustiva, la ricerca attuale conferma sull'importanza di stabilire una relazione (Bose et al., 2022; Karver et al., 2006, 2018; McLeod, 2011; Murphy & Hutton, 2018; Shirk & Karver, 2003; Shirk et al., 2011; Cirasola, 2024), anche se potrebbe risultare più urgente stabilire una buona e precoce alleanza con alcuni soggetti rispetto ad altri.

E' stato riscontrato in letteratura come il tipo di trattamento moduli l'associazione alleanza-risultato, con associazioni di alleanza di lavoro più forti nelle terapie comportamentali (Cirasola et al., 2021; Karver et al., 2018; Shirk et al., 2011). Ciò potrebbe essere compreso alla luce delle peculiari caratteristiche di quest'ultima nel dar un sostanzioso peso alla collaborazione, ai compiti e agli obiettivi; infatti, stabilire una buona alleanza potrebbe assumere in questo contesto un ruolo cruciale nell'incoraggiare la partecipazione attiva e l'impegno dell'adolescente, soprattutto in compiti più emotivamente impattanti, come l'esposizione. In altre tipologie di trattamento, incluso quello psicomotorio, un buon risultato potrebbe essere meno dipendente dall'instaurarsi di una buona alleanza di lavoro; è invece l'aspetto più emotivo della relazione che assumerebbe qui un ruolo essenziale, dove stabilire un certo livello di fiducia consentirebbe al terapeuta di portare alla coscienza le emozioni più inaccettabili (Cregeen et al., 2017). Compiti e obiettivi non sono necessariamente discussi esplicitamente durante le sessioni, di conseguenza, raggiungere una collaborazione su quest'ultimi potrebbe non essere il fine di queste terapie, giustificando la minore associazione tra alleanza ed esito riscontrata in questo tipo di trattamento (Horvath & Greenberg, 1989). Quando paziente e terapeuta riscontrano difficoltà nel lavorare insieme verso gli obiettivi terapeutici prefissati, può verificarsi una frattura nel legame terapeutico, conosciuto in letteratura come rottura dell'alleanza (Safran & Muran, 2000; Muran & Eubanks, 2020). Le interruzioni possono essere osservate attraverso comportamenti di ritiro o di confronto. I segnali di rottura possono essere considerati come tentativi di allontanamento dal terapeuta o dal processo terapeutico e si verificano quando il paziente si distanzia emotivamente dal terapeuta o dalla terapia stessa, ad esempio fornendo risposte minimali, raccontando storie evasive o manifestando autocritica e disperazione. Questi segnali possono anche comportare un apparente avvicinamento al terapeuta, ma in un modo che nasconde e

allontana i pazienti dai loro veri sentimenti, ad esempio attraverso la negazione, la separazione del contenuto dalle emozioni o comportamenti diffidenti. Al contrario, i segnali di confronto possono essere considerati come azioni ostili verso il terapeuta o la terapia e implicano comportamenti che vanno contro il lavoro terapeutico, come lamentele, critiche, resistenze o tentativi di controllare la sessione. Una rottura viene considerata risolta quando il cliente e il terapeuta ristabiliscono una connessione emotiva positiva e riprendono la terapia collaborativa. Affrontare con successo questi problemi relazionali è particolarmente cruciale quando si lavora con gli adolescenti, dato il loro alto tasso di rotture e interruzioni (Schenk et al., 2019; O'Keeffe et al., 2019; Cirasola et al., 2022).

L'adolescente può essere restio a esprimere apertamente sfide o disaccordi nei confronti dei loro terapeuti. Di fatto, ricerche recenti evidenziano la prevalenza delle rotture caratterizzate da astinenza piuttosto che da confronto durante la psicoterapia adolescenziale (Cirasola et al., 2022; Gersh et al., 2017; O'Keeffe et al., 2020; Schenk et al., 2019; Cirasola et al., 2024). I segnali di rottura dovuti al ritiro possono risultare sottili e facilmente fraintesi come una pseudo-alleanza, cioè una falsa percezione di alleanza terapeutica, che può ostacolare il vero progresso (Muran & Eubanks, 2020). La riparazione delle rotture con l'adolescente assume una certa rilevanza nei trattamenti psicodinamici a breve termine, dove studi empirici hanno evidenziato frequenti rotture dell'alleanza terapeutica (Cirasola, Martin et al., 2022; Halfon et al., 2019; Schenk et al., 2019) e valutazioni dell'alleanza più basse rispetto ad altri tipi di trattamento (Cirasola, Midgley et al., 2022), anche nei casi di esiti positivi. Questo potrebbe essere correlato all'attenzione che tale approccio pone nel creare uno spazio che enfatizzi l'espressione delle emozioni forti (Cregeen et al., 2017). Questo incoraggiamento intenzionale dell'espressione emotiva negativa può sfociare in rotture più evidenti dell'alleanza e a valutazioni più basse delle misure di alleanza. Tuttavia, risolvere efficacemente queste rotture può essere cruciale per sviluppare una forte alleanza terapeutica e rappresentare un'importante esperienza di apprendimento per l'adolescente (Cirasola, 2024).

Da alcuni studi che si sono occupati di indagare gli elementi che l'adolescente reputa importanti per l'instaurarsi di una relazione con il terapeuta, è emerso come la percezione e considerazione di quest'ultimo come elemento supportivo ed affidabile (Everall & Paulson 2002), la vicinanza emotiva e l'interesse genuino, il rispetto per la propria autonomia (Binder et al., 2008; Gulliver et al., 2010 ; Wilmots et al., 2020) e

per la propria individualità (Gulliver et al., 2010; Wilmots et al., 2020) siano tutti fattori indispensabili per il mantenimento della stessa e per l'adesione ai compiti .

In contrasto con la prospettiva storica in psicoanalisi, la letteratura contemporanea sull'alleanza terapeutica riafferma il valore terapeutico della rivelazione dell'esperienza interna del terapeuta, ritenendola un'utile strategia per prevenire ed affrontare le rotture (Eubanks et al., 2015, 2019). Se ben utilizzata, tale strategia può porsi come mezzo per negoziare in modo flessibile la distanza e la vicinanza in base alle esigenze del paziente. Nello specifico, gli autori sostengono che un'adeguata dose di un'auto-rivelazione può beneficiare alla relazione terapeutica, in quanto percepire il terapeuta come essere umano, favorirebbe una sensazione di autenticità, contribuendo alla creazione di un'alleanza più genuina, ad una maggiore fiducia e a un maggior coinvolgimento nella terapia (Muran ed Eubanks, 2020).

Si sostiene che, nonostante i suoi limiti, la ricerca sull'alleanza nella psicoterapia con gli adolescenti possa avere importanti implicazioni cliniche per migliorare la psicoterapia giovanile. È necessaria una ripresa del dialogo tra il campo clinico e quello della ricerca sull'alleanza per comprendere meglio la natura e il ruolo di questa importante variabile quando si lavora con l'adolescente, e per utilizzare questa conoscenza per informare e migliorare la pratica clinica e la formazione terapeutica, guidando i terapeuti nell'applicazione efficace di tecniche e nell'affrontare potenziali rotture (Cirasola & Midgley , 2023)

Capitolo 5: Esperienze affettive soggettive

5.1 Il transfert

Il fenomeno delle emozioni provate da un paziente nei confronti del proprio terapeuta è stato ampiamente discusso per la prima volta da Sigmund Freud (Stefana, 2017) quando introdusse il concetto di transfert, definendolo come una relazione umana che si instaura tra paziente e terapeuta attraverso quello che egli definisce un “falso nesso”. (De Coro & Ortu 2014). Freud, attraverso l’esperienza con le proprie pazienti, notò che quando quest’ultime subivano un’offesa o un’ingiustizia, reale o percepita, venivano meno alla loro capacità di collaborare alla terapia. Dalle osservazioni di Freud è implicita l’idea dell’esistenza di una peculiare realtà interna, la realtà sentita dal paziente (Etchegoyen et al., 1990). Nel proscritto dell’analisi di ‘Dora’ (1905), Freud si riferisce al transfert come quel processo per cui in seduta analitica, si ripropone una serie di esperienze psicologiche, dalle fantasie ai desideri inconsci, non come appartenenti al passato, ma come riferibili alla persona del medico nel momento presente. Alcuni di questi transfert replicano quasi esattamente le esperienze passate, differendo solo per la sostituzione del medico alla persona originaria, mentre altri, più complessi, subiscono l’influenza di elementi reali legati al terapeuta o al suo contesto (Stefana, 2017). Un altro contributo fondamentale sul transfert è rappresentato da "La dinamica del transfert" (Freud, 1912), nonché la prima opera dedicata interamente a questo argomento. In questo saggio, Freud utilizzò il termine "imago" per indicare le figure interne (madre, padre, fratelli) che appartengono al passato del soggetto. Tali figure costituiscono l'oggetto dello spostamento transferale sulla persona dell'analista. Più precisamente, ciò che viene trasferito sono alcuni elementi delle parti inconsce dei conflitti infantili. Nelle concettualizzazioni di Freud, il transfert si pone come contemporaneamente negativo e positivo: la componente positiva, è costituita da sentimenti amichevoli e affettuosi che, giungendo alla coscienza, consentono di costruire la base per un efficace lavoro terapeutico; la componente negativa, per le sue caratteristiche (sentimenti ostili e inconsci) si manifesta come resistenza al trattamento (De Coro & Ortu 2014). Tali componenti del transfert, quella positiva e quella negativa, potrebbero entrambe fare la loro comparsa nel transfert che il paziente sviluppa nei confronti dell’analista; tuttavia, assumono un’accezione problematica nel momento in cui si presentano nelle loro manifestazioni estreme. Da tali definizioni la

manifestazione del transfert sembra rappresentare uno ostacolo e un utile strumento terapeutico al tempo stesso (Etchegoyen et al., 1990).

Sin dall'inizio del trattamento, il paziente tende a riprodurre, attraverso determinati comportamenti, quegli elementi dimenticati o rimossi della vita passata, trasferendoli non solo sul medico, ma anche su tutti gli aspetti della sua situazione attuale. Il paziente si trova a ripetere con il terapeuta tutto ciò che, provenendo dal rimosso, ha già influenzato la sua personalità: inibizioni, comportamenti disfunzionali, tratti patologici del carattere e sintomi. Questa ripetizione, che richiama esperienze di vita passata, consente di far emergere e di conseguenza trattare la malattia del paziente, le cui radici risalgono all'infanzia, concependolo non come un problema del passato, ma come una forza operante nel presente. In questo modo, il paziente è spinto a focalizzarsi sulle manifestazioni attuali della sua malattia (De Coro & Ortu 2014).

Nel famoso "Caso di Dora", Freud afferma, e manterrà sempre questa convinzione, che il trattamento psicoanalitico non crea il transfert, ma lo svela e lo rende visibile, proprio come avviene con altri processi psichici nascosti: il transfert esiste sia dentro che fuori dall'analisi, la differenza è che nell'analisi diventa cosciente. In questo modo, il transfert si sviluppa e si rivela continuamente (Etchegoyen et al., 1990). Il transfert, inizialmente concepito come il principale ostacolo al trattamento, se riconosciuto e interpretato correttamente diviene così lo strumento essenziale della terapia. Dagli scritti di Freud emerge come il transfert sia un fenomeno universale, comune e spontaneo, che, connettendo il passato con il presente tramite un falso nesso, sovrappone l'oggetto originario a quello attuale. Questa sovrapposizione del passato al presente è associata a oggetti e desideri antichi che non sono consapevoli per il soggetto, e che conferiscono al suo comportamento un'importanza irrazionale, dove l'affetto non corrisponde adeguatamente alla situazione attuale, né in qualità né in quantità (De Coro & Ortu, 2014).

Nel 1909, mentre discute del transfert, Freud evidenzia il suo ruolo come alleato nel processo analitico, definendolo attraverso tre dimensioni: realtà e fantasia, conscio e inconscio, presente e passato. Egli sottolinea che l'esperienza emotiva non ricordata dal paziente viene rivissuta nel transfert ed è lì che deve essere risolta (Freud & Staude 1975).

In seguito a Freud, la maggior parte degli studiosi ha insistito a esaminare il fenomeno del transfert all'interno di un contesto che comprende sia la fantasia che la realtà. Ferenczi nel 1909 enfatizza l'importanza e l'onnipresenza del transfert, descrivendolo

come un meccanismo attraverso il quale un'esperienza passata, dimenticata, viene collegata a un evento attuale tramite la fantasia inconscia (Nemes, 1998). Anna Freud nel 1936 propone un cambiamento teorico significativo, sostenendo che oltre al transfert di impulsi positivi e negativi, esiste anche il transfert di difese, il quale ripete nell'attualità l'analisi e i vecchi modelli infantili del funzionamento dell'Io (Salomonsson, 1997). In un ulteriore sviluppo, Lagache (1953) introduce il concetto di abitudine per spiegare gli obiettivi della ripetizione transferale, affermando che la ripetizione è generata dal bisogno stesso e che tale desiderio è avverso all'Io. Egli sottolinea che il transfert è intrinsecamente legato a determinate abitudini, data la tendenza naturale dell'essere umano ad operare un confronto per affrontare le nuove esperienze con il bagaglio delle vecchie abitudini, ovvero le proprie esperienze precedenti. Pertanto, Lagache abbandona la distinzione del transfert in positivo e negativo in base al contenuto delle pulsioni o degli affetti, riformula questa distinzione osservando che il transfert positivo implica l'utilizzo efficace o positivo di vecchie abitudini per apprendere, mentre il transfert negativo consiste nell'interferenza di vecchie abitudini con il processo di apprendimento.

Nella seconda metà del XX secolo, Melanie Klein amplia ulteriormente la definizione di transfert, considerandolo una manifestazione sia conscia che inconscia di esperienze, relazioni, emozioni, pensieri e fantasie presenti e passate. Klein introduce il concetto di "situazione totale di transfert", che comprende aspetti sia positivi che negativi in relazione al terapeuta. Tale interpretazione sottolinea la necessità di prestare attenzione a ciò che è accaduto nel passato del paziente e che si ripete durante le sedute, così come alle nuove esperienze innescate dalle caratteristiche specifiche del terapeuta, del paziente e della situazione analitica (Steiner, 2008).

Gill (1984), nel contesto di una tradizione interpersonale, sposta l'accento dalla visione "monopersonale" a quella "bipersonale" del transfert, ponendo l'accento sulla realtà del qui e ora. Egli prende le distanze dalla concezione del transfert come una distorsione della realtà alla luce del passato. Secondo Gill, il transfert non andrebbe considerato come una pura e semplice ripetizione del passato, bensì una risposta agli atteggiamenti dell'analista. Nel comprendere il transfert, per l'autore, è essenziale partire dalle sensazioni e dai pensieri attuali del paziente, chiarendo il tipo di esperienza che quest'ultimo ha del rapporto. Questo processo permette al paziente di capire come il suo transfert, apparentemente verosimile, sia influenzato da fattori

interni legati al passato, permettendo così l'emergere di materiale riguardante il passato che deve essere attentamente analizzato.

Gli psicoanalisti contemporanei concordano sul fatto che il transfert vada oltre una semplice ripetizione di dinamiche passate, coinvolgendo modelli duraturi di emozioni, pensieri, motivazioni e comportamenti che si manifestano nella relazione con il terapeuta. Tali modelli, dal forte potere informativo, riflettono aspetti profondi del funzionamento interpersonale del paziente. Secondo autori come Westen & Gabbard (2002) e Yeomans et al. (2015), il transfert può essere inteso come un'opportunità per esplorare e comprendere gli schemi relazionali del paziente, spesso radicati nelle esperienze infantili. Attraverso il transfert, il paziente rivive e proietta sul terapeuta le sue esperienze emotive e relazionali passate, permettendo così a quest'ultimo di esplorare e lavorare su tali dinamiche in un contesto terapeutico sicuro e protetto. Questo processo favorisce la crescita e il cambiamento del paziente, poiché permette di esaminare e affrontare modelli relazionali disfunzionali in un ambiente sicuro, e di sviluppare una maggiore consapevolezza e comprensione di sé e dei propri modi di interagire con gli altri.

Westen, influenzato da prospettive connessioniste neuroscientifiche e cognitive, teorizza il transfert come conseguenza di un'attivazione cronica nel paziente di specifiche reti neurali, stimulate da specifiche caratterizzate dal terapeuta e dall'interazione con esso. Le specifiche proprietà della relazione analista- paziente, quali l'anonimato, la riservatezza del primo contrapposta al disvelarsi del secondo, fanno sì che le reti associative maggiormente attivate dalla relazione analitica siano quelle relative alle relazioni di autorità e di intimità amorosa. Alcuni dei pattern relazionali determinanti nella vita del soggetto emergono nella relazione con il terapeuta, mentre altri dovranno essere individuati ed elaborati considerando le comunicazioni del paziente relative a materiale extratransferale. Risulta chiaro che, in questo quadro teorico, l'analista, più che essere anonimo, frustrante e neutrale, dovrà assumere degli atteggiamenti utili a facilitare un senso di sicurezza nell'esplorazione di sé in presenza di un altro intimo: in altri termini, egli deve favorire lo sviluppo di un senso di sicurezza nell'analizzando (De Coro & Ortu 2014).

Nella comprensione attuale, il transfert è comunemente riconosciuto da medici e ricercatori come un modello persistente di emozioni, pensieri, motivazioni e comportamenti che emergono e si manifestano nella relazione del paziente con il terapeuta (Cabrè, 2023). La terapia può riattivare emozioni represses o negate,

permettendo al paziente di recuperare esperienze indesiderate e di suscitare nuove emozioni. Entrambe le situazioni forniscono ai partecipanti alla terapia informazioni sui bisogni del paziente e sulle risposte a specifiche situazioni intrapsichiche e interpersonali. Rappresentano, quindi, un'opportunità per elaborare sentimenti precedentemente negati e temuti, nonché integrare nuove esperienze con quelle generate in passato. Assistere i pazienti nella trasformazione dei loro problematici e persistenti processi emotivi impliciti, contribuisce a modificare i loro modelli di interazione con l'ambiente (Lane et al 2015). Tra tutte le emozioni sperimentate da un paziente durante il "qui e ora" della seduta terapeutica, quelle rivolte al terapeuta sono particolarmente cruciali e vantaggiose per il processo terapeutico appena descritto (Stefana, 2024). Una relazione terapeutica empatica e affermativa risulta essere un elemento cruciale nel determinare se l'esperienza e l'espressione emotiva sono costruttive o meno per la terapia. È un elemento essenziale per il cambiamento e costituisce un prerequisito fondamentale per la conduzione efficace del lavoro psicoterapeutico (Hayes et al., 2017). Avere una visione chiara della dimensione relazionale del paziente vuol dire formulare delle ipotesi su come esso sperimenta e gestisce le sue relazioni, significa quindi delineare i suoi modelli relazionali dominanti (Ells, 2007). Conoscere tali modelli dà la possibilità di poter valutare il cambiamento del paziente dal punto di vista relazionale, anticipare momenti d'impasse o di rottura di alleanza terapeutica (Safran & Muran, 2000) e orientare il clinico "nella scelta del tipo di relazione indicata a seconda del tipo di paziente" (Mc Williams, 1998).

Una controversia nel campo della psicoterapia clinica riguarda la possibilità di estendere il concetto di transfert anche ad ambiti differenti da quello psicoanalitico; molti clinici sostengono fortemente che una delle principali distinzioni tra le psicoterapie analitiche e quelle non analitiche risieda nell'attenzione teorica e clinica che le prime dedicano al transfert; questo è uno dei fraintendimenti più diffusi e persistenti, la letteratura dimostra infatti che i principali teorici di quasi tutti i principali approcci psicoterapeutici riconoscono ormai l'esistenza del fenomeno denominato transfert dagli psicoanalisti, sebbene si riferiscono ad esso con un nome diverso (Marks, 2010) e differiscano nel modo di considerarlo clinicamente rilevante o nel modo di trattarlo.

Nel contesto della terapia comportamentale, autori come Goldfried e Davison lo hanno descritto in termini di “distorsione paratassica”; in particolare i due leader del comportamentismo ammettevano l’importanza della relazione terapeutica e del transfert, affermando chiaramente che il transfert avvenisse nella terapia comportamentale, ma differivano dalle teorie psicanalitiche classiche nel modo di affrontarlo: suggerivano che il terapeuta dovrebbe fornire un feedback diretto, aiutando il cliente a rendersi conto di come si sta manifestando il suo comportamento disadattivo. Altri terapeuti CBT lo definiscono come ipergeneralizzazione (Rabinovich, & Kacen, 2009).

Il transfert è stato notato anche da autori come Rogers (1951) nella sua terapia centrata sul cliente, Fritz Perls (1958) nella sua terapia della Gestalt, Rollo May (1983) nella terapia esistenziale.

Un altro esempio è fornito dalla psicoterapia analitica funzionale (FAP), un approccio relazionale alla psicoterapia comportamentale, che comporta un'esperienza terapeutica intensiva, emotiva e approfondita (Tsai et al., 2014). Gli operatori FAP enfatizzano l’impatto della relazione terapeutica per promuovere il cambiamento e la crescita personale sia dei clienti che dei terapeuti, partendo dal presupposto secondo il quale la terapia evocherebbe nel paziente lo stesso comportamento del proprio ambiente di vita quotidiana, in quanto funzionalmente simile. Questa somiglianza funzionale aumenta la probabilità di generalizzazione dei progressi del cliente alla vita quotidiana. Per incoraggiare questo processo, i terapeuti FAP discutono esplicitamente la generalizzazione e assegnano compiti a casa ai clienti in base ai miglioramenti ottenuti durante la seduta. In comune con altre terapie relazionali, la FAP utilizza la relazione terapeutica come un'opportunità per incoraggiare il miglioramento durante le interazioni cliente-terapeuta come base per produrre miglioramenti nella vita quotidiana (Tsai et al., 2014).

In sintesi, sebbene le terapie psicodinamiche siano uniche nel loro tentativo di utilizzare il transfert per aiutare il paziente a comprendere ciò che è accaduto nel passato così come il modo in cui ciò influenza il presente (a livello intrapsichico e relazionale), in quasi tutti i principali sistemi di psicoterapia, viene riconosciuto il verificarsi del transfert, con le relative differenze.

Nonostante il comune accordo da parte della comunità scientifica nel ritenere le interpretazioni del transfert un elemento cruciale della psicoanalisi e della terapia

psicodinamica, l'evidenza empirica a sostegno è in ritardo rispetto al suo utilizzo e alla centralità nella pratica clinica (Cutler et al., 2004). Il primo studio volto a indagare sperimentalmente gli effetti dell'interpretazione del transfert è stato quello di Høglend et al (2006). Gli autori, in linea con il pensiero clinico tradizionale, ipotizzarono che i pazienti trattati con interpretazioni di transfert avrebbero beneficiato più del percorso di terapia, rispetto al gruppo di controllo, e che i pazienti con una storia di relazioni oggettuali più mature e senza disturbi di personalità avrebbero potuto ottenere risultati migliori con le interpretazioni del transfert. I risultati hanno mostrato una discrepanza rispetto alla seconda ipotesi, suggerendo che le interpretazioni di transfert siano più efficaci con i pazienti con bassi punteggi alla scala della qualità delle relazioni oggettuali, nello specifico, tale risultato rifletterebbe un'importanza particolare per i pazienti con relazioni interpersonali problematiche.

Una recente revisione sistematica di Yilmaz et al (2024) nel tentativo di contribuire agli sforzi precedenti, volti a colmare il divario presente nella letteratura, evidenziano le differenze sostanziali nelle caratteristiche degli studi che hanno esplorato la relazione tra l'interpretazione del transfert e i relativi esiti della terapia. I risultati osservati suggeriscono che, sebbene l'uso dell'interpretazione del transfert nelle psicoterapie dinamiche sia spesso associato a benefici significativi, ci sono molti fattori in gioco nel determinare se questa tecnica è in definitiva benefica, o in alcuni casi, addirittura dannosa, per il processo terapeutico. Nonostante l'elevata variabilità, il 62% degli studi inclusi ha osservato un miglioramento statisticamente significativo negli esiti terapeutici legati all'interpretazione del transfert, suggerendo che la sua inclusione nella psicoterapia può portare notevoli benefici ai pazienti. Altri risultati suggeriscono invece che un uso improprio ed eccessivo delle interpretazioni del transfert può essere dannoso e che la delicata relazione tra transfert ed esito della terapia è interconnessa a molti altri fattori, come la frequenza e la proporzione delle interpretazioni del transfert, nonché la diagnosi e le caratteristiche specifiche dei pazienti. In conclusione, le prove accumulate suggeriscono che l'interpretazione del transfert dovrebbe essere utilizzata meticolosamente tenendo conto dei vari fattori del paziente e del processo terapeutico e ulteriormente indagata empiricamente mediante strumenti di misurazione appropriati e manipolazione sperimentale. I risultati attuali mostrano che l'interpretazione del transfert porti risultati favorevoli nella psicoterapia psicodinamica, come una significativa diminuzione della gravità dei sintomi e dei comportamenti disadattivi, nonché miglioramenti nel funzionamento psicodinamico e

nelle relazioni interpersonali. Essendo una delle tecniche fondamentali della psicoterapia psicodinamica, l'interpretazione del transfert dovrebbe ricevere molta più attenzione e impegno di ricerca, il che rafforzerebbe l'attuale base di prove per la pratica psicodinamica (Leichsenring et al.,2006; Banon et al.,2013; Crits-Christoph & Gibbons, 2021).

5.2: Il controtransfert

Come già ampiamente affrontato, l'esito della psicoterapia dipenderà in larga misura da fattori relazionali, quali la qualità dell'alleanza terapeutica (Flückiger et al., 2018) dalla qualità delle emozioni del paziente (Peluso & Freund, 2018), così come nel terapeuta (Hamilton & Kivlighan 2009). In un lavoro terapeutico efficace, una sviluppata capacità interpersonale del terapeuta risulta cruciale (Anderson et al., 2016; Goldberg et al, 2020). Questa capacità costituisce la base per cogliere le dinamiche del mondo relazionale interno e della storia relazionale del paziente (Nissen-Lie et al, 2022).

Il controtrasnfert è attualmente riconosciuto come un costrutto centrale della matrice relazione cliente-terapeuta (Gabbard, 2001). Sebbene abbia avuto origine nella psicanalisi, il controtransfert è considerato un costrutto panteorico (Gelso & Hayes, 2007). L'evoluzione di tale concetto non è da considerarsi lineare; i ricercatori infatti non si sono sempre trovati d'accordo sulla sua concettualizzazione e sulla sua funzione; ne risulta quindi una letteratura travagliata e tal volta contraddittoria (Tishby, & Wiseman, 2022).

Viene descritto per la prima volta da Freud come quelle reazioni inconsce del terapeuta al transfert del paziente. Freud, nella prima elaborazione del concetto di controtransfert, in particolare osservò come l'influenza del paziente sui sentimenti inconsci dell'analista potesse compromettere il trattamento, conferendo al controtrasnfert una prima accezione negativa e non funzionale ai fini del trattamento; nel dettaglio, secondo Freud, il controtransfert comportava rischi per la metodologia psicoanalitica, non permetteva una visione obiettiva del paziente: era un ostacolo e in quanto tale andava controllato e gestito.

Il fatto che Freud (1910) abbia introdotto il concetto di controtransfert parlando di *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, suggerisce, tuttavia, che egli non

vedesse il controtransfert semplicemente come un ostacolo di cui liberarsi ma intuì anche, come nel caso del transfert, che una sua migliore comprensione avrebbe potuto portare nuovi, importanti contributi alla tecnica psicoanalitica (Stefana, 2017).

Un esame della prima letteratura sul controtransfert rivela che prima del 1950 molte delle questioni che circondano il controtransfert oggi stavano già prendendo forma. Le incertezze includevano come *definire* il controtransfert; come *si manifesta* nell'analista; chi lo *istiga*; cosa *farne* (Holmes, 2014). Tale interpretazione iniziale e relativamente limitata del controtransfert come ostacolo al trattamento ha dominato la letteratura psicoanalitica per diversi decenni. Tuttavia, nel tempo, i teorici, nel tentativo di ampliare il concetto, hanno riconosciuto un valore terapeutico al controtransfert, affermando che le reazioni del terapeuta al paziente possono avere significato diagnostico e terapeutico; se adeguatamente gestite, tali reazioni possono facilitare piuttosto che ostacolare il trattamento. Nel modello classico, in definitiva, il controtransfert indica il coinvolgimento involontario dell'analista, considerato patologico, fuorviante e dannoso per il processo terapeutico. Di conseguenza, il controtransfert deve essere "riconosciuto" e "superato" (Freud, 1910). La concezione classica del controtransfert prevalse sullo sfondo scientifico fino agli anni '50 (Colli & Prestano, 2006). Quando Klein (1946) introdusse il concetto di identificazione proiettiva, il tema del controtransfert venne ripreso, in particolare con le affermazioni di Paula Heimann la quale ribalta gli assunti, asserendo che se l'analista si limitasse all'interpretazione del testo del paziente e del transfert, ignorando i propri sentimenti, riconosciuti ora come informativi, finirebbe per produrre interpretazioni "povere", solo parziali della sofferenza del paziente (Heimann, 1950). Secondo quest'ultima, l'inconscio dell'analista comprende quello del paziente, e grazie al profondo legame instaurato tra i due, la percezione inconscia dell'analista è da considerarsi molto più accurata rispetto a quella cosciente (Heimann, 1949); affermava inoltre che l'analista può far affidamento alle proprie emozioni, presupponendo che esso abbia risolto i suoi conflitti personali e abbia imparato a differenziare ciò che gli appartiene da ciò che proviene dal paziente: non essendo coinvolto nella vita del paziente, non è limitato dalle difese che invece offuscano l'insight del paziente. Heimann ribadì che la natura stessa della situazione analitica risiede nel trovarsi in una relazione che coinvolge due persone, e che il tratto distintivo della stessa non fosse l'assenza di sentimenti nell'analista, bensì la sua capacità di sostenerli ed elaborarli (Holmes, 2014). Racker (1968) differenziò tra controtransfert concordante e controtransfert complementare;

con il primo indica il processo attraverso il quale l'analista riconosce e rispecchia ogni aspetto della propria personalità nelle corrispondenti parti della personalità del paziente. Il secondo processo, invece, coinvolge identificazioni complementari che emergono dall'identificazione proiettiva; vale a dire che il terapeuta si identifica con gli oggetti interni del paziente che sono stati proiettati su di lui (Gabbard, 2018; Racker, 1968b). Winnicott (1947) normalizza l'emergere di un sentimento di odio nel terapeuta nei confronti del paziente in un qualsiasi momento della terapia, specificando che il terapeuta debba essere preparato a questa possibilità, per poter riconoscere e accettare tale sentimento. Alcuni teorici, tra cui Winnicott, propongono una distinzione tra controtransfert soggettivo e oggettivo. Egli distingue tra reazioni controtransferali oggettive e soggettive. Le reazioni controtransferali "oggettive" si riferiscono ai sentimenti dell'analista che sono reattivi al comportamento e al mondo interno oggettivo del paziente, e che anche altre persone potrebbero avere in risposta al paziente; queste reazioni devono essere riconosciute e utilizzate a fini interpretativi (Winnicott, 1947). Il controtransfert soggettivo comprende tutte le risposte emotive dell'analista che sono rimosse o rifiutate. Il sottotipo oggettivo è dunque causato dalle caratteristiche del paziente, mentre il sottotipo soggettivo è influenzato dalle caratteristiche dell'analista (Colli, 2006). Diversi approcci della psicoterapia psicoanalitica, nel tentativo di definire il controtransfert, si sono mossi dalla visione classica e ristretta, nella quale il controtransfert è concettualizzato come risposta inconscia e conflittuale al transfert del paziente, a una visione più ampia e comprensiva che include tutti i sentimenti, i pensieri e i comportamenti del terapeuta in risposta al transfert del paziente (Gelso & Hummel, 2011). Gelso e Hayes (2007) hanno proposto una concettualizzazione integrativa del controtransfert, definendolo come le reazioni cosce o inconsce del terapeuta al paziente, originate da conflitti irrisolti; tali reazioni possono essere innescate dal transfert del paziente o da altri fenomeni. Questa definizione mantiene la visione classica dei conflitti irrisolti dei terapeuti come fonte del controtransfert, tuttavia, si adatta anche a una visione relazionale moderna che definisce il controtransfert come una combinazione delle dinamiche del terapeuta invocate dal cliente e dell'interazione tra cliente e terapeuta (Mitchell, 1993). Hayes (2004) propone un modello operativo del controtransfert, il quale scompone il costrutto in cinque componenti: Origini, quelle aree di conflitto irrisolto nel terapeuta da cui derivano le reazioni controtransferali; Innesca, eventi correlati alla terapia che hanno un effetto su tali conflitti, come il transfert del paziente,

alcune aree discusse dal paziente o una fase della terapia (ad esempio, la conclusione); Manifestazioni, reazioni affettive, cognitive, comportamentali e viscerali sperimentate dai terapeuti (ad esempio, comportamenti di evitamento, eccessivo coinvolgimento con i pazienti); Effetti, conseguenze di queste reazioni sulla qualità del processo terapeutico e sul risultato; Gestione, la capacità di affrontare e minimizzare l'impatto negativo del controtransfert (ad esempio, come i terapeuti affrontano la rabbia o l'ansia, il grado di autoconsapevolezza nelle sedute) (Tishby & Vered, 2011).

Oggi il concetto di controtransfert ha acquisito un significato più ampio, il quale include al suo interno l'intera gamma dell'esperienza dell'analista, ritenuta clinicamente utile, nella misura in cui il terapeuta non vi reagisce impulsivamente, ma tenta di analizzare il significato di tali sentimenti scaturiti in lui dal paziente (Hayes, 2004). La consapevolezza del terapeuta riguardo il proprio controtransfert può aiutare quest'ultimo a gestire le sfide del paziente, come dimostrato dallo studio di Abargil & Tishby, (2022).

La centralità del controtransfert all'interno del processo terapeutico è ampiamente riconosciuta dalla ricerca empirica; un recente studio di Velarde et al. (2024) nel tentativo di indagare le origini del controtransfert si è servito del metodo CCRT (Core Conflictual Relationship Theme)(Luborsky & Crits-Christoph, 1990); quest'ultimo è costituito da tre componenti: Desiderio (W), Risposta dell'Altro (RO) e Risposta del Sé (RS). La componente Desiderio si riferisce a un'intenzione che la persona ha nei confronti dell'altro (ad esempio, essere amato, essere assertivo); il RO riguarda una risposta effettiva, anticipata o fantasticata da parte dell'altro (ad esempio, di sostegno, disapprovazione); la RS indica la risposta anticipata o fantasticata della persona del sé sotto forma di pensieri, emozioni, comportamenti o sintomi (ad esempio, sentirsi accettato, sentirsi depresso). Le tre componenti del CCRT derivano da episodi di relazione (RE), da narrazioni che i soggetti dichiarano descrivendo interazioni specifiche con altri significativi. Oltre al loro contenuto specifico, RO e RS possono essere valutati come negativi o positivi, e la relazione tra le tre componenti può essere valutata come complementare o conflittuale (Luborsky & Crits, 1998). Gli autori hanno esaminato la corrispondenza tra i desideri interpersonali di un terapeuta nei confronti delle persone significative della sua vita e dei pazienti, per comprendere se ci fosse una correlazione; le analisi hanno rivelato che desideri specifici nella vita personale dei terapeuti erano simili ai desideri nel lavoro effettivo con i loro pazienti, supportando l'idea che le origini del controtransfert potrebbero risiedere nei desideri

interpersonali dei terapeuti. I risultati hanno replicato i risultati di uno studio effettuato anni prima da Tishby & Wiseman (2014).

Capitolo 6: Lo studio

6.1 Razionale dello studio

La letteratura è concorde nell'affermare che, indipendentemente dal termine utilizzato per descriverlo e dalle modalità con cui esso si manifesta, il transfert rappresenti un elemento cruciale ed impattante del processo psicoterapeutico. Tra le emozioni sperimentate dal paziente nel contesto terapeutico, infatti, quelle rivolte al terapeuta rivestono un ruolo determinante nel contribuire all'efficacia del trattamento (Norcross & Lambert, 2018). In linea con ciò, la prospettiva del paziente fornisce informazioni significative per identificare cosa stia funzionando e cosa sia necessario migliorare della pratica stessa (Wilmots et al., 2020). Per chiarezza teorica, la psicoterapia richiede una costante valutazione e un continuo feedback: elementi considerati essenziali per una pratica basata sulle evidenze (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice). Fornire ai terapeuti un feedback specifico sulla sintonizzazione e reattività percepite dai pazienti può rivelarsi particolarmente utile per quei pazienti che tendono a non esprimere apertamente sentimenti di delusione o insoddisfazione rispetto alla terapia. È noto, infatti, che alcuni pazienti possano sentirsi riluttanti a comunicare insoddisfazione o criticità direttamente al terapeuta durante le sedute, nonostante l'esplorazione di tali vissuti possa avere un impatto terapeutico significativo. La letteratura scientifica indica in modo consistente che un feedback regolare risulta efficace nell'aiutare i terapeuti a identificare potenziali rotture nella relazione terapeutica, a promuovere la fidelizzazione dei pazienti e a migliorare gli esiti del trattamento (Levy & Tishby 2024). In particolar modo, il feedback, sia rispetto al processo terapeutico che agli esiti del trattamento, fornisce informazioni utili per orientare l'intervento terapeutico in modo immediato ed efficace (Boswell et al., 2015). Tale approccio permette una personalizzazione della terapia, in modo tale che questa possa rispondere dinamicamente alle esigenze del paziente, contribuendo al miglioramento della qualità complessiva del trattamento. All'interno di tale quadro, il compito del terapeuta diviene quello di considerare, comprendere e rielaborare l'ampiezza dell'esperienza emotiva del paziente (Constantino et al., 2020), conferendo

in questo modo alle percezioni transferali un potere sia diagnostico che trasformativo. Al fine di raggiungere tale obiettivo, emerge la necessità di possedere strumenti utili a cogliere i cambiamenti nelle percezioni affettive del paziente e della relazione terapeutica durante le sedute, con l'obiettivo ultimo di personalizzare l'intervento terapeutico e migliorare i risultati del trattamento (Stefana et al., 2024). Sebbene siano state sviluppate numerose misure utili alla valutazione delle emozioni, solo alcune di esse sono in grado di attenzionare specificatamente i processi affettivi all'interno della relazione terapeutica diadica (Stefana et al., 2023). Difatti, le misure di self-report esistenti, rilevanti costrutti quali l'alleanza terapeutica, trattano solo indirettamente il contenuto affettivo. Con l'obiettivo di sviluppare una misura clinicamente sofisticata, psicometricamente valida e sufficientemente semplice, in grado di rispondere alle necessità sopracitate circa l'importanza delle risposte affettive caratterizzanti la relazione terapeutica, Stefana e colleghi hanno ideato e validato il Relationship In-Session Questionnaire (SPARQ). Trattasi di uno strumento utile nei contesti clinici, di formazione e di ricerca, finalizzato alla valutazione di soggetti di età adulta. Quest'ultimo aspetto pone in essere l'interesse e la necessità di orientarsi allo sviluppo di una misura in grado di considerare specificatamente le peculiarità dell'adolescenza e della delicatezza di tale fase dello sviluppo.

In linea con tale assetto teorico, il presente elaborato si inserisce in un progetto di ricerca più ampio iniziato precedentemente da un team di ricerca in Psicopatologia dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Mondino di Pavia. Tale progetto ha come obiettivo ultimo quello di offrire alla comunità scientifica in generale e agli Psicoterapeuti in particolare, il RISP: RISP (Relationship In-Session for adolescent Patient questionnaire): uno strumento di autovalutazione evidence-based in corso di validazione, finalizzato ad indagare le reazioni emotive, positivamente o negativamente connotate, di un paziente adolescente nei confronti del terapeuta, a termine di una seduta di psicoterapia, utile alla valutazione delle relazione terapeutica e delle dinamiche emozionali ad essa connesse.

6.2 Analisi preliminari

Pianificazione dello studio

Al fine di raggiungere tale obiettivo è stato necessario, in prima istanza, sviluppare e validare in via preliminare un breve questionario self-report mirato ad indagare le

percezioni di un paziente nei confronti del proprio terapeuta. L'elaborazione del questionario Relationship In-Session for Adolescent Patients (RISP) è avvenuta attraverso un processo strutturato in fasi operative, descritte di seguito, basato su una rigorosa revisione della letteratura scientifica. Il protocollo sviluppato è stato sottoposto e approvato dal Comitato Etico dell'Università di Pavia nel maggio 2023. Lo strumento è stato sviluppato attenendosi alle linee guida per la costruzione di scale psicometriche, come descritto da DeVellis (2003) e MacKenzie e Podsakoff (2011).

Fase 1: Generazione degli items

La prima fase ha riguardato la generazione di un ampio numero di item (135 iniziali), volti a esplorare i vissuti emotivi del paziente nei confronti del proprio terapeuta. Tali item sono stati creati da un team di tre professionisti (un neuropsichiatra, uno psicologo e un medico in formazione specialistica in neuropsichiatria infantile). Successivamente, gli item sono stati esaminati per individuare ridondanze e valutarne la validità apparente, portando alla riduzione del pool a 99 item.

Fase 2: Analisi teorica

Nella fase successiva, il questionario self-report è stato sottoposto a un gruppo di psicoterapeuti esperti, con l'obiettivo di ottenere una valutazione dell'importanza degli item per descrivere la qualità della relazione terapeutica. I terapeuti hanno fornito giudizi su una scala da "Per niente" a "Molto" per quanto riguarda l'importanza percepita di ciascun item e da "Mai" a "Spesso" per la frequenza con cui ritenevano che gli adolescenti vivessero tali esperienze in terapia. Sono state altresì segnalate le formulazioni non chiare, consentendo una successiva revisione degli item.

Fase 3: Coinvolgimento degli adolescenti

Per testare ulteriormente la chiarezza e la pertinenza degli item, è stato condotto uno studio qualitativo con quattro adolescenti (di età compresa tra 14 e 17 anni) in psicoterapia, con diagnosi diverse. Attraverso interviste faccia a faccia, è stato richiesto ai partecipanti di esprimere la loro comprensione degli item e di valutare quanto questi riflettessero la qualità della loro relazione con il terapeuta. Il campionamento è stato di tipo intenzionale, volto a raccogliere un feedback utile per l'ulteriore ottimizzazione del questionario e dello studio.

Fase 4: Raccolta dati

Tale fase, finalizzata alla raccolta dati, prevede la somministrazione di un questionario preliminare con item che indagano la frequenza della percezione di emozioni vissute dal paziente adolescente al termine della seduta e di due strumenti utili alla validazione dello strumento.

- Real Relationship Inventory-patient form (Kelley et al. 2010).
- Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath et al, 1989)

Il presente studio si inserisce in questa fase.

6.3 Obiettivi

Obiettivo primario:

L'obiettivo primario del presente studio sperimentale è quello di esplorare le risposte emotive di un campione di pazienti adolescenti in relazione al proprio terapeuta, utilizzando il questionario RISP attualmente in fase di validazione.

Obiettivo secondario:

Il secondo obiettivo di tale studio mira a condurre un'analisi comparativa delle risposte al questionario tra due gruppi di adolescenti: (1)inpatients , i quali presentano una sintomatologia più grave, e outpatients non ospedalizzati, con una sintomatologia meno severa.

Tale confronto mira a identificare possibili differenze significative nell'esperienza emotiva tra i due campioni, esplorando l'eventuale associazione tra lo stato clinico (ospedalizzazione o non ospedalizzazione) e l'espressione di affetti positivi o negativi nei confronti dello psicoterapeuta.

Capitolo 7 : Materiali e metodi

7.1 Partecipanti

Lo studio ha coinvolto un campione di 79 ragazzi adolescenti, 38 dei quali reclutati all'interno del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Istituto Mondino di Pavia, i restanti 41 partecipanti sono stati reclutati presso centri, comunità e psicoterapeuti privati, situati in Lombardia e in Sicilia.

I criteri di inclusione per arruolamento dei partecipanti sono stati i seguenti:

- Età 13-18 anni
- Presa in carico psicoterapica

I criteri di esclusione erano invece i seguenti:

- Insufficiente conoscenza della lingua italiana
- Livello intellettivo clinicamente al di sotto dei limiti di norma (QI <75)

7.2 Procedura

La fase di raccolta dati ha coinvolto 79 pazienti adolescenti, di età compresa tra i 13 e i 18 anni, e l'indagine è stata condotta tra ottobre 2023 e ottobre 2024.

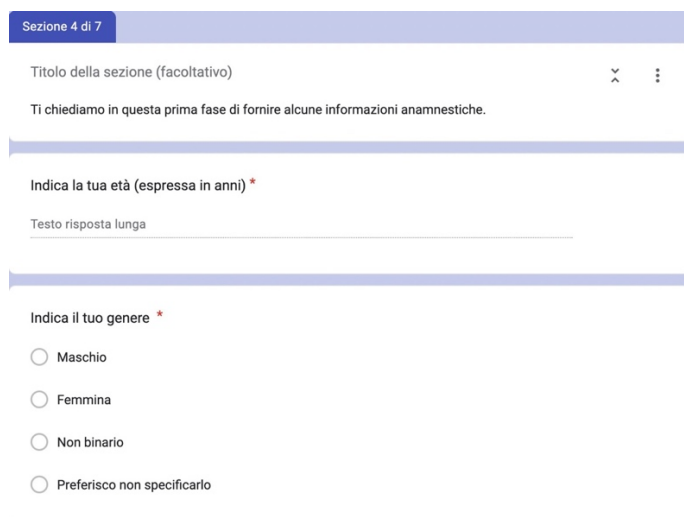
Per quanto riguarda il gruppo di adolescenti in degenza (*inpatients*), prima di partecipare alla ricerca, a ciascun partecipante è stato presentato il progetto, e, previo consenso informato da parte dei genitori e assenso firmato dal giovane, è stato inviato un link per la compilazione di un questionario online, strutturato in quattro sezioni per un totale di 75 item, in forma anonima.

Per quanto concerne il gruppo (outpatients) reclutato all'esterno della Fondazione Mondino, al ragazzo adolescente è stato presentato il medesimo questionario online, al quale ha avuto accesso tramite apposito QR code. In questo secondo caso, il

Comitato Etico ha autorizzato l'uso del consenso informato digitalizzato, ritenendolo adeguato, in quanto i dati raccolti erano anonimizzati e non era possibile risalire all'origine delle informazioni. I dati sono stati raccolti in forma automatizzata, conservati in un database in formato Excel a cui ha avuto accesso solamente personale di ricerca autorizzati. I dati sono stati raccolti nel rispetto delle norme relative alla privacy GDPR (UE) del 2016/679 e DL 101/18 e gestiti in modo tale da non rendere possibile l'identificazione del soggetto rispondente, tramite procedure di pseudonimizzazione e aggregazione

7.3 Strumenti

La prima sezione del questionario RISP è stata progettata per raccogliere dati demografici e clinici rilevanti. Essa include otto item, che indagano rispettivamente: l'età del paziente, il genere del paziente e del clinico, la durata del trattamento psicoterapeutico, la modalità di svolgimento dell'ultima sessione di terapia (telematica o in presenza), la diagnosi clinica del paziente (se disponibile) e l'eventuale uso concomitante di trattamento psicofarmacologico (Fig 1).



Sezione 4 di 7

Titolo della sezione (facoltativo)

Ti chiediamo in questa prima fase di fornire alcune informazioni anamnestiche.

Indica la tua età (espressa in anni) *

Testo risposta lunga

Indica il tuo genere *

Maschio

Femmina

Non binario

Preferisco non specificarlo

Figura 1 esempio item per dati demografici e clinici

Nella seconda sezione del questionario, agli adolescenti è stato richiesto di riflettere sulla loro più recente seduta di psicoterapia e di assegnare un punteggio a specifici item relativi all'esperienza. In particolare, è stato chiesto loro di leggere una serie di

affermazioni che potrebbero descrivere come si sentono riguardo alla terapia e al terapeuta, e di valutare ciascuna di queste affermazioni in base alla misura in cui erano state percepite durante quella specifica seduta (Fig. 2). La valutazione è stata effettuata utilizzando una scala Likert a 5 punti, con valori da 0 a 4 (0 = per niente, 1 = poco, 2 = un po', 3 = abbastanza, 4 = molto).

Sezione 5 di 7

Istruzioni per la compilazione del questionario:
Quella che segue è una serie di affermazioni che i ragazzi e le ragazze in psicoterapia potrebbero usare per descrivere come si sentono nei confronti del loro psicoterapeuta. Pensa alla tua ultima seduta di psicoterapia, leggi ognuna delle seguenti affermazioni, e indica come ti sei sentito durante quella seduta. Seleziona la risposta che corrisponde di più alla tua esperienza: 0 = per niente; 1 = poco; 2 = un po'; 3 = abbastanza; 4 = molto. Non preoccuparti se le tue risposte appaiono incoerenti, perché spesso le persone provano sentimenti contrastanti.

Durante l'ultima seduta di psicoterapia,

Mi sono sentito a disagio, tanto che avrei voluto nascondermi dal mio terapeuta o terminare la *
seduta in anticipo.

0 1 2 3 4

Per niente Molto

Ero contento per qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto. *

0 1 2 3 4

Figura 2 esempio item esperienze

Per quanto concerne la terza sezione, gli adolescenti hanno risposto a item che indagano il costrutto di Alleanza di Lavoro, ovvero quegli aspetti della relazione terapeutica non legati al transfert (Zetzel, 1956).

Gli item (vedi fig. 3) proposti sono stati quelli già utilizzati all'interno del Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath et al., 1989):

Sezione 6 di 7

Titolo della sezione (facoltativo) ⌵ ⋮

Di seguito troverai una serie di affermazioni relative alle esperienze che le persone possono aver avuto con il proprio terapeuta o con la terapia. Alcune informazioni si riferiscono direttamente al tuo terapeuta. Seleziona la risposta che corrisponde di più alla tua esperienza: "1" significa raramente, "2" significa qualche volta, "3" significa abbastanza spesso, "4" significa molto spesso e "5" significa sempre.

Come risultato di queste sedute mi è più chiaro come potrei essere capace di cambiare. *

	1	2	3	4	5	
Raramente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

Quello che sto facendo in terapia mi fornisce nuovi modi di guardare al mio problema. *

	1	2	3	4	5	
Raramente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

Figura 3 esempio item alleanza di lavoro

La quarta sezione del questionario indaga la relazione reale, data dal realismo e la genuinità (Gelso et al., 2012). Il realismo si riferisce al grado in cui l'altro viene percepito in modo autentico, vale a dire senza proiezioni o distorsioni; per genuinità ci si riferisce al grado in cui ci si mostra all'altro, ovvero la misura in cui si è realmente se stessi nella relazione. Secondo Gelso (2009), la genuinità comprende sia le caratteristiche personali di ciascun partecipante alla relazione, sia la qualità della relazione stessa. Essendo la relazione un fenomeno interpersonale, entrambi i partecipanti – paziente e terapeuta – contribuiscono attivamente, sia direttamente sia indirettamente, alla sua costruzione e al suo mantenimento. Sono stati inseriti gli item del Real Relationship Inventory - Client Short Form (RRI-C-SF), nonché una versione breve del Real Relationship Inventory-Client (RRI-C). (Stefana, 2024).

Sezione 7 di 7

Titolo della sezione (facoltativo) ✕ ⋮

Completa le voci sottostanti, ripensando alla relazione con il terapeuta durante l'ultima seduta.
 Utilizza la seguente scala da 1 a 5 per la valutazione di ogni voce: "1" significa fortemente in disaccordo
 "2" significa in disaccordo "3" significa neutrale "4" significa d'accordo "5" significa fortemente d'accordo.

Sono riuscito a essere me stesso con il mio terapeuta *

1 2 3 4 5

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

Ho apprezzato la possibilità di esprimere i miei sentimenti in terapia *

1 2 3 4 5

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

Sono stato aperto e onesto con il mio terapeuta *

Figura 4 esempio item relazione reale

7.4 Analisi statistiche

E' stata effettuata un'analisi descrittiva delle informazioni cliniche e demografiche del campione totale.

Dei 75 item a cui il ragazzo adolescente ha risposto, le analisi sono state condotte sui 47 item che costituiscono la seconda sezione del questionario, che indagano la frequenza della percezione di emozioni vissute dal paziente al termine della seduta.

Al fine di indagare la tendenza dei partecipanti a esprimere maggiormente sentimenti positivi o negativi nei confronti del proprio terapeuta, in questa fase dell'analisi gli item sono stati suddivisi in due categorie tematiche distinte: Affetto Positivo, Affetto Negativo.

Successivamente, per ciascun partecipante è stata calcolata la media dei punteggi attribuiti agli item con valenza positiva e item con valenza negativa. In tal modo, mediando i risultati di quest'ultimi, si è ottenuto un punteggio medio a valenza positiva ed uno a valenza negativa che ha permesso di sintetizzare ed analizzare la tendenza generale nell'espressione, da parte del campione analizzato, di affetti positivi o negativi nei confronti del terapeuta.

Il confronto delle caratteristiche cliniche e demografiche tra il gruppo dei pazienti in degenza e il gruppo di pazienti ambulatoriali ha richiesto l'utilizzo di un t-test per

campioni indipendenti sulle variabili continue - età e durata del trattamento - con l'obiettivo di determinare se vi fossero eventuali differenze significative tra le medie dei due gruppi indipendenti rispetto a tali variabili.

Utilizzando il test del Chi Quadrato, che consente di verificare se la distribuzione delle risposte per ciascuna variabile differisce in modo significativo tra un gruppo rispetto ad un altro, è stato possibile analizzare eventuali differenze rispetto a variabili categoriche come il genere del terapeuta, la presenza o assenza di diagnosi clinica e l'assunzione o meno di una terapia.

In aggiunta, con l'obiettivo di indagare l'eventuale presenza di differenze tra i due gruppi (Gruppo 1, ospedalizzati; gruppo 2 ambulatori), nelle risposte agli item relativi l'affetto positivo e negativo, è stato in primo luogo calcolato il punteggio medio per ciascun gruppo sia per gli item a valenza positiva sia per quelli di affetto negativo, successivamente è stato effettuato un t-test per campioni indipendenti.

Capitolo 8: Risultati

8.1 Obiettivo 1: Analisi descrittiva

Dati demografici e clinici	Variabili	%
Genere	Femmina	73%
	Maschio	20%
	Non binario	3%
	Preferisco non specificarlo	4%
Età espressa in anni	13-14	22%
	15-16	42%

	17-18	36%
Durata percorso psicoterapico espressa in mesi	0-4	30%
	5-9	13%
	10-12	17%
	13-24	20%
	25-35	9%
	>36	10%
	Terapia farmacologica	no
si		53%
Genere del terapeuta	Femmina	80%
	Maschio	20%
Ultima seduta di psicoterapia	Via telematica	9%
	In presenza	91%

Tab 2. Caratteristiche descrittive demografiche e cliniche dell'intero campione

L'analisi descrittiva del campione, composto da 79 adolescenti in un percorso psicoterapeutico (38 ospedalizzati e 41 non ospedalizzati), ha rivelato una prevalenza del genere femminile, rappresentato dal 73% dei partecipanti, seguito dal genere maschile (20%), dal genere non binario (3%), mentre alcuni partecipanti hanno preferito non specificare il proprio genere (4%).

La distribuzione dell'età mostra che il 22% dei partecipanti ha tra i 13 e i 14 anni, il 42% tra i 15 e i 16 anni, e il 36% tra i 17 e i 18 anni, con una media complessiva di 15 anni (range: 13-18 anni).

Per quanto riguarda la durata del percorso terapeutico, il 30% dei partecipanti si trova in terapia da 0 a 4 mesi, il 13% da 5 a 9 mesi, il 17% da 10 a 12 mesi, il 20% da 13 a 24 mesi, il 9% da 25 a 35 mesi, e il 10% è in terapia da oltre 36 mesi.

La metà circa dei soggetti (53%) è in trattamento farmacologico, mentre il 47% non assume farmaci.

Il genere del terapeuta risulta prevalentemente femminile, presente nell'80% dei casi.

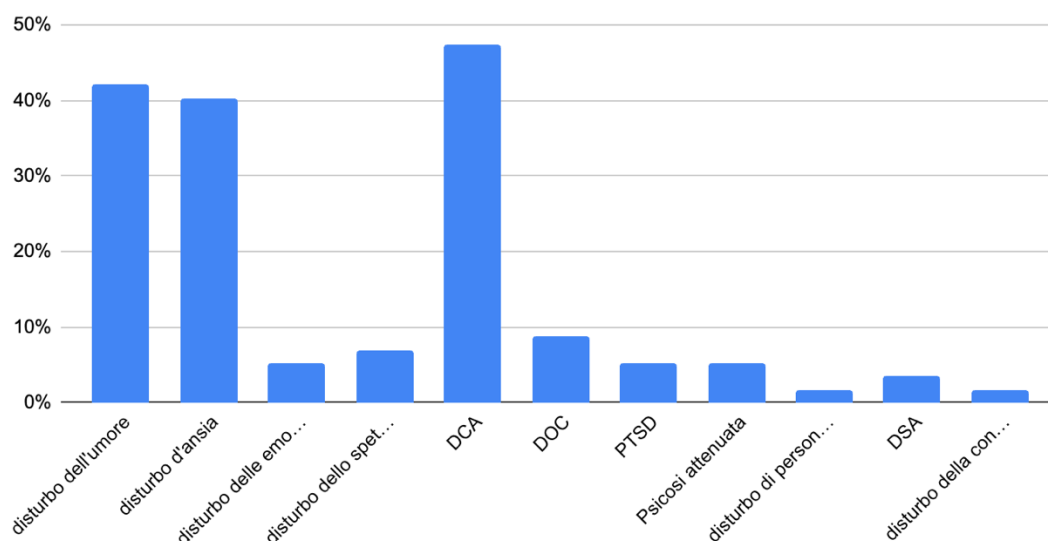


Figura 5.. caratteristiche descrittive per disturbo neuropsichiatrico

Dei 79 adolescenti che hanno partecipato allo studio, 57 presentano diagnosi di neuropsichiatria infantile. Tra questi, alcuni riportano più di una diagnosi, con condizioni di comorbidità. La diagnosi più comune è il disturbo alimentare, riscontrato nel 47% dei partecipanti. Segue il disturbo dell'umore, diagnosticato nel 42% dei casi, e il disturbo d'ansia, presente nel 40% dei pazienti. Un numero inferiore di partecipanti presenta disturbi dello spettro autistico (7%), disturbo ossessivo-compulsivo (9%), e disturbo da stress post-traumatico (5%). Altre diagnosi meno frequenti includono

disturbi delle emozioni (5%), psicosi attenuata (5%), disturbo di personalità (2%) e disturbo della condotta (2%). Infine, il 4% dei pazienti presenta un disturbo specifico dell'apprendimento (DSA).

Distribuzione delle risposte per singolo item

item	Per niente	Poco	Un po'	Abbastanza	Molto
Mi sono sentito a disagio, tanto che avrei voluto nascondermi dal mio terapeuta o terminare la seduta in anticipo.	49%	25%	10%	14%	1%
Ho sentito di avere deluso il mio terapeuta.	48%	16%	16%	16%	3%
Mi sono sentito timido col mio terapeuta.	25%	23%	25%	11%	15%
Ero arrabbiato col mio terapeuta.	67%	16%	8%	6%	3%
Ho avuto difficoltà a parlare apertamente col mio terapeuta di alcuni argomenti specifici e difficili (per esempio, sessualità, rabbia, invidia, ecc.).	23%	16%	24%	20%	16%
Ho sentito che il mio terapeuta non era "abbastanza bravo".	63%	18%	9%	4%	6%
Ho sentito di non volere o non riuscire a provare affetto verso il mio terapeuta.	44%	25%	19%	8%	4%
Mi sono sentito incolpato di qualcosa dal mio terapeuta per qualcosa che ho fatto o detto a lui.	73%	8%	11%	4%	4%
Mi sono vergognato di raccontare al mio terapeuta fantasie, desideri, mentalità, comportamenti o sintomi.	30%	16%	22%	22%	10%
mi sono sentito sminuito o svalutato dal mio terapeuta.	73%	14%	9%	1%	1%
Ho avuto paura di dire la mia opinione, per paura di essere giudicato, criticato, o non ben voluto dal mio terapeuta.	35%	16%	19%	16%	13%
Ho sentito che sarebbe stato meglio abbandonare la relazione col mio terapeuta.	54%	20%	11%	11%	3%
Mi sono sentito provocato o attaccato dal mio terapeuta.	73%	11%	10%	5%	0%
Ho avuto difficoltà a parlare col mio terapeuta dei miei fallimenti (scolastici, lavorativi, o d'amore) o dei miei sentimenti di inferiorità, indegnità o inadeguatezza.	33%	19%	16%	20%	11%
Ho trovato difficile affermare il mio punto di vista o i miei bisogni con il mio terapeuta.	35%	29%	14%	16%	5%
Ho avuto paura di aprirmi con il mio terapeuta, perché così facendo diventavo vulnerabile o bisognoso o potevo apparire debole o dipendente.	37%	20%	14%	18%	11%
Ho sentito che l'approccio terapeutico, i commenti o i suggerimenti del mio terapeuta fossero per lo più imprecisi o inutili.	58%	18%	14%	5%	5%
Mi sono sentito non apprezzato dal mio terapeuta.	67%	13%	10%	8%	3%
Ero irritato da qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.	54%	23%	9%	10%	4%
Mi sono sentito criticato dal mio terapeuta.	76%	6%	8%	8%	3%
Mi sono sentito emotivamente distaccato dal mio terapeuta.	41%	20%	20%	14%	5%
Mi sono sentito non ascoltato, non capito, o Non compreso dal mio terapeuta.	58%	19%	11%	8%	4%
Ho percepito la fretta da parte del mio terapeuta di terminare la seduta.	68%	13%	10%	6%	3%
Mi sono sentito compreso dal mio terapeuta.	1%	3%	11%	34%	51%
Mi sono sentito apprezzato dal mio terapeuta.	0%	4%	24%	27%	46%

Mi sono sentito al sicuro nel parlare apertamente col mio terapeuta del nostro rapporto.	4%	16%	30%	30%	18%
Sono stato felice di vedere il mio terapeuta.	1%	8%	28%	29%	34%
Ero contento per qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.	5%	10%	18%	44%	23%
Ho pensato che quello su cui io e il mio terapeuta stavamo lavorando fosse interessante.	9%	10%	11%	39%	30%
Mi sono sentito importante per il mio terapeuta.	13%	16%	29%	25%	16%
Ho sentito il bisogno di ricevere rassicurazioni da parte del terapeuta.	8%	8%	18%	37%	30%
ho percepito il mio terapeuta come ricettivo.	9%	10%	22%	29%	30%
Sono stato positivamente sorpreso da ciò che il mio terapeuta ha detto o fatto.	6%	8%	28%	43%	15%
Ho sentito che il mio terapeuta era importante per me.	9%	13%	18%	33%	28%
Mi sono sentito protetto dal mio terapeuta.	5%	22%	16%	30%	27%
Ero protettivo nei confronti del mio terapeuta, preoccupato di ferirlo o deluderlo.	23%	18%	25%	22%	13%
Ero entusiasta di lavorare con il mio terapeuta.	9%	10%	23%	37%	22%
Mi sono sentito aiutato dal mio terapeuta.	4%	5%	20%	33%	38%
Ho provato affetti positivi verso il mio terapeuta.	9%	14%	27%	25%	25%
Non mi sono sentito aiutato dal mio terapeuta.	54%	19%	10%	10%	6%
Mi sono sentito incoraggiato dal mio terapeuta rispetto al percorso in atto.	4%	10%	13%	42%	32%
Ho sentito il mio terapeuta attento ai contenuti del discorso.	1%	3%	11%	25%	59%
Ho parlato al mio terapeuta di argomenti di cui non parlo con nessuno altro.	10%	5%	15%	27%	43%
Ho provato sentimenti positivi nei confronti del mio terapeuta ma non sono riuscito a comunicarli nonostante volessi farlo.	27%	15%	24%	19%	15%

Tab 3. Percentuali delle risposte ai singoli item

Un'osservazione qualitativa della distribuzione delle risposte ai singoli item ha mostrato che item differenti presentano differente variabilità, come esemplificato nella figura 6.

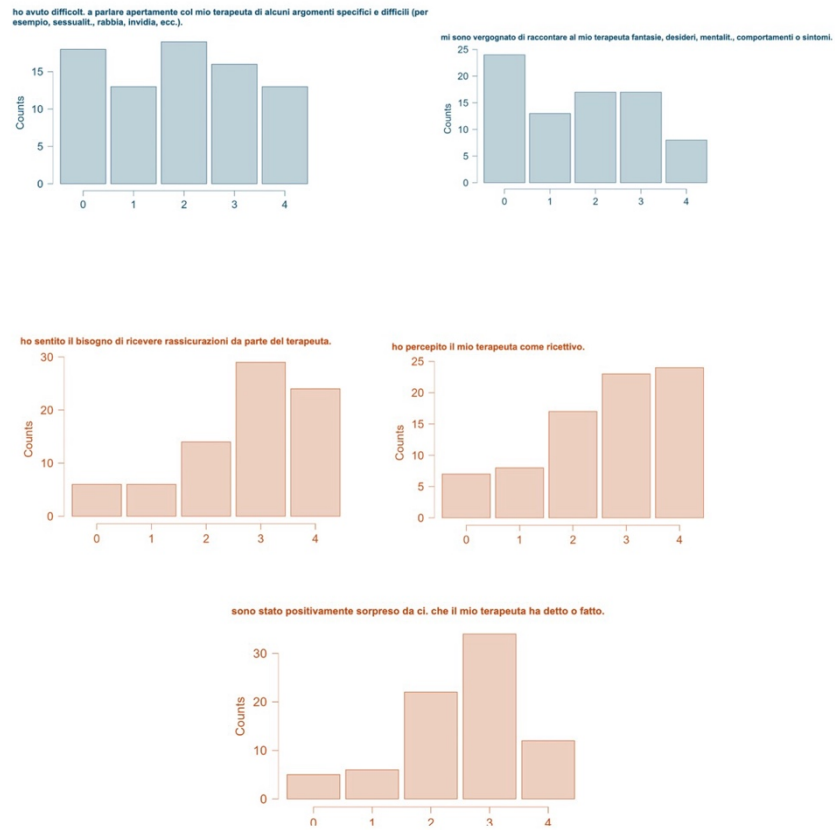


figura 6 esempi distribuzione delle risposte ai singoli item

La divisione degli item nelle due categorie Affetto positivo e Affetto negativo è riportata in Tabella 3. Dei 47 item presi in considerazione, 24 si riferiscono ad affetti negativi, 21 ad affetti positivi, 2 sono stati esclusi perché non classificabili nelle categorie considerate.

Sono di seguito riportati i punteggi medi delle risposte agli item delle due categorie, Affetto positivo e Affetto negativo (Tab 4).

<i>Item Affetto negativo</i>	<i>Item Affetto positivo</i>
<i>Mi sono sentito a disagio, tanto che avrei voluto nascondermi dal mio</i>	<i>Ero contento per qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.</i>

<i>terapeuta o terminare la seduta in anticipo.</i>	
<i>Ho sentito di avere deluso il mio terapeuta.</i>	<i>Sono stato felice di vedere il mio terapeuta</i>
<i>Mi sono sentito timido col mio terapeuta.</i>	<i>Mi sono sentito al sicuro di parlare apertamente al terapeuta del nostro rapporto.</i>
<i>Ho percepito la fretta da parte del mio terapeuta di terminare la seduta.</i>	<i>Mi sono sentito rispettato dal mio terapeuta.</i>
<i>Ero arrabbiato col mio terapeuta.</i>	<i>Mi sono sentito compreso dal mio terapeuta.</i>
<i>ho avuto difficoltà. a parlare apertamente col mio terapeuta di alcuni argomenti specifici e difficili (per esempio, sessualità., rabbia, invidia, ecc.).</i>	<i>Mi sono sentito apprezzato dal mio terapeuta.</i>
<i>Ho sentito che il mio terapeuta non era ""abbastanza bravo"".</i>	<i>Mi sono sentito importante per il mio terapeuta.</i>
<i>Ho sentito di non volere o non riuscire a provare affetto verso il mio terapeuta.</i>	<i>Ho sentito il bisogno di ricevere rassicurazioni da parte del mio terapeuta.</i>
<i>Mi sono sentito incolpato di qualcosa dal mio terapeuta per qualcosa che ho fatto o detto a lui.</i>	<i>Ho sentito il mio terapeuta come ricettivo.</i>
<i>Mi sono vergognato di raccontare al mio terapeuta fantasie, desideri, mentalità., comportamenti o sintomi.</i>	<i>Sono stato positivamente sorpreso da qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.</i>
<i>Mi sono sentito sminuito o svalutato dal mio terapeuta.</i>	<i>Ho sentito che il mio terapeuta era importante per me.</i>
<i>Ho avuto paura di dire la mia opinione, per paura di essere giudicato, criticato, o non ben voluto dal mio terapeuta.</i>	<i>Mi sono sentito protetto dal mio terapeuta.</i>
<i>Ho sentito che sarebbe stato meglio abbandonare la relazione col mio terapeuta.</i>	<i>Ero protettivo nei confronti del mio terapeuta, preoccupato di ferirlo o deluderlo.</i>
<i>Mi sono sentito provocato o attaccato dal mio terapeuta.</i>	<i>Ero entusiasta di lavorare con il mio terapeuta.</i>
<i>Ho avuto difficoltà. a parlare col mio terapeuta dei miei fallimenti (scolastici, lavorativi, o d'amore) o</i>	<i>Mi sono sentito aiutato dal mio terapeuta.</i>

<i>dei miei sentimenti di inferiorità., indegnità. o inadeguatezza.</i>	
<i>Ho trovato difficile affermare il mio punto di vista o i miei bisogni con il mio terapeuta.</i>	<i>Ho provato affetti positivi verso il mio terapeuta.</i>
<i>Ho avuto paura di aprirmi con il mio terapeuta, perché così facendo diventavo vulnerabile o bisognoso o potevo apparire debole o dipendente.</i>	<i>Mi sono sentito incoraggiato dal mio terapeuta rispetto al percorso in atto.</i>
<i>Ho sentito che l'approccio terapeutico, i commenti o i suggerimenti del mio terapeuta fossero per lo pi. imprecisi o inutili.</i>	<i>Ho sentito il terapeuta attento ai contenuti del discorso.</i>
<i>Mi sono sentito non apprezzato dal mio terapeuta.</i>	<i>Ho parlato al terapeuta di argomenti di cui non parlo con nessun altro.</i>
<i>Ero irritato da qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.</i>	<i>Ho provato sentimenti positivi nei confronti del mio terapeuta ma non sono riuscito a comunicarli nonostante volessi farlo.</i>
<i>Mi sono sentito criticato dal mio terapeuta.</i>	<i>Ho pensato che quello su cui io e il mio terapeuta stavamo lavorando fosse interessante.</i>
<i>Mi sono sentito emotivamente distaccato dal mio terapeuta.</i>	
<i>Mi sono sentito non ascoltato, non capito, o non compreso dal mio terapeuta.</i>	
<i>Non mi sono sentito aiutato dal mio terapeuta</i>	
<i>M=1,03</i>	<i>M=2,61</i>

Tab 4 Medie item suddivisi per affetto positivo e negativo

Dall'osservazione qualitativa dei risultati rispetto alle medie degli item suddivisi per affetto positivo e negativo emerge che , nel campione totale, il punteggio medio più alto risulta essere quello relativo alla categoria affetto positivo.

8. 3 Obiettivo 2: Differenze cliniche e demografiche

Variabile	Gruppo	Categoria	N	Media	SD	X ²	t-test	p.value	Post Hoc
Età	1		37	15.676	1.313		-	0.676	gruppo 2 > gruppo 1
	2		41	15.805	1.400				
Genere	1	Non binario	2			4.476		0.214	
	1	Femmina	29						
	1	Maschio	5						
	1	Preferisco non specificarlo	2						
	2	Non binario	0						
	2	Femmina	29						
	2	Maschio	11						
	2	Preferisco non specificarlo	1						
	totale		79						
Ti è stata fatta una diagnosi di neuropsichiatria infantile?	1	no	6			4.101		0.043	
	1	si	31						
	2	no	15						
	2	si	26						
	totale		78						
Assumi una terapia psicofarmacologica?	1	no	12			6.844		0.009	
	1	Si	26						
	2	no	25						
	2	si	16						
	totale		79						
Genere del terapeuta	1	femmina	30			0.029		0.865	
	1	maschio	8						
	2	femmina	33						
	2	maschio	8						
	totale		79						
Da quanto tempo hai iniziato il percorso psicoterapeutico attuale	1		38	13.184	17.471		0.025	0.980	gruppo 1 > gruppo 2
	2		40	13.100	12.226				

tab 5. Differenze cliniche e demografiche tra gruppi

I 79 partecipanti sono stati suddivisi in un gruppo di soggetti ospedalizzati (gruppo 1) di 38 soggetti ed un gruppo di controllo soggetti non ospedalizzati (gruppo 2) composto da 41 partecipanti.

Per quanto concerne le variabili descrittive, quali età, durata del percorso psicoterapico, genere e genere del terapeuta non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

In modo differente, i risultati rispetto alle variabili cliniche, quali presenza/ assenza di Diagnosi e assunzione di terapia farmacologica, indicano una differenza significativa

tra i due gruppi. In particolare si osserva un punteggio più alto di risposte affermative rispetto alla variabile presenza di Diagnosi nel gruppo 1 (inpatients).

Anche per quanto concerne la variabile relativa all'assunzione di Terapia psicofarmacologica, la differenza è statisticamente significativa: la maggioranza dei soggetti ospedalizzati afferma di assumere una terapia, mentre nel gruppo di soggetti non ospedalizzati si osserva un andamento opposto.

Confronto delle risposte agli item

	Gruppo	N	Media	SD	t-test	p.value
Media punteggi item negativi singolo paziente.	1	38	0.867	0.579	-	0.068
	2	41	1.148	0.754	1.851	
Media punteggi item positivi singolo paziente.	1	38	2.665	0.634	0.646	0.520
	2	41	2.572	0.642		

Tab 6 punteggi item negativi e positivi per singoli gruppi

Le statistiche descrittive hanno dimostrato come il gruppo inpatients presenti una media di 0.867 sugli item concernenti l'affetto negativo (SD = 0.579) e pari a 2.665 sugli item per l'affetto positivo (SD = 0.634).

Il gruppo outpatients, contrariamente, ha mostrato una media di 1.148 sugli item negativi (SD = 0.754) e 2.572 sugli item positivi (SD = 0.642).

Il t-test per campioni indipendenti ha rivelato una differenza minima, non statisticamente significativa, tra i due gruppi di soggetti circa i punteggi ottenuti per le risposte agli item sia a valenza negativa che a valenza positiva.

L'analisi approfondita delle risposte ai singoli item ha evidenziato che, tra i 47 item valutati, cinque mostrano una differenza statisticamente significativa tra i gruppi, con valori di p-value inferiori alla soglia di significatività ($p < 0.05$), come illustrato in Tabella 6.

Item	Gruppo	Media	t-test	p-value	Post Hoc
Ho sentito di non voler o non riuscire a provare affetto verso il mio terapeuta.	1	0.658	2.781	0.007	gruppo 2 > gruppo 1
	2	1.341			
Mi sono sentito provocato o attaccato dal mio terapeuta.	1	0.211	2.615	0.011	gruppo 2 > gruppo 1
	2	0.707			
Ho percepito il mio terapeuta come ricettivo.	1	2.921	2.079	0.041	gruppo 1 > gruppo 2
	2	2.341			
Ero irritato da qualcosa che il mio terapeuta ha detto o fatto.	1	0.579	2.099	0.039	gruppo 1 > gruppo 2
	2	1.122			
Ho percepito la fretta da parte del mio terapeuta di terminare la seduta.	1	0.368	2.064	0.042	gruppo 2 > gruppo 1
	2	0.854			

Tab 7 . item rispetto a cui sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Capitolo 9:

9. 1 Primo Obiettivo: analisi delle risposte emotive di un campione di pazienti adolescenti in relazione al proprio terapeuta.

-Analisi descrittiva dati clinici e demografici

L'analisi descrittiva dei dati clinici e demografici relativi ai 79 adolescenti coinvolti in questo studio evidenzia una distribuzione delle diagnosi che riflette le prevalenze riportate nella letteratura scientifica sui disturbi psichiatrici in adolescenza. In particolare, il 79% presenta diagnosi neuropsichiatrica, un fenomeno che la letteratura contemporanea attribuisce a fattori multifattoriali, tra cui l'impatto psicosociale della pandemia da COVID-19 (Hawes et al., 2021; OMS, 2022).

Tale distribuzione diagnostica mostra come i disturbi alimentari (47%), dell'umore (42%) e d'ansia (40%) rappresentino le diagnosi predominanti, a fronte di una minor incidenza di disturbi dello spettro autistico (7%) e di disturbo ossessivo-compulsivo (9%). Questa tendenza è in linea con le evidenze di letteratura, secondo cui i disturbi

dell'umore e alimentari sono maggiormente prevalenti tra le adolescenti di genere femminile, mentre i disturbi dello spettro autistico tendono a colpire prevalentemente i maschi (Kuehner, 2003; National Eating Disorder Association, 2018). La maggior rappresentazione femminile nel campione (73%) potrebbe dunque spiegare in parte la prevalenza di disturbi dell'umore e alimentari. Tale dato appare coerente con studi epidemiologici che indicano nelle giovani donne una vulnerabilità maggiore verso tali patologie, passibili di intensificarsi in adolescenza, specie per via di pressioni socio-culturali che contribuiscono ad aumentare livelli di autocritica e ansia sociale (Afifi, 2007; Kessler et al., 1993).

È interessante notare la durata variabile dei percorsi terapeutici, che evidenzia una necessità di continuità terapeutica: il 40% dei partecipanti è in terapia da oltre un anno, di cui il 10% da più di 36 mesi. Questo dato sembra indicare che la complessità dei profili psicopatologici osservati, spesso caratterizzati da comorbidità, richieda interventi terapeutici prolungati e adattati alle singole necessità, come sottolineato anche dalla letteratura (Castonguay et al., 2010). La gravità della sintomatologia si evidenzia ulteriormente dalla presenza di trattamenti farmacologici in circa la metà del campione (53%), una percentuale che conferma l'approccio multimodale necessario per gestire le difficoltà psichiatriche gravi e complesse in adolescenza.

Un ulteriore aspetto di rilievo è rappresentato dalla distribuzione di genere dei terapeuti: l'80% dei terapeuti è di genere femminile, un dato che potrebbe facilitare l'alleanza terapeutica, soprattutto nelle adolescenti femmine, che tendono a percepire una maggiore affinità e sicurezza relazionale con terapeute dello stesso genere. Questo aspetto di genere del rapporto terapeutico è rilevante in quanto la compliance terapeutica e la fiducia nella relazione con il terapeuta sono elementi cruciali per il successo del trattamento e risultano, come riportato dalla letteratura, particolarmente influenti nel trattamento di adolescenti (Cirasola et al., 2024).

Infine, l'età media del campione, pari a 15 anni, con una distribuzione in tre fasce (13-14 anni, 15-16 anni, 17-18 anni), rispecchia un periodo critico dello sviluppo adolescenziale, contrassegnato da intensi cambiamenti psicologici e biologici che possono favorire l'insorgere di problematiche psicopatologiche. In questo contesto, l'intervento terapeutico tempestivo e mirato si rivela essenziale per affrontare l'insorgenza precoce dei sintomi e fornire strumenti per la gestione delle difficoltà

psicosociali, specialmente alla luce dell'aumento dei disturbi psichiatrici negli adolescenti segnalato negli ultimi anni (Afifi, 2007; OMS, 2022).

Dai risultati derivanti dall'analisi descrittiva della distribuzione delle risposte agli item che indagavano le reazioni affettive dei pazienti adolescenti, emergono diverse emozioni legate all'interazione tra i pazienti adolescenti e i terapeuti, evidenziando la complessità delle dinamiche emotive in questa fase evolutiva. Più precisamente, l'analisi delle risposte mostra un probabile disagio nell'affrontare temi particolarmente sensibili, come sessualità, rabbia e invidia. In tal senso, le risposte all'item "Ho avuto difficoltà a parlare col mio terapeuta di alcuni argomenti specifici" indicano che il 20% dei soggetti ha risposto "abbastanza" e il 16% "molto", mentre il 22% e il 10% degli adolescenti hanno riportato, rispettivamente, una risposta di "abbastanza" e "molto" all'item relativo alla vergogna nel raccontare al terapeuta fantasie, desideri e comportamenti personali. Tali risultati sembrerebbero in accordo con la letteratura, la quale evidenzia come un atteggiamento di accettazione e assenza di giudizio da parte del terapeuta possa aiutare a ridurre tali difficoltà (Cirasola et al., 2022; Marquardt, 2021).

I risultati suggeriscono che la fiducia percepita rappresenti un elemento centrale nell'esperienza terapeutica degli adolescenti. Ad esempio, il 16% dei partecipanti ha risposto "abbastanza" e il 13% "molto" all'item relativo alla paura di esprimere la propria opinione per timore di giudizio; tuttavia, una parte considerevole dei partecipanti ha anche riportato di sentirsi compresa (34% "abbastanza" e 51% "molto") e apprezzata (27% e 46%) dal proprio terapeuta. Tali dati potrebbero indicare che, sebbene esistano iniziali barriere di sfiducia, come spesso accade nella terapia con adolescenti (Cirasola et al., 2024), molti pazienti percepiscono il terapeuta come una figura di supporto e riconoscimento. Questo riconoscimento è cruciale per sviluppare la cosiddetta "fiducia epistemica," facilitando così l'apertura e il coinvolgimento nel percorso terapeutico (Cirasola et al., 2022). La letteratura conferma il valore di un atteggiamento di autentico interesse e curiosità da parte del terapeuta, considerato essenziale per costruire una solida alleanza terapeutica e favorire una relazione stabile e funzionale. A tal proposito, l'item "Ho percepito il mio terapeuta come ricettivo" mostra che il 29% dei pazienti ha risposto "abbastanza" e il 30% "molto," indicando

un livello positivo di apertura percepita. Inoltre, il 25% e il 59% dei pazienti hanno rispettivamente riportato di percepire il terapeuta come attento ai contenuti del discorso, elemento ritenuto essenziale in un incontro terapeutico con un adolescente, la letteratura evidenzia come la capacità del terapeuta di rispondere adeguatamente e adattarsi ai bisogni del paziente rappresenti un fattore chiave, soprattutto nella psicoterapia rivolta agli adolescenti, in cui la sintonizzazione è fondamentale per sostenere il percorso terapeutico (Stiles & Horvath, 2017; Snyder & Silberschatz, 2017). Tale reattività implica una comunicazione bidirezionale e una sensibilità alle dinamiche mutevoli del paziente, elementi che sembrano agevolare un allineamento reciproco tra paziente e terapeuta, percepito come adattato alle necessità individuali.

È inoltre possibile rilevare un bisogno di rassicurazioni in molti adolescenti: il 37% e il 30% dei pazienti richiedono conferme esterne, suggerendo una possibile insicurezza o una mancata maturazione dell'autoefficacia nel contesto terapeutico. La letteratura a riguardo suggerisce che il supporto continuo e una presenza rassicurante da parte del terapeuta possono essere elementi chiave per aiutare i pazienti a ridurre l'ansia e accrescere la fiducia in sé stessi, specie in presenza di sintomi depressivi (Castonguay et al., 2010).

Infine, l'item "Mi sono sentito al sicuro nel parlare apertamente con il mio terapeuta del nostro rapporto" ha visto risposte positive in quasi metà dei rispondenti, rispettivamente il 16% ha risposto "abbastanza" e 30% "molto". Quest'ultimo dato evidenzia come spesso gli adolescenti necessitino di un invito esplicito ad esplorare la propria relazione con il terapeuta, poiché raramente intraprendono questa riflessione autonomamente. Tale equilibrio tra autonomia e accettazione sembra essere un elemento fondamentale nell'ambito terapeutico, e l'intervento del terapeuta, nel facilitare questa esplorazione, risulta avere un impatto positivo sia sulla gestione dei sintomi sia sulla crescita personale del paziente (Cirasola et al., 2024; O'Keeffe et al., 2020).

Un ulteriore aspetto significativo riguarda l'elemento della sorpresa positiva rispetto all'interazione con il terapeuta, con il 43% dei pazienti che si è dichiarato "abbastanza" e il 15% "molto" favorevolmente colpito da ciò che il terapeuta ha detto o fatto. Questo dato è particolarmente rilevante poiché molti adolescenti accedono alla terapia su raccomandazione di figure adulte, come caregiver, insegnanti o servizi sociali, spesso

con un diverso livello di consapevolezza e motivazione rispetto agli adulti e talvolta senza una motivazione personale specifica.

In ultima analisi, per quanto riguarda l'analisi delle risposte medie alle categorie di affetto positivo e negativo, con un punteggio medio di 1,03 per affetto negativo e 2,61 per affetto positivo, sembra delinearsi un trend verso le risposte di valenza positiva nel campione esaminato. Una possibile spiegazione di questa tendenza potrebbe essere ricondotta alla variabile del genere, in predominanza nel nostro campione, che potrebbe aver svolto un ruolo di mediazione nell'influenzare le risposte. La letteratura evidenzia, infatti, come le giovani adolescenti tendano ad avere valutazioni generalmente più positive riguardo all'alleanza terapeutica e, in particolare, al legame con il terapeuta rispetto ai loro coetanei maschi (Christensen & Skogstad, 2009).

9. 2 Secondo obiettivo: osservazione delle possibili differenze nelle risposte emotive di due gruppi di adolescenti: inpatients e outpatients.

-Confronto tra variabili cliniche e demografiche

Analizzando le variabili demografiche e anamnestiche quali età, genere, durata del percorso psicoterapico, genere del terapeuta non sono emerse differenze significative rispetto ai due gruppi di soggetti, inpatients e outpatients, confermandone così l'omogeneità rispetto a tali variabili.

Contrariamente, rispetto alle variabili cliniche, sono emerse differenze statisticamente significative. Più precisamente, in linea con quanto atteso, i risultati riportano una maggiore presenza di diagnosi neuropsichiatriche e una più elevata assunzione di terapia psicofarmacologica nel gruppo dei soggetti inpatients.

Pertanto, considerando l'omogeneità del campione per quanto concerne le caratteristiche demografiche, si può ragionevolmente ipotizzare che eventuali differenze riscontrate nei punteggi relativi alle risposte agli item che indagano le reazioni emotive, positivamente e negativamente connotate, possano probabilmente essere legate alla gravità della sintomatologia, caratterizzata dalla necessità di ospedalizzazione e di supporto farmacologico.

I risultati complessivi del confronto tra gruppi non hanno evidenziato differenze statisticamente significative rispetto alle risposte complessive agli item a valenza positiva e negativa. Questo dato suggerisce che entrambi i gruppi esprimano livelli comparabili di affetto generale nei confronti del terapeuta. Tuttavia, un'analisi più dettagliata delle statistiche esplorative ha messo in luce alcune lievi differenze, in particolare la media del gruppo inpatients risulta più alta per la variabile Affetto positivo. Più precisamente, i pazienti ospedalizzati hanno riportato punteggi medi inferiori sugli item di Affetto negativo rispetto ai pazienti non ospedalizzati, che potrebbe indicare una minore tendenza a percepire sentimenti negativi nei confronti del terapeuta. Al contrario, il gruppo inpatients ha ottenuto punteggi medi leggermente più elevati sugli item di Affetto positivo rispetto al gruppo outpatients, suggerendo una maggiore inclinazione a esprimere sentimenti positivi verso il terapeuta.

Tali risultati sembrerebbero in accordo con la letteratura, la quale evidenzia come una maggiore complessità e intensità del quadro clinico possano influenzare significativamente l'esperienza terapeutica, suggerendo una correlazione tra la gravità della sintomatologia e un'alleanza terapeutica più forte (Chu et al., 2014).

Analizzando nel dettaglio i risultati dell'analisi statistica per ciascun item, è emerso che cinque item mostravano differenze statisticamente significative tra i due gruppi (Tab. 6).

Rispetto al contenuto degli item che hanno mostrato una differenza significativa tra gli adolescenti in degenza e ambulatoriali, essi indagavano la difficoltà nel provare affetto verso il terapeuta, la percezione di provocazione o attacco da parte di quest'ultimo, sentire il terapeuta come ricettivo, irritazione per commenti del terapeuta e la percezione di fretta nel concludere la seduta da parte del terapeuta. I risultati riportano che, in media, i pazienti ospedalizzati esprimono un minor livello di affetto negativo e una maggiore tendenza a percepire il terapeuta come ricettivo e attento, rispetto ai pazienti non ospedalizzati.

Considerando le categorie di affetto positivo e negativo non sono emerse differenze statisticamente significative a favore di una categoria rispetto all'altra, anche se sembrerebbe delinearsi un trend verso le risposte di valenza positiva nel campione esaminato.

Questi risultati potrebbero essere legati alle caratteristiche del setting ospedaliero, il quale è per natura strutturato, diversamente da una presa in carico territoriale. In particolare in un contesto come un reparto di Neuropsichiatria Infantile, all'interno del quale sono stati reclutati i pazienti ospedalizzati, il paziente beneficia di una presa in carico multidisciplinare, con un'attenzione costante anche agli aspetti diagnostici e terapeutici. Il terapeuta, avendo accesso alla cartella clinica completa del paziente e partecipando a frequenti riunioni di équipe con il team multidisciplinare, può disporre di un quadro clinico dettagliato, che gli consente di comprendere in profondità le specifiche esigenze del paziente, ciò potrebbe contribuire a far sentire l'adolescente riconosciuto e compreso. In aggiunta, in un contesto ospedaliero in cui le giornate possono apparire ripetitive e scandite da routine, l'incontro con il terapeuta potrebbe rappresentare un evento significativo e distintivo. In una realtà in cui l'adolescente potrebbe sentirsi isolato o privato di stimoli esterni, l'opportunità di essere ascoltato in maniera attiva assume un'importanza particolare.

In accordo con la letteratura, la percezione di essere seguito con continuità, di essere al centro dell'attenzione del team terapeutico, la presenza costante del terapeuta e l'attenzione che questi dedica al paziente possono generare sentimenti di gratitudine e affetto positivo verso tale figura e favorire lo sviluppo di una relazione di fiducia con il terapeuta (Gulliver et al., 2010; Wilmots et al., 2020).

Un'altra chiave di lettura potrebbe riguardare le probabili motivazioni sottostanti le risposte: in particolare lo sbilanciamento verso risposte positive potrebbe derivare dalla tendenza degli adolescenti ospedalizzati a ricercare l'approvazione degli adulti di riferimento e a stabilire con loro relazioni positive, il che potrebbe portare a una sovrastima delle loro valutazioni.

E' possibile ipotizzare che, spinti dalla ricerca di approvazione da parte degli adulti significativi, alcuni adolescenti tendano a dare una valutazione eccessivamente positiva della relazione, distorcendo così la loro percezione del legame con il professionista. La letteratura sottolinea, infatti, che in alcuni casi i giovani pazienti con grave sintomatologia ansiosa tendano a offrire risposte che riflettono un desiderio di compiacere piuttosto che la realtà dei loro sentimenti nei confronti della terapia (Zack et al., 2007; Bose et al., 2022).

In conclusione, dall'esplorazione di eventuali differenze nelle risposte tra pazienti con sintomatologia più grave e ospedalizzati rispetto a quelli seguiti ambulatorialmente, per la maggior parte degli item non sono emerse differenze statisticamente significative, suggerendo il potenziale del RISP nel discriminare risposte affettive diverse e la sua utilità sia in contesti clinici ospedalieri che territoriali.

Capitolo :10 Limitazioni e direzioni future

I limiti di tale studio possono essere individuati, in primo luogo, nella composizione del campione. Sebbene siano stati reclutati due gruppi simili per caratteristiche demografiche, non sono disponibili informazioni concernenti l'approccio psicoterapeutico adottato dal terapeuta per ciascun paziente. Tale elemento può rappresentare una limitazione alla luce del fatto che la letteratura dimostra che la tipologia di approccio terapeutico può influire sul processo psicoterapeutico e quindi anche sulle possibili emozioni dei soggetti (Cirasola et al., 2024).

Un ulteriore limite è rappresentato dalla numerosità del campione, che non raggiunge una dimensione adeguata per garantire significatività campionaria. Pertanto, non è stato possibile condurre analisi di correlazione tra le variabili interne del campione, il che limita la possibilità di comprendere in modo dettagliato se variabili come il genere del paziente o la tipologia specifica di diagnosi possano aver influenzato la modalità di risposta agli item.

Future ricerche potrebbero proseguire l'obiettivo di indagare le reazioni affettive di un paziente adolescente nei confronti del proprio terapeuta, ampliando il campione e, in aggiunta, considerando anche altri aspetti, quali durata della terapia, genere del terapeuta, tipologia dei sintomi, per comprendere in che modo tali variabili possano influenzare la modalità di risposta.

Capitolo 11 :Conclusioni

Il presente studio si colloca all'interno di un progetto di ricerca più ampio, sviluppato dal team di Psicopatologia dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Mondino di Pavia, volto alla validazione del RISP (Relationship In-Session for Adolescent Patient Questionnaire), uno strumento finalizzato a fornire una valutazione evidence-based

delle reazioni emotive di pazienti adolescenti nei confronti dei loro terapeuti, con l'obiettivo di approfondire le dinamiche della relazione paziente-terapeuta e supportare il processo psicoterapeutico. In particolare, questo elaborato, inserendosi nella quarta fase del progetto, ha riguardato la somministrazione del questionario RISP a un campione di 79 adolescenti, con il fine di analizzare le risposte emotive emerse. L'analisi statistica ha permesso di osservare la distribuzione delle risposte dei partecipanti per ogni item, concentrando la discussione su quelli ritenuti più rappresentativi degli elementi che, secondo la letteratura, gli adolescenti considerano essenziali per instaurare un legame affettivo con il terapeuta, come il sentirsi giudicati, rispettati, la percezione di ricettività e la fiducia nei confronti del terapeuta (Wilmots et al., 2020).

Dai risultati dell'analisi statistica delle risposte medie suddivise per categorie di Affetto positivo e negativo non sono emerse differenze statisticamente significative a favore di una categoria rispetto all'altra, anche se sembrerebbe delinearsi un trend verso le risposte di valenza positiva nel campione esaminato.

Per rispondere al secondo obiettivo dello studio, ovvero esplorare le differenze nelle risposte tra pazienti con sintomatologia più grave e ospedalizzati rispetto a quelli seguiti ambulatorialmente, sono state condotte analisi statistiche tramite t-test e chi-quadrato. Per la maggior parte degli item non sono emerse differenze statisticamente significative, tuttavia cinque item hanno mostrato una differenza significativa nelle risposte differenziate tra i due gruppi, indicando una tendenza dei soggetti ospedalizzati a esprimere risposte più positive verso il terapeuta, indicando una possibile correlazione tra gravità della sintomatologia e la percezione di sentimenti positivi. Tra le limitazioni discusse, emerge la necessità di ampliare il campione in future ricerche, per garantire una maggiore generalizzabilità dei risultati e una robustezza statistica adeguata. Inoltre, sarebbe utile includere l'analisi di variabili interne al campione, come il genere dei pazienti e la specifica diagnosi clinica, esplorando in modo più dettagliato come queste variabili possano influenzare le risposte emotive al RISP. In conclusione, questo studio apporta un contributo preliminare ma rilevante all'indagine delle reazioni emotive degli adolescenti verso il terapeuta, ribadendo l'importanza di raccogliere la prospettiva del paziente sulle sue reazioni affettive, al fine di offrire ai terapeuti informazioni oggettive aggiuntive,

nonché l'opportunità per migliorare la comprensione e rafforzare l'alleanza e, in ultima analisi, l'esito della terapia.

Bibliografia

Abargil, M., & Tishby, O. (2022). Countertransference awareness and treatment outcome. *Journal of counseling psychology*, *69*(5), 667–677.
<https://doi.org/10.1037/cou0000620>

Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, *48*(5), 385

Anderson, T., Crowley, M. E., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, *26*(5), 511–529.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>

American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, *50*(1), 102–109, 2013

Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child development perspectives*, *1*(2), 68-73.

Azim, H. F., Piper, W. E., Segal, P. M., Nixon, G. W., & Duncan, S. C. (1991). The quality of object relations scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *55*(3), 323.

Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., de Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J. N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, *23*(2), 121–136.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.745955>

Barends, E., Rousseau, D. M., & Briner, R. B. (2014). Evidence-based management: The basic principles. *Centre for Evidence Based Management 2014 Available online: https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Evidence-Based-Practice-The-Basic-Principles.pdf (accessed on 20 February 2020).*

Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in

young children. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(8), CD003680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003680.pub3>

Barone, L. (2021). *Le emozioni nello sviluppo. Percorsi tipici e atipici* (pp. 1-274). Carocci.

Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 45(2), 247 <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>

Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological monographs: General and applied*, 76(43), 1.

Bauman, Z. (2005). *Globalizzazione e glocalizzazione*. Armando editore.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>

Bell, M. D. (1995). *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Bell, M. D. (2007). *Bell object relations and reality testing inventory: BORRTI*. Western Psychological Services.

Beutler, L. E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*, 3(1), 27a.

Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2008). Establishing a bond that works: A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of psychotherapy and counselling*, 10(1), 55-69.

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical psychology review*, 25(4), 459–486. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.001>

Blos, P. (1979). *The Adolescent Passage* New York: Int. U. Press Inc.

Bockven J. S. (1956). Moral treatment in American psychiatry. *The Journal of nervous and mental disease*, 124(2), .

Bolton Oetzel, K., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215.

Bordin, E. S. (1975, August). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. In *annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC*

Bose, D., Proenza, D. A., Costales, G., Viswesvaran, C., Bickman, L., & Pettit, J. W. (2022). Therapeutic alliance in psychosocial interventions for youth internalizing disorders: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 124.

Bowen, M. (1976). *Theory in the practice of psychotherapy*. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-90). Gardner Press.

Bruner, J. (1990). Culture and human development: A new look. *Human development*, 33(6), 344-355.

Cahn, R. (2000). *L'adolescente nella psicoanalisi: l'avventura della soggettivazione*. Borla.

Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 446–456. <https://doi.org/10.1002/cpp.2180>

Castonguay, L. G., Nelson, D. L., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D. D., Hemmelstein, N. A., ... & Borkovec, T. D. (2010). " Psychotherapists, researchers, or both? A qualitative analysis of psychotherapists' experiences in a practice research network": Correction to Castonguay et al.(2010).

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go?. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 271–279. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271>

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52, 685–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>

- Choukas-Bradley, S., Roberts, S. R., Maheux, A. J., & Nesi, J. (2022). The Perfect Storm: A Developmental-Sociocultural Framework for the Role of Social Media in Adolescent Girls' Body Image Concerns and Mental Health. *Clinical child and family psychology review*, 25(4), 681–701. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00404-5>
- Christensen, D., Fahey, M. T., Giallo, R., & Hancock, K. J. (2017). Longitudinal trajectories of mental health in Australian children aged 4-5 to 14-15 years. *PLoS one*, 12(11), e0187974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187974>
- Cirasola, A., & Midgley, N. (2023). The alliance with young people: Where have we been, where are we going?. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 60(1), 110–118. <https://doi.org/10.1037/pst0000461>
- Cirasola, A., Fonagy, P., & Midgley, N. (2024). Alliance rupture and repair in adolescent psychotherapy: What clinicians can learn from research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 10.1037/pst0000535. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pst0000535>
- Cirasola, A., Martin, P., Fonagy, P., Eubanks, C., Muran, J. C., & Midgley, N. (2022). Alliance ruptures and resolutions in short-term psychoanalytic psychotherapy for adolescent depression: An empirical case study. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(7), 951–968. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2061314>
- Claridge, J. A., & Fabian, T. C. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World journal of surgery*, 29(5), 547–553. <https://doi.org/10.1007/s00268-005-7910-1>
- Colli, A. (2006). La ricerca empirica sul controtrasferimento: metodi e strumenti. In *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 301-328). Raffaello Cortina.
- Colombi, E., Fioretto, F., Mariani, A., & Pirro, O. (2023). Traiettorie di sviluppo e rilevazione delle condizioni di salute di bambini e adolescenti in Piemonte, prima e dopo la pandemia. *Attività clinica ed epidemiologia organizzativa*, 43, 122-133.
- Cook, M., & Mo, J. P. (2019). Architectural modeling for managing risks in forming an alliance. *Journal of Industrial Integration and Management*, 4(03), 1950006.

Craighead, W. E., & Dunlop, B. W. (2014). Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how. *Annual review of psychology*, 65, 267–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131653>

Cregeen, S. (2017). A place within the heart: finding a home with parental objects. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(2), 159-174.

Crits-Christoph, P. A. U. L., & Gibbons, M. B. C. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 263-296.

Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2020). Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*, 77(2), 155–164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>[doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

Danese, A., & Smith, P. (2020). Debate: Recognising and responding to the mental health needs of young people in the era of COVID-19. *Child and adolescent mental health*, 25(3), 169–170. <https://doi.org/10.1111/camh.12414>

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1992). Introduction to cognitive therapy. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 3-11). Boston, MA: Springer US.

Dazzi, F., & Di Leone, F. G. (2014). The diagnostic classification of eating disorders: current situation, possible alternatives and future perspectives. *Eating and weight disorders : EWD*, 19(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0076-1>

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. In *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.

De Coro, A., & Ortu, F. (2014). *Psicologia dinamica: i modelli teorici a confronto*. Gius. Laterza & Figli Spa.

- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, *131*(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review*, *32*(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Di Rezze, B., Nguyen, T., Mulvale, G., Barr, N. G., Longo, C. J., & Randall, G. E. (2016). A scoping review of evaluated interventions addressing developmental transitions for youth with mental health disorders. *Child: care, health and development*, *42*(2), 176–187. <https://doi.org/10.1111/cch.12306>
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, *5*(2), 85–100.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (Eds.). (2009). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, USA.
- Errázuriz, P., Constantino, M. J., & Calvo, E. (2015). The relationship between patient object relations and the therapeutic alliance in a naturalistic psychotherapy sample. *Psychology and psychotherapy*, *88*(3), 254–269. <https://doi.org/10.1111/papt.12046>
- Etchegoyen, R. H., Speziale-Bagliacca, R., & Pezzoni, F. (1990). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Astrolabio.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *52*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *55*(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Eubanks, C. F., Muran, J. C., Dreher, D., Sergi, J., Silberstein, E., & Wasserman, M. (2019). Trainees' experiences in alliance-focused training: The risks and rewards of learning to negotiate ruptures. *Psychoanalytic Psychology*, *36*(2), 122.

Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, *2*(2), 78-87.

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, *24*(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance-outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of counseling psychology*, *67*(6), 706–711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>

Fonseca-Pedrero, E., Perez-Alvarez, M., Al-Halabi, S., Inchausti, F., Lopez-Navarro, E. R., Muniz, J., ... & Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, *33*(3), 386-398.

Franzoi, D., Bockting, C. L., Bennett, K. F., Odom, A., Lucassen, P. J., Pathania, A., Lee, A., Brouwer, M. E., van de Schoot, R., Wiers, R. W., & Breedvelt, J. J. F. (2023). Which individual, social, and urban factors in early childhood predict psychopathology in later childhood, adolescence and young adulthood? A systematic review. *SSM - population health*, *25*, 101575. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101575>

Freeman, A., & Leaf, R. C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, 403-433.

Freud, A. (1937). The Ego and the Mechanisms of Defense. (The International Psychoanalytical Library, No. 30.).

Freud, S. (1974). The future prospects of psycho-analytic therapy. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 139-151.

Freud, S., & Staude, A. (1975). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. Boringhieri.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M. J., & Heatherington, L. (2019). Alliances in couple and family therapy. *Psychotherapy relationships that work, 1*, 117-166.

Gabbard G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of clinical psychology*, 57(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>

Gabbard, G. O. (2018). The therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. In *The Psychoanalytic Therapy of Severe Disturbance* (pp. 1-19). Routledge.

Garland E. J. (2004). Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 170(4), 489–491.

Gatta, M., Raffagnato, A., Mason, F., Fasolato, R., Traverso, A., Zanato, S., & Miscioscia, M. (2022). Sociodemographic and clinical characteristics of paediatric patients admitted to a neuropsychiatric care hospital in the COVID-19 era. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01213-w>

Gelso C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>

Gelso, C. J. (1998). The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice.

Gelso, C. J. (2007). Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 211-217. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.211>

Gelso, C. J. (2011). The real relationship in psychotherapy. *The hidden foundation of change*. Washington: American Psychological Association.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist*, 13(2), 155-243.

Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in psychotherapy (Milano)*, 22(2), 373. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.373>

Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 90(1), 84–104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>

Gill, M. M. (1984). Transference: A change in conception or only in emphasis?. *Psychoanalytic Inquiry*, 4(3), 489-523.

Göbel, K., & Cohrdes, C. (2021). The whole is greater than the sum of its parts: profiles of multiple mental health risk factors using Latent class analysis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00380-8>

Goldman, G. A. (2005). *Quality of object relations, security of attachment, and interpersonal style as predictors of the early therapeutic alliance* (Master's thesis, Ohio University).

Gomes-Schwartz B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 1023–1035. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.46.5.1023>

Greenson, R. R., & Wexler, M. (1969). The non-transference relationship in the psychoanalytic situation. *The International journal of psycho-analysis*, 50(1), 27–39.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Gunther, G. J. (1992). *Therapeutic alliance, patient object relations and outcome in psychotherapy*. Michigan State University.

Halfon, S., Özsoy, D., & Çavdar, A. (2019). Therapeutic alliance trajectories and associations with outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 87*(7), 603–616. <https://doi.org/10.1037/ccp0000415>

Hamilton, J., & Kivlighan, D. M. (2009). Therapists' projection: the effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research, 19*(3), 312–322. <https://doi.org/10.1080/10503300902838130>

Hardie, J. H., & Landale, N. S. (2013). Profiles of Risk: Maternal Health, Socioeconomic Status, and Child Health. *Journal of marriage and the family, 75*(3), 651–666. <https://doi.org/10.1111/jomf.12021>

Hawes, M. T., Szenczy, A. K., Olino, T. M., Nelson, B. D., & Klein, D. N. (2021). Trajectories of depression, anxiety and pandemic experiences; A longitudinal study of youth in New York during the Spring-Summer of 2020. *Psychiatry research, 298*, 113778.

Hayatbakhsh, M. R., O'Callaghan, M. J., Bor, W., Williams, G. M., & Najman, J. M. (2012). Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 7*(6), 480–486. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0136>

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., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>

Hersen, M., & Sledge, W. H. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science.

Hintermair M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of deaf studies and deaf education, 11*(4), 493–513. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl005>

Høglend P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *The American journal of psychiatry, 171*(10), 1056–1066. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010121>

Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *The American journal of psychiatry, 163*(10), 1739–1746. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1739>

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6*, 393-442.

Holmes, J. (2014). Countertransference before Heimann: An historical exploration. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 62*(4), 603-629.

Holmqvist Larsson, M. (2019). *Rupture and Repair in the Working Alliance: Relation to Psychotherapy Outcome and Within-Session Interaction* (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press).

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 38*(2), 139.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Huprich, S. K., & Bornstein, R. F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *Journal of personality assessment*, 89(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/00223890701356904>

Jensen Arnett, J. (2017). Life stage concepts across history and cultures: Proposal for a new field on indigenous life stages. *Human Development*, 59(5), 290-316.

Kaddoura, N., & Sarouphim, K. M. (2019). Identity development among Lebanese youth: An investigation of Marcia's paradigm. *Heliyon*, 5(11), e02851. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02851>

Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 341–355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>

Kazdin A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology*, 54, 253–276. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145105>

Kemp, S. (1990). *Medieval psychology*. Greenwood Press.

Kernberg, O. F. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism.

Kohut H. (1971). Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie [Introspection, empathy and psychoanalysis. The relationship of observation method and theory]. *Psyche*, 25(11), 831–855.

Lagache, D. (1953). Some aspects of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 1.

Lavik, K. O., McAleavey, A. A., Kvendseth, E. K., & Moltu, C. (2022). Relationship and Alliance Formation Processes in Psychotherapy: A Dual-Perspective Qualitative

Study. *Frontiers in psychology*, 13, 915932.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.915932>

Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3), 233–259.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233>

Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3), 233–259.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233>

Levy Chajmovic, M., & Tishby, O. (2024). La reattività dei terapeuti nel processo di rotture e risoluzione: pazienti e terapeuti sono sulla stessa lunghezza d'onda? *Psychotherapy Research*, 1–12.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2303318>

Lindfors, O., Knekt, P., & Virtala, E. (2013). Quality of object relations modifies the effectiveness of short-and long-term psychotherapy on self-concept. *Open Journal of Psychiatry*, 2013.

Luborsky, L. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(3), 281–287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.3.281>

Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2020). Transdiagnostic Risk and Protective Factors for Psychopathology in Young People: Systematic Review Protocol. *JMIR research protocols*, 9(8), e19779. <https://doi.org/10.2196/19779>

Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical psychology review*, 87, 102036.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>

- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(3), 363–372. <https://doi.org/10.1037/a0038733>
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1994). Personality and psychopathology: a historical perspective. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 72–77. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.1.72>
- Marcia J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3(5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- Marks, I., Sibilila, L., & Borgo, S. (Eds.). (2010). *Common language for psychotherapy procedures*. BoD–Books on Demand.
- Marquardt, S. (2021). *Rupture and Repair of the Therapeutic Alliance in CBT with Young People* (Doctoral dissertation, University of Roehampton).
- Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. *The American journal of psychiatry*, 138(3), 361–364. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.361>
- McLeod B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.
- Meeks, J. E., & Bernet, W. (2001). *The fragile alliance: An orientation to psychotherapy of the adolescent*. Krieger Publishing Company.
- Migone, P.** (2012). *Psicoanalisi e psicoterapia: Modelli a confronto*. Milano: FrancoAngeli.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York (Basic Books) 1993.
- Mitchell, S. A. (1992). *Le matrici relazionali del Sé*. Il pensiero scientifico.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2016). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Hachette UK.

Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (2020). Therapist performance under pressure. *Negotiating emotion, difference, and rupture. American Psychological Association. Washington, DC.*

Murphy, R., & Hutton, P. (2018). Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment - a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(1), 5–19. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12767>

Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: themes and challenges. *Administration and policy in mental health*, 33(3), 398–409. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0044-4>

Nissen-Lie, H. A., Dahl, H. J., & Høglend, P. A. (2022). Patient factors predict therapists' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762947>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>

O'Keeffe, S., Martin, P., & Midgley, N. (2020). When adolescents stop psychological therapy: Rupture-repair in the therapeutic alliance and association with therapy ending. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(4), 471–490. <https://doi.org/10.1037/pst0000279>

Orlinsky, D. E., Howard, K. I., & Hill, J. A. (1975). Conjoint Psychotherapeutic Experience: Some Dimensions and Determinants. *Multivariate behavioral research*, 10(4), 463–477. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr1004_5

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61168-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61168-8)

- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 461–472. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19–313.
- Peterson, C. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 3). Oxford University Press.
- Petrican, R., & Fornito, A. (2023). Adolescent neurodevelopment and psychopathology: The interplay between adversity exposure and genetic risk for accelerated brain ageing. *Developmental cognitive neuroscience*, 60, 101229. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101229>
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic Books.
- J. (1955). The development of time concepts in the child.
- Rabinovich, M., & Kacen, L. (2009). Let's look at the elephant: metasynthesis of transference case studies for psychodynamic and cognitive psychotherapy integration. *Psychology and psychotherapy*, 82(Pt 4), 427–447. <https://doi.org/10.1348/147608309X459662>
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
- Raffagnato, A., Miscioscia, M., Bruni, G., Del Col, L., Traverso, A., Ferrarese, M., Ancora, C., Zanato, S., & Gatta, M. (2023). The impact of the two-year COVID-19 pandemic on hospital admission and readmissions of children and adolescents because of mental health problems. *Frontiers in public health*, 11, 1152876. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1152876>
- Reemst, K., Kracht, L., Kotah, J. M., Rahimian, R., van Irsen, A. A. S., Congrains Sotomayor, G., Verboon, L. N., Brouwer, N., Simard, S., Turecki, G., Mechawar, N., Kooistra, S. M., Eggen, B. J. L., & Korosi, A. (2022). Early-life stress lastingly impacts microglial transcriptome and function under basal and immune-challenged conditions. *Translational psychiatry*, 12(1), 507. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02265-6>

- Rogers, C. R. (1951). Perceptual reorganization in client-centered therapy.
- Rogers, C. R. (1965). The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychology*, *17*(2), 95-108.
- Rosenberg, W. M., & Sackett, D. L. (1995). On the need for evidence-based medicine. *J Public Heal Med*, *17*, 330-4.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ (Clinical research ed.)*, *310*(6987), 1122–1126. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1122>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, *56*(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3)
- Sakel, M. (1958). *Schizophrenia*. New York, NY: Philosophical Library.
- Salomonsson, M. W. (1997). Transference in child analysis: A comparative reading of Anna Freud and Melanie Klein. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, *20*(1), 1-19.
- Sapio, M. (2008). Tra il non più e il non ancora: l'enigmatica articolazione tra latenza e adolescenza. *Richard e piggle*, *16*(1), 4-20.
- Schenk, N., Zimmermann, R., Fürer, L., Krause, M., Weise, S., Kaess, M., Schlüter-Müller, S., & Schmeck, K. (2019). Trajectories of alliance ruptures in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology: timing, typology and significance. *Research in psychotherapy (Milano)*, *22*(2), 348. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.348>
- Semerari, A. (2015). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.3.452>

Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728.

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>

Stefana, A. (2017). *History of countertransference: From Freud to the British object relations school*. Routledge.

Stefana, A., Fusar-Poli, P., Vieta, E., & Youngstrom, E. A. (2024). Assessing the patient's affective perception of their psychotherapist: validation of the *in-Session Patient Affective Reactions Questionnaire*. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1346760. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1346760>

Stefana, A., Langfus, J. A., Vieta, E., Fusar-Poli, P., & Youngstrom, E. A. (2023). Development and Initial Validation of the in-Session Patient Affective Reactions Questionnaire (SPARQ) and the Rift In-Session Questionnaire (RISQ). *Journal of clinical medicine*, 12(15), 5156. <https://doi.org/10.3390/jcm12155156>

Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Sinclair, S. J., Chung, W. J., Roche, M., Denckla, C., & Blais, M. A. (2018). Extending the Use of the SCORS-G Composite Ratings in Assessing Level of Personality Organization. *Journal of personality assessment*, 100(2), 166–175. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1195394>

Steiner, J. (2011). *Seeing and being seen: Emerging from a psychic retreat*. Routledge.

Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259-280.

Sterba, R. (1951). Character and resistance. *The Psychoanalytic Quarterly*, 20(1), 72-76.

Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects.

Strupp H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. Further evidence (comparison 4). *Archives of general psychiatry*, 37(8), 947–954. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780210105011>

Szymańska, A., Dobrenko, K., & Grzesiuk, L. (2017). Characteristics and experience of the patient in psychotherapy and the psychotherapy's effectiveness. A structural approach. *51*(4), 619–631. <https://doi.org/10.12740/PP/62483>

Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>

Tishby, O., & Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(6), 621–630. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.598579>

Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: an exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy research : journal of the Society for 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 : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934>

Trimboli, F., & Farr, K. L. (2000). A psychodynamic guide for essential treatment planning. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), 336.

Tsai, M., Yard, S., & Kohlenberg, R. J. (2014). Functional analytic psychotherapy: a behavioral relational approach to treatment. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(3), 364–371. <https://doi.org/10.1037/a0036506>

Vaughn, K. N., Jenkins, S. R., & Weber, K. M. (2021). Object relations assessment predicts outpatients' attrition, early working alliance and psychotherapy process. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(4), 978–987. <https://doi.org/10.1002/cpp.2552>

Weersing, V. R., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2009). Core components of therapy in youth: do we know what to disseminate?. *Behavior modification*, 33(1), 24–47. <https://doi.org/10.1177/0145445508322629>

Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 21–43. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.1.21>

Wenzel A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>

Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 99–134. <https://doi.org/10.1177/00030651020500011601>

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 528–541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S., & Loades, M. (2020). The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychology and psychotherapy*, 93(2), 276–291. <https://doi.org/10.1111/papt.12232>

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

Winnicott, D. W. (1965). A clinical study of the effect of a failure of the average expectable environment on a child's mental functioning. *The International journal of psycho-analysis*, 46, 81.

Wolfaardt, U. B., & Joyce, A. S. (2005). The Quality of objects relations (QOR) scale, the reciprocal attachment questionnaire (RAQ), and psychotherapy outcome. *University of Alberta Health Sciences Journal*, 2(2), 14-9.

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.

Yilmaz, M., Türkarslan, K. K., Zanini, L., Hasdemir, D., Spitoni, G. F., & Lingiardi, V. (2024). Transference interpretation and psychotherapy outcome: a systematic review of a no-consensus relationship. *Research in psychotherapy (Milano)*, 27(1), 744. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.744>

Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard review of psychiatry*, 15(6), 278–288. <https://doi.org/10.1080/10673220701803867>

Zetzel, E. R. (1965). The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 39.

Zetzel, E. R. (2018). Current concepts of transference 1. *Influential Papers from the 1950s*, 109-123.

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal of counseling psychology*, 62(4), 579–591. <https://doi.org/10.1037/cou0000103>

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2017). Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(5), 508–520. <https://doi.org/10.1037/ccp0000192>