

Università degli Studi di Bergamo



Dottorato di ricerca in Psicologia Clinica

XXV ciclo

***Eventi utili ed ostacolanti nella psicoterapia:
il ricordo di pazienti e terapeuti***

Tesi di Dottorato di:
Laura Miriam Contardi
matr. n. 1013549

Coordinatore del Dottorato:
Prof.ssa Valeria Ugazio

Tutor:
Prof. Enrico Molinari

SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE DI AFFERENZA: M-PSI/08

Anno Accademico 2011-2012

INDICE

Introduzione	p. 5
 1. Capitolo primo: La ricerca sugli eventi significativi in psicoterapia	 7
1.1 La ricerca sugli eventi significativi: introduzione e obiettivi	7
1.2 Le origini	10
1.3 Gli studi sugli eventi terapeutici significativi: una possibile classificazione	11
1.3.1 <i>Tassonomie di eventi significativi utili e non utili</i>	12
1.3.2 <i>Concordanza tra paziente e terapeuta nell'identificazione degli eventi terapeutici significativi</i>	20
1.3.3 <i>Eventi significativi utili e ostacolanti e tipologie di influenza sul paziente</i>	22
1.3.4 <i>Il ricordo degli eventi significativi</i>	29
 2. Capitolo secondo: Una ricerca sul ricordo degli eventi significativi in psicoterapia	 36
2.1 Utilità di una ricerca sul ricordo degli eventi significativi in psicoterapia	36
2.2 Uno studio pilota	37
2.3 L'approccio della <i>Grounded Theory</i> nella ricerca qualitativa	38
2.4 Il Costruzionismo sociale	40
2.5 Applicazioni nell'indagine sul ricordo degli eventi significativi	41
2.6 Metodologia	41
2.6.1 <i>Strumenti utilizzati</i>	42
<i>Il Session Evaluation Questionnaire</i>	44
2.6.2 <i>Analisi dei dati</i>	46
<i>L'intervista semi-strutturata</i>	46
<i>Le valutazioni sul Differenziale Semantico</i>	47
 3. Capitolo terzo: Risultati della ricerca	 49
3.1 Partecipanti	49
3.2 Procedura	50
3.2.1 <i>Reclutamento</i>	50
3.2.2 <i>Intervista semi-strutturata</i>	51
3.3 Gli eventi utili indicati dai pazienti	52
3.4 Gli eventi ostacolanti indicati dai pazienti	60
3.5 Gli eventi utili indicati dai terapeuti	66
3.6 Gli eventi ostacolanti indicati dai terapeuti	73
3.7 Grado di concordanza tra pazienti e terapeuti nel ricordo degli eventi significativi	78

3.8	Grado di concordanza tra pazienti e terapeuti rispetto alle valutazioni sul Differenziale Semantico	79
3.8.1	<i>Valutazione della psicoterapia</i>	80
3.8.2	<i>Stato emotivo al termine della psicoterapia</i>	80
3.8.3	<i>Valutazione riportata dai pazienti rispetto all'evento più utile ed a quello più di ostacolo</i>	81
4.	Capitolo quarto: Discussione dei risultati dello studio	82
4.1	Gli eventi utili indicati dai pazienti	82
4.2	Gli eventi ostacolanti indicati dai pazienti	86
4.3	Gli eventi utili indicati dagli psicoterapeuti	88
4.4	Gli eventi ostacolanti indicati dagli psicoterapeuti	90
4.5	Eventi utili ed ostacolanti: pazienti e terapeuti a confronto	93
4.6	Concordanza tra pazienti e terapeuti rispetto agli eventi utili ricordati	96
4.7	Le valutazioni della psicoterapia, degli eventi utili e ostacolanti	98
4.8	Limiti dello studio	99
	Conclusioni	101
	Bibliografia	107

*“La memoria non è altro che una facoltà
che l’intelletto ha di assuefarsi alle concezioni,
diversa dalla facoltà di concepire o d’intendere.
Ed è tanto necessaria all’intelletto, ch’egli, senza di essa,
non è capace di verun’azione”*
G. LEOPARDI

A Mirco,
che in modo straordinario
mi ha sostenuto,
accompagnato ed amato
in questi tre anni,
con profonda gratitudine.

INTRODUZIONE

La ricerca sugli eventi significativi in psicoterapia e nel counseling, pur non essendo molto vasta, ha tuttavia offerto spunti interessanti, approfondimenti di riflessione e nuove opportunità di analisi di un ambito, quale quello psicoterapeutico, ampiamente oggetto di indagine, ma talmente complesso da richiedere sempre nuove prospettive di osservazione o esplorazione.

Quest'area di ricerca mi è sembrata particolarmente interessante ed utile, in quanto può contribuire a far luce su cosa può facilitare o interferire con il cambiamento durante un percorso psicoterapeutico; ciò, di conseguenza, porterebbe ad una migliore comprensione del processo e dell'esito e, si auspica, ad un miglioramento della psicoterapia stessa.

In quest'ottica, gli eventi significativi possono essere considerati come una finestra dentro il processo di cambiamento proprio della psicoterapia; studiare gli eventi significativi, perciò, rappresenta una sorta di strategia di campionamento (Elliott, 1985; Elliott & Shapiro, 1992): anziché considerare campioni casuali (random) di episodi tratti dalle sedute terapeutiche, si guarda dove è più probabile che avvenga l'azione. Si assume, pertanto, che i processi di cambiamento, che si vedono operare negli eventi significativi, saranno presenti ovunque nella terapia, ma che essi siano prevalenti in questi eventi. In altre parole, si può pensare che gli eventi significativi rappresentino fattori terapeutici importanti e generali, ma in forme più concentrate (Elliott & Shapiro, 1992). Un'esplorazione attenta e aperta degli eventi significativi rappresenta, quindi, un modo per generare conoscenza sui processi di cambiamento terapeutico (Elliott & Shapiro, 1992).

In letteratura, gli eventi significativi sono stati analizzati per creare delle tassonomie, che aiutassero ad identificare quelle situazioni, legate al processo o all'esito della seduta o dell'intera terapia, considerate dal paziente delle chiavi di volta all'interno del processo di cura. Altrettanta attenzione è stata posta sul tipo di influenza che questi episodi significativi esercitano sui pazienti e, quindi, sulle loro conseguenze rispetto al Sé. Inoltre, si sono cercate correlazioni tra gli eventi significativi e alcune dimensioni del processo terapeutico, della relazione paziente-terapeuta, dell'esito del percorso e della sua efficacia, nonché è stata approfondito il livello di concordanza tra pazienti e terapeuti o counselor nel riferire i medesimi episodi come eventi significativi della seduta vissuta.

Resta, tuttavia, un ambito di indagine ancora ben poco esplorato, ovvero quello relativo al ricordo degli eventi importanti vissuti in psicoterapia, a distanza di tempo dalla sua

conclusione. Esso, tuttavia, può contribuire a fornire informazioni utili rispetto al processo terapeutico vissuto, in particolare offrendo indicazioni non solo sugli elementi di efficacia e di utilità, ma anche su quelli di impedimento o difficoltà derivanti dalla psicoterapia, una volta che questa sia terminata e sia intercorso un tratto di vita in cui il paziente ha potuto sperimentare e mettere alla prova le conoscenze e competenze acquisite.

Nel confronto delle prospettive dei pazienti e dei terapeuti, inoltre, è possibile definire le specifiche rappresentazioni del percorso svolto e cogliere cosa può facilitare o interferire con il cambiamento, verificando anche quali elementi, tra tutti, possano essere più rilevanti. Proprio questa apertura all'esplorazione dei ricordi sia dei pazienti che degli psicoterapeuti appare, pertanto, necessaria, contrariamente a quanto spesso è stato fatto in altri studi, per comprendere gli aspetti caratterizzanti di ognuno e far luce sul tipo di concezione di processo terapeutico sia specifica di ciascun target e provare a comprendere se o come essa sia oggetto di negoziazione, durante le sedute, e di rielaborazione, alla sua conclusione.

Nel primo capitolo viene fatta una revisione degli studi che, fino ad oggi, si sono occupati a vario titolo degli eventi significativi in psicoterapia e, per maggiore chiarezza e organizzazione, ne viene offerto un raggruppamento tematico. Successivamente si approfondisce l'utilità di una ricerca volta ad indagare il ricordo degli eventi utili ed ostacolanti della psicoterapia e si delinea l'impianto metodologico del lavoro, che ha coinvolto 7 terapeuti e 17 pazienti, intervistati personalmente. Trattandosi di uno studio esplorativo pilota, si è optato per un approccio che si richiama alla *Mixed Methods Research*, seppure, nella presente ricerca, l'indagine di tipo qualitativo sia preponderante nella raccolta e nell'analisi dei dati; questo studio si inserisce all'interno della cornice teorica del costruzionismo sociale e si rifà alla metodologia della *Grounded Theory*. Inoltre è stato utilizzato un indice poco diffuso nella letteratura psicologica, mentre è molto noto in ambito biologico e medico, per l'analisi del livello di concordanza delle valutazioni espresse da pazienti e terapeuti rispetto alla psicoterapia, ovvero il *Concordance Correlation Coefficient* (Barchard, 2011). Nel terzo capitolo sono illustrati i risultati ottenuti e nel quarto capitolo viene discussa in dettaglio l'analisi dei dati, che ha contribuito ad ampliare le conoscenze e a gettare nuova luce all'interno della *Significant Event Research*.

CAPITOLO PRIMO

La ricerca sugli eventi significativi in psicoterapia

§ 1.1 LA RICERCA SUGLI EVENTI SIGNIFICATIVI: INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Nelle scienze umane spesso è possibile individuare due approcci fondamentali alla spiegazione dei fenomeni, generalmente presenti nella ricerca sulla psicoterapia: Bruner (1986) li ha descritti come l'**approccio “paradigmatico”** e l'**approccio “narrativo”**. Il primo è essenzialmente di tipo logico-scientifico: il ragionamento dimostrativo fa sorgere delle ipotesi sulle cause delle relazioni tra i fenomeni e la verifica delle ipotesi è presa come evidenza di leggi generali. Secondo Bruner, generalmente chi propende per una spiegazione paradigmatica aderisce ad una prospettiva filosofica di carattere realista; essa assume che esiste un mondo esterno all'osservatore che può essere compreso oggettivamente. Coerentemente, la logica della giustificazione, a supporto della spiegazione paradigmatica, predilige la quantificazione, l'accordo tra gli osservatori su indici di causa ed effetto e procedure che controllino eventuali intralci alla relazione causa-effetto.

Il secondo, invece, considera che senza dubbio ci sono regolarità del comportamento umano, ma in termini di probabilità: le visioni filosofiche e psicologiche della personalità, infatti, hanno sostenuto che l'azione è più di un'espressione di regolarità, essa è anche un'espressione di intenzionalità. Alla base delle azioni delle persone ci sono dei motivi, delle ragioni, ed essi sono concettualizzati e definiti nei particolari (Bruner, 1986). Perciò, mentre la spiegazione paradigmatica è deduttiva, dimostrativa e quantitativa, la spiegazione narrativa è soprattutto induttiva, ermeneutica e qualitativa. I motivi per le azioni sono frutto dell'interpretazione, fatta dagli attori, della propria esperienza; inoltre, quando vengono comunicati ad un'altra persona, essi risultano il prodotto delle rappresentazioni di queste interpretazioni. Quando, poi, la seconda persona tenta di spiegare il comportamento della prima, le rappresentazioni vengono interpretate nel discorso e la spiegazione è la rappresentazione di quest'ultima interpretazione. Per tale motivo la spiegazione narrativa, o ermeneutica, è costruttiva piuttosto che oggettiva ed è più vicina ad un orientamento filosofico idealista piuttosto che realista.

Nella storia della ricerca sulla psicoterapia, e in generale nella psicologia, l'approccio paradigmatico ha spesso prevalso, mentre il riferimento all'approccio narrativo-ermeneutico è diventato rilevante soprattutto negli ultimi vent'anni; esso però possiede un fascino particolare, legato al tentativo di comprendere i **significati** che sono alla base dei fenomeni, di esplorare nuove possibili aree di indagine, di aprire ulteriori orizzonti, che poi possono essere approfonditi con svariati metodi di ricerca.

La posizione di Bruner (1992), in questo dibattito, sembra interessante ed ha ispirato l'orientamento del lavoro qui presentato: egli critica la dominanza dell'approccio paradigmatico, affermando che il concetto principale della psicologia è la **ricerca di significato**, quale principio fondamentale dei processi e dell'esperienza umana. Egli, pertanto, riconosce un valore particolare all'orizzonte culturale, attraverso cui le persone strutturano la percezione di sé, degli altri e delle circostanze. La psicologia culturale si fonda proprio sull'esercizio della narrazione e sull'uso dell'ermeneutica, quali guide alla rielaborazione e alla spiegazione degli eventi.

La **ricerca sugli eventi significativi in psicoterapia** si muove all'interno dell'approccio ermeneutico: pur avendo condiviso, all'inizio, con la ricerca in generale l'intento esplorativo, progressivamente l'interesse si è spostato dal tentativo di creare tassonomie di eventi, alla ricerca di relazioni, legami, connessioni con altri elementi fondamentali del processo terapeutico, con lo scopo di accrescere e approfondire la comprensione degli aspetti più rilevanti della psicoterapia.

Di fatto, può risultare indubbiamente interessante verificare che cosa pazienti e terapeuti considerino utile e/o inutile durante le sedute o al termine della psicoterapia e identificare gli eventi che hanno favorito il percorso oppure sono stati di ostacolo ad esso. Questo tipo di ricerca è un esempio di quanto è stato descritto come “*events paradigm*” (Arnkoff, Victor & Glass, 1993; Elliott, Slatick & Urman, 2001), esso ha lo scopo di identificare gli aspetti particolarmente significativi della psicoterapia “*with the notion that these are the events most likely to inform us about therapy process*” (Arnkoff et al., 1993, p.37). Se infatti la psicoterapia rappresenta un processo piuttosto lungo, in cui emerge qualche forma di cambiamento o una nuova consapevolezza, è pur vero che all'interno di questo percorso sono presenti degli eventi definibili “di svolta”, dei momenti in cui emerge questa consapevolezza oppure il cambiamento appare come possibile o più vicino. Essi sono pertanto da considerare quali eventi importanti, eventi che è probabile che tendano a rimanere nel ricordo del paziente (Martin & Stelmachzonec, 1988) e che fungano da linee di confine tra un

passato, che in qualche modo non soddisfa, ed un futuro che si vuole costruire in modo diverso.

Tali eventi, pertanto, possono aiutare ad identificare i momenti più fruttuosi del processo terapeutico e i momenti in cui esso è stato, in qualche modo, intralciato. Pur non esaurendo la ricchezza del counseling o della psicoterapia, essi tuttavia sono stati considerati una **via importante per l'analisi del processo terapeutico**, dal momento che concentrano alcuni degli elementi salienti di tale processo, presentati dalla prospettiva del paziente e, talvolta, anche del terapeuta, consentendo così al ricercatore una sorta di immersione nel percorso fatto e, contemporaneamente, offrendogli una prima rielaborazione degli eventi, subito dopo averli vissuti.

Gli **obiettivi** del filone di ricerca sugli eventi significativi includono anzitutto il comprendere come lo psicoterapeuta e il lavoro terapeutico possano contribuire ai processi di cura del paziente: se, infatti, dagli eventi significativi riportati dai pazienti è possibile individuare gli aspetti più utili del percorso svolto, è necessario far riferimento anche a questi nel momento della valutazione dell'andamento del percorso psicoterapeutico.

Un secondo rilevante obiettivo di questo ambito di ricerca è rappresentato dalla possibilità di ottenere informazioni sull'efficacia di specifici interventi del terapeuta all'interno di un particolare contesto terapeutico: le opinioni del paziente, infatti, forniscono indicazioni rispetto alle azioni, intraprese dallo psicoterapeuta, che più sono state in grado di “cogliere nel segno” e promuovere il cambiamento o sostenerne la motivazione; ciò consente, pertanto, di identificare quali condotte del terapeuta abbiano creato una maggiore risonanza nel paziente e di comprendere meglio il mondo co-costruito dalla diade paziente-terapeuta. Indubbiamente risulta limitante il non poter tenere in considerazione la specificità dei vari contesti terapeutici e l'unicità della relazione all'interno della diade: si perde necessariamente la peculiarità e la singolarità, nonché l'irripetibilità, di ogni percorso terapeutico, tuttavia il guadagno possibile è dato dall'offrire spunti di riflessione, di analisi e di verifica, soprattutto per i terapeuti, rispetto alle proprie modalità di azione e interazione con i pazienti. Per tale motivo Elliott (1983a) ha descritto la ricerca sugli eventi significativi come un metodo di ricerca che può “*substantially close the gap between psychotherapy process research and the practice of psychotherapy*” (Elliott, 1983a, p.47).

§ 1.2 LE ORIGINI

La ricerca sugli eventi significativi identifica il proprio fondatore ideale in **Robert Elliott**, che dalla metà degli anni '80 del secolo scorso ha iniziato ad avventurarsi in questo nuovo ambito di indagine, costruendo nel tempo una metodologia che ha segnato a lungo la ricerca sugli eventi significativi. Essa ha, però, dei **precursori** negli studi di Bloch e Berzon sugli eventi importanti (Berzon, Pious, & Farson, 1963; Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd, & Themen, 1979), essi hanno portato avanti alcuni studi sui fattori terapeutici nella psicoterapia di gruppo alla fine degli anni '70. Tuttavia, la ricerca successiva si è focalizzata quasi esclusivamente sulla **terapia** e sul **counseling individuale**, trascurando la terapia di gruppo, in quanto, probabilmente, in questo caso la valutazione degli eventi risente maggiormente di una dinamica interpersonale più ampia e complessa, che può rappresentare più un elemento inficiante che utile ai fini dell'indagine.

Secondo Elliott, gli eventi terapeutici significativi “sono porzioni delle sedute terapeutiche (generalmente della durata di 4-8 minuti) in cui i pazienti sperimentano, in modo significativo, l'aiuto o il cambiamento”¹ (Elliott & Shapiro, 1988, p.164). Essi sono stati studiati sia nell'ambito della ricerca sulla **psicoterapia** sia soprattutto, ed in modo approfondito, nel **counseling**². Facendo riferimento proprio all'ambito del counseling, un evento terapeutico è costituito da un episodio che consiste di un particolare stato problematico sperimentato dal paziente, un intervento del counselor e l'esito immediato al termine della seduta (Greenberg, 1986), un evento terapeutico significativo è un evento che è stato ritenuto particolarmente utile o ostacolante per i pazienti (Hill & Corbett, 1993).

La ricerca sugli eventi significativi inizialmente ha applicato **strategie orientate alla scoperta** per raccogliere gli eventi utili importanti e ha usato ampiamente approcci qualitativi per descrivere che cosa succede in questi eventi. In ogni caso anche metodologie riferibili ad un approccio quantitativo sono state usate per verificare gli eventi utili (es. Llewelyn, 1988), ad esempio ricerche passate hanno misurato la frequenza di occorrenza di diversi tipi di eventi ed anche le differenze nelle percezioni dei pazienti e dei terapeuti in relazione agli eventi utili (Llewelyn, 1988; Martin & Stelmaczek, 1988).

Inizialmente gli studi si sono focalizzati su **un'analisi approfondita delle sedute terapeutiche** e sono state analizzate singolarmente le risposte dei terapeuti ai pazienti; quelle

¹ “are portions of therapy sessions (generally 4-8 minutes in length) in which clients experience a meaningful degree of help or change”

² Mentre in Italia la professione di psicologo e psicoterapeuta è normata dalla Legge 56/89, che ne prevede le attribuzioni, nel mondo anglosassone tale ambito di intervento viene anche definito col termine “counseling”, ed è questo termine che compare nella letteratura internazionale.

che erano valutate come significativamente utili o ostacolanti su una scala di utilità venivano analizzate attraverso l'uso di misure del processo: erano, quindi, considerati utili o non utili quegli eventi della seduta che emergevano tra gli altri sia positivamente che negativamente.

Da un **punto di vista metodologico** veniva utilizzata principalmente l'“*Interpersonal Process Recall*” (Kagan, 1980; Elliot, 1986), successivamente “*Brief Structured Recall*”, un'intervista semi-strutturata che si serve, per favorire il ricordo delle esperienze vissute, della registrazione dell'interazione appena trascorsa, e la “*Comprehensive Process Analysis*”, un procedimento di ricerca qualitativo che, analizzando gli eventi significativi, ne mette in luce le possibili influenze, per sviluppare modelli di processi di cambiamento correlati a eventi significativi particolari (Elliott e Shapiro, 1992). Il processo dell'identificazione di eventi significativamente utili è stato formalizzato grazie all'HAT (“*Helpful Aspects of Therapy*”, Llwelyn, 1988), un questionario compilato dal paziente al termine della seduta relativo agli eventi più utili nella seduta, cui segue una valutazione del livello di utilità. Successivamente, per ottenere un quadro più dettagliato, questa intervista strutturata è stata generalmente combinata con l'analisi delle trascrizioni della seduta e con altre fonti di dati, come scale volte a valutare i diversi aspetti dell'evento, della seduta o della terapia.

§ 1.3 GLI STUDI SUGLI EVENTI TERAPEUTICI SIGNIFICATIVI: UNA POSSIBILE CLASSIFICAZIONE

Attualmente ci sono numerosi differenti modi di identificare gli eventi significativi e molteplici strategie per ottenere una riflessione o altre informazioni importanti sugli eventi studiati; ciò che, però, risulta tipico è che sia **il paziente ad identificare l'evento**, mentre il terapeuta è coinvolto marginalmente nella ricerca. L'evento viene quindi studiato talvolta usando la trascrizione della seduta attraverso misure quantitative del processo oppure attraverso interviste qualitative in profondità.

A seconda degli obiettivi dello studio possono essere usati **approcci diversi** per analizzare gli eventi significativi. Per esempio gli studi, il cui scopo sia di stabilire la tipologia e la prevalenza dei diversi tipi di eventi, normalmente utilizzano uno di questi tre approcci:

- ✓ un'analisi qualitativa o semi qualitativa (es. *cluster analysis*) che porti alla costituzione di tipologie di eventi
- ✓ una tassonomia di eventi predefinita derivata da uno studio precedente di ricerca sugli eventi significativi
- ✓ una tassonomia predefinita elaborata specificamente per lo studio, che è stata solo in parte derivata dalle ricerche precedenti.

Gli **studi qualitativi** che approfondiscono gli eventi significativi utili generalmente si focalizzano sul diversificare i tipi di eventi rispetto alla loro influenza sul paziente e su un'approfondita descrizione dei processi che conducono ad un'influenza positiva. Ci sono per esempio studi su *insight events*, su eventi di chiarimento del problema presentato, su eventi di acquisizione di consapevolezza, su eventi di *empowerment*, o su eventi di esplorazione emozionale.

Nel caso di **studi quantitativi**, che usano tassonomie predefinite, la categorizzazione di eventi è fatta da giudici indipendenti, che sono addestrati all'uso della tassonomia, e deve offrire livelli accettabili di affidabilità inter-giudice. Gli studi qualitativi, inclusi quelli che approfondiscono i processi che portano a un impatto significativo di questi eventi, normalmente coinvolgono diversi analisti, che sono normalmente gli autori dello studio. Per assicurare il rigore metodologico dello studio si fa riferimento alla concordanza delle valutazioni degli analisti e a procedure che ne verifichino l'attendibilità (Timulak, 2010).

Si propone, di seguito, una classificazione degli studi che sono stati condotti in questo ambito, i quali, seppur non eccessivamente numerosi, raccolgono comunque analisi, approfondimenti, spunti e riflessioni ricche e variegate. Tale classificazione ha come obiettivo quello di organizzare e semplificare la presentazione della *review* della letteratura in merito e, in quanto tale, non ha pretese di assolutezza: le categorie non sono mutualmente esclusive ed alcuni studi, che risultano più complessi in quanto presentano vari obiettivi o domande di ricerca, verranno inclusi in più di una categoria.

§ 1.3.1 TASSONOMIE DI EVENTI SIGNIFICATIVI UTILI E NON UTILI

Una prima categoria è rappresentata da quegli studi che hanno come principale scopo l'individuazione di eventi significativi utili o non utili, avvenuti durante una o più sedute specifiche oppure durante l'intera terapia o il counseling.

Generalmente questi studi presentano una categorizzazione degli eventi utili e/o di ostacolo al percorso di cura che può comprendere solo una **tassonomia** degli eventi indicati come più frequenti, oppure **più clusters**: essi individuano una specifica area tematica, all'interno della quale **sono racchiuse più categorie**. La costruzione del sistema categoriale avviene a partire dall'analisi dei dati raccolti, seguendo un approccio induttivo riconducibile alla *Grounded Theory*³. Si tratta di studi che, in modo simile, hanno coinvolto sia l'ambito del counseling (Martin & Stelmaczek, 1988; Paulson et al., 1999; Henkelman & Paulson, 2006;

³ L'approccio della *Grounded Theory* verrà approfondito nel prossimo capitolo

Paulson et al., 2001) che quello psicoterapeutico (Llewelyn, 1988; Lietaer, 1992; Timulak et al., 2010; Castonguay et al. 2010).

Gli studi si **differentiano sia per il focus di analisi**, che può essere costituito dai soli eventi utili (Martin & Stelmaczec, 1988; Paulson et al., 1999; Timulak, 2010), o dai soli eventi di ostacolo alla terapia (Paulson et al., 2001), oppure da entrambi (Lietaer, 1992; Castonguay et al. 2010); **per il target** preso in considerazione, che può essere costituito dai soli pazienti (Timulak, 2010; Henkelman & Paulson, 2006; Paulson et al., 1999; Paulson et al., 2001), oppure da pazienti e terapeuti o counselor (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczec, 1988; Castonguay et al. 2010); infine, **per l'unità di analisi**, rappresentata da una o più sedute all'interno della terapia, di cui si indagano gli eventi significativi (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczec, 1988; Timulak, 2010; Henkelman & Paulson, 2006; Castonguay et al., 2010), oppure dall'intero percorso (Paulson et al., 1999).

Gli **eventi utili** più diffusamente **citati dai pazienti** riguardano anzitutto **l'acquisizione di una maggiore conoscenza** personale e di **insight** rispetto a se stessi, cui si associa una più elevata consapevolezza di sé: in tali situazioni il paziente sperimenta un'accresciuta comprensione rispetto al funzionamento personale, riflette su questioni che non aveva affrontato in precedenza o aveva esplorato solo superficialmente, prende coscienza del proprio stato. Ciò presuppone **l'apertura di sé da parte del paziente** come condizione imprescindibile e necessaria, riconosciuta proprio dai pazienti stessi: essa rappresenta la base del dialogo che consente la condivisione di problemi, difficoltà e soluzioni. Decisamente rilevanti risultano anche alcune **caratteristiche dello psicoterapeuta o del counselor**, che sembrano favorire la costruzione e il rafforzamento dell'alleanza terapeutica e la propensione all'apertura da parte del paziente: esse riguardano principalmente il coinvolgimento, la disponibilità, l'autenticità del terapeuta. Accanto a queste, emerge come ugualmente rilevante la possibilità di sperimentare, da parte del paziente, la **comprensione e l'accettazione** del terapeuta, legate ad un contatto interpersonale positivo e rilassato; ciò sostiene anche l'accrescersi della **fiducia** nello psicoterapeuta. Significativamente utile per i pazienti risulta anche il sentirsi coinvolti in una **relazione di aiuto e supporto**, dove la presenza del sostegno concreto da parte del terapeuta appare confermare la possibilità di cambiamento. Infatti, lo **sperimentare nuove modalità di essere o comportarsi** costituisce un ulteriore evento utile: esso può avvenire inizialmente durante le sedute ed essere successivamente vissuto nelle situazioni quotidiane. In tal senso, è oltremodo rilevante per il paziente ricevere **conferme** da parte del terapeuta o counselor, sia relativamente all'evoluzione in atto, sia rispetto all'esplorazione di sé, sia alla valorizzazione di sé. Il percorso fatto deve portare al

chiarimento del problema, per cui ci è rivolti ad uno specialista, ed alla sua **soluzione**, che appaiono aspettative di fondo dei pazienti. Rilevante appare, poi, anche l'**esplorazione della sfera emotiva**, che può implicare anche una modificazione delle modalità di sperimentare ed esprimere alcune emozioni, o anche una loro accettazione. Risultano, infine, utili per i pazienti gli **interventi** dei terapeuti o counselor, quali i **suggerimenti ed i feedback**, che possono essere funzionali anche a sostenere **nuove modalità di relazionarsi ed interagire** con gli altri.

Solo alcuni di questi studi prendono in considerazione anche **la prospettiva dello psicoterapeuta o del counselor** nell'individuare gli eventi significativi utili (Lietaer, 1992; Castonguay et al. 2010; Llewelyn, 1988; Martin & Stelmaczec, 1988): il paziente appare, infatti, il protagonista del processo di cura ed i ricercatori sono maggiormente inclini a raccogliere le sue idee ed opinioni rispetto all'esperienza vissuta, con l'obiettivo di individuare quali possano essere i momenti realmente importanti, dal suo punto di vista, e fornire, così, ai terapeuti una verifica progressiva (se lo studio viene condotto durante la terapia) oppure delle considerazioni conclusive (se fatto al termine) che vadano ad arricchire le loro valutazioni.

I terapeuti, nel definire gli eventi significativi utili, appaiono anzitutto **focalizzati sui progressi e sulle conquiste dei pazienti**: sottolineano, infatti, come rilevanti la soluzione del problema e la presenza, nei pazienti, di insight rispetto a se stessi, alla questione presentata ed a nuove possibilità; legate a questo tema, sono le osservazioni riguardanti gli eventi che includono la **messa in atto** degli insight ottenuti e la sperimentazione, fuori dal contesto terapeutico, delle nuove opportunità immaginate. Anche secondo il loro punto di vista, risulta rilevante il **livello di apertura della comunicazione del paziente**, che deve essere capace di esplorare il proprio mondo interno, offrire spunti da rielaborare insieme col terapeuta, descrivere e parlare in modo approfondito delle proprie emozioni. Rilevante appare anche l'abilità del paziente di **scendere in profondità** nelle proprie analisi e riflessioni, senza fermarsi a considerazioni scontate o comuni. Appare necessario, però, che il paziente provi anche **solievo** dalla sofferenza di cui è portatore e riesca a maturare una **visione positiva di se stesso**. Terapeuti e counselor evidenziano, poi, il **proprio ruolo** nel favorire e sostenere il processo di cura: a tale proposito, sono indicati come utili gli eventi in cui essi **manifestano apertura** nei confronti del paziente e non nascondono le proprie emozioni, **favoriscono** l'emersione di **insight** e l'**esplorazione di sé** del paziente, offrono **rassicurazione e conferma**. In uno studio (Lietaer 1992), i terapeuti elencano negli eventi utili anche azioni specifiche, legate alla tecnica terapeutica, intraprese per favorire l'acquisizione di

consapevolezza e insight nel paziente, quali l'**interpretazione**, il suggerimento di **metodi**, la **ristrutturazione cognitiva**.

In riferimento agli **eventi di ostacolo** al percorso di terapia o counseling, essi sono stati oggetto di indagine in un numero limitato di studi (Lietaer, 1992; Paulson et al., 2001; Castonguay; 2010), i quali hanno coinvolto sempre i pazienti e, in due casi, anche i terapeuti o i counselor (Lietaer, 1992; Castonguay; 2010). Un aspetto da rilevare è che i pazienti sono riluttanti a discutere gli aspetti negativi del proprio percorso terapeutico, soprattutto quando esso è al termine ed è stato positivo: i pazienti non parlano facilmente delle esperienze ostacolanti e tendono a nascondere le reazioni negative (Henkelman & Paulson, 2006).

I principali eventi significativi di ostacolo al percorso di cura, **secondo l'opinione dei pazienti**, sono riferibili sia a se stessi che al terapeuta; nello specifico, per quanto riguarda gli **atteggiamenti dei pazienti**, sono emersi come poco fruttuosi la **mancaanza di cooperazione**, che può manifestarsi attraverso il rimanere in silenzio, evitare l'approfondimento della discussione, non parlare di alcuni argomenti. Rispetto, invece, agli **atteggiamenti ed interventi del terapeuta o del counselor**, risulta di ostacolo al processo la percezione del **distacco** da parte dello psicoterapeuta, trasmesso dalla carenza di calore, coinvolgimento e comprensione nei confronti del paziente; ma risultano anche rilevanti la presenza di **scarsi feedback** e la **mancaanza di responsività**. Anche l'opposto, ovvero la presenza di un **terapeuta troppo attivo**, propositivo nell'approfondimento della riflessione, o che anticipa l'insight e la comprensione del paziente, è vissuta come negativa. Anche le situazioni in cui la seduta lascia **confusione o incertezza** nel paziente oppure risulta troppo **pesante** per il paziente sono definite come ostacolanti, insieme alle situazioni in cui il paziente sperimenta la **mancaanza di progresso o miglioramento**.

Sono emerse, inoltre, alcune situazioni **non utili sottolineate sia dai pazienti che dai terapeuti** (Castonguay et al., 2010): si tratta di eventuali **omissioni** da parte del terapeuta (sia a livello relazionale-emotivo che di azioni) oppure anche della sollecitazione, da parte sua, di **digressioni** che il paziente non considera opportune; si possono instaurare anche momenti, valutati concordemente di ostacolo, in cui i partecipanti sperimentano un "*poor fit*", definibile come l'incapacità, dello psicoterapeuta, di essere connesso con i bisogni del paziente (Castonguay et al., 2010).

Se i pazienti, quindi, tendono ad attribuire sia il negativo che il positivo dell'esperienza terapeutica a se stessi, i **terapeuti** sottolineano soprattutto il ruolo del paziente nel progresso del percorso, mentre **imputano a sé gli aspetti di non funzionamento** del processo (Lietaer, 1992). Essi si concretizzano in un **atteggiamento** tendenzialmente **passivo**,

in cui scarseggiano le interpretazioni, non c'è attenzione sufficiente alla dimensione personale del messaggio del paziente, o il terapeuta vive un senso di **impotenza**. A questi elementi si aggiunge la **mancaza di contatto e comprensione**, che porta a non essere presente pienamente nel *qui ed ora* dell'interazione. Anche un comportamento opposto risulta ugualmente non utile: **interpretazioni** numerose o molto profonde, offrire **molto aiuto**, **interventi** che vanno oltre l'esperienza del paziente sono valutati come non adeguati e, talvolta, controproducenti (Lietaer, 1992). I terapeuti hanno richiamato anche alcune situazioni esterne al contesto terapeutico, in particolare, la **relazione di coppia** e la **famiglia di origine** del paziente possono rappresentare motivi di ostacolo alla terapia (Castonguay et al., 2010).

STUDIO	EVENTI UTILI INDICATI DAI PAZIENTI	EVENTI UTILI INDICATI DAI TERAPEUTI / COUNSELOR	EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAI PAZIENTI	EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAI TERAPEUTI / COUNSELOR
Castonguay (2010)	consapevolezza di sé; chiarimento dei problemi; soluzione dei problemi; insight rispetto a se stessi; sensazione di essere compreso, sostenuto, coinvolto nella relazione terapeutica; apprezzamento di se stessi; conforto; capacità di comprendere gli altri.	consapevolezza di sé raggiunta dal paziente; il paziente si sente compreso, sostenuto, coinvolto nella relazione terapeutica; chiarimento dei problemi; apprezzamento di sé da parte del paziente; soluzione dei problemi; insight rispetto a sé.	" <i>poor fit</i> "; omissioni da parte del terapeuta; digressioni; pensieri non voluti.	omissioni da parte del terapeuta; " <i>poor fit</i> "; pensieri non voluti.
Elliott e James (1989)	Aspetti interpersonali della terapia: caratteristiche facilitanti del terapeuta; consentita l'espressione di sé da parte del paziente; sperimentazione di una relazione di supporto. Aspetti legati al compito: comprensione di sé / insight; incoraggiamento da parte del terapeuta della pratica al di fuori della terapia.			

Lietaer (1992)	Aspetti relativi al clima relazionale: calore e interesse da parte del terapeuta; coinvolgimento e disponibilità del terapeuta; profonda empatia del terapeuta; accettazione, rispetto, pazienza del terapeuta; il terapeuta conferma valorizza la personalità del paziente; contatto positivo, rilassato; autenticità e presenza personale del terapeuta; contatto personale e reciproco; contatto informale. Specifici interventi del terapeuta: stimolazione e approfondimento dell'esplorazione di sé; confronto e il feedback immediato; dare aiuto; rinforzare idee, emozioni, piani, comportamenti; confermare una evoluzione positiva, infondere speranza. Aspetti processuali legati al paziente: avere l'opportunità di parlare; esplorazione della relazione terapeutica; insight: aspetti generali, di se stessi; insight relativi a situazioni e ad altre persone; insight relativi a nuove possibilità; intenzioni e piani; sentirsi sollevati; esperienza momentanea positiva di sé; sperimentare progressi.	Aspetti relativi al clima relazionale: il terapeuta conferma valorizza la personalità del paziente; rilassatezza e apertura del terapeuta; contatto personale e reciproco. Specifici interventi del terapeuta: stimolazione e approfondimento dell'esplorazione di sé; offerta di metodi specifici; apertura del terapeuta; confronto e feedback immediato; interpretazione, ristrutturazione cognitiva; rinforzare idee, emozioni, piani, comportamenti. Aspetti processuali legati al paziente: prendersi il rischio di parlare in modo molto personale; esplorare esperienze personali in modo più profondo; processi utili di esplorazioni di sé; toccare la questione centrale; esplorazione della relazione terapeutica; vivere e sperimentare pienamente; accettazione di sé; insight relativi a nuove possibilità.	Atteggiamenti e interventi del terapeuta: mancanza di calore, coinvolgimento, comprensione; il terapeuta è troppo passivo, i confronti troppo pochi; il terapeuta è troppo attivo, cerca di andare oltre ciò che il cliente sente nei confronti delle persone e che il paziente ignora; disapprovazione e sottovalutazione da parte del terapeuta; il terapeuta dà aiuti e suggerimenti che sono dolorosi e fanno sentire il paziente non compreso; il terapeuta suggerisce interpretazioni che il paziente trova inadeguate o non accurate; il terapeuta è troppo intrusivo. Aspetti relativi al percorso dei pazienti: il paziente nasconde la conversazione aspettando, rimanendo in silenzio, non cooperando; il paziente evita l'approfondirsi della conversazione; il paziente non riesce a parlare o non osa parlare di certi argomenti; la conversazione non porta nulla di nuovo; la seduta lascia un sentimento di confusione e incertezza; la seduta è stata troppo pesante o tesa al confronto; il paziente è scoraggiato dalla mancanza di progresso o speranza; il paziente si sente abbandonato al suo destino al termine della seduta. Fattori esterni o strutturali	Atteggiamenti e interventi del terapeuta: il terapeuta percepisce se stesso come troppo passivo; il terapeuta non è connesso emotivamente al mondo esperienziale del paziente; il terapeuta semplicemente non capisce il paziente; il terapeuta si focalizza troppo poco sul significato personale del messaggio del paziente; gli interventi del terapeuta vanno oltre l'esperienza del paziente; il terapeuta non si focalizza su cosa sta andando avanti nel qui ed ora della relazione; il terapeuta interpreta troppo poco; gli interventi del terapeuta sono troppo razionali; il terapeuta interpreta troppo velocemente/troppo in profondità; il terapeuta è troppo concentrato sull'aiuto diretto; il terapeuta reagisce in modo inadeguato a causa delle emozioni contro-transferali; il terapeuta si sente impotente. Aspetti relativi al percorso del paziente: il paziente è bloccato, ansioso, difeso; il paziente parla troppo superficialmente; il paziente non va avanti nell'esplorazione di sé; il paziente si muove su un livello troppo razionale, esplicativo, astratto; il discorso del paziente è troppo caotico. Fattori esterni o strutturali
Llewelyn (1988)	solievo ed positiva visione di sé; soluzione di problemi specifici; l'acquisizione di insight	facilitazione dell'insight; risoluzione di un problema; accrescimento del sollievo del cliente e di una visione di sé positiva.		
Martin & Stelmaczoniec (1988)	espressione di insight e comprensione, offerta di materiale personale, espressione di nuovi modi di essere o comportarsi, descrizione ed esplorazione di emozioni	espressione di insight o comprensione; offerta di materiale personale da parte del paziente; descrizione o esplorazione di emozioni da parte del paziente; espressione di nuovi modi di essere o comportarsi da parte del paziente; espressioni di insight ed emozioni da parte del counselor		

Paulson et al. (2001)			questioni sulla vulnerabilità, le barriere a sentirsi compreso, la mancanza di rapporto, la mancanza di responsività e i comportamenti negativi del counselor	
Paulson, Truscott, Stuart (1999)	stile interpersonale facilitante del counselor, interventi del counselor, generazione di risorse del paziente, nuove prospettive, sostegno emotivo (espressione e comunicazione di emozioni), apertura di sé del paziente, ottenere conoscenza (ottenere nuove informazioni imparare nuove abilità interpersonali), accessibilità (disponibilità e costo contenuto del counseling), soluzioni del paziente (essere abile ad ottenere che cosa era desiderato ed essere capace di tornare al counseling se necessario)			
Timulak L., Belicova A., & Miller M. (2010)	acquisizione di consapevolezza e insight durante l'esplorazione di esperienze problematiche; terapia come luogo in cui trattare questioni importanti; confidenza e fiducia nel terapeuta; contatto personale con il terapeuta (condivisione delle visioni sulla relazione terapeutica o su questioni della vita); comprensione da parte del terapeuta; empowerment; consapevolezza del funzionamento della psicoterapia; terapeuta vissuto come capace e sensibile alla debolezza del paziente; affrontare le critiche del terapeuta; sostegno empatico e conferma da parte del terapeuta; accettazione di problemi non risolvibili.			

§ 1.3.2 CONCORDANZA TRA PAZIENTE E TERAPEUTA NELL'IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI TERAPEUTICI SIGNIFICATIVI

La **convergenza tra le opinioni dei soggetti** è diventata un argomento di interesse teorico ed empirico negli anni 60. Fondandosi sulle investigazioni empiriche di Sherif (1935) e Asch (1951), Pepinsky e Karst (1964) hanno definito la convergenza come una "*lessening of discrepancy in judgements made by pairs (or larger groups) of subjects*" (p.333). Pepinsky e Karst hanno osservato la convergenza come un fenomeno generale che si verifica all'interno di un'ampia gamma di interazioni sociali, tra le quali si può annoverare anche il counseling: secondo questi autori, il counseling è una forma specifica di interazione sociale in cui il counselor promuove la convergenza attraverso il processo di influenza sociale (Frank, 1961). Pepinsky e Karst hanno offerto diverse ipotesi sulla convergenza, sui suoi antecedenti e le conseguenze. Due di queste ipotesi sono rilevanti per l'approfondimento in corso:

- poiché è un fenomeno generale delle interazioni sociali, la convergenza tende a crescere linearmente con la lunghezza del trattamento
- l'accrescersi della convergenza è correlata al successo del trattamento (p.336).

Se, come hanno suggerito i due autori, la convergenza è una diminuzione di discrepanza nei giudizi, allora una valutazione cruciale per il successo del trattamento è quello che riguarda gli eventi importanti nelle sedute. In particolare, Martin e Stelmaczzonec (1988) hanno suggerito che l'accordo sugli eventi significativi nel counseling è un mediatore importante del cambiamento del paziente.

Questo è anche l'unico studio in cui il grado di **corrispondenza tra i partecipanti nell'individuazione degli eventi significativi** rappresenta un obiettivo a sé stante, slegato da altri fattori di processo o esito. Gli autori hanno rilevato che **nel 33% dei casi** paziente e counselor hanno indicato lo stesso evento quale evento più importante della seduta. Inoltre, entrambi i partecipanti hanno segnalato le espressioni del paziente di insight e comprensione, la presentazione di materiale personale, le descrizioni ed elaborazioni di emozioni, le espressioni, da parte del paziente, di nuovi modi di essere o di comportarsi quali eventi più rilevanti nella seduta. In linea con questo confronto, anche Castonguay (Castonguay et al., 2010) ha rilevato la presenza di un trend o, almeno, ha indicato un accordo generale tra pazienti e terapeuti rispetto all'occorrenza relativa di diversi tipi di eventi significativi, e ciò include anche l'approfondimento rispetto al loro contenuto.

Altri studi, invece, hanno esplorato la presenza di una **correlazione tra la convergenza nell'identificazione di tali eventi e misure di processo o di esito della terapia**; a differenza della categoria precedente, comunque, la maggior parte di queste

ricerche ha riguardato il **counseling** (Martin & Stemaczonec, 1988; Cummings, Martin & Hallberg, 1992; Kivlighan & Arthur, 2000), mentre solo due, in un obiettivo secondario, hanno avuto come oggetto di indagine l'ambito psicoterapeutico (Castonguay et al., 2010; Levitt, Piazza-Bonin, 2011).

In particolare, Kivlighan & Arthur (2000) hanno verificato l'ipotesi che l'accordo tra paziente e counselor nel riconoscere gli eventi importanti crescere nel tempo ed è correlata all'esito del counseling: i risultati hanno confermato che **la concordanza si accrescere linearmente nel tempo**, infatti, verso la fine del counseling è presente un buon grado di accordo su cosa sia importante nella seduta; inoltre è emerso dai risultati che il livello di **corrispondenza** nell'individuazione degli eventi significativi **presente nella prima seduta risulta predittivo dell'esito** del counseling.

È stato anche ipotizzato che l'accrescersi del grado di accordo sia **correlato all'efficacia della seduta** (Cummings et al., 1992), infatti pazienti e counselor hanno mostrato un accordo maggiore nell'individuazione degli eventi terapeutici importanti nelle sedute più efficaci: quando l'accordo sugli eventi importanti è calcolato in generale, emerge una concordanza, approssimativamente, del 33%, mentre quando si prende in considerazione l'efficacia della seduta il livello di accordo risulta superiore (39%). Ciò risulta importante poiché, quando counselor e pazienti selezionano lo stesso evento come importante, c'è un'indicazione del fatto che stanno entrambi processando la stessa informazione rispetto alla seduta (Cummings et al., 1992).

Una concordanza decisamente più elevata è presente nel momento in cui terapeuti e pazienti rivedono la **registrazione dell'intera seduta**: in questo caso il 58% dei momenti utili identificati dai terapeuti era riconosciuto tale anche dai pazienti, mentre il 68% degli eventi significativi identificati dai pazienti era considerato utile anche dagli psicoterapeuti (Levitt & Piazza Bonin, 2011).

Seguendo le teorizzazioni di Bording (1979) riguardo all'alleanza terapeutica, che sarebbe basata sul consenso, di terapeuta e paziente, su legame, compiti, obiettivi della terapia, dalle ricerche è emersa anche l'ipotesi di una correlazione tra l'accordo nel riportare gli eventi significativi e la **working alliance** (Cummings et al., 1992): essa, tuttavia, **non è risultata predittiva** né della precisione nella descrizione degli eventi, né della concordanza rispetto agli eventi riportati. Si può ipotizzare che una forte alleanza di lavoro sia una condizione necessaria ma non sufficiente per facilitare la codifica di informazioni importanti.

§ 1.3.3 EVENTI SIGNIFICATIVI UTILI E OSTACOLANTI E TIPOLOGIE DI INFLUENZA SUL PAZIENTE

Un'ulteriore area di indagine riguarda l'analisi del **tipo di influenza** che gli eventi significativi hanno sul paziente. L'attenzione, in questo caso, è posta non tanto sull'esito delle azioni dello psicoterapeuta, ma sul **processo**, ovvero sull'interazione che si crea all'interno della diade e che porta ad uno specifico risultato. Gli studi qualitativi, infatti, generalmente si focalizzano anche sul diversificare i tipi di eventi rispetto al loro impatto sul paziente e su un'approfondita descrizione dei processi che conducono all'influenza positiva o negativa. Dal momento che ci possono essere diversi impatti in un evento solitamente viene considerato l'impatto più importante e le tipologie sono normalmente classificate attraverso un confronto qualitativo delle somiglianze del tipo di influenza tra gli eventi (Timulak, 2007).

Il primo studio che può essere annoverato all'interno di questa categoria è anche quello che comunemente viene considerato **il precursore** nello sviluppo di quest'area di indagine, ovvero lo studio di **Elliott (1985)** sull'influenza terapeutica. Egli ha invitato alcuni studenti universitari volontari a prender parte ad una simulazione di una seduta di counseling di 20 minuti; al termine, essi hanno ascoltato la registrazione della seduta e, successivamente, hanno partecipato ad un'intervista riguardante la valutazione dell'utilità delle risposte ricevute dal counselor e un approfondimento delle ragioni per cui esse erano state di aiuto o di ostacolo alla loro esperienza. Attraverso una *cluster analysis*, l'autore ha identificato due *superclusters* relativi ad influenze riconducibili a eventi significativi; essi racchiudono, ciascuno, quattro cluster: il primo *supercluster* è costituito dal **“compito”** e coinvolge direttamente il lavoro o il progresso fatto dallo studente rispetto al problema presentato. Al suo interno i quattro clusters comprendono l'offerta, da parte del counselor, di una sorta di nuova informazione, che risultava in un accresciuto insight, consapevolezza in una ristrutturazione cognitiva (*nuova prospettiva*); lo sperimentare un progresso nella soluzione del problema presentato, attraverso la considerazione di corsi di azione alternativi (*soluzione di un problema*); una definizione più chiara della questione oggetto di indagine in seduta (*chiarimento del problema*); infine, un aiuto, da parte del counselor, a focalizzare l'attenzione sugli argomenti che lo studente stava evitando sui quali aveva difficoltà a soffermarsi (*focalizzare l'attenzione*). Il secondo *supercluster* è rappresentato dalla categoria **“interpersonale”**, centrata sul contatto interpersonale utile sperimentato dallo studente. Esso racchiude i cluster riguardanti la percezione del paziente che il counselor stesse comprendendo in modo accurato informazioni specifiche rispetto a se stesso e/o in sintonia con la propria situazione (*comprensione*); la sensazione di sentirsi coinvolto nel processo di

aiuto (*coinvolgimento del paziente*); l'esperienza emozionale del supporto del counselor o di sentirsi in confidenza con lui (*rassicurazione*); lo sperimentare una relazione “a tu per tu” con il counselor (*contatto personale*).

Nonostante sia stato il primo di una serie di studi, l'indagine di Elliott ha trovato numerose **conferme successive**. Timulak, in uno **studio meta analitico** volto ad analizzare i risultati degli studi qualitativi, ha identificato le categorie fondamentali dell'**influenza degli eventi utili** individuata dai pazienti in psicoterapia (Timulak, 2007). Le tipologie di influenza sono riconducibili a nove *core-categories*, che in parte ricalcano i cluster identificati da Elliott (1985), ed in parte li completano:

- a) consapevolezza/insight/comprendione di sé: variano per differenti livelli di consapevolezza di aspetti di un'esperienza o di una situazione: da una consapevolezza ampia e generale, fino alla comprensione di un contesto più profondo o di una singola esperienza
- b) cambiamento nel comportamento / soluzione di problemi: comprende i fatti nei quali il paziente sviluppa una nuova strategia per raggiungere gli obiettivi desiderati
- c) empowerment: il paziente sperimenta un senso nuovo di forza personale per affrontare i problemi, le percezioni di sé, le difficoltà interpersonali; fa esperienza di un riconoscimento interpersonale; riconosce un miglioramento di sé
- d) solievo / aiuto: include un rilassamento esperienziale derivante dall'esperienza interpersonale di sicurezza vissuta con il terapeuta o dal percepire una pressione minore della difficoltà, per la quale l'aiuto del terapeuta può aver avuto un ruolo
- e) esplorazione di emozioni / esperienza emozionale: il paziente vive le emozioni in modo nuovo
- f) comprensione di emozioni: i pazienti si sentono profondamente compresi, cosa che li porta ad una esperienza interpersonale unica
- g) coinvolgimento del paziente: rende il paziente attivo nel processo terapeutico; si offre al paziente uno spazio in cui esprimere che cosa sia importante del processo terapeutico secondo il suo giudizio
- h) rassicurazione /supporto /sicurezza: comprende la rassicurazione, sperimentata dal paziente ed offerta dallo psicoterapeuta, anche nel caso in cui non sia presente una rassicurazione verbale esplicita; essa inoltre contiene l'esperienza di essere accettati dal terapeuta
- i) contatto personale: è riconducibile all'esperienza del paziente di avere accanto non un dottore ma un essere umano partecipe della sua sofferenza.

A tale proposito, è interessante cogliere non solo i processi coinvolti nelle valutazioni di utilità degli eventi significativi, ma anche le **motivazioni alla base di questi giudizi**. È ciò che hanno fatto Levitt e Piazza Bonin (2011) in uno studio volto ad indagare le intenzioni che guidano il racconto di storie e le intenzioni dei protagonisti, nel tentativo di accedere alle **esperienze interne** dei pazienti durante la psicoterapia (indipendentemente dal tipo di approccio utilizzato) e di comprendere le diverse ragioni per cui pazienti e terapeuti considerano alcuni momenti nella terapia come significativi. Anche in questo caso, le autrici

hanno inizialmente identificato alcune categorie di momenti significativi, specificandone poi il tipo di rilevanza: la prima fa riferimento al **cambiamento del paziente**, che coinvolge lo sviluppare una nuova consapevolezza, la valutazione di un progresso del proprio stato e il livello di contatto emotivo e di potere di azione percepito. I partecipanti hanno evidenziato che una accresciuta consapevolezza può portare ad una **maggiore accettazione di sé** e, contemporaneamente, **differenziazione dagli altri**, ad avere a disposizione un'ampia quantità di **opzioni per fronteggiare la situazione** e a sostenere maggiori **progressi al di fuori della seduta**; mentre la verifica del progresso aiuta il paziente a percepire un **senso di normalità** e il contatto emozionale comporta un miglioramento dell'umore e la percezione di avere ricevuto **speranza, confidenza** e un **maggiore potere di azione**. Un'ulteriore categoria è rappresentata dalla **pianificazione ed attuazione degli interventi** da parte dello psicoterapeuta, che coinvolge anche il monitoraggio dell'attività dei pazienti: sono stati soprattutto i terapeuti, infatti, a descrivere questi momenti come significativi, in quanto essi si trovano impegnati nel processo di **creare un intervento che incontri i bisogni** dei pazienti e **aiuti regolare la loro attività**. Questo monitoraggio agevola i terapeuti nel **valutare quanto e come intervenire** e **accrescere il loro contatto con l'esperienza dei pazienti**. Tale tentativo di verifica, infatti, aiuta i terapeuti ad **individuare i pattern relazionali** del paziente, anche se non necessariamente venivano poi comunicati. Inoltre i terapeuti hanno trovato significativo verificare quando i pazienti si allontanano eccessivamente dal percorso progettato: l'obiettivo è di aiutarli a **rimanere connessi nella seduta**, soprattutto nei momenti in cui i terapeuti notano una accresciuta distanza. Infine la categoria riguardante il **senso di connessione tra paziente e terapeuta**, che comprende un senso di sicurezza e di benessere, la manifestazione di emozioni da parte dei terapeuti nei confronti dei pazienti e la considerazione reciproca tra paziente e psicoterapeuta, si conferma essere rilevante nella percezione di entrambi i partecipanti. In particolare il sentirsi a proprio agio nella seduta consente una **maggiore apertura da parte del paziente nel racconto** e **aiuta il progresso terapeutico**; inoltre le riflessioni comuni sulle motivazioni reciproche, sulle differenze le somiglianze tra paziente e psicoterapeuta permettono di verificare se l'altro sia, in qualche modo, simile o diverso da sé.

L'analisi dell'interazione tra paziente e counselor è oggetto di approfondimento anche di un altro studio (Wilcox-Matthew L., Ottens A., Minor C.W., 1997), che prende in considerazione la questione presentata dal paziente, la risposta/reazione del counselor e la sua influenza immediata sul paziente nella seduta. Gli autori hanno identificato la presenza di tre

superclusters riconducibili ad altrettanti pattern relazionali specifici della diade, che si differenziano proprio per il tipo di influenza; essi consistono in:

- evento dissonante: comprende azioni counselor-paziente in cui i pazienti presentano visioni rigide, che non sono funzionali alla soluzione del problema. In questo caso le risposte/reazioni dei counselor mettono in discussione, affiancano, mettono in dubbio operi formulano i costrutti dei pazienti relativi alle loro questioni problematiche. All'inizio del trattamento, infatti, il counselor è impegnato nel raccogliere la storia del paziente, stabilire una relazione e comprendere la sua domanda; è in questo stadio del paziente presenta un contesto fisso di presentazione della propria difficoltà, offre informazioni limitate e caratterizzate da *bias*, cerca di ottenere una risposta dal counselor che integri la propria visione; egli deve invece staccarsi dagli sforzi del paziente di coinvolgerlo nella sua concettualizzazione del problema. Al termine dell'interazione i **pazienti** hanno riferito di **sentirsi più ottimisti e di accettare le prospettive diverse** proposte dai counselor.
- evento domanda-risposta: in questo caso i pazienti si presentano confusi e desiderosi di ricevere input da parte dei counselor riguardo al problema presentato. Il fatto che questi offrano interpretazioni o insight, che risultano esplicativi delle questioni presentate, a un intervento terapeutico efficace; d'altra parte, già Frank (1987) imputa il successo terapeutico al grado in cui esso aiuta i pazienti a trasformare il significato delle loro esperienze e situazioni. I **pazienti percepiscono sollievo dalla propria confusione e tendono a considerare validi e sensati i suggerimenti** offerti.
- evento congruente: in questa circostanza i pazienti progettano un comportamento positivo o cercano di esplorare i sentimenti appropriati legati a questioni delicate; i counselor rinforzano questi comportamenti, offrono sostegno, incoraggiamento e risposte empatiche, ed i **pazienti si sentono supportati**.

Solo **due degli studi** presentati approfondiscono anche **le influenze** valutate come **negative** per il percorso di cura. In particolare, Elliott (1985) identifica sei tipi di influenza degli eventi significativi considerata non utile, tendenzialmente legati a **comportamenti del counselor**: il più comune è rappresentato dall'*errata percezione*, caratterizzata dal sentirsi fraintesi o percepiti in modo non corretto dal counselor; un eccessivo coinvolgimento del counselor, come una sua eccessiva criticità nei confronti del paziente viene annoverata nella *reazione negativa del counselor*; la *ripetizione*, ovvero la tendenza del counselor a tornare sulle medesime questioni, dilungandosi su ovvietà o enfatizzando nuovamente i problemi, oppure ripresentare pensieri o proporre cambiamenti non piacevoli, quali *pensieri non voluti*, nei confronti dei quali il paziente si sente impreparato, rappresentano un ostacolo al counseling; ad essi è collegata la *responsabilità non voluta*, in cui il fallimento del counselor nell'offrire una risposta desiderata e la pressione a parlare di argomenti, che il paziente non desidera affrontare, o a mettere in atto propositi al di fuori della seduta costituiscono ugualmente motivo di difficoltà, unite al *dare indicazioni fuorvianti*, che viene percepito dal paziente come un'interferenza.

Un ruolo rilevante nella percezione di un'influenza negativa legata ad un evento significativo è da attribuirsi anche ai **bisogni portati dai pazienti nella seduta** (Levitt, Piazza-Bonin, 2011): essi riguardano la necessità di una maggiore consapevolezza, la richiesta di interventi del terapeuta e l'invito del paziente ad investire nella relazione terapeutica. I pazienti hanno riferito di cercare dal terapeuta indicazioni, significato o contatto con la propria esperienza interna, ma talvolta si sono sentiti confusi rispetto cosa stesse succedendo durante la terapia: i pazienti perciò descrivono una **mancaanza di collegamento tra gli interventi** dello psicoterapeuta **e il loro stato interno**.

STUDIO	INFLUENZE UTILI INDICATE DAI PAZIENTI	INFLUENZE UTILI INDICATE DAI TERAPEUTI / COUNSELOR	INFLUENZE OSTACOLANTI INDICATE DAI PAZIENTI	INFLUENZE OSTACOLANTI INDICATE DAI TERAPEUTI / COUNSELOR
Elliott R. (1985)	Super cluster " <i>compito</i> ", composto da nuova prospettiva, soluzione di problema, chiarimento di un problema, focalizzazione dell'attenzione. Super cluster " <i>interpersonale</i> " composto da comprensione, coinvolgimento del paziente, rassicurazione e contatto personale.		Errata percezione del counselor, reazione negativa del counselor, responsabilità non voluta dal paziente, ripetizione, dare indicazioni fuorvianti, pensieri non voluti dal paziente	
Levitt H., Piazza-Bonin E. (2011)	Categoria: <i>cambiamento del paziente</i> ; sottocategorie: sviluppo di una nuova consapevolezza, valutazione dello stato/progresso generale del paziente, livello di contatto emozionale e senso di azione. Categoria: <i>i bisogni dei pazienti durante la seduta</i> ; sottocategorie: lotta del paziente per la consapevolezza/sente pressioni per la consapevolezza, il paziente richiede interventi dal terapeuta, richieste del paziente rispetto alla relazione terapeutica. Categoria: <i>pianificazione ed esecuzione di interventi</i> ; sottocategorie: gli interventi del terapeuta, i terapeuti monitorano l'attività dei pazienti e/o vogliono modificare questa attività. Categoria: <i>senso di collegamento tra paziente terapeuta</i> ; sottocategorie: senso di sicurezza, benessere e collegamento del paziente con il terapeuta, le emozioni dei terapeuti nei confronti dei pazienti, la considerazione reciproca tra paziente e terapeuta			
Timulak L. (2007)	Gli studi selezionati contenevano 48 categorie di impatti identificati dai pazienti gli eventi utili. Dopo la meta analisi qualitativa dell'impatto, sono state ridotte a nove core-categories: a) consapevolezza/insight/comprendimento di sé; b) cambiamento nel comportamento /soluzione di problemi; c) empowerment; d) sollievo / aiuto; e) esplorazione di emozioni / esperienza emozionale; f) comprensione di emozioni; g) coinvolgimento del paziente; h) rassicurazione /supporto /sicurezza; i) contatto personale.			

Wilcox-Matthew L., Ottens A., Minor C.W. (1997)	1-eventi dissonanti: azioni counselor-paziente in cui i pazienti presentano visioni rigide che non sono utili alla soluzione del problema, i pazienti mostrano visioni negative sul loro stessi, i pazienti raccontano e non sembrano preoccupati del problema presente; I counselor scelgono cornici che offrono visioni alternative e consentono ai pazienti di vedere le loro questioni in modo più adattativo, i counselor rispondono all’evitamento rigido dei pazienti di questioni cruciali con domande introspettive; i pazienti riportano di sentirsi più ottimisti e apparentemente accettano le nuove cornici. 2-domanda-risposta: i pazienti sono sia confusi sia aperti a ricevere input riguardo ai problemi presenti, in molti eventi i pazienti domandano apertamente un'interpretazione, i pazienti si chiedono come risolvere una situazione come raggiungere un obiettivo, o come esprimere i loro bisogni agli altri o come cambiare un comportamento personale; i counselor offrono interpretazioni e suggerimenti; i pazienti percepiscono sollievo dalla confusione, sembrano motivati ad attuare i suggerimenti comportamentali che ricevono ed sono ottimisti rispetto alla possibilità di successo. 3-eventi congruenti: i pazienti cercano di esprimere il progresso fatto durante il counseling e di pianificare un comportamento positivo, i pazienti tentano di esplorare i sentimenti appropriati su questioni delicate; i counselor rinforzano il comportamento, i counselor offrono supporto e risposte empatiche; i pazienti si sentono supportati			
---	---	--	--	--

§ 1.3.4 IL RICORDO DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI

Alcuni studi hanno come oggetto di approfondimento il ricordo dei pazienti relativo alla psicoterapia o al counseling svolto: essi hanno obiettivi diversi, tuttavia condividono la scelta di raccogliere i dati sugli eventi significativi a distanza di tempo dal termine della percorso. Martin e Stelmaczonec (1988) hanno analizzato quali caratteristiche degli eventi del counseling fossero correlate ad una valutazione di significatività degli stessi. Essi hanno intervistato i partecipanti sia durante la consultazione, che a sei mesi dal termine del counseling; in quest'ultima intervista è stato chiesto ai pazienti di ricordare gli eventi importanti che avevano indicato nelle interviste condotte mentre il counseling era ancora in corso. Per aiutare il ricordo, i ricercatori hanno mostrato circa un minuto di registrazione di ciascuna seduta esaminata in precedenza. I risultati hanno dimostrato che gli **eventi**, che i pazienti hanno identificato come significativi, **contengono indicatori dialogici di profondità**, si caratterizzano per una **maggiore complessità** e l'informazione scambiata è **orientata alla conclusione** rispetto agli episodi non indicati come importanti. Inoltre il **40% degli eventi ricordati è rappresentato da ricostruzioni accurate degli eventi importanti** della seduta sotto esame precedentemente **identificati**; il 33% è costituito da un ricordo accurato di eventi significativi appartenenti ad una seduta diversa rispetto a quella indicata; nel 14% dei casi il ricordo riguarda eventi che sono accaduti nella seduta oggetto di indagine, essi, però, non sono stati identificati come importanti al termine della seduta stessa; infine, il 14% degli eventi ricordati concerne eventi che sono accaduti in sedute diverse da quella esaminata e mai identificati in precedenza come importanti.

Kierkegaard e Berntsen (2003), prendendo come oggetto di indagine una **terapia di gruppo** di stampo cognitivo, hanno invece analizzato se i ricordi sono correlati alla valutazione soggettiva del paziente della terapia e se gli episodi ricordati della terapia possono essere classificati come ricordi fotografici. Gli autori hanno trovato **una relazione positiva tra aiuto percepito legato alla terapia e numero di ricordi di eventi riportati**. Questo risultato sembra coerente con l'idea che le memorie episodiche costituiscono un indicatore dell'acquisizione di una nuova conoscenza (non ancora organizzata) basata sull'esperienza; secondo questa visione, il dato può essere interpretato indicando che i pazienti con il numero più ampio di ricordi episodici sono anche quelli che hanno accumulato il maggior numero di esperienze di apprendimento dalla terapia, e per questo percepiscono la terapia come più utile. Una diversa interpretazione può essere legata al fatto che i pazienti, che hanno percepito la terapia come più utile, sono più disposti a riferire gli episodi per una sorta di gratitudine per i risultati ottenuti. In generale i pazienti hanno riferito **molti episodi** che possono essere

considerati **“legati alla tecnica”**: questo risultato può suggerire che l'apprendere alcune tecniche è stato una parte significativa della terapia per i pazienti, ed è in accordo con lo scopo della terapia cognitiva, nella quale i pazienti si aspettano anche soluzioni pratiche ai propri problemi. Essi, però, hanno anche riferito **episodi legati ad insight**: in tal caso la funzione di questi ricordi potrebbe essere quella di trattenere le informazioni nuove acquisite riguardo a se stessi. Infatti, sono proprio questi episodi che danno origine a ricordi fotografici, probabilmente dal momento che offrono **informazioni preziose per lo sviluppo degli schemi sul sé e delle narrative di vita**.

Questo risultato è coerente con l'indagine di Levitt, Butler e Hill (2006), che mira ad identificare non solo le componenti dell'esperienza psicoterapeutica, ma anche i principi che possono essere utilizzati per guidare il processo terapeutico momento per momento. Anche in questo caso gli autori hanno intervistato alcuni pazienti dopo che erano trascorsi da 2 a 12 mesi dal termine della terapia. Gli autori hanno riscontrato che i pazienti non attribuiscono il proprio cambiamento ad interventi specifici di un approccio terapeutico, alla relazione o allo sviluppo di una comprensione attraverso le sedute: negli interventi descritti, **i meccanismi di cambiamento dominanti riguardano l'introspezione relativa alle relazioni, al pensiero, alle emozioni ed alla loro espressione**. Inoltre, i pazienti hanno posto grande enfasi sulla cura, intesa come **“essere oggetto di cura”, all'interno di un contesto che supporta in modo significativo, incoraggia e struttura la riflessione**, imbastita dallo psicoterapeuta e integrata nel Sé. Da questa prospettiva, la terapia può essere considerata un metodo per strutturare l'attenzione dei pazienti così che essi riescano a sopportare l'ansia, che può essere generata dal sostenere una riflessione su un argomento potenzialmente pericoloso o svalutativo per il Sé.

STUDI CLINICI ESAMINATI

STUDIO	TIPO DI TERAPIA	OBIETTIVI	UNITA' DI ANALISI	METODO DI RACCOLTA DEI DATI	ANALISI DEI DATI	TARGET COINVOLTO
Castonguay (2010), HELPFUL AND HINDERING EVENTS IN PSYCHOTHERAPY: A PRACTICE RESEARCH NETWORK STUDY	molteplici orientamenti terapeutici	verificare cosa i pazienti ed i terapeuti considerano utile e/o inutile (e il livello di utilità) durante ciascuna seduta della terapia: 1. Quali eventi utili e ostacolanti sono riportati dai pazienti durante le sedute di psicoterapia? 2. Quali eventi utili o ostacolanti sono riportate dai terapeuti durante le medesime sedute? 3. Qual è il contenuto o il focus della discussione terapeutica tra paziente e terapeuta durante gli eventi utili o ostacolanti? 4. Quanto utili o di ostacolo sono stati questi eventi e i contenuti della discussione, come riportato da pazienti e terapeuti? 5. Quanto simili sono pazienti e terapeuti nel riferimento degli eventi significativi (e del livello di utilità o inutilità)?	tutte le sedute della terapia	PPA-PRN. intervista ai pazienti. HAT (Helpful aspects of Therapy): 2 domande dall'HAT, leggermente modificato da Elliott nella sua versione originale (Elliott et al., 2001): "è accaduto qualcosa di particolarmente utile durante questa seduta?"; "è successo qualcosa durante questa seduta che può essere stato negativo/di ostacolo?". Quando i partecipanti rispondevano "Sì", veniva chiesto loro di descrivere l'evento e di indicare, su una scala da 1 a 4 il livello di utilità (1=poco utile, 4=estremamente utile) o di inutilità	HAETCAS (<i>Helpful Aspects of Therapy Content Analysis System</i> , Elliott, 1988). ANOVA per valutazioni medie di ciascuna categoria di eventi utili e ostacolanti (sia del paziente che del terapeuta). Correlazione non parametrica tau-b di Kendall per analizzare le differenze nel livello di utilità e non utilità	paziente e terapeuta
Cummings A.L., Slemon A.G, Hallberg E.T, 1993, SESSION EVALUATION AND RECALL OF IMPORTANT EVENTS AS A FUNCTION OF COUSELOR EXPERIENCE	counseling	3 obiettivi: esaminare la relazione tra l'esperienza del counselor e le valutazioni dei partecipanti sull'influenza della seduta, misurate tramite il SEQ; verificare il cambiamento nel tempo delle valutazioni del SEQ in funzione dell'esperienza del counselor; verificare la relazione tra l'esperienza del counselor e le tipologie di eventi significativi ricordati dai partecipanti	tutte le sedute di counseling	SEQ; <i>Important Event Questionnaire</i> ;	MANOVA: per verificare la possibile non indipendenza dei dati del SEQ; MANOVA per esaminare la relazione tra l'esperienza del counselor e la valutazione dei partecipanti sull'influenza nella seduta; MANOVA per verificare il cambiamento nel tempo delle valutazioni dei partecipanti nel SEQ; test chi ² per verificare la relazione tra l'esperienza del counselor e il tipo di eventi importanti ricordati	paziente e counselor

Cummings, Martin, Hallberg (1992), MEMORY FOR THERAPEUTIC EVENTS, SESSION EFFECTIVENESS, AND WORKING ALLIANCE IN SHORT-TERM COUNSELING	counseling	1. esaminare la relazione tra la specificità (accuratezza) del ricordo degli eventi terapeutici importanti tra i partecipanti e l'efficacia della seduta; 2. analizzare la relazione tra l'efficacia della seduta e il grado di accordo tra pazienti e terapeuti sull'individuazione degli eventi importanti; 3. esaminare la relazione tra alleanza terapeutica e accordo e accuratezza del ricordo degli eventi importanti	1. e 2. tutte le sedute di counseling (SEQ); 3. tre sedute (WAI)	1. sottoscala dal <i>Session Evaluation Questionnaire</i> (per l'efficacia della seduta, dopo ogni seduta compilato da entrambi). 2. <i>Important Event Questionnaire</i> (da entrambi dopo ogni seduta): qual è stata la cosa più importante che è accaduto in questa seduta? Cerca di essere il più specifico possibile. perché è stato importante e come è stato utile o non utile? Quali pensieri ed emozioni ricordi di aver vissuto durante questo momento nella seduta? Che cosa ti sei trovato a pensare può fare durante il tempo tra le sedute che in qualche modo sono collegate all'ultima seduta? Stai vivendo qualche cambiamento in te stesso? Se sì, cosa?; 3. <i>Working Alliance Inventory</i> : un questionario self-report elaborato per verificare le valutazioni dei partecipanti rispetto all'alleanza di lavoro (dopo la terza, la sesta e l'ultima seduta)	1. e 3.: regressione lineare multipla; misura della correlazione tra specificità del ricordo e valutazioni sulle sottoscale del SEQ. 2. <i>discriminant function analysis</i> per verificare se la valutazione dell'efficacia della seduta era un buon predittore del grado di accordo	paziente e counselor
Elliott (1985), HELPFUL AND NON HELPFUL EVENTS IN BRIEF COUNSELING INTERVIEWS: AN EMPIRICAL TAXONOMY	counseling - simulazione	individuare le influenze utili della terapia	tutte le sedute di counseling	IPR; <i>Helpfulness Rating Scale</i>	cluster analysis	paziente e counselor
Elliott e James (1989), VARIETIES OF CLIENT EXPERIENCE IN PSYCHOTHERAPY: AN ANALYSIS OF THE LITERATURE	psicoterapia	individuare gli aspetti utili della terapia	letteratura relativa all'esperienza terapeutica dei pazienti		metanalisi	paziente
Henkelman, Paulson (2006), THE CLIENT AS AN EXPERT: RESEARCHING HINDERING EXPERIENCES IN COUNSELLING	counseling	analisi degli eventi ostacolanti	analisi della letteratura			
Kirkegaard Thomsen D., Berntsen D. (2003), SNAPSHOTS FROM THERAPY: EXPLORING OPERATIONALIZATIONS AND WAYS OF STUDYING FLASHBULB MEMORIES FOR PRIVATE EVENTS	terapia di gruppo, orientamento cognitivo	approfondire se gli episodi ricordati della terapia possono essere classificati come ricordi fotografici. Analizzare se i ricordi sono correlati alla valutazione soggettiva del paziente della terapia		2 interviste al termine della terapia, una di valutazione, una sul ricordo (<i>pensa alla terapia. Ricorda qualche episodio specifico? Può descriverlo nel modo più dettagliato che ricorda</i>). Dopo 4-5 mesi le stesse 2 interviste, se il paziente non ricordava alcuni degli episodi, veniva letta una frase relativa all'episodio. i ricordi sollecitati sono stati il 35% di tutti i ricordi riportati	categorizzazione secondo i criteri di un ricordo fotografico	paziente

Kivlighan, Arthur (2000), <i>CONVERGENCE IN CLIENT AND COUNSELOR RECALL OF IMPORTANT SESSION EVENTS</i>	counseling	verificare il grado di correlazione del ricordo nel tempo; correlazione tra il grado di concordanza e l'esito del counseling	tutte le sedute del counseling	<i>Important events questionnaire (IEQ)</i> (Cummings, Martin et al., 1992). Domande a entrambi dopo ogni seduta: qual è stata la cosa più importante che è accaduta in questa seduta? Perché è stato importante e perché è stata utile o non utile? Quali pensieri ed emozioni ricorda di aver sperimentato o vissuto durante quel momento nella seduta? Che cosa si è trovato a pensare o a fare tra le sedute che si ricollega in qualche modo all'ultima seduta? Ha verificato qualche cambiamento in se stesso? Se sì, che cosa? <i>Inventory of interpersonal problems</i> : ai pazienti dopo la prima e la penultima seduta	valutazione della congruenza fatta da 3 giudici formati ad hoc, su una scala di 4 gradi di concordanza. <i>Hierarchical Linear Model Program</i> (HLM, Bryk, Raudenbush, Seltzer, & Congdon, 1988)	paziente e counselor
Levitt H., Butler M., Hill T., 2006, <i>WHAT CLIENTS FIND HELPFUL IN PSYCHOTHERAPY: DEVELOPING PRINCIPLES FOR FACILITATING MOMENT-TO-MOMENT CHANGE</i>	psicoterapia	identificare le componenti dell'esperienza psicoterapeutica e i principi che possono essere usati per guidare il processo terapeutico momento per momento	l'intera psicoterapia	intervista semi-strutturata; WAI; questionario sull'outcome (Strupp, Wallach, & Wogan, 1964)	metodo <i>grounded theory</i> e cornice epistemologica ermeneutica per analizzare le trascrizioni delle interviste	paziente
Levitt H., Piazza-Bonin E., 2011, <i>THERAPISTS' AND CLIENTS' EXPERIENCES UNDELYING PSYCHOTHERAPY DISCOURSE</i>	molteplici orientamenti terapeutici	esplorare l'esperienza soggettiva della formazione di discorsi narrativi in psicoterapia; accedere all'esperienza interna soggettiva dei pazienti	una seduta durante la psicoterapia; il percorso fatto fino al momento dell'intervista	<i>Therapist Perception Questionnaire</i> (Strupp, Wallach & Wogan, 1964), per analizzare le emozioni dei partecipanti sulla terapia in generale e la seduta in specifico; WAI per analizzare l'esperienza dell'alleanza terapeutica; intervista IPR	analisi "carta e matita" con confronto inter-giudice	pazienti e terapeuti
Lietaer (1992), <i>HELPING AND HINDERING PROCESSES IN CLIENT-CENTERED/EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY</i>	Terapia centrata sul paziente (Rogers)	concordanza tra la teoria del cambiamento (alla base dell'orientamento psicoterapeutico) e eventi utili e ostacolanti	10 sedute nel corso della terapia	Paziente e terapeuta hanno compilato un questionario ogni seduta per un massimo di 10 sedute: valutazione globale della seduta (scala da 1 a 7), 4 domande aperte (quali emozioni e aspettative avevi prima di questa seduta; che cosa è stato più discusso in questa seduta; sono successe cose in questa seduta che ritieni davvero utili per te; sono successe cose, in questa seduta, che ritieni per nulla utili per te); scala di valutazione di 76 items relativa agli aspetti relazionali e orientati al compito	analisi del contenuto delle domande aperte - categorie- (attendibilità data dalla concordanza tra giudici)	paziente e terapeuta
Llewelyn (1988), <i>PSYCHOLOGICAL THERAPY AS VIEWED BY CLIENTS AND THERAPISTS</i>	terapia cognitivo comportamentale e psicodinamica-interpersonale	esaminare gli eventi utili ed ostacolanti di pazienti e terapeuti e il loro grado di correlazione; verificarne la correlazione con l'esito della seduta	tutte le sedute della terapia	compilazione di un questionario al termine della seduta	analisi del contenuto attraverso il <i>Therapeutic Impact Content Analysis System</i> (Elliott)	paziente e terapeuta

Martin, Stelmaczec (1988), <i>PARTICIPANTS' IDENTIFICATION AND RECALL OF IMPORTANT EVENTS IN COUNSELING</i>	counseling	1: individuare i tipi di eventi che counselor e pazienti identificano come importanti; se la natura di questi eventi cambia nel tempo. Counselor e pazienti identificano gli stessi eventi come importanti? 2. Quali caratteristiche degli eventi sono correlate con la loro identificazione come eventi importanti dai pazienti? I pazienti ricordano eventi che hanno identificato come importanti, sei mesi dopo il counseling?	1. due-tre sedute all'inizio, a metà ed alla fine della terapia 2. tutte le sedute del counseling	1. intervista a pazienti e terapeuti ("quali sono state le cose più importanti accadute in questa seduta?" + approfondimento) 2. intervista a 6 mesi: ricordare le cose importanti che aveva richiamato nelle interviste precedenti. rivedere circa un minuto di registrazione di ciascuna seduta e poi chiedeva di cercare di ricordare quali erano le cose importanti accadute in quella seduta	1. Le risposte dei partecipanti alle domande sugli eventi importanti sono state codificate utilizzando una lista dei buoni momenti nel counseling e nella psicoterapia sviluppata da Maharer e Nadler (1986) - <i>interrater reliability</i> . 2. Le trascrizioni sono state codificate su ciascuna delle cinque dimensioni, legate al processamento dell'informazione, sviluppate e utilizzate da McCarthy et al. (1986): profondo-superficiale, complesso-semplice, personale-impersonale, chiaro-vago, orientato alla conclusione-orientato alla descrizione. un'analisi multivariata della varianza	1. paziente e counselor; 2. paziente
Paulson et al.(2001), <i>CLIENT PERCEPTIONS OF HINDERING EXPERIENCES IN COUNSELLING</i>	counseling	approfondire gli eventi ostacolanti nel counseling	l'esperienza del counseling	intervista in profondità	concept mapping	paziente
Paulson, Truscott, Stuart (1999), <i>CLIENTS' PERCEPTIONS OF HELPFUL EXPERIENCE IN COUNSELING</i>	counseling	individuare gli eventi utili nel counseling, facendo costruire ai pazienti stessi una categorizzazione	counseling, dopo 3 settimane dalla sua conclusione	intervista telefonica ("cosa è stato utile del counseling?"). Gli items derivati dall'analisi qualitativa sono stati inseriti in un questionario che prevede una valutazione su una scala a cinque punti dell'importanza dell'evento	concept mapping	paziente
Timulak (2007), <i>IDENTIFYING CORE CATEGORIES OF CLIENT-IDENTIFIED IMPACT OF HELPFUL EVENTS IN PSYCHOTHERAPY: A QUALITATIVE META-ANALYSIS</i>	meta-analisi qualitativa degli studi / vari approcci psicoterapeutici	negli studi qualitativi del processo terapeutico centrati sugli eventi significativi, quali tipi di impatti i pazienti identificano come utili?	meta analisi di studi	La meta analisi qualitativa si è incentrata sull'individuazione di categorie di eventi significativi in funzione del loro impatto sul paziente. Le categorie di impatto ottenute nelle analisi primarie sono state usate come dati per questa meta analisi.	Le categorie di impatto e del loro descrizioni sono state trascritte e poi analizzate rispetto alle somiglianze del significato. Le categorie, considerati simili rispetto al significato, sono state categorizzate insieme e rinominati in riferimento al significato che hanno in comune. In questo modo sono state definite le categorie di impatto meta analitico centrali. Le descrizioni delle categorie derivate dagli studi primari che formavano una categoria fondamentale meta analitica sono state poi raggruppate e che è stata preparata una breve meta descrizione. Dopo che è stata completata questa analisi due uditori indipendenti (psicologi clinici con esperienza nella ricerca qualitativa) hanno analizzato i risultati confrontando l'analisi con i report degli studi originali.	paziente

Timulak L., Belicova A., & Miller M. (2010), <i>CLIENT IDENTIFIED SIGNIFICANT EVENTS IN A SUCCESSFUL THERAPY CASE: THE LINK BETWEEN THE SIGNIFICANT EVENTS AND OUTCOME</i>	Terapia centrata sulla persona (Rogers)	esaminare eventi significativi in un solo caso di terapia; osservare le influenze utili riportate e esaminare se il progresso nella soluzione delle questioni problematiche è visibile in queste influenze	tutte le sedute di una sola terapia	sedute audio e video registrate. <i>Interpersonal Process Recall</i> format: relativa all'esperienza prima, durante e dopo la seduta e identificazione eventi utili; la paziente individua gli eventi utili. Intervista con il terapeuta. Intervista al termine del trattamento e al follow up per avere la percezione della paziente sui cambiamenti ottenuti nella terapia (<i>Client Change Interview</i>, Elliott, 2002). Verifica dell'esito della terapia: BDI e SCL-2 somministrati più volte, anche dopo il termine della terapia. Valutazione della relazione terapeutica: <i>Barrett-Lennard Relationship Inventory</i>, 1986.	Analisi del contenuto	paziente e terapeuta, ma i risultati riguardano solo i pazienti
Wilcox-Matthew L., Ottens A., Minor C.W., 1997, <i>AN ANALYSIS OF SIGNIFICANT EVENTS IN COUNSELING</i>	counseling	L'obiettivo nello studiare questi eventi chiave è di ottenere informazioni sull'efficacia degli interventi di un particolare counselor all'interno di specifici contesti terapeutici. Questa ricerca ha sviluppato tassonomie utili per classificare le risposte del counselor e gli impatti sul paziente.	2-3 sedute durante il counseling	questionario a domande aperte, compilato dai pazienti dopo le sedute. Quattro domande: 1. Qual era l'argomento generale che tu e il tuo counselor avete discusso durante i momenti più utili? 2. Qual era l'argomento che ha il discusso con il tuo counselor appena prima della risposta utile? 3. Che cosa nello specifico il tuo counselor ha detto o ha fatto che tu hai trovato estremamente utile? Qual era l'affermazione, la domanda o il comportamento che chi è rimasto impresso? 4. Immagina che tu sei nella tua seduta e il tuo counselor sta dicendo o mettendo in atto la risposta utile in questo momento. Che cosa sperimenti dopo la risposta? Come questa risposta ti aiuta? Risposte raccolte via mail o con intervista telefonica	metodo di ricerca orientata alla scoperta (Maharer, 1988), una procedura simile alla tecnica dell'incidente critico (Flanagan, 1954). Entrambi i metodi riguardano/ comportano il raccogliere casi dell'obiettivo di indagine e poi usare l'analisi del contenuto per fornire pattern delle componenti del processo che emergono dai dati. Attendibilità inter-giudice	paziente

CAPITOLO SECONDO

Una ricerca sul ricordo degli eventi significativi in psicoterapia

§ 2.1 UTILITA' DI UNA RICERCA SUL RICORDO DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI IN PSICOTERAPIA

L'analisi della letteratura relativa agli eventi utili e ostacolanti psicoterapia ci ha portato ad evidenziare le diverse prospettive e le varie finalità che hanno guidato la ricerca in questo ambito. Resta, tuttavia, **un'area poco esplorata**, ovvero quella riguardante il **ricordo degli eventi significativi**. Dei tre studi esaminati, uno è relativo alla terapia di gruppo (Kirkegaard Thomsen & Berntsen, 2003), un secondo ha come obiettivo quello di individuare le componenti dell'esperienza psicoterapeutica e i principi che possono essere usati per guidare il processo terapeutico (Levitt et al., 2006). Solo uno studio (Martin & Stelmaczec, 1988) ha come obiettivo il verificare quali eventi vengono ricordati dopo 6 mesi dal termine e considera esclusivamente la prospettiva dei pazienti, senza esaminare anche quella dei counselor; inoltre il ricordo, in questo caso, era facilitato dalla visione di un minuto di registrazione della seduta oggetto di indagine.

Può essere, invece, utile esplorare il ricordo degli eventi significativi senza alcun supporto, ma **basandosi** esclusivamente **sulle considerazioni che i partecipanti fanno rispetto ad un'esperienza vissuta alcuni mesi prima** e che ha portato un cambiamento o un nuovo benessere, che si presume sia diventato parte della loro quotidianità. Pertanto, una volta che gli aspetti rilevanti del percorso psicoterapeutico sono sedimentati nel Sé e sono sperimentati, o vissuti, o divenuti parte della vita normale, risulta interessante approfondire quali eventi, tra tutti quelli vissuti nel corso della terapia, i pazienti considerino significativi. L'elemento cruciale, in tal senso, è rappresentato dall'**esperienza** che i pazienti hanno fatto e che, quindi, rappresenta una nuova prospettiva da cui osservare e valutare il percorso fatto. Infatti, un'indagine relativa al ricordo degli eventi utili ed ostacolanti, che miri anche a far emergere anche altri aspetti del percorso psicoterapeutico considerati importanti dai partecipanti, oltre a rappresentare una novità e, quindi, ad accrescere la conoscenza di quest'ambito, ci può aiutare a **capire quando e come la psicoterapia ottiene effetti**

duraturi. Infatti è plausibile ipotizzare che gli elementi, che facilmente riemergono nel ricordo, possano essere anche quelli più accessibili nella vita quotidiana e che possano agire o possano essere ancora di riferimento, pur a distanza di tempo dalla fine della terapia. Naturalmente, in quest'ottica, l'esperienza dei **pazienti** è centrale, anche considerando che, come affermano Duncan e Miller (2000) “sono i pazienti, non i terapeuti, che fanno il lavoro terapeutico. Perciò il trattamento dovrebbe essere strutturato in funzione delle loro risorse, percezioni, esperienze ed idee”⁴ (Henkelman & Paulson, 2006). Tuttavia, può essere anche interessante dare spazio alle considerazioni degli **psicoterapeuti** e verificare, in tal modo, non solo quali episodi essi ritengano significativi una volta maturato un distacco rispetto al lavoro svolto, ma anche quanto le loro valutazioni ricalchino i pensieri dei pazienti o quanto se ne discostino.

Uno studio di questo genere, pertanto, indaga alcune aree di ricerca ancora non esplorate e può portare un nuovo contributo alla ricerca sugli eventi terapeutici significativi.

§ 2.2 UNO STUDIO PILOTA

Questa ricerca ha l'obiettivo di indagare il ricordo degli eventi significativi sia utili che di ostacolo al percorso di **psicoterapia individuale**, non solo secondo la prospettiva dei pazienti ma anche dei loro terapeuti, a distanza di tempo dal termine della stessa. Considerata la mancanza di dati in questa area, ho optato per uno **studio esplorativo pilota**, che potesse cominciare a mettere in evidenza alcuni temi fondamentali ricorrenti nelle considerazioni di pazienti e terapeuti, verificare il grado di accordo di queste stesse considerazioni, analizzare una possibile correlazione con le valutazioni che pazienti e terapeuti danno del percorso di psicoterapia, esaminare le valutazioni che i pazienti danno degli eventi utili oppure ostacolanti ricordati.

I **quesiti**, ai quali la ricerca mira a dare risposte, possono essere così riassumibili:

1. Quali eventi pazienti e terapeuti hanno vissuto come utili oppure di ostacolo?
2. Qual è il grado di concordanza nel ricordo di pazienti e terapeuti?
3. Quanto gli eventi ricordati sono stati utili oppure di ostacolo?
4. Che tipo di valutazione danno i pazienti rispetto al principale evento utile o di ostacolo?

Tale studio mantiene come punto di riferimento le ultime elaborazioni teoriche di Bruner sulla ricerca del significato per una psicologia narrativa e culturale e, pertanto, si

⁴ “it is the clients, not the therapists, who make treatment work. As a result, treatment should be organized around their resources, perceptions, experiences, and ideas” (p.11)

mantiene nella scia di un orientamento di stampo ermeneutico (cfr. introduzione cap. 1) e qualitativo.

La **ricerca qualitativa**, *open-ended*, orientata alla scoperta, può essere utilizzata per ottenere una descrizione dettagliata di un fenomeno e per identificare le caratteristiche fondamentali o le *core categories* del fenomeno studiato (Timulak, 2007). Essa è anche stata la metodologia più utilizzata nelle indagini sugli eventi significativi.

Negli ultimi anni, tuttavia, si sta facendo strada un nuovo paradigma, la **Mixed Method Research**: essa “utilizza diversi metodi di ricerca all’interno del medesimo studio. Essa consente di utilizzare l’informazione emersa da un metodo per far luce sull’interpretazione dei risultati ottenuti con un diverso metodo”⁵ (Dattilio, Edwards, Fishman, 2010). Uno dei vantaggi principali di questo paradigma di ricerca risiede nel fatto che consente di attingere ai punti di forza sia della ricerca qualitativa che di quella quantitativa nel tentativo di mostrare delle evidenze rispetto a particolari oggetti di indagine, mentre la non esaustività dei due approcci, in particolare per quanto attiene alle distorsioni o alle omissioni, è modulata o corretta dalla complementarietà delle diverse impostazioni (Dattilio et al., 2010).

La presente ricerca sugli eventi significativi, pur richiamandosi esplicitamente alla ricerca qualitativa, può forse, più correttamente, essere considerata in parte aderente a questo nuovo paradigma di indagine, dal momento che integra metodi di raccolta dati e di analisi appartenenti sia alla ricerca qualitativa che a quella quantitativa.

§ 2.3 L’APPROCCIO DELLA *GROUNDED THEORY* NELLA RICERCA QUALITATIVA

La *Grounded Theory* è stata sviluppata a metà degli anni ‘60 da due sociologi americani, Glaser e Strauss, in risposta alla loro convinzione che la teorizzazione in sociologia fosse troppo lontana dai dati primari raccolti. Lavorando all’interno dell’eredità intellettuale dell’Università di Chicago, scuola dell’Interazionismo Simbolico (Mead, 1934), essi hanno sistematizzato un metodo di scoperta della teoria che è “*grounded*”, ovvero radicato nel fenomeno sotto investigazione. Questo metodo è stato delineato dai suoi autori in una serie di monografie (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987; Strauss &

⁵ “uses several research strategies within the same study. This allows for the information from one method to throw light on the interpretation of findings from other methods” (p.431)

Corbin, 1994), le sue quattro caratteristiche principali, che corrispondono a stadi di raccolta ed elaborazione dei dati, includono:

- ✓ una teoria fondata sui dati
- ✓ un metodo costantemente comparativo
- ✓ la scrittura di note
- ✓ un *theoretical sampling*

L'approccio della *Grounded Theory* è stato descritto in modo molto efficace da Rennie e Brewer (1987, pp.11-12, traduzione):

si tratta di un approccio di ricerca che enfatizza la fase generativa della teoria opposta alla fase di verifica della teoria di tipo induttivo. Nell'approccio viene identificato un fenomeno di interesse. Tutti gli elementi (ad esempio linee singole, frasi, o pensieri completi nei testi) di un set di dati iniziale (ad esempio informazioni di archivio), sono confrontati e concettualizzati in termini di somiglianze. Nei primi passi dell'analisi, queste somiglianze sono simbolizzate da un punto di vista lessicale come categorie descrittive che sono collegate strettamente al linguaggio dei dati. Ciascun dato è collocato in quante più categorie possibili per preservare la ricchezza concettuale del fenomeno. Attraverso l'analisi, le impressioni e le idee teoriche dell'analista sono registrate come cose da ricordare che vengono tenute separate dai documenti sui quali sono registrate le categorie. Questa registrazione delle assunzioni intende ridurre la deviazione dal derivare completamente le categorie dai dati. Man mano che si sviluppa la struttura concettuale, sono selezionate nuove fonti di dati che promettono di illuminare la natura della struttura. Eventualmente i nuovi dati aggiungono poco allo sviluppo di nuove categorie descrittive, a questo punto le categorie sono "saturate". L'analista continua a segnare i memorandum teorici e inizia a concettualizzare categorie più astratte che ipotizza essere alla base delle categorie descrittive, ovvero fondate in queste. Se possibile viene concettualizzata una "core category" che è alla base di tutte le altre categorie descrittive e concettuali. A questo punto la struttura concettuale è normalmente gerarchica, con una serie di categorie concettuali di ordine inferiore che servono come proprietà della "core category", e categorie descrittive che servono come proprietà delle categorie concettuali di ordine inferiore (o di livello più basso). Il prodotto finale è un'elaborazione di questa struttura concettuale di categorie, che include la relazione tra esse, e le relazioni tra le categorie e i dati.

Il processo di raccolta e codifica dei dati è orientato alla scoperta: le analisi consentono l'identificazione di pattern ricorrenti nei dati; analizzando tali pattern, associabili a *core categories*, che racchiudono le categorie in grado di descrivere nel dettaglio il fenomeno studiato, i ricercatori possano derivare una teoria che risulti valida empiricamente. La *Grounded Theory*, pertanto, sia descrive sia spiega il sistema o il caso oggetto di studio, arrivando ad individuare i processi sociali presenti nell'interazione umana (Cutcliffe, 2000).

Questo metodo, per quanto interessante, è trasversalmente considerato molto dispendioso in termini di tempo: la saturazione teorica ideale, infatti, richiesta per ciascuna categoria, può spesso prolungare la raccolta dei dati per un tempo non prevedibile; inoltre può essere necessario ulteriore tempo per affinare la teoria relativa alla *core category* (Annels, 1997).

Risultava pertanto poco funzionale alle necessità legate ai tempi di sviluppo e di attuazione di questa ricerca un'osservazione pedissequa di tale metodo: quindi si è optato, come in alcuni studi precedentemente esaminati (Elliot & Shapiro, 1992; Timulak, 2007), per un metodo di ricerca che solo si iscrivesse e richiamasse la cornice teorico-metodologica derivata dalle concettualizzazioni di Glaser e Strauss (Annels, 1997; Cutcliffe, 2000).

§ 2.4 IL COSTRUZIONISMO SOCIALE

Il costruzionismo sociale affonda le proprie radici nel **costruttivismo**, esso afferma che la maggior parte della nostra conoscenza è acquisita: indubbiamente gli esseri umani nascono con alcune strutture o potenzialità cognitive o epistemologiche (rispetto alla cui natura e grado di completezza gli esperti di psicologia dello sviluppo stanno ancora disputando), ma **gran parte della conoscenza umana**, tra cui anche i criteri e i metodi che si utilizzano nelle nostre indagini, **è costruita**. Inoltre, il corpo di conoscenze disponibile a chi apprende è esso stesso un costrutto umano: la fisica, la biologia, la sociologia e anche la filosofia non sono discipline il cui contenuto è “calato dall'alto” o pre-formato, bensì gli studiosi hanno impiegato molto tempo per costruire queste scienze. Quindi, la conoscenza umana, in cui si considera sia il corpo di conoscenze diffuse, legato alle varie discipline, oppure le strutture cognitive, è tutta costruita (Bruner, 1992; Phillips, 1995).

Non intendo qui addentrarmi nella complessità delle derivazioni teoriche che hanno trovato la propria origine nel costruttivismo, bensì, ai fini dell'indagine è utile introdurre brevemente il **costruzionismo sociale**, che può offrire una cornice teorica importante per meglio comprendere il tipo di analisi fatta e le sue implicazioni.

Esso si afferma attorno agli anni '70-'80 del secolo scorso (Gergen, 1985; Harrè, 1987) e sostiene anch'esso che la conoscenza e, in generale, la realtà sia costruita dall'individuo, ma non da un individuo singolo bensì dalla **collettività**: infatti, ogni persona attribuisce un significato all'esperienza e interagisce con gli altri facendo riferimento ad alcune credenze e riferimenti di carattere personale, che, però, hanno avuto origine all'interno dell'interazione e delle esperienze relazionali precedenti. Pertanto le azioni dell'individuo dipendono dal suo sistema di rappresentazioni, dal significato che egli conferisce alle azioni degli altri e dalla risposta che si aspetta affinché permanga la coerenza all'interno del sistema internazionale.

In questa prospettiva un ruolo rilevante è attribuito alla **comunicazione**: essa, infatti, non ha solo la funzione di rappresentare la realtà, ma anche di crearla. Proprio il linguaggio,

quindi, può essere la via privilegiata per l'analisi dell'esperienza: attraverso di esso, infatti, le persone non solo scambiano informazioni o contenuti, che vengono interpretati alla luce delle credenze individuali, ma negoziano e co-costruiscono i significati da attribuire alle situazioni, definiscono le identità personali e collettive, costruiscono ruoli e status, strutturano delle modalità per organizzare la realtà (Fruggeri, 1998).

§ 2.5 APPLICAZIONI NELL'INDAGINE SUL RICORDO DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI

La ricerca svolta si richiama, in modo complementare, alle due prospettive sopra descritte: della *Grounded Theory* riprende, in linea generale, la metodologia di analisi dei dati e il tentativo di trovare in essi delle somiglianze o regolarità che consentano una qualche forma di categorizzazione e descrizione a livello meta-analitico.

Del costruzionismo, invece, recupera l'idea che l'interazione influisca sull'informazione raccolta: pur trattandosi di testimonianze legate a ricordi personali e anche se l'intervistatore, durante la raccolta dei dati, ha cercato di limitare qualsiasi interferenza nelle richiamo del ricordo stesso, tuttavia il racconto non può che essere in parte determinato dall'interazione in atto. Infatti, normalmente, durante le interviste legate a una ricerca, i partecipanti sentono l'importanza di sviluppare una relazione soddisfacente, che possa favorire la rivelazione da parte dell'intervistato dell'esperienza personale. Secondo l'approccio del costruzionismo sociale, il resoconto del rispondente è costruito invariabilmente in risposta alle richieste sperimentate dalla situazione.

Ciò, di conseguenza, comporta che, di fronte ai molti temi emersi, sono possibili molteplici interpretazioni e verità al posto di una singola realtà oggettiva.

§ 2.6 METODOLOGIA

La ricerca mira a coinvolgere un campione di circa 10 psicoterapeuti e alcuni loro pazienti (2 o 3 per terapeuta). I **criteri di inclusione relativi ai terapeuti** richiedono il conseguimento della Specializzazione in Psicoterapia e lo svolgimento di un'attività privata; non sono considerati vincolanti, invece, l'indirizzo psicoterapeutico di appartenenza, l'età del terapeuta e gli anni di pratica.

Si è scelto di reclutare i **pazienti** attraverso gli stessi terapeuti, così che l'adesione possa essere favorita. I **criteri di inclusione** prevedono un punteggio al *Global Assessment*

Functioning (DSM IV – TR, 2000) superiore a 51, una durata massima della terapia non superiore ai 40 mesi, una conclusione della psicoterapia da 2 a 36 mesi prima dell'intervista, un'età inclusa tra 20 e 60 anni. I criteri di esclusione sono rappresentati, invece, dalla presenza di comorbidità psichiatrica e dalla presenza di eventi particolarmente stressanti o dolorosi intercorsi dal termine della psicoterapia.

§ 2.6.1 STRUMENTI UTILIZZATI

La raccolta dati prevede principalmente **un'intervista semi-strutturata**, condotta personalmente dalla ricercatrice (dottoranda in Psicologia Clinica, laureata in Psicologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore). Tale metodo consente agli intervistati di usufruire di una maggiore flessibilità nel descrivere la propria esperienza, amplia la scelta possibile degli argomenti e non vincola i rispondenti a dover aderire ad uno strumento precostituito nel dettaglio, che tendenzialmente rispecchia idee a priori del ricercatore o cornici teoriche ben definite.

L'intervista è stata costruita prendendo **spunto dall'Important Event Questionnaire**, elaborato da Cummings, Martin, Hallberg, (1992) al fine di individuare gli eventi significativi accaduti durante le sedute.

L'intervista comprende poche **domande aperte**, volte ad indagare gli **eventi utili ed ostacolanti** vissuti nel percorso psicoterapeutico, ma anche orientate alla comprensione di quali siano **gli elementi più rilevanti della terapia percepiti e/sperimentati dai partecipanti**, al fine di capire quali caratteristiche, contestuali, relazionali, personali o riferite alla “tecnica”, di fatto risultino necessarie nella psicoterapia e restino impresse maggiormente nella mente di pazienti e terapeuti. Durante l'intervista **vengono appuntati**, su un'apposita scheda, **gli eventi utili e quelli ostacolanti** insieme con l'intervistato, in modo che egli possa verificare e approvare che l'evento trascritto riassume il significato pieno del proprio racconto. Inoltre, viene anche chiesto ai rispondenti di **valutare il grado di utilità o di impedimento** avuto da ciascun evento citato, così da poter avere un'idea del “peso” relativo di ciascun avvenimento e capire, tramite una sorta di graduatoria, che cosa risulti più rilevante e cosa meno. L'obiettivo è, pertanto, quello di provare a costruire una **tassonomia** di eventi, condivisa con l'intervistato.

L'intervista si apre con una domanda riguardante il motivo per cui la persona ha iniziato una psicoterapia ed, in generale, una valutazione di massima della stessa: a tale proposito, è interessante confrontare il ricordo riportato da pazienti e terapeuti e verificare quanto la domanda inizialmente presentata sia stata ri-elaborata all'interno della diade ed

esaminare il tipo ed il livello di concordanza tra quanto riportato dal paziente e quanto dal terapeuta. La domanda relativa alla valutazione generale del percorso psicoterapeutico rimanda inevitabilmente al suo esito e consente di ricavare un'impressione sulla terapia nel suo complesso e di permettere, anche in questo caso, il confronto tra il giudizio del terapeuta ed il giudizio del paziente.

L'intervista è costituita da 9 domande:

- 1) Qual è il motivo per cui ha iniziato un percorso psicoterapeutico?
- 2) Come è andata, nel complesso, la terapia? Perché?
- 3) Quali sono stati gli eventi (avvenimenti, momenti, episodi) che, secondo lei, sono stati utili e hanno favorito il percorso psicoterapeutico? (Possono essere eventi che si sono verificati sia durante le sedute che tra una seduta e l'altra)
- 4) Può valutare, su una scala con un punteggio da 1 a 4, il grado di utilità di questo evento? (Per ciascun evento raccontato: 1 = poco utile, 2 = abbastanza utile, 3 = molto utile, 4 = decisamente utile)
- 5) Qual è l'evento più importante tra quelli che mi ha raccontato? Perché?
- 6) Quali sono stati gli eventi che, secondo lei, hanno ostacolato il percorso terapeutico?
- 7) Può valutare, su una scala con un punteggio da 1 a 4, quanto questo episodio ha ostacolato il percorso terapeutico? (Per ciascun evento raccontato: 1 = scarso impedimento, 2 = impedimento relativo, 3 = impedimento significativo, 4 = grande impedimento)
- 8) Qual è, tra questi, l'evento più importante? Perché?
- 9) Quali sono stati, secondo lei, gli elementi / le cose più importanti del percorso psicoterapeutico?

Verrà somministrato **un questionario, ricalcato sul *Session Evaluation Questionnaire*** ideato da Stiles (1980), in particolare sulla sua prima versione, volto valutare l'influenza della psicoterapia e gli stati d'animo vissuti alla sua conclusione. Si è scelto questo strumento dal momento che sia sembra rispondere meglio all'obiettivo di identificare alcune dimensioni utili o favorevoli al percorso di psicoterapia, sia viene presentato in un format, quello proprio del Differenziale Semantico, che risulta veloce e semplice da utilizzare, sia perché esso consente un raffronto oggettivo tra le valutazioni date dai pazienti e quelle date dei terapeuti.

Il **differenziale semantico**, costruito *ad hoc*, contiene alcune delle coppie di aggettivi appartenenti al SEQ, selezionate in base alla loro capacità di descrivere non una singola seduta (unità per la quale era stato inizialmente ideato), ma l'intero processo psicoterapeutico, mantenendo comunque il riferimento alle quattro dimensioni fondamentali sottostanti lo strumento (cfr. sotto).

Le coppie di aggettivi sono state scelte per includere:

- ✓ le potenziali rappresentazioni di ciascuno dei fattori semantici differenziali classici (valutazione, potere/efficacia, attività);
- ✓ le dimensioni fondamentali contenute nel questionario originale di Stiles;
- ✓ i nomi delle emozioni di base (tristezza, felicità, rabbia, paura) nella sezione relativa alle emozioni.

Il questionario verrà somministrato ad entrambi i target, chiedendo a ciascuno di fare riferimento al ricordo riguardante il termine della psicoterapia. La consegna relativa alla prima parte del questionario propone di fare una valutazione della psicoterapia (“*la psicoterapia è stata:*”), segnando una X lungo la scala a cinque punti che contraddistingue ogni coppia di aggettivi opposti: **positiva-negativa, sicura-pericolosa, difficile-facile, di valore-senza valore, superficiale-profonda, emozionante-tranquilla, sgradevole-piacevole, ricca-vuota, speciale-ordinaria, movimentata-liscia**. La seconda parte del questionario propone di ricordare le emozioni sperimentate al termine del percorso di psicoterapia, ed è strutturata in modo simile alla precedente, ma con una nuova consegna (“*al termine della psicoterapia mi sono sentito/a:*”) e con suggeriti degli aggettivi diversi: **felice-triste, arrabbiato-soddisfatto, fiducioso-spaventato, incerto-sicuro, coinvolto-distaccato, potente-incapace, nervoso-rilassato, amichevole-scontroso, debole- forte**.

I pazienti esprimono la loro valutazione in riferimento non solo alla psicoterapia ma anche all'episodio più utile ed a quello più di ostacolo al percorso terapeutico, tra gli eventi rilevanti che essi stessi hanno indicato in precedenza, utilizzando il medesimo strumento; i terapeuti invece esprimono il loro giudizio in riferimento al percorso di psicoterapia per ciascuno dei propri pazienti che accetta di partecipare alla ricerca. Per quanto riguarda i terapeuti, si è scelto di somministrazione il questionario solo in riferimento alla psicoterapia e non anche all'evento ritenuto più utile o più di intralcio, tra quelli ricordati, per evitare che venisse richiesto un numero eccessivo di compilazioni e che, pertanto, l'impegno sollecitato diventasse troppo oneroso e l'intervista noiosa o eccessivamente lunga.

IL SESSION EVALUATION QUESTIONNAIRE

Il *Session Evaluation Questionnaire* è uno strumento costruito da Stiles (1980) al fine di **individuare e misurare le dimensioni dell'impatto delle sedute di psicoterapia**. Esso costituisce una revisione di una misura utilizzata in precedenza per misurare l'influenza delle sedute di analisi del Sé in piccoli gruppi, che consisteva in 22 scale di aggettivi bipolari

presentate sotto forma di differenziale semantico a sette punti, volte a valutare la seduta e ad identificare le principali emozioni suscitate relative ad essa.

Il *Session Evaluation Questionnaire*, nell'ultima forma definita da Stiles, costituisce uno strumento di autovalutazione che consiste in **21 scale di aggettivi bipolari sotto l'aspetto del differenziale semantico**. Un supporto per l'attendibilità e la validità interna è stato ottenuto dall'autore stesso (Stiles, 1980; Stiles, Reynolds, Hardy & Rees, 1994). La ricerca analitica fattoriale ha individuato la presenza di quattro dimensioni indipendenti, internamente coerenti, due riguardanti la valutazione della seduta, definite **profondità/valore e buon funzionamento / facilità** (spesso alla base della valutazione delle sedute di psicoterapia), che fanno riferimento rispettivamente alla profondità ed al valore della seduta contrapposti alla scarsità di impatto ed all'inutilità e alla tranquillità ed all'assenza di problemi durante la seduta, contrapposte alla tensione e all'ansia; le altre due dimensioni sono riferite alle emozioni sperimentate al termine della seduta e sono costituite dalla **positività** e dall'**attivazione**.

Il SEQ è stato utilizzato per diversi tipi di psicoterapia individuale, nella terapia di gruppo, nelle sedute familiari e di coppia e in sedute di supervisione. Generalmente viene completato dai partecipanti immediatamente al termine della seduta, tuttavia talvolta è stato somministrato anche a distanza di tempo dal termine della seduta, oppure è stato compilato da osservatori esterni, dopo aver visto la videoregistrazione della seduta (Stiles, 1980).

Questo strumento è stato costruito per indagare sistematicamente l'influenza delle sedute di psicoterapia, al fine di aiutare i pazienti e i terapeuti ad identificare quali azioni, all'interno della terapia, siano positive e utili oppure inefficaci o anche dannose. L'influenza, in questo caso, si riferisce “agli effetti soggettivi immediati di una seduta, ed includono i giudizi dati dai pazienti sulla seduta, le valutazioni sul carattere specifico della seduta, e il loro stato emozionale al termine della seduta”⁶ (Stiles et al., 1994); le misurazioni dell'impatto delle sedute riguardano le reazioni interne dei pazienti al trattamento, esse devono intervenire nel periodo di tempo che trascorre tra gli eventi all'interno delle sedute e gli effetti a lungo termine della terapia; per tale motivo il SEQ può essere considerato un “ponte” tra il processo psicoterapeutico ed il suo esito.

⁶ “to a session's immediate subjective effects, including clients' evaluations of the session, their assessments of the session's specific character, and their postsession affective state”

§ 2.6.2 ANALISI DEI DATI

L'INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Per quanto concerne l'**analisi qualitativa**, la quasi totalità delle analisi è condotta secondo un metodo "**carta e matita**", che, attraverso una lettura attenta delle trascrizioni letterali delle interviste, consente di identificare categorie in grado di raggruppare i dati forniti dagli intervistati. Tale metodologia fa riferimento all'approccio metodologico della *Grounded Theory*, all'interno, però, di una cornice epistemologica di tipo ermeneutico (Bruner, 1992). Questo approccio all'analisi qualitativa fa riferimento a criteri costruttivistici, piuttosto che oggettivi e sottolinea il ruolo della co-costruzione dei significati e della loro interpretazione, alla luce dei dati raccolti. La metodologia della *Grounded Theory* consente di identificare, all'interno dei transcripts, dei pattern o delle categorie di esperienze complesse e di sviluppare una comprensione nuova senza i limiti di ipotesi apriori.

Inizialmente si ritiene opportuno definire una **tassonomia di eventi utili ed ostacolanti** a partire dagli episodi raccontati dagli intervistati (contenuti nelle schede dei rispettivi eventi), suddividendo i target per mantenere le indicazioni specifiche di ciascuno. Sono state sviluppate alcune categorie, facendo espressamente riferimento alle parole utilizzate dagli intervistati ed ai significati esplicitati durante l'intervista. Data la ricchezza del materiale offerto e le numerose sfumature contenute in ciascuna evento riportato, le categorie non risultano mutualmente esclusive, poiché particolari aspetti del racconto, anche per la complessità dell'episodio riferito, potevano essere inseriti in più di una categoria. A tale proposito si è deciso di considerare l'aspetto più rilevante indicato dal paziente. Un altro giudice indipendente ha poi verificato l'adeguatezza della categorizzazione, suggerendo modifiche che sono state oggetto di confronto e che sono state, eventualmente, adottate.

Nel processo di **analisi delle trascrizioni** delle interviste, ogni trascrizione è stata suddivisa in **units**, contenente ciascuna un'idea principale, definita **meaning unit**. Ciascuna di queste è stata studiata per determinare il significato contenuto e le è stata attribuita un'"etichetta" utilizzando parole molto simili a quelle presenti. Attraverso un processo di confronto costante, la ricercatrice ha raffrontato tutte le *meaning units* per identificare delle somiglianze, confronto dal quale sono state definite delle **categorie concettuali**. Dopo aver definito questo primo livello categoriale, le categorie concettuali sono state confrontate tra loro ed è stato costruito un nuovo livello categoriale, costituito da **categorie descrittive**. È stato, infine, ripetuto il processo anche per questo livello, per identificare le **core categories**, che riassumono, pertanto, una struttura gerarchica di categorie.

Dati i limiti oggettivi di tempo, non si è potuto proseguire con la raccolta dei dati fino alla completa saturazione delle categorie, ma, considerato il materiale a disposizione, le categorie sono state definite tramite le *meaning units* a disposizione.

LE VALUTAZIONI SUL DIFFERENZIALE SEMANTICO

Per quanto concerne l'analisi delle valutazioni fatte sia dai pazienti che dai terapeuti rispetto alla psicoterapia, si è scelto di verificare il grado di concordanza delle valutazioni dei due target attraverso due misurazioni: la **root mean square difference (RMSD)** e il **concordance correlation coefficient (CCC)** (Barchard, 2011).

Entrambe le misure fanno riferimento a 3 definizioni di accordo (Schuck, 2004):

- *absolute agreement*: ogni differenza tra i punteggi è interpretata come disaccordo; si considera che due variabili, X e Y non sono concordanti se si presenta una qualsiasi divergenza dalla relazione $Y = X$.
- *consistency agreement*: in questo caso non vengono considerate le differenze tra le medie; due misure sono considerate non concordanti se si presenta una qualsiasi divergenza dalla relazione $Y = X + b$.
- *linear agreement*: nella definizione non vengono considerate sia le medie che le deviazioni standard; due misure sono considerate non concordanti se si presenta una qualsiasi divergenza dalla relazione $Y = aX + b$.

Il **RMSD**, ampiamente utilizzato in studi pubblicati in ambito biologico, genetico, farmaceutico e in fisica (Barchard, 2011), quantifica il livello di accordo tra due set di punteggi, descrivendo quanto i punteggi cambiano da una misura all'altra. Esso può essere stimato sulla base sia dei punteggi grezzi (come nella presente ricerca), sia dei punteggi standardizzati.

Il **CCC** (Lin, 1989) rappresenta una misura superiore dell'accordo tra due misurazioni, ovvero del grado in cui $Y = X$, in quanto confronta le differenze nelle medie e nella varianza delle due misure.

La misura usata più comunemente per valutare la coerenza tra i punteggi, nelle scale a intervalli, è il **coefficiente di correlazione di Pearson**, che, però non considera i punteggi medi e la deviazione standard. I ricercatori spesso usano la correlazione come una stima della attendibilità, definita come il rapporto tra la varianza dei punteggi attesi e la varianza osservata dei punteggi tra due misurazioni parallele (Barchard, 2011). Due misure sono parallele se ogni persona presenta lo stesso punteggio atteso sulle due misure e se la varianza dei punteggi attesi rispetto ai punteggi osservati è la stessa per le due misurazioni. Quando due misurazioni sono parallele, hanno medie e deviazioni standard identiche. Pertanto, se le

medie e le deviazioni standard sono uguali, il coefficiente di correlazione di Pearson è uguale al CCC, mentre se è presente una varianza, la correlazione tende a sottostimare l'attendibilità (Alwin & Jackson, 1980). Non sempre, quindi, il coefficiente di correlazione di Pearson è utilizzato in modo appropriato (Barchard, 2011).

Il RMSD e il CCC, invece, rappresentano strumenti adeguati per valutare il grado di accordo su variabili continue. Il CCC, in particolare, rappresenta la misura della concordanza più usata in biologia e medicina (Barnhart, Lokhnygina, Kosinski, & Haber, 2007), mentre risulta praticamente **sconosciuto in psicologia**. Si auspica che questo lavoro possa, in piccola parte, contribuire alla sua diffusione.

CAPITOLO TERZO

Risultati della ricerca

§ 3.1 PARTECIPANTI

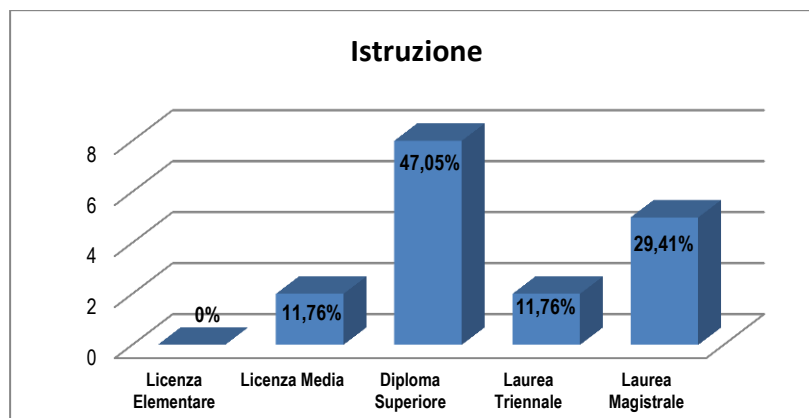
Alla ricerca hanno partecipato **sette psicoterapeuti** volontari di diversi orientamenti:

- ✓ 3 psicoterapeuti di orientamento **cognitivo-comportamentale**;
- ✓ 1 psicoterapeuta di orientamento **breve strategico**;
- ✓ 1 psicoterapeuta di orientamento **sistemico-relazionale**;
- ✓ 1 psicoterapeuta di orientamento **psicodinamico**;
- ✓ 1 psicoterapeuta di orientamento **umanistico-esistenziale**.

Si tratta di quattro donne e tre uomini, di età varia, dai 33 ai 64 anni (mediana = 31); quattro di essi si mantengono nella fascia dei giovani adulti (dai 33 ai 40 anni; mediana = 36.5), ed esercitano da un numero relativamente ridotto di anni (da 5 a 9; mediana = 5.5); gli altri quattro sono terapeuti in età matura (dai 59 ai 64 anni; mediana = 62) e di maggiore esperienza (ciascuno esercita la professione da circa 30 anni).

Tutti gli psicoterapeuti esercitano presso uno studio privato e sono dislocati in diverse città della Lombardia (Milano e provincia, Saronno, Varese, Lecco e provincia).

Alla ricerca hanno partecipato **17 pazienti** volontari, tutti di nazionalità italiana. Il campione è composto da 10 donne e 6 uomini, dai 23 ai 47 anni di età, ed una donna di 64 anni, che è stata comunque inclusa, nonostante l'età più avanzata (mediana = 31, mediana del campione femminile = 31; mediana del campione maschile = 32.5). La maggior parte dei partecipanti ha conseguito il Diploma Superiore (47%), ed una buona parte anche una Laurea Triennale (o equipollente) o Magistrale (41%).



I pazienti vivono tutti in Lombardia, ma in diverse province (Milano e provincia, Varese e provincia, Lecco e provincia).

Relativamente ai dati sulla durata della psicoterapia, è utile individuare 3 cluster, che differenziano il campione tra una terapia breve, durata dai 7 ai 10 mesi, che ha coinvolto il 47,1% dei pazienti; una terapia di media durata, dai 12 ai 18 mesi, che ha coinvolto il 29,4% dei pazienti, ed una più di lunga durata, più di 24 mesi, fatta dal 23,5% dei pazienti.

Per quanto riguarda il periodo di tempo intercorso tra il termine della psicoterapia e l'intervista, anche in questo caso è opportuno suddividere il campione in 3 cluster: un gruppo di pazienti ha terminato il percorso da 2 a 6 mesi prima dell'intervista (47%), un gruppo da 7 a 13 mesi (41,2%), due pazienti avevano terminato la terapia più di 22 mesi prima (11,8%).

§ 3.2 PROCEDURA

§ 3.2.1 RECLUTAMENTO

Il **reperimento dei terapeuti** è avvenuto principalmente tramite una **conoscenza personale** con la ricercatrice; solo due di essi sono stati segnalati da altri terapeuti ed hanno accettato di partecipare al progetto di ricerca. La conoscenza personale è stato, nell'esperienza di quest'indagine, un presupposto fondamentale perché gli psicoterapeuti accettassero di essere coinvolti; ciò potrebbe essere **attribuibile a diversi fattori**: non potendo fornire troppe informazioni legate al tipo di domande presenti nell'intervista, per non andare ad inficiare l'immediatezza del ricordo richiamato nell'intervista (fattore comune a tutte), alcuni psicoterapeuti possono aver considerato la presentazione del progetto di ricerca poco esaustiva o non sufficientemente chiara e, per tale motivo, non aver accettato di parteciparvi; un'intervista su un percorso psicoterapeutico può anche essere colta come una valutazione indiretta del proprio lavoro: perciò, è ipotizzabile anche che i terapeuti non abbiano visto di buon occhio tale proposta, oppure l'abbiano accolta come un'intromissione non giustificata nella propria attività; il rifiuto potrebbe anche essere legato ad un tentativo di difendere la propria identità sociale oppure ad un senso di eccessiva protezione e difesa dei propri pazienti. Diversi terapeuti, inoltre, hanno esplicitamente ammesso di non essere riusciti ad individuare dei pazienti che rientrassero nei criteri di inclusione indicati per la partecipazione al progetto di ricerca: spesso gli psicoterapeuti di maggiore esperienza seguono pazienti con disturbi medio-gravi, che, quindi, non sempre possono costituire dei testimoni attendibili, mentre i terapeuti più giovani seguono un numero limitato di pazienti, motivo per cui diventa più difficile per loro riuscire a trovare dei pazienti rispondenti ai criteri.

È stato chiesto, infatti, ai terapeuti di verificare se era possibile **individuare, tra i pazienti** che avevano fatto un percorso con loro, **tre di essi** che rispondessero ai criteri precedentemente indicati.

È stato anche chiesto agli psicoterapeuti di effettuare un primo contatto con questi pazienti, in modo da spiegare brevemente la ricerca e il suo significato, e verificare un eventuale disponibilità. In caso di risposta affermativa, la ricercatrice ha ricontrattato ciascuno dei pazienti per fornire ulteriori spiegazioni e concordare un appuntamento per l'intervista.

Non tutti gli psicoterapeuti sono riusciti a ottenere la disponibilità di tre dei loro pazienti, qualcuno è riuscito a coinvolgerne solo due. Le motivazioni riferite dai terapeuti stessi rispetto a tale difficoltà riguardano principalmente il fatto che la psicoterapia è, giustamente, considerata un fatto strettamente privato e che i pazienti non sono facilmente disponibili a parlare della loro esperienza: la riservatezza per gli argomenti trattati durante il percorso, il desiderio di preservare la propria identità sociale, la mancanza di informazione sul livello di profondità e dettaglio dell'intervista, dubbi rispetto alla reale utilità del progetto possono essere considerate alcune delle **considerazioni che non hanno sostenuto la motivazione alla partecipazione alla ricerca**. I pazienti che, invece, hanno accettato di essere coinvolti, spesso hanno riferito alla ricercatrice di essere contenti di poter condividere la propria esperienza: infatti, essendo stata assai apprezzata, ritengono che questo possa rappresentare una sorta di "ringraziamento indiretto" per l'aiuto ricevuto o un modo per far conoscere più diffusamente la positività, i vantaggi e l'utilità di fare un percorso psicoterapeutico, soprattutto all'interno di un contesto ancora piuttosto scettico, quale quello italiano.

Un'ultima considerazione, non meno importante, riguarda la consapevolezza, da parte della ricercatrice, del fatto che tale modalità di reperire il campione dei terapeuti non può garantire la rappresentatività dello stesso, né quella dei vari orientamenti psicoterapeutici. Inoltre l'aver chiesto la collaborazione degli psicoterapeuti per il reperimento del campione di pazienti ha automaticamente escluso i casi di *burn-out* e, plausibilmente, i casi in cui la psicoterapia non è stata considerata riuscita dai terapeuti.

§ 3.2.2 INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Essa è stata tenuta in luoghi riservati, facili da raggiungere per l'intervistato ed a lui familiari, in modo che anche le condizioni contestuali potessero favorire la sua apertura e il disvelamento. Per ciascuna delle domande è stata prevista anche la possibilità di richiedere un ulteriore approfondimento o nuove specifiche nel caso in cui la risposta fosse risultata vaga,

incompleta o confusa, o se il rispondente fosse riluttante ad esprimere una propria opinione. Tuttavia, si è scelto di non assumere un atteggiamento di insistenza di fronte a risposte poco esaustive, per mantenere un clima positivo durante l'intervista e non mette a disagio il paziente; inoltre, si è accettato il livello di apertura soggettivo di ciascuno, prediligendo il materiale spontaneo, per non interferire eccessivamente con la soggettività e l'esperienza del paziente.

Ogni intervista è stata audio-registrata; sono stati, inoltre, annotati su un foglio i principali eventi utili e ostacolanti indicati dai pazienti e ciascuno di essi ha poi indicato il livello di utilità o di ostacolo che quell'evento ha rappresentato nella propria esperienza.

Si è proceduto, successivamente, alla trascrizione integrale della registrazione per effettuare l'analisi.

La ricercatrice ha letto integralmente tutte le interviste, successivamente ha ripreso una seconda lettura, creando una sistematizzazione degli eventi utili e ostacolanti indicati e dividendo le trascrizioni in unità, in modo che ciascuna contenesse un'idea principale, una “*meaning unit*”, secondo la metodologia della *Grounded Theory*; a partire da queste sono state concettualizzate alcune categorie, ricollegate a poche “*core categories*”, in grado di cogliere il significato comune alle altre categorie e le loro interconnessioni.

§ 3.3 GLI EVENTI UTILI INDICATI DAI PAZIENTI

Gli **eventi utili** indicati dai 17 pazienti sono stati **49** (alcuni dei quali sono ripetuti da più soggetti), ad essi si possono aggiungere altri **16** eventi, non indicati nella scheda di raccolta degli eventi utili, quindi non espressamente condivisi dal paziente, ma rilevati dalla lettura delle trascrizioni delle interviste come ulteriori eventi. Essi non appartengono alla sfera contenutistica e di significato di quelli appuntati da ricercatrice e paziente durante l'intervista stessa. Di questi non viene tenuto conto nella costruzione della seguente **tassonomia**, ma verranno considerate come *meaning units* a sé stanti nell'analisi successiva.

I 49 eventi sono stati raggruppati in 11 categorie, esse sono:

- ✓ sviluppo di una nuova consapevolezza o di insight rispetto a sé, al problema presentato, alla propria realtà: 9 citazioni
- ✓ poter parlare / affrontare il problema con una persona competente: 8 citazioni
- ✓ elementi legati alla “tecnica”: 7 citazioni
- ✓ sentirsi a proprio agio / al sicuro / in un ambiente che favorisce l'apertura: 4 citazioni
- ✓ sviluppo di una nuova prospettiva da cui osservare sé e la realtà: 4 citazioni

- ✓ atteggiamento favorevole del terapeuta (tranquillità, sicurezza, rassicurazione, fiducia, ascolto, positività): 3 citazioni
- ✓ fiducia nel terapeuta / il terapeuta è un punto di riferimento: 3 citazioni
- ✓ linguaggio del terapeuta (uso di paradossi, metafore): 3 citazioni
- ✓ percezione di aiuto / sostegno: 3 citazioni
- ✓ esperienza di crescita personale / acquisizione di nuove capacità: 3 citazioni
- ✓ riduzione dei sintomi / efficacia della psicoterapia: 2 citazioni

Gli eventi utili appartenenti alle diverse categorie sono descritti nella tabella a pagina 55.

Coerentemente con l'ampiezza delle categorie, anche **gli eventi** che i pazienti hanno indicato, tra tutti, come **più utili** appartengono alle prime due categorie (*sviluppo di una nuova consapevolezza o di insight rispetto a sé, al problema presentato, alla propria realtà*: 4 citazioni; *poter parlare / affrontare il problema con una persona competente*: 4 citazioni), ma è stato considerato rilevante anche *l'atteggiamento del terapeuta* (3 citazioni), *la fiducia nel terapeuta* (2 citazioni), *la crescita personale / acquisizione di nuove capacità* (2 citazioni), mentre sono stati citati solo una volta *il sentirsi a proprio agio* e *gli elementi legati alla "tecnica"*.

Sono state poi individuate **54 meaning units** (riportate a pag. 57), riconducibili a 7 categorie descrittive, riferibili a **4 "core categories"**; le *meaning units* (che fanno riferimento alle unità di significato, appunto) sono state derivate dalla rilettura delle trascrizioni delle interviste e, pertanto, comprendono gli eventi indicati anche nella tassonomia (ma in questo caso non si tiene conto di eventuali ripetizioni di un evento specifico, poiché esso rappresenta una *meaning unit*) ed altri eventi che sono individuabili nel racconto, ma non sono stati citati nella scheda relativa agli eventi utili.

Le 4 *core categories* sono:

- ✓ effetti sul paziente (23 MU); categorie descrittive: utilità della psicoterapia (efficacia, evidenza dei progressi, rassicurazione sull'efficacia, esperienza "riuscita" di altri pazienti), crescita personale (imparare ad essere se stessi, maggiore autostima, maggiore fiducia in se stessi, acquisizione di nuove capacità / competenze, crescita personale, riconciliazione con gli altri), nuova comprensione (consapevolezza del problema, nuova consapevolezza di sé, insight, nuove o diverse prospettive di osservazione, analisi delle emozioni);
- ✓ azioni e atteggiamenti del terapeuta (15 MU); categorie descrittive: caratteristiche personali del terapeuta (categorie concettuali: modo di essere, atteggiamento nei confronti del paziente), azioni che favoriscono il progresso dei pazienti (tecnica, linguaggio, sostenere e incoraggiare la riflessione personale);

- ✓ la relazione terapeutica (9 MU); categorie descrittive: sostegno (aiuto, supporto, rassicurazione), relazione favorente (il paziente si sente parte di una storia, il paziente si sente a proprio agio, il paziente ha fiducia nel terapeuta);
- ✓ lo spazio terapeutico (6 MU); categorie concettuali: luogo riservato, spazio per parlare, spazio per confrontarsi, luogo per affrontare i problemi.

PAZIENTE	EVENTI UTILI INDICATI														
	Evento 1	conseguenza	UTILITA'	Evento 2	conseguenza	UTILITA'	Evento 3	conseguenza	UTILITA'	Evento 4	conseguenza	UTILITA'	Evento 5	conseguenza	UTILITA'
1-HG	parlare della gestione delle relazioni	sostenere interazioni adeguate	4	chiedere scusa			(crescita personale)			(acquisire capacità relazionali)			(acquisire autocontrollo)		
2-EB	luogo riservato	garanzia di riservatezza	3	(sentirsi a proprio agio, il terapeuta è discreto)			(confrontarsi con una persona competente)								
3-SM	guida nell'affrontare le situazioni		4	sms tra le sedute come sostegno	avere supporto immediato	4	tecniche di studio per superare esami		4						
4-CQ	consapevolezza del problema	poter iniziare un percorso	4	scrivere una lettera alla persona ritenuta responsabile del malessere	comprendere il proprio modo di relazionarsi /ritrovare l'equilibrio	4	racconto di altri pazienti	stimolo							
5-LA	oggettivare le emozioni	loro ridimensionamento	4	vedere le cose da un punto di vista diverso	continuare la vita in modo più rilassato	4	(consapevolezza del percorso in atto e dei miglioramenti)	sentirsi meno sperduto		(proposta del terapeuta di verificare se c'è feeling)	libertà nel rapporto				
6-TQ	rivelazione di un'opinione da parte del fratello		2	parlare dell'aborto spontaneo		4	insight su di sé		3	(crescita personale)					
7-RZ	atteggiamento del terapeuta: tranquillo e sicuro, spinge alla riflessione		4	vedere le cose dal punto di vista dell'altro	capire la diversità tra uomo e donna	3	(fiducia nel terapeuta)								
8-BF	atteggiamento rincuorante del terapeuta (rassicurazione)	il disturbo (ansia) è meno pesante e angosciante	4	paziente protagonista: terapeuta lo fa riflettere		4	schemi per capire il funzionamento di alcune cose (attacco di ansia)		4	terapeuta parla per paradossi	aiuta a vedere altri punti di vista	4	(cercare su internet un concetto/ parola tecnici)	riflessione personale	
9-ZP	chiudere una relazione e vedere subito dei progressi / cambiamenti	sostiene la motivazione a continuare	2	poter contare sul terapeuta anche fuori dalla seduta (telefonicamente)		3	terapeuta non è più disponibile fuori dalla seduta (al telefono)	capire che l'attacco di panico non è un'emergenza	4	fiducia nel terapeuta	consente l'apertura del paziente, fa sentire a proprio agio	4			
10-CE	appunti per analizzare l'attacco di ansia (pensieri, meccanismo di innesco dell'ansia)	benessere, razionalizzare l'ansia	3	(terapeuta dà fiducia)			(terapeuta è ottimista e fiducioso)								
11-LN	"garanzia" di avere dei risultati		4	vedere la bulimia sotto un diverso punto di vista (amante segreto)	nuova consapevolezza	3	piangere perché ci si "vede"		3	esercizi (ripetere frasi, immaginare comportamenti)		4	senso di esasperazione nei confronti del disturbo	fa emergere forza e volontà per reagire	4

12-OV	sentirsi allegro durante il percorso terapeutico		3	approccio del terapeuta: trasmette serenità, affetto, humor		4	(non ulteriore necessità di trattamento farmacologico - benzodiazepine)	sostiene la motivazione a proseguire		(modo per confrontarsi)					
13-LS	terapeuta dice di non lavorare fino a tardi la sera	tranquillità	2	frasi del terapeuta che generano insight sulla situazione del paziente	comprensione nuova	4	terapeuta chiede di rappresentare la relazione tra paziente e suo padre		2						
14-RD	spazio di riflessione (anche fuori dalle sedute)	non "vivere in diretta"	4	condividere e parlare di cose che altrimenti non si affronterebbe		4	sentirsi parte di una storia		3	metafore del terapeuta		3	andare quando si ha bisogno (meno vincoli)	ha reso più facile la conclusione, maggiore sicurezza	4
15-UB	mettere in pratica e non solo pensare		4	avere un supporto esterno		4									
16-PA	terapeuta persona esterna e di cui ci si fida	fa riflettere su alcuni aspetti	3	poter parlare dei problemi / emozioni	sentirsi più leggero, sentire l'aiuto di qualcuno	4	ricordare le cose positive che accadono	rivivere quelle sensazioni	2	(essere ascoltato)					
17-ER	aprire gli occhi sulla realtà	nuova comprensione	4	affrontare i problemi	maggiore autostima	3	risolvere i dubbi		4	imparare ad essere se stessi	migliorare le relazioni interpersonali	4	(maggiore sicurezza)		

LEGENDA

 sviluppo di una nuova consapevolezza o di insight	 sviluppo di una nuova prospettiva	 percezione di aiuto / sostegno
 poter parlare / affrontare il problema	 atteggiamento favorevole del terapeuta	 crescita personale / acquisizione di capacità
 elementi legati alla "tecnica"	 fiducia nel terapeuta / il terapeuta è un riferimento	 riduzione dei sintomi / efficacia della psicoterapia
 sentirsi a proprio agio / al sicuro	 linguaggio del terapeuta	

grassetto evento più utile

(tra parentesi): eventi rilevati durante la lettura delle trascrizioni delle interviste

N.B.: tutte le iniziali dei nomi, sia dei pazienti che dei terapeuti, sono state modificate, in modo da non essere riconoscibili

	MEANING UNITS EVENTI UTILI - PAZIENTI	
intervista	MU	trascrizione
1	Acquisizione competenze/abilità comportamentali che venivano vissute	1- con la dottoressa si lavorava su delle parti di comportamento, di approccio con le persone, e succedeva, nella settimana che ci intervallava l'incontro, (...) che accadeva meno quello di cui si era parlato. (...) Queste piccole cose che succedevano, e che io poi riuscivo ad affrontare perché le avevo analizzate la seduta precedente, portavano miglioramenti a quello che si stava facendo
1	Acquisire capacità di interazione	Il saper rispondere, il domandare, anche, magari... Succedeva che ci si aggredisce per niente, quando le cose si possono risolvere benissimo parlando o domandando, chiedendo spiegazioni
1 - 6	crescita personale	1- Parlare di queste cose mi faceva crescere, mi ha fatto crescere molto. 6- sicuramente sono cresciuta durante il periodo terapeutico, ma anche dopo, perché poi, insomma, uno continua a lavorarci anche sulle cose
1	ricongiungersi con gli altri	1- è servito molto è stato alla fine il chiedere scusa, perché si è recato danni a persone erano delle ammende a persone che hai leso durante il periodo di buio (...). Chiedere scusa è importante, prima devi chiedere scusa a te stesso, devi imparare a renderti conto, superare il grosso, poi chiedere scusa è importante, è liberatorio
2 - 7	sentirsi a proprio agio	2- quello che favorisce è il sentirsi a proprio agio, cioè, come dire, la discrezione della persona che incontri. 7- mi trovavo a mio agio, rilassato
2	luogo riservato	il luogo, la riservatezza, sicuramente aiuta come cosa (...). il fatto che ci sia un posto tranquillo, dove uno possa sentirsi a suo agio
3 - 5	sostegno e guida per affrontare le situazioni	3- la vita mi poneva di fronte situazioni che magari precedentemente non ero stata in grado di affrontare o avevo affrontato in maniera sbagliata, ed è stato una sorta di percorso guidato (...). quindi c'era una preparazione pre ed una valutazione post. 5- A volte bastavano anche delle parole, che lei mi diceva, che mi facevano capire come affrontare le cose, come cambiare un po' direzione, o cambiare l'importanza che io davo a certe situazioni
3	supporto emotivo	3- il supporto emotivo veniva fatto in seduta, pre, durante
3	tecniche di studio	3- tecniche di studio, delle modalità, delle sorte di compiti, delle tattiche attraverso le quali approcciare l'esame
4	consapevolezza del proprio problema	4- c'è stata una seduta in cui io li mi sono proprio resa conto, (...) sono stata messa di fronte all'evidenza dei fatti, ovvero che ero depressa, perciò, da lì poi è cominciato il tutto, perché comunque io, una volta preso consapevolezza, coscienza (...) del punto di partenza, poi da lì è cominciato il mio percorso, quindi, da lì è stata data una svolta
4	scrivere una lettera alla persona per cui si soffre	4- una modalità che mi ha suggerito il dottor XXX di scrivere una lettera alla persona per cui io provavo questa rabbia e che (...) diciamo aveva scatenato il tutto, e questa modalità è stata il tramite che mi ha permesso di capire anche un po' il mio modo di relazionarmi con le persone, che è in genere magari molto immediato e nell'immediatezza ci sta tutto. (...) da lì di trovare uno po' il mio equilibrio
4	esperienze di altri pazienti	4- Mi raccontava anche di vissuti (...) a me è servito molto, perché mi rendevo conto che ci pensavo quando comunque lui mi raccontava magari delle esperienze di persone che erano uscite da situazioni simili alla mia, io mi rendo conto che poi andavo a casa e ci ripensavo, (...) Mi stimolava
5	oggettivare le emozioni	5- mi diceva proprio di paragonare queste sensazioni, questi modi di sentire o di relazionarmi attraverso qualcosa di reale (...) il fatto di poterle riportare ti aiuta anche forse a smussarle un pochino (...) a prenderle un po' più con calma, proprio a riportare un po' i piedi per terra e (...) ad essere un po' più tranquilla
5 - 6 - 7 - 11	vedere le cose / il proprio problema da un altro punto di vista	5- questo vedere da un'angolazione diversa le cose che per te sono dei problemi, e invece lei ti sposta un po', ti aiuta a spostare il tuo punto di vista, per cui ti aiuta ad affrontare o a continuare il tuo percorso più rilassato, senza avere questa angoscia che a volte ti prende e ti attanaglia. 6- era anche il suo modo (...) di vedere le cose in maniera molto distaccata. 7- portava a vedere la stessa cosa in maniera diversa, vista dall'altra persona (...) A farti riflettere, nel senso che non sempre quello che stai dicendo tu può essere visto dall'altra persona con gli stessi occhi, potrebbe essere letto completamente in maniera opposta... E anche la diversa propensione tra uomo e donna, sono proprio due mondi leggermente diversi. 11- lei diceva: "vediamo le cose sotto un altro punto di vista, questa è una percezione, vediamo cosa c'è dietro (...) vediamo un'altra sfumatura" (...). vederle improvvisamente di dietro ti spiazza; quindi che posso dire che mi è stato utile: cambiare rotta improvvisamente
5 - 9	consapevolezza del percorso fatto e dei progressi	5- Lei cercava sempre anche di portarmi alla realtà, in tutti i problemi che io affrontavo, e questo renderti conto del percorso che stavi facendo, proprio figurativamente aiuta proprio anche a sentirsi meno sperduto, nel senso che... comunque qualcosa lo sto facendo. 9- il fatto di essere riuscita a chiudere una storia sentimentale che durava da 10 anni e che non riuscivo assolutamente a chiudere, (...) ho visto subito dei progressi, dei risultati e questo chiaramente mi ha motivato ancora di più ad andare avanti
5	proposta del terapeuta di verificare il feeling	5- mi ha subito detto: "conosciamoci, perché se non c'è feeling è meglio non iniziare proprio un rapporto", e questo secondo me ha creato un bell'ambiente, perché non mi sono sentita subito obbligata, costretta
6	conoscere la prospettiva di altri	6- c'è stata una rivelazione da parte di mio fratello nei confronti di mia madre (...) Sì, ma io attenzione non c'avevo mai pensato.
6	confrontarsi sulle proprie reazioni emozionali	6- Io l'anno scorso ho avuto una gravidanza extra uterina (...) però l'ho vissuta come se fossi andata a farmi togliere l'appendice, cioè, proprio... niente (...) come se davvero... Non mi fosse successo niente. Questa cosa strani molto il medico, nel senso... Strani la mia reazione... Strani anche me, figuriamoci (...) Lui ritornava spesso su questa cosa, che definiva lutto, e in realtà lo è, però era molto strana la mia reazione a questo lutto, a questa perdita
6 - 13	insight su di sé	6- mi ha detto di andare a casa e di documentarmi sull'evitamento, io, quando sono tornata a casa, la prima cosa che ho fatto ovviamente è cercare questa cosa che non conoscevo minimamente io ho detto: caspita! Ma ha ragione, io sono assolutamente così. 13- delle frasi che fanno crollare tutto il castello che hai in mente (...). Io ero sotto questa capa che mi anghezzava (...) e lui mi disse "ma senta, ma lei lasci perdere questa capa e faccia un'altra roba" e io gli dissi "no, io non ce la faccio, perché è troppo forte il senso di fallimento che deriverebbe dal fatto di mollare (...)" e lui mi disse "eh, allora le toccherà sopportarla ancora per un poco...". E io li capii che l'unico motivo per cui ci stavo era proprio questo fatto di non voler subire la frustrazione, e in fondo era un motivo un po' del cavolo e quindi... mi ha aiutato molto a far crollare un frutto che era già maturo

7 - 9 - 16	fiducia nei confronti del terapeuta	7- la fiducia verso il dottore. 9- la fiducia che ho avuto nei confronti della dottoressa, (...) è stata una cosa a pelle, (...) mi sono sentita a mio agio. (...) alla fine ci si sente al sicuro come a casa, anzi, forse di più. (...) se non mi fossi fidata di lei non mi sarei aperta in nessun senso, quindi non sarebbe stato possibile fare il percorso. 16- il fatto di parlare con una persona (...) della quale ti fidi. (...) se si crea un rapporto di fiducia con una persona, diventa anche facile tirar fuori tutto
7	atteggiamento tranquillo e sicuro del terapeuta	7- il modo di fare e l'approccio che ha verso il paziente. Era molto tranquillo, sicuro
7 - 8 - 16	terapeuta sostiene e incoraggia la riflessione personale / rende il paziente protagonista	7- faceva riflettere, riflessivo, portava ad aiutarti a pensare a quello che stavi facendo, a come affrontare la cosa. 8- ha fatto ragionare me, facendomi arrivare alle conclusioni, che erano quelle poi corrette, cioè non mi dava lui la soluzione, mi ci faceva arrivare da sola con il ragionamento. 16- ti dà lo spunto per riflettere su quella cosa che tu stai dicendo, e questa è una cosa che effettivamente poi ti aiuta molto, perché dici le cose così, le dai per scontate, e invece se uno te le fa notare, e le sottolinea, dopo automaticamente ci rifletti e dici: "eh sì, però è vero, ha ragione"
8	spiegazione della fisiologia dell'attacco d'ansia	8- me l'ha spiegato proprio bene il funzionamento soprattutto fisico dell'attacco di ansia (...) come funzionano, di che cosa si tratta effettivamente, poi mi aveva spiegato anche cose specifiche sul sistema simpatico e parasimpatico, per cui ho avuto, diciamo, una visione globale e completa di quello che mi stava accadendo.
8	atteggiamento rassicurante del terapeuta	8- mi rincuorava, mi rincuorava molto. Mi rincuorava vedere come la prendeva, (...) per esempio a volte davamo degli aggettivi alle cose che mi accadevano, così aggettivi simpatici, e già quindi questa cosa qui rendeva la cosa molto meno pesante, molto meno angosciante... Mi comunicava, diciamo, la leggerezza che avrei potuto trovare nel superare il problema.
8	terapeuta utilizza il paradosso	8- parlava un po' per paradosso. Era una cosa molto sugli esempi (...). uno può anche avere altri punti di vista e non solo uno, e non deve dare per certo, scontato solo uno
9	poter contare sul terapeuta anche fuori dalla seduta	9- il fatto di poter contare sulla psicoterapeuta non soltanto nei momenti della seduta, ma anche nel resto del tempo
9	terapeuta non si rende più disponibile fuori dalla seduta	9- lei mi ha dato uno stop e mi ha detto che potevo chiamarla solo nel momento in cui ci fosse stata una reale emergenza, quindi piano piano mi sono convinta e ho capito che un attacco di panico non è un'emergenza, anche questo sicuramente mi ha motivato, mi ha aiutato a capire che non stavo morendo e non stava succedendo niente
10	analizzare l'attacco di ansia (pensieri, motivi di innesco)	10- una specie di diario (...) uno schema che aiutava molto a contrastare l'ansia, quindi...cercare di capire in quel momento, in cui magari io ero ansiosa, che cosa realmente stessi pensando, in maniera da, la volta dopo, non pensare più a quel pensiero. (...) magari riuscivo anche a capire il meccanismo per il quale era subentrata l'ansia. (...) sentivo la sensazione di benessere, (...) scrivendo il proprio pensiero, le proprie emozioni, è come se tu ti scaricassi dentro
10	atteggiamento positivo e ottimista del terapeuta	10- la capacità della psicologa era appunto quella di essere positiva nei confronti del futuro, cioè della possibilità comunque di...di sconfiggerli (attacchi di panico)
11	"garanzia" dal terapeuta di avere risultati	11- lei mi ha detto "(...) io ti assicuro che, se tu ti fidi di me, fai gli esercizi che ti dico, nel giro di breve riuscirà ad ottenere dei risultati, a vedere dei risultati" (...) la possibilità di avere dei risultati e di averli in tempi relativamente brevi
11	piangere per se stessi	11- ho sempre pianto per gli altri, ho sempre pianto per il dolore che la bulimia causava nelle persone che mi erano attorno (...). Quella è stata forse la prima volta in cui io ho visto me stessa e ho pianto per me stessa
11	esercizi concreti (ripetere una frase, immaginare come ci si comporterebbe nei panni di...)	11- mi diceva di ripetere sempre una frase, diverse volte al giorno, qual è questa frase non lo so, però di ripetere la frase più volte al giorno e ogni volta che mi veniva in mente, più volte la ripeteva meglio era. Oppure immaginare delle situazioni e come tu ti saresti comportata se fossi questo, fossi quello, (...) come un adulto si sarebbe comportato, come un bambino si sarebbe comportato, come un genitore si sarebbe comportato
11	senso di esasperazione nei confronti del disturbo	11- quello che io ho provato alla fine effettivamente è un senso di esasperazione, probabilmente nei confronti di questo amante che mi stava col fiato sul collo (...). ti potrei dire che lei mi ha portato effettivamente a questo grado di saturazione in cui alla fine ti eri talmente tanto rotta che dici "basta 'sto amante mi ha veramente rotto le palle, lo butto fuori dalla porta perché sono stanca di questa presenza asfissiante accanto a me"
12	sentirsi allegro	12- Quando la terapia è iniziata io tomavo che ero allegro, durante la terapia ero allegro
12	terapeuta trasmette serenità	12- Mi è stato utile l'approccio che aveva il dottore, il fatto di... trasmettere serenità
12	terapeuta trasmette affetto	12- Mi è stato utile l'approccio che aveva il dottore, il fatto di... trasmettere (...) quasi affetto
1- 12 - 17	possibilità di confrontarsi rispetto a se stessi	12- era un modo per confrontarmi con me stesso, ma anche con un'altra persona che non fossero i colleghi, non erano i soliti amici. 17- È stato utile mettermi a confronto
12 - 14 - 16	possibilità di parlare liberamente	12- poi tirare fuori anche un però le cose, non è che si fa tutti i giorni con le persone, con i colleghi è meglio non farlo, con gli amici ogni tanto capita, quando capita... 14- Quello che rende un po' unico il rapporto e la terapia, (...) ti senti di parlare di cose che in alternativa proprio non affronteresti (...) sai che c'è uno spazio in cui condividerla. 16- È stato molto utile il poter parlare (...) il poter esternare le cose che uno sente, che prova o che vorrebbe che fossero, per me è importante, un sentirti poi più leggera, è come se uno ti stende la mano per aiutarti
12	liberazione dalla "dipendenza" dai farmaci	12- c'è stata anche la liberazione dal farmaco, questa è stata anche una cosa positiva, quella avvantaggiava il proseguimento del percorso

13	il terapeuta dice di non lavorare fino a tardi la sera	13- stavo cercando di fissarlo, e io ho detto "boh ma che ne so, appena finisco il lavoro" "a che ora finisce?" "Non so, finirò verso le 8, 7.30" e lui "noooo, no, io non lavoro fin così tardi, scusi", e la cosa mi aveva sorpreso tantissimo, perché io ero dentro un contesto di gente estremamente lavorativa, io non ero invasato ma (...) io ero debole di personalità e quindi mi invasavo anch'io, non avevo ancora capito; e mi sembrava una risposta assurda, che però mi aveva dato un senso di tranquillità che mi piaceva
13 - 17	consapevolezza nuova	13- lui mi disse "provi a immaginare, a fissarsi un'immagine del rapporto di lei con suo padre, che poi (...) la porta a tendere a quella roba lì" (...) lo avevo immaginato un'immagine di me e mio padre che, col senno di poi, era l'immagine sbagliata, (...) era un'immagine che io volevo che fosse in quel momento, ma che poi nel tempo ho capito che non era quella l'immagine di un rapporto rilassato, io avevo un'immagine di me e mio padre che ci stringevamo la mano, ma non è un'immagine reale, era una proiezione del fatto che io volevo che mio padre mi considerasse un pari, mi desse il rispetto che io volevo da pari, ma nella realtà dei fatti, una volta che questo rispetto c'è, un padre e un figlio si possono abbracciare. 17- ho avuto di fronte una persona che mi ha detto quale era la situazione reale, che per me non era reale prima: io ero fisso con un altro pensiero, invece, la terapeuta mi ha presentato proprio la realtà, come sono i fatti e cosa sono io, cosa sono gli altri, cos'è il resto del mondo, mi ha messo in una condizione di farmi aprire gli occhi sulla realtà
14	avere uno spazio di riflessione (anche tra le sedute)	14- prendermi uno spazio. (...) mi ha favorito poi nel prendermi uno spazio tra una seduta e l'altra, in cui ascoltarmi... Sicuramente uno spazio di riflessione che partiva dalla terapia
14	sentirsi parte di una storia condivisa	14- Comunque anche avere qualcuno che ti dà l'idea di tenere più o meno a mente le cose precedenti, che te le rimanda
14	terapeuta utilizza metafore	14- certe frasi che mi ricordo, che mi erano rimaste impresse, che poi mi ero segnata e che mi vengono in mente ancora adesso (...) c'era una metafora rispetto a un fiore, eccetera, quindi il discorso di coltivare, qualcosa che va protetto, coltivato, dando tempo
14	frequenza al bisogno	14- per come ha impostato la relazione, mi ha detto che poteva andar bene che io andassi nel momento in cui avevo bisogno, quindi non come in altre circostanze "vieni tre volte alla settimana", per cui anche rispetto al discorso di come è stato concludere, concludere è stato facile in quanto non sentivo, e tutt'ora non sento, che è stato una cosa "per sempre", ma, sento che nel momento in cui ne avessi bisogno, si è tenuta comunque una relazione aperta; questo per me è stato importantissimo (...) mi ha dato anche sicurezza
15	mettere in pratica ciò a cui si pensa	15- idealizzavo tutto quello che dovevo fare, immaginavo, lavoravo tanto di fantasia ma non attuavo, e XXX mi diceva: "ma perché non provi?" (...) da lì ho provato, ho iniziato ad andare in palestra, (...) canto in un coro, ho socializzato con delle persone, prima ero una persona abbastanza riservata
15	avere un vero amico	15- avere un supporto esterno, nel senso che per me era un po' l'ago della bilancia... A lui ho sempre raccontato tutto, mi conosceva proprio bene, sapeva tutto di me, lui vedeva comunque il mio miglioramento, il mio progresso e lui mi seguiva passo passo, per me era importante mettermi a confronto. (...) Secondo me è importante avere una persona che ti vuole tanto bene e che ti dia il supporto giusto
16	essere ascoltati	16- ti sta ad ascoltare (...). il poter parlare, l'essere ascoltata, sono state due cose fondamentali
16	ricordare le cose positive vissute	16- "cerchi di pensare alle cose belle" (...) Il bello è quello di riprovare quelle sensazioni
17	affrontare i problemi	17- cose che per me erano negative: me le ha fatte affrontare, mi ha fatto affrontare i problemi ecco, quello che prima non volevo fare assolutamente
17	aiuto nel risolvere i dubbi	17- Risolvere i dubbi è stato decisamente utile, perché avevo molti dubbi e XXX me li ha proprio fatti capire, ho affrontato anche i dubbi che avevo, XXX mi ha spiegato i miei dubbi uno a uno, dettagliatamente, mi ha aiutato a capirli, me li ha precisati, e io li ho capiti e li ho affrontati
17	imparare ad essere se stessi	17- nell'ambito delle relazionarsi ho capito che è importante essere se stessi, (...) essere tranquillo quando si parla con un'altra persona mentre prima, dopo tante esperienze, mi ero chiuso in me stesso e ho avuto molta diffidenza. (...) se non si è se stessi è difficile relazionarsi con gli altri, essere se stessi, essere sinceri anzitutto, cosa che io non ero tanto
17	avere maggiore sicurezza in se stessi	17- Le sedute che ho fatto mi hanno dato più sicurezza
17	maggiore autostima	17- mi ha dato anche autostima in più

§ 3.4 GLI EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAI PAZIENTI

I pazienti hanno individuato **43 eventi ostacolanti**, a cui se ne aggiunge **uno** che non è stato indicato nella scheda relativa agli eventi ostacolanti, ma che non è assimilabile ad alcuno degli altri: di esso si terrà conto nell'analisi relativa alle *meaning units*. Un paziente, inoltre, non riuscendo ad individuare alcun evento di ostacolo al percorso fatto, ha fatto riferimento ad una psicoterapia precedente, che si è rivelata un'esperienza non positiva.

La **tassonomia** derivata comprende **9 categorie**:

- ✓ il paziente sente il terapeuta come “mancante” / non abbastanza attivo: 8 citazioni
- ✓ affrontare temi difficili per il paziente, su cui non si vuole soffermare: 7 citazioni
- ✓ fattori contestuali: 6 citazioni
- ✓ difficoltà del paziente a mettere in pratica quanto concordato in terapia: 5 citazioni
- ✓ situazioni / influenze esterne: 5 citazioni
- ✓ sfiducia nel terapeuta / nel percorso: 4 citazioni
- ✓ disaccordo tra paziente e terapeuta: 3 citazioni
- ✓ persistenza del sintomo: 3 citazioni
- ✓ timore del distacco: 2 citazioni

Gli eventi ostacolanti appartenenti alle diverse categorie sono descritti nella tabella a pagina 62.

I pazienti hanno valutato come particolarmente ostacolanti soprattutto il fatto che *il terapeuta fosse “mancante” / non abbastanza attivo* (4 indicazioni) e le *difficoltà nel mettere in pratica quanto concordato* (3 indicazioni); tuttavia, anche quasi tutte le altre categorie sono state indicate da uno o due pazienti, tranne il *disaccordo tra paziente e terapeuta*, che non è stato segnalato da nessuno come particolarmente di impedimento per la terapia.

Dall'analisi delle **34 meaning units** (riportate a pag. 64), sono individuabili 7 categorie descrittive, riconducibili a **3 core categories**:

- ✓ resistenze del paziente / non soluzione del sintomo (17 MU); categorie descrittive: difficoltà di collaborazione del paziente / difficoltà a mettere in atto il cambiamento (mantenimento di legami disfunzionali; paura del distacco; resistenza a provare azioni alternative; difficoltà a mettere in pratica quanto concordato in seduta); dubbi rispetto alla psicoterapia / sfiducia (dubbi sul percorso / inutilità del percorso; sfiducia nel terapeuta / dubitare che il terapeuta abbia compreso); difficoltà ad affrontare alcuni temi (accettare di aver bisogno di aiuto; non voler affrontare alcuni argomenti; difficoltà di apertura; parlare spesso di situazioni negative per il paziente); permanenza del sintomo (ricadute; il sintomo non si risolve)
- ✓ relazione difficile tra paziente e terapeuta / terapeuta “inadeguato” (12 MU); categorie descrittive: disaccordo tra paziente e terapeuta (categorie concettuali: linee di pensiero diverse; visioni diverse del problema e/o della situazione del paziente; il terapeuta fa sorgere dubbi nel paziente rispetto al percorso; dare importanza a episodi negativi per

il paziente); terapeuta poco attivo a livello di azioni e/o di emozioni (terapeuta esprime incertezza; non favorisce l'apertura del paziente; non è sufficientemente supportivo; mancanza di coinvolgimento del terapeuta)

- ✓ contesto non favorente (6 MU); categorie concettuali: assunzione di farmaci, influenza di altre persone; costo; luogo non riservato.

	EVENTI OSTACOLANTI INDICATI												
PAZIENTE	Evento 1	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 2	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 3	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 4	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 5
1-HG	tenere il cellulare		3	mantenere le relazioni "sbagliate"		4	ambiente di lavoro		4	offerta della sostanza		4	
2-EB	incontrare i familiari del terapeuta	fastidio	1	insicurezza del terapeuta rispetto al fornire aiuto		3	costo		2				
3-SM	non accettare l'idea di avere bisogno	chiusura	2	paura del distacco legato al termine della terapia	problemi di comunicazione	1	sfiducia nel percorso (personale)	chiusura	3	essere su linee di pensiero diverse (relazionale)	chiusura	2	
4-CQ	pensare che il terapeuta non abbia capito		2	resistenza a mettere in pratica soluzioni/azioni alternative		2							
5-LA	sensazione che il percorso stesse diventando inutile	staccarsi e vedersi meno	2	vedersi troppo spesso rispetto alla necessità	non sapere cosa dire / annoiarsi	2							
6-TQ	interruzione per motivi economici		4										
7-RZ	distanza			(non riuscire sempre a mettere in pratica i suggerimenti / le riflessioni fatte)									
8-BF	paziente non condivide la rappresentazione che il terapeuta ha di lui	chiusura (omissione di pensieri e comunicazione limitata); perdita di fiducia	1	terapeuta torna su questioni, per il paziente, ormai risolte	sorgono dubbi e si "sgretola" la sicurezza trovata	3							
9-ZP	ricadute		3	medico di base spinge ad assumere ansiolitici	senso di colpa	4	giudizi altrui sul fatto di entrare in terapia		2				
10-CE	persistenza del sintomo (anche se meno forte e frequente)	abbattimento	3										
11-LN	manca di interesse / coinvolgimento nel terapeuta		4	terapeuta non favorisce l'apertura del paziente		4	terapeuta non fa da guida		4	manca di fiducia nel terapeuta		4	
12-OV	persistenza del sintomo		3	percorso molto intellettuale-filosofico	noioso	2							

13-LS	atteggiamento "morbido" del terapeuta	non supporta il conflitto del paziente coi familiari	2	terapeuta non ha spinto il paziente al conflitto col padre		3							
14-RD	terapeuta uomo	meno empatia	2	terapeuta non sente la questione con la stessa gravità del paziente	scarsa comprensione	2	costo		3	terapeuta non ricorda alcuni dettagli	inibizione a parlare	3	
15-UB	non voler affrontare alcuni argomenti	chiusura e ostilità	2	non mettere in pratica quanto concordato col terapeuta		3	sensi di colpa	generano malessere	4				
16-PA	aprirsi al terapeuta inizialmente		2	cominciare a cambiare qualcosa		3							
17-ER	rimarcare / parlare sempre di alcune situazioni negative	disagio	3	fermarsi su questioni che creano disagio / non si vuole affrontare	pensieri sgradevoli	2	dare importanza a episodi negativi		3				

LEGENDA

	il paziente sente il terapeuta "mancante"		difficoltà del paziente a mettere in pratica		disaccordo tra paziente e terapeuta
	affrontare temi difficili per il paziente		situazioni / influenze esterne		persistenza del sintomo
	fattori contestuali		sfiducia nel terapeuta / nel percorso		timore del distacco
	paziente che si è riferito all'esperienza terapeutica precedente				

grassetto evento più di ostacolo

	MEANING UNITS EVENTI OSTACOLANTI - PAZIENTI	
intervista	MU	trascrizione
1	faticare a recidere i legami che tengono uniti alla sostanza	1- all'inizio mi ha ostacolato il voler continuare a tenere, diciamo tenere le cose che avevo prima, non volermi staccare, quindi tenere il mio cellulare con i vecchi numeri, i vecchi contatti, i vecchi nomi, i vecchi amici. Sono amici fra virgolette (...). il lavoro era, essendo un posto in cui la droga girava facilmente, era una cosa che non andava bene. (...) mi ha insegnato anche a buttare tanti oggetti che conservavo, erano vecchie cose che utilizzavo per farmi
1	avere l'opportunità di ricadere	1- attimi pericolosi, di persone che offrono, ti propongono, quindi è un attimo
2	incontrare i familiari del terapeuta	2- posso dire che magari non è piacevole se tu, mentre se li, incontri dei familiari della terapeuta, questa è una cosa che ricordo che mi ha dato un po' di fastidio
2	incertezza del terapeuta	2- È che uno quando va da una psicoterapeuta si aspetta di trovare delle risposte, il fatto di avere di fronte magari una persona che, comprensibilmente, è insicura, nel senso che non sa magari darti delle spiegazioni, non sa se è convinta di poterti aiutare o queste cose qui, ti lascio un attimino
3	non accettare l'idea di avere bisogno di aiuto	3- nel tempo, invece, l'idea di avere bisogno di aiuto mi ha un po'... fatto alzare un muro nei confronti del terapeuta, perché non accettavo l'idea di aver bisogno, sostanzialmente
3 - 5	paura del distacco legato al termine della terapia	3- la paura di, del distacco futuro, perché a quel punto dopo tanto tempo diventa una costante, sapere che sta per finire, perché da una parte lo vuoi, dall'altra però dici: come sarà dopo? (...) Ha creato dei problemi di comunicazione. 5- per iniziare a capire che la cosa stava, insomma, finendo, ho dovuto fare un po' così, dare un taglio un po' più lungo
3	sfiducia nel percorso	3- Ci sono stati anche dei momenti di sfiducia (...) nei confronti del percorso che stavo facendo io (...). in altri momenti ci credevo meno, perché forse vedevo meno efficacia, lo vedevo meno validante, quindi magari investivo meno io e in genere alzavo un muro, quindi non raccontavo, mi chiudevo, non parlavo
3	essere su linee di pensiero diverse	3- magari vedere che si è su linee di pensiero molto diverse, e magari lì... Ognuno continua sulla sua strada, e magari per qualche seduta dici... Non si trova un punto di incontro... E quindi da una parte io smettevo di aprirmi, perché tanto le risposte che ricevevo non mi piacevano, non le volevo sentire, e quindi questo creava un po' delle difficoltà.
4	dubitare che il terapeuta abbia capito	4- al momento avevo pensato: no, non ha capito quello che gli ho detto, no, mi sta dicendo una cosa che no
4	resistenza a provare azioni alternative	4- io ho ostacolato il percorso nel senso che, rispetto agli input che lui mi dava, sicuramente io in alcuni casi ho fatto resistenza (...). lui magari mi dava dei suggerimenti che io però non riuscivo a mettere in pratica, lì facevo resistenza perché quasi mi arrabbiavo e dicevo: no io non lo voglio fare (...) non ce la farò mai e non... Riesco, non sono capace
5	sensazione che il percorso stia diventando inutile	5- ho sentito io la necessità, a un certo punto, di staccare, perché mi sembrava di essere poi troppo...quasi di non aver niente da dire, per cui dicevo "mi sembra quasi inutile"
5	vedersi troppo spesso rispetto alla necessità (abitudine)	5- l'ostacolo poteva essere il vedersi troppo spesso a quel punto, perché poi dopo uno dice "va bè ma poi se devo andare lì e non sapere cosa dire, e annoiarmi quasi" (...). ritenevo che stesse un po' scemando il problema, avessimo già sviscerato il problema
1 - 6 - 14	costo	6- all'inizio l'ho vissuta davvero come un errore, dicevo: Oddio adesso cosa ho fatto, potevo rinunciare ad altro. 14- anche l'aspetto economico (...) mi metteva una certa urgenza, nel senso che... (...) comunque era un impegno abbastanza grande
8	paziente non condivide la visione del terapeuta	8- poteva capitare qualche volta che lui aveva preso una posizione, una determinata posizione su di me che secondo me era sbagliata (...) in quei casi lì magari non ero completamente sincera, o meglio non è che non ero sincera omettevo alcuni pensieri, alcune cose (...). È stato negativo, negativissimo perché passavi dalla super fiducia e lì dici: ma come?
8	terapeuta fa sorgere dubbi nel paziente rispetto al percorso fatto	8- quando io mi sentivo tra virgolette arrivata, comunque molto vicina, è come se lui avesse fatto un passo indietro, (...). È come se mi avesse fatto venire dei dubbi su delle cose... su cui abbiamo lavorato e eravamo arrivati ad una... ad un risultato, e poi quel risultato, quella sicurezza veniva sgretolata
9 - 10 - 12	ricadute / sintomo non passa	9- le ricadute. 10- il fatto che gli attacchi di panico comunque non se ne andavano, e questo mi ha un po' demoralizzato sotto certi aspetti. Sì, sicuramente erano migliorati, mi venivano meno frequentemente, sapevo gestirli meglio, ma non è che fossero scomparsi. 12- Il disturbo, perché comunque non si risolveva (...) il cardine era quello, io avevo fatto la terapia con l'obiettivo di togliere quello, del resto non me ne fregava niente
9	assunzione di farmaci (ansiolitici e antidepressivi)	9- l'intervento del mio medico di base, che più volte mi ha proposto di ricominciare ad assumere farmaci e quindi questo un po' andava contro quello che era il senso della psicoterapia, però, nello stesso tempo, io mi sentivo male e quindi cedeva a questa cosa, poi subentrava il senso di colpa, perché sapevo che comunque per la dottoressa non erano più necessarie, anche perché comunque io avevo attacchi di panico nonostante gli antidepressivi e gli ansiolitici
9	giudizio altrui sull'iniziare la psicoterapia	9- inizialmente il giudizio delle persone che mi circondavano, solo inizialmente, perché poi va beh ho imparato a fregarmene e poi forse hanno anche smesso di giudicare perché hanno visto i cambiamenti che ho fatto, era evidente, non potevano più...
11	manca di coinvolgimento nel terapeuta	11- Questa mancanza di coinvolgimento (...) almeno io ti guardo e tu mi guardi, non che io ti guardo e tu guardi l'orologio, guardi il cellulare, o semplicemente non mi guardi, perché anche il guardare una persona crea comunque una relazione, questo: io non sto dietro una scrivania, io sto qua, lì mi sembrava un'interrogazione, lei dall'altra parte della scrivania e io qua
11	terapeuta non favorisce l'apertura del paziente	11- Ti manca una guida, che poi alla fine è questo, perché se potessi farti le domande e rispondermi da sola, probabilmente non avrei bisogno di qualcuno che mi fa le domande giuste
11	manca di fiducia nel terapeuta	11- la mancanza di fiducia

12	percorso troppo intellettuale-filosofico	12- A volte diventava troppo filosofico, troppo noioso, sembrava troppo intellettuale come percorso
13	approccio "morbido" del terapeuta	13- lui avendo questo approccio piuttosto morbido nei confronti di determinate cose, in particolare per le relazioni, (...) Mi è capitato poi di incontrare altri terapeuti che avevano un atteggiamento più distaccato e hanno saputo portarmi a fare delle cose particolari, questo discorso del conflitto, che con XXX non ero arrivato a fare
13	terapeuta non ha sostenuto il conflitto tra paziente e il padre	13- una cosa che non mi ha fatto fare, e che invece dopo ho dovuto fare, è stata quella di confliggere con mio padre, era un passaggio obbligato, l'ho capito adesso
14	terapeuta uomo	14- il fatto che il terapeuta fosse un uomo in certi momenti... Però è una cosa... Sicuramente mi sono resa conto che era un aspetto che c'era, di non sentire quell'empatia che ovviamente magari sarebbe stata possibile con una persona dello stesso sesso
14	terapeuta non sente il problema con la stessa gravità del paziente	14- per quanto riguarda la scelta, che era una cosa che io vivevo come una cosa grandissima, mi ricordo che invece il terapeuta a volte, mi rendeva conto, mi chiedeva cose così, come se fosse una cosa... non così grave come la sentivo io (...) a volte, quando io ero particolarmente preoccupata, eccetera, che dava l'idea di non essere completamente compreso questo aspetto qua
14	terapeuta non ricorda alcuni dettagli	14- vedere che magari uno si era dimenticato di qualcosa che per me era invece saliente (...) magari lì per lì mi inibiva un po' ad andare avanti, perché dicevi "cavolo, se non si ricorda questa cosa qui, cioè non so se mi ha ascoltato bene l'altra volta"
15 - 17	non voler affrontare alcuni argomenti	15- Ogni volta che iniziavamo il lavoro su una determinata corsa, per dire, prendere coscienza del mio aspetto fisico, l'accettazione di sé, per me erano tutte cose che mi facevano andare in crisi, cioè io non volevo accettare tante cose, non volevo ammettere tante cose, ma che erano pregi e difetti (...), e quindi questi argomenti un po' scottanti mi facevano tirar su un muro. (...) a volte sentivo proprio un rifiuto di affrontare certe cose, sentivo proprio che... o anche un senso di soffocamento perché dicevo "no, no, passiamo al resto, non facciamola questa, non affrontiamo questo punto". 17- anche per alcune domande sentivo un po' di disagio, come se volessi andare avanti, sorvolare (...) alcune domande mi hanno dato fastidio, hanno creato pensieri sgradevoli che mi sono ritornati in mente
15	non mettere in pratica quanto concordato con il terapeuta	15- io andavo via con un proposito, per dire, provare a fare questa cosa, e poi tornavo e non l'avevo fatta, "la prossima volta provi a fare quella cosa finché non l'hai fatta" (...). tante volte arrivavo col fatto di dire "no non ce l'ho fatta, non ce l'ho fatta" e allora lì, anche lì era pesante, perché comunque un po' mi rendevo conto che doveva mettermi sotto torchio, perché poi diceva: "ma perché? Perché non lo vuoi fare? Perché non lo vuoi affrontare?" E comunque ti costringe ad un certo momento ad affrontarlo; erano cose da fare concretamente, tipo andare in palestra, il fatto di mettermi in gioco, il fatto di sperimentare prevalentemente me stessa
15	sensi di colpa	15- Un senso di colpa che mi affliggeva, che appunto ogni volta mi scatenava l'odio nei confronti dei miei genitori, poi c'era subito il senso di colpa che mi faceva sentire un verme per quello che provavo, e questa cosa dei sensi di colpa anche sono stati uno scoglio duro, impervio, che si è sciolta alla fine
16	difficoltà iniziale ad aprirsi	16- All'inizio ovviamente è sempre difficile, quando poi si è così in crisi (...) non è così facile subito d'acchito cominciare ad aprirti
16	cominciare a cambiare qualcosa	16- è sempre difficile (...) cominciare a mettere la prima... (...) Se io sono andata a chiedere aiuto era perché sapevo che dovevo cambiare qualcosa
17	parlare spesso di situazioni negative per il paziente	17- parlando spesso di determinate situazioni: rimarcare sempre queste situazioni mi ha creato un po' di disagio
17	dare importanza a episodi negativi per il paziente	17- in alcune sedute mi ha dato fastidio il dare importanza a questi brutti episodi, questo mi ha rallentato un po', secondo me è stato come, poi non lo era, dare importanza a cose che non volevo neanche pensare, e questo riportare alla mente e in più dare importanza, capire gli errori che avevo commesso io, che non accettavo, questo mi ha rallentato un bel pochetto, perché mi ha bloccato

§ 3.5 GLI EVENTI UTILI INDICATI DAI TERAPEUTI

Anche per quanto riguarda i dati raccolti dai terapeuti, si è proceduto con la medesima analisi. Gli **eventi utili** indicati sono stati **58**, a cui se ne aggiungono 2, non registrati nella scheda degli eventi utili, ma considerati nell'analisi delle *meaning units*. Analizzando gli eventi utili sono state individuate **13 categorie** in cui è possibile suddividerli, ma, anche in questo caso, si riconosce che esse non possono essere considerate mutualmente esclusive:

- ✓ aspetti legati alla “tecnica”: 12 citazioni
- ✓ consapevolezza nuova del paziente: 7 citazioni
- ✓ relazione terapeutica / alleanza terapeutica / transfert: 6 citazioni
- ✓ progressi del paziente visibili nell'esperienza quotidiana: 6 citazioni
- ✓ caratteristiche personali del paziente: 5 citazioni
- ✓ motivazione elevata del paziente / collaborazione: 5 citazioni
- ✓ adattamento del *setting* al paziente / rispetto dei tempi del paziente: 4 citazioni
- ✓ il terapeuta è un modello / un punto di riferimento per il paziente: 3 citazioni
- ✓ condivisione di un *background*: 3 citazioni
- ✓ psicoterapia come spazio per parlare dei problemi: 2 citazioni
- ✓ contrastare i comportamenti disfunzionali del paziente: 2 citazioni
- ✓ situazioni contestuali favorevoli: 2 citazioni
- ✓ soluzione del sintomo: 1 citazione.

Gli eventi ostacolanti appartenenti alle diverse categorie sono descritti nella tabella a pagina 68.

Le valutazioni degli elementi più utili tra quelli indicati non si sono concentrate in poche categorie, bensì risultano spalmate su un buon numero di esse: 4 terapeuti hanno considerato gli *aspetti legati alla “tecnica”* come più importanti degli altri; a seguire anche la *motivazione elevata / la collaborazione del paziente* risulta decisamente rilevante (indicata da 3 terapeuti); 2 preferenze sono state attribuite rispettivamente sia alla *consapevolezza nuova* del paziente, all'*evidenza dei progressi* del paziente, alle sue *caratteristiche personali*; infine solo 1 scelta ha riguardato rispettivamente la *relazione terapeutica*, la *psicoterapia come spazio per parlare del problema*, la *soluzione del sintomo* e il *contrastare i comportamenti disfunzionali*, quale evento più utile.

Dalla rilettura delle trascrizioni delle interviste e terapeuti, sono emerse **53 meaning units** (descritte a pag. 70), riconducibili a **4 core categories**, quasi tutte composte da categorie concettuali:

- ✓ aspetti relativi al paziente (24 MU); categorie descrittive: progressi del paziente (categorie concettuali: riduzione del sintomo, nuova consapevolezza, contrastare i

comportamenti disfunzionali, evidenze esterne del progresso); caratteristiche personali del paziente (motivazione elevata, collaborazione, apertura, caratteristiche personali, tipologia di occupazione, disturbo non marcato)

- ✓ elementi legati alla “tecnica” (17 MU); categorie concettuali: azioni del terapeuta, conoscenze, adattamento del setting, rispetto dei tempi del paziente, atteggiamento;
- ✓ la relazione terapeutica (9 MU); categorie concettuali: alleanza terapeutica, transfert, relazione terapeutica, psicoterapeuta è punto di riferimento, terapia come spazio per il dialogo, background condiviso;
- ✓ fattori contestuali facilitanti (3 MU); categorie concettuali: vicinanza geografica, relazione col partner, buona salute.

		EVENTI UTILI INDICATI														
TERA- PEUTA	PAZIEN- TE	Evento 1	conseguenza	UTILITA'	Evento 2	conseguenza	UTILITA'	Evento 3	conseguenza	UTILITA'	Evento 4	conse- guenza	UTILITA'	Evento 5	conse- guenza	UTILITA'
A-AC	3-SM	carisma del terapeuta		4	validazione dei vissuti	contrastare il senso di inadeguatezza	4	transfert e idealizzazione del terapeuta		2						
A-AC	6-TQ	transfert	sviluppo di un'emotività positiva	2	riflessione intelligente comune	collaborazione e sviluppo di ipotesi terapeutiche autonome	4	background contestuale condiviso	crea feeling, aiuta la comprensione	4						
A-AC	8-BF	risoluzione del sintomo	determina forte relazione terapeutica	4	forte relazione terapeutica	fiducia e disponibilità ad aprirsi	4	desiderio di uscire dalla situazione problematica		4						
B-IB	4-CQ	dare un compito per seguire un percorso	verificare come sono le cose in realtà / favorire il cambiamento	4	incontro con nuovo fidanzato		3	lavoro del paziente basato sulle relazioni		3	Andare allo spettacolo in cui il paziente recitava		2			
B-IB	7-RZ	continuità nella frequenza		3	terapeuta è punto di riferimento		4	neutralità del terapeuta rispetto al problema presentato		4	incontro con paziente e compagna		3	vicinanza geografica		3
D-DL	1-HG	consapevolezza della discrepanza tra sé ideale e sé reale		4	necessità di continuare la terapia anche se il paziente vuole terminare	consapevolezza che occorre continuare	4	confronto tra periodo in cui il paziente era dipendente e l'oggi	sofferenza	2						
D-DL	10-CE	consapevolezza sullo shopping compulsivo		3	non ricorrere a chirurgia estetica	rendere il paziente più funzionale	2	lavoro sull'assertività		4	tecniche di rilassamento		2	limitare la dipendenza da farmaci (benzodiazepine)		4
D-DL	9-ZP	alleanza terapeutica	fiducia	4	inutilità delle benzodiazepine		3	ridefinizione della diagnosi		4	alta motivazione del paziente		2	(fiducia nel terapeuta)		
E-SF	12-OV	bisogno di un'appartenenza forte	garanzia di fedeltà	4	secondo matrimonio	volontà di impegnarsi di nuovo	3									
E-SF	13-LS	raggiungimento della laurea e conseguimento del master	raggiungere un obiettivo	4	matrimonio		3	inserimento lavorativo nell'azienda di famiglia	riuscire a reggere il rapporto col padre	3						
E-SF	14-RD	valorizzare / far rivivere i momenti in cui la disfunzione non si presentava		2	chiarimento di obiettivi / desideri del paziente		2	metaconversazioni e di carattere psicologico	far comprendere i concetti al paziente-psicologo	2						

F-NP	15-UB	desiderio del paziente di stare bene	genera collaborazione elevata	4	atteggiamento positivo del terapeuta		3	terapeuta rappresenta un modello per il paziente		2	terapeuta e paziente sullo stesso piano		2	disturbo non marcato		4
F-NP	16-PA	avere uno spazio in cui il paziente possa aprirsi		4	conoscenza personale pregressa c/o UNITRE		3	tregua dai problemi fisici		2	dare ordine alla storia personale		3			
C-OQ	5-LA	consapevolezza nel paziente di non vivere sempre nella realtà		3	telefonata in vacanza per chiedere un terapeuta per il compagno	ridefinizione della relazione tra paziente e compagno	3									
C-OQ	2-EB	caratteristiche personali del paziente (età, personalità)	fiducia nel terapeuta che possa essere d'aiuto	2	paziente porta contenuti ed esempi dei sintomi	fiducia nel terapeuta che possa essere d'aiuto	3	spazio per parlare di un problema particolare		3						
G-TE	11-LN	linguaggio metaforico	arginare la razionalità del paziente	4	rispettare i tempi del paziente		3	modificare il setting	adeguarlo alle necessità del paziente	2	(paziente attivo sul lavoro terapeutico)					
G-TE	17-ER	ascolto		4	linguaggio metaforico		2	adattarsi agli orari di lavoro del paziente		3						

LEGENDA

	aspetti legati alla "tecnica"		caratteristiche personali del paziente		condivisione di un <i>background</i>		soluzione del sintomo
	consapevolezza nuova del paziente		motivazione elevata del paziente / collaborazione		psicoterapia come spazio per parlare dei problemi		
	relazione terapeutica / alleanza terapeutica / transfert		adattamento del <i>setting</i> / rispetto dei tempi del paziente		contrastare i comportamenti disfunzionali del paziente		
	progressi del paziente visibili nell'esperienza quotidiana		il terapeuta è un punto di riferimento per il paziente		situazioni contestuali favorevoli		

grassetto evento più utile

MEANING UNITS EVENTI UTILI - TERAPEUTI		
intervista	MU 1	trascrizione
A	carisma del terapeuta	A- la mia carica carismatica
A	esperienza del terapeuta nelle difficoltà nello studio	A- l'esperienza con i disturbi nella sfera dello studio, che hanno permesso di riavviarla sotto profilo dell'Università
A	validazione dei vissuti del paziente	A- l'attività di validazione dei suoi vissuti, (...) una validazione del paziente atta a contrastare il senso di inadeguatezza, avviene principalmente rivisitando le tematiche di inadeguatezza e cercando di ridimensionare la negatività delle attribuzioni del paziente
A- A	transfert	A- un ampio transfert, nel senso di una dimensione emotiva da parte sua un po' idealizzata, forse anche con una carica affettiva, che in alcuni momenti non è stato facile gestire, anche se non si è mai concretizzata, (...) comunque abbastanza organizzata da essere utilizzabile a livello terapeutico / qui siamo in una situazione di seduttività un po' caratteriale, (...) sicuramente ha creato un'emotività positiva
A	riflessione intelligente comune	A- la dimensione del condividere un'intelligenza comune e quindi una riflessione comune sui problemi (...). entrambi si collabora ad una definizione del problema e ad una creazione di possibilità terapeutiche, strategiche, e in questo empirismo collaborativo si deve partire dal presupposto che la persona è esperta, capace, competente; lei (...) ne ha tratto un forte spunto e spesso questo ha aiutato ad uno sviluppo di sue autonome ipotesi terapeutiche
A	background contestuale di riferimento	A- un grosso background di riferimento: nel senso che tutti e due eravamo di YY, tutti e due proprio nati a 100 m di distanza, conoscere proprio gli stessi bar, gli stessi posti, è un elemento di background che dà molto feeling e questo secondo me aiuta a capire
A	soluzione del sintomo	A- riuscire a risolvere il sintomo, perché in lei, oltre a una fiducia sulle capacità tecniche del terapeuta, ha prodotto anche (...) una forte relazione terapeutica
A - D	forte relazione terapeutica / alleanza terapeutica	A- una valutazione così crea anche una capacità di aprirsi, raccontare tutto, fidarsi. D- L'alleanza terapeutica fortissima
A - F	desiderio del paziente di uscire dalla sua situazione	A- un fortissimo desiderio di migliorare e di uscire dalla situazione. F- la voglia di star bene, in qualche modo lei aveva proprio il desiderio di liberarsi da un fardello
B	dare un compito tra le sedute	B- Io in genere dopo il momento terapeutico do sempre un compito tra virgolette, per me è importante che, finito questo, lei abbia un obiettivo, prima di vederci nella seduta successiva, di fare delle verifiche, mettere in atto dei comportamenti che io prescrivo (...). è seguire un percorso, ed io penso che questo abbia giocato molto, perché lei in questo si confrontava, verificava che le cose stavano così (...). Questo ha favorito anche il cambiamento. (...) per me è il termometro della collaborazione, cioè io, da come il paziente mi lavora durante la settimana, ho il ritorno della terapia
B	incontro con nuovo fidanzato	B- Sicuramente l'incontro che poi ha avuto con questo ragazzo col quale adesso si sta sposando, sicuramente avere incontrato la persona
B	lavoro che ha a che fare con la relazione	B- Forse il fatto che lei si svolge un'attività relazionale, perché è insegnante di scuola dell'infanzia, per cui il fatto che faccia questo lavoro relazionale sicuramente può aiutare
B	il terapeuta accetta di vedere il paziente nella sua attività teatrale	B- Poi anche io una volta ho accettato il suo invito, perché lei è in una scuola di teatro, (...) c'era un invito; e io una sera sono andato con mia moglie ad assistere a questo spettacolo. (...) penso che comunque abbia contribuito, può avere avuto una sua utilità il fatto che lei abbia visto che io sia andato lì, anche fuori dalla terapia, cioè "vuoi vedermi all'opera?"
B	continuità nella frequenza	B- Mah, la continuità, secondo me (...). La regolarità, lui proprio voleva a tutti i costi andare avanti su questa cosa
B	terapeuta è punto di riferimento per il paziente	B- aveva trovato in me un punto di riferimento notevole, questo secondo me ha giocato molto
B	neutralità del terapeuta rispetto al problema presentato	B- l'aspetto della neutralità che io avevo: io gli ho fatto capire che io non stavo dalla sua parte o dalla parte di lei, io stavo dalla parte di una relazione di coppia che deve essere matura
B	seduta con paziente e compagna	B- una volta abbiamo fatto un incontro insieme, è venuta anche lei, per mettere a punto la situazione, (...) anche perché aveva già fatto un lavoro con me, già la conoscevo. Anche il fatto, tante volte io ho dei pazienti dove lei proprio tentava di manipolare, e io ho visto proprio, infatti ho sottolineato alcune interazioni che loro hanno avuto qui in studio, facevo capire che lei assumeva un ruolo di volerlo sottomettere,
B	vicinanza geografica	B- la distanza tante volte... invece il fatto che lui abitasse qui a 20 minuti, questo sicuramente può aiutare
D	consapevolezza della discrepanza tra Sé ideale e reale	D- ho chiesto a XXX chi era e chi voleva essere, e c'era un'ambivalenza tra chi era all'inizio della terapia e chi avrebbe voluto essere, quindi un Sé ideale (...). c'è stata inizialmente una fase dove XXX ha poi riconosciuto i vantaggi dell'astinenza e l'ha attuata
D	necessità di proseguire la terapia nonostante il paziente volesse smettere	D- importante è stato il momento in cui io ho dovuto ridefinire completamente i termini della psicoterapia, perché, dopo una prima fase, (...) si sentiva molto forte, (...) voleva abbandonare la terapia (...) ho chiacchierato con lui rispetto alla necessità di andare più a fondo per mantenere i benefici a lungo termine, non a breve termine, perché non era tanto difficile smettere la sostanza, quanto il mantenimento dell'astinenza
D	confronto tra periodo in cui il paziente era dipendente e l'oggi	D- Ho fatto portare a XXX delle foto di quando era ragazzo, ed era sotto uso di sostanze, (...) e abbiamo visto la differenza tra il prima e il dopo la cocaina, e ho visto la sofferenza del ragazzo riguardando quelle foto e non riconoscendosi più nella caratteristica di quella persona che vedeva

D	consapevolezza dello shopping compulsivo	D- L'acquisire consapevolezza rispetto al suo shopping compulsivo, perché lei non aveva bene capito di che entità, rispetto alle sue possibilità economiche, fosse la sua tendenza ad avere proprio le mani bucate. Questo è stato fatto solo attraverso un quaderno contabile
D	non ricorrere a chirurgia estetica	D- L'aver concordato che non avrebbe ricorso a operazioni di chirurgia estetica o a trattamenti permanenti per sentirsi meglio. Questo l'ha portata a capire che non era quello che poteva darle una certa sicurezza (...). Questo con lo scopo di avere un individuo più funzionale
D	lavoro sull'assertività	D- il lavoro sull'assertività, perché era spesso improntata ad agire o completamente in modo passivo, magari al lavoro (...), o aggressivamente, come spesso accadeva nei confronti del marito, (...) sfociando poi in sentimenti di sensi di colpa, inadeguatezza o ansia, a posteriori
D - D	limitare dipendenza da farmaci (benzodiazepine)	D- il lavoro sullo Xanax (...): farle capire che non aveva bisogno delle pastiglie, che erano coperte di Linus. D- Farle capire che il suo benessere non passava attraverso la pastiglietta di Xanax, perché comunque gli attacchi di panico li aveva uguali e anche l'ansia, come se non prendesse niente
D	fiducia nel terapeuta	D- la fiducia che comunque aveva sia nei miei confronti come essere umano sia come percorso, l'orientamento, le tecniche, le proposte, la fiducia insomma
D	ridefinizione della diagnosi	D- La diagnosi finale che ho cambiato in corso (...): mentre pensavo fosse solamente un caso di ansia generalizzata con attacchi di panico, dietro questo ho scoperto (...) l'ipocondria grossa, ben mascherata
D	elevata motivazione del paziente	D- Forse però anche questo ha aiutato, la motivazione: perché non era un aiuto dovuto, ma era lei che doveva investire su di sé, quindi il passaggio dal CPS allo studio privato
E	volontà e determinazione del paziente	E- mi aveva molto colpito la sua volontà e la sua determinazione ad entrare nell'Accademia Militare, dalla quale poi egli era stato scartato (...), e questo aveva rappresentato per lui un grande intoppo, una ferita che non riusciva ad accettare
E	bisogno del paziente di un'appartenenza forte	E- è stato utile per capire come lui avesse bisogno di un'appartenenza forte, (...) quindi ero sicuro di una certa fedeltà, come certi militari che sono fedeli nei secoli, lui resta fedele all'autorità
E	preparazione del secondo matrimonio	E- il secondo matrimonio, celebrato in Comune, tra l'altro mi aveva fatto molto pensare, aveva fatto tutte le letture del Vangelo e della messa, questo voleva dire che c'era anche una volontà di sposarsi, di impegnarsi di nuovo e di trovare una soluzione originale
E	raggiungimento di obiettivi concreti	E- Un modo in cui io cerco di lavorare è di accompagnare il lavoro ermeneutico, il colloquio, la relazione terapeutica con dei fatti esterni di supporto, che è raggiungere l'obiettivo della laurea, l'inserimento lavorativo, il master, il matrimonio, cioè il percorrere le tappe della vita che ti portano ad essere percepito prima di tutto da te come uno che è in grado di raggiungere gli obiettivi
E	inserimento lavorativo nell'azienda di famiglia	E- c'è stato tutto il supporto dell'inserimento lavorativo, (...) perché il padre continuava a spadroneggiare su di lui e su tutti. (...) ha accettato un poco anche l'umiliazione, per lui era molto umiliante come il papà lo trattava
E	far rivivere / valorizzare i momenti in cui la disfunzione non si presentava	E- Valorizzare e far rivivere i momenti in cui aveva vissuto questo piacere (...) per capire quali erano gli elementi di contesto che la portavano ad avere questo benedetto orgasmo
E	chiarimento degli obiettivi / desideri del paziente	E- l'aspetto invece della scelta era di cercare di capire se lei voleva un'approvazione sociale del compagno, presso la sua cittadina... cioè una scelta del partner in relazione ai bisogni personali, non sociali
E	metacomunicazione per far passare i concetti	E- credo che una cosa che aiutasse, di tanto in tanto, erano i riferimenti alla futura attività professionale, perché cercando di spiegarli a lei come futura professionista, speravo che li capisse come paziente e come persona, parlavo a suocera perché nuora intendeva
F	atteggiamento positivo del terapeuta	F- la mia positività
F	terapeuta rappresenta un modello per il paziente	F- un po' lei mi ha preso come modello, secondo me; lei arrivava in un momento in cui era anche trascurata, non aveva voglia di fare, si vedeva brutta, si vedeva che arrivava anche in tuta, struccata, senza...io invece va beh ero normale, per cui mi ha un po' preso come modello, io mi curavo, mi vestivo
F	rapporto paritario col paziente	F- la semplicità in cui ci riconoscevamo, nel senso che io non mi sono mai posta come la sputella di turno, ma ero qualcuno con cui poteva collaborare per stare meglio, e questo lei l'ha recepito e si sentiva penso (...) in qualche modo sullo stesso piano, con io un bagaglio di esperienza e di conoscenze diverso che poteva servirle come aiuto, però non c'era lo stacco del "io ho la verità in tasca e tu invece sei quella che deve attingere da me"
F	disturbo non marcato	F- Lei non aveva un disturbo grosso, era un po' una difficoltà nel relazionarsi con gli altri, più che un disturbo depressivo, piuttosto che ansioso, (...) non era una gravità molto grossa, si era compromessa ma parzialmente, arrivava da una situazione non particolarmente drammatica
F - C	spazio in cui il paziente possa aprirsi	F- uno spazio tutto suo in cui tirar fuori quello che doveva, lei non ha problemi a parlarne, però era in una fase in cui si era molto chiusa con tutti, e quindi di avere una persona a cui poter raccontare tutta la sua vita, anche con un'ottica comunque di avere degli aiuti. C- Anche solo il fatto di poterne parlare, perché è un altro problema era "con chi parlo di queste cose? Perché nessun amico potrà capirmi", il fatto che non fosse qualcosa di segreto, da nascondere, ma qualcuno con cui poter avere un alter ego, con cui poter confrontare queste incertezze
F	conoscenza pregressa	F- Il fatto che mi conoscesse già come insegnante, forse già le avevo passato qualcosa nelle lezioni, che comunque sono lezioni e non certo terapia, ma magari qualche messaggio o qualche suggerimento
F	tregua dai problemi fisici	F- anche un momento di tregua, perché poi quando è venuta apparentemente, a parte i suoi normali acciacchi, non era successo nulla di particolare a livello fisico, non aveva avuto peggioramenti
F	dare ordine alla storia personale del paziente	F- l'ha aiutata, nel raccontarlo, il poter dare un ordine a tutta questa situazione un po' confusa

C	consapevolezza del paziente di non vivere sempre nella realtà	C- mi sembrava che mi portasse una situazione dove, in qualche modo, lei non mi raccontava qualcosa di estremamente reale, ma come se lei si trovasse all'interno di una bolla (...). erano i momenti in cui lei diceva che si sentiva viva, ma erano proprio gli stessi momenti di cui poi si lamentava, perché non avendo continuità nella vita reale, le davano questa idea di disperazione, (...) e quindi anche sentimenti di depressione. Ricordo questa immagine che ho usato, è stata molto importante per lei, è come se l'avesse aiutata a capire sia perché li riteneva così importanti, sia la vacuità, la poca aderenza
C	ridefinizione della relazione tra paziente e compagno	C- una telefonata che lei mi fece in vacanza, (...) per chiedermi l'indirizzo di un terapeuta per la persona per la quale lei aveva così tanto amore, (...) non sapevo collocare (questa telefonata), sapevo solo che avrebbe cambiato qualcosa di profondo, però dovevo aspettare di incontrarla a settembre, (...) questa dinamica che era avvenuta in vacanza aveva portato comunque una chiarificazione ulteriore dentro di lei, di cui lei mi ha fatto vedere solo il particolare della telefonata
C	caratteristiche personali del paziente	C- Forse delle caratteristiche generali: l'età, che reputo un'età favorevole, né troppo giovane ma ancora giovane. Anche una caratteristica sua, di essere una persona, mi viene da dire, pulita, un giovane che, nonostante questa certa sofferenza che portava, non ho avuto l'impressione che fosse un ragazzo né debole, né sprovveduto, cioè sufficientemente fiducioso per ascoltare, per venire a mettersi in discussione. Io avvertivo che forse dava fiducia a me, nel pensare che avrei potuto fare qualcosa per lui
C	paziente porta contenuti ed esempi dei sintomi	C- Un aspetto positivo è stato questo suo cercare di portare abbastanza contenuti, cioè fare esempi dei suoi sintomi, che erano estremamente vari. (...) questa apertura a tutto campo mi è sembrata favorevole per poter entrare in tutti gli ambiti della sua vita. Perlomeno, era come se io pensassi "da qualche parte riuscirò pure"
G - G	uso di un linguaggio metaforico	G- ho utilizzato un linguaggio molto metaforico perché lei era estremamente razionale, estremamente intelligente, quindi combattere sul suo terreno era una battaglia persa, (...) non rendendosi conto che proprio questa razionalità era quella che poi la infangava, (...) quindi utilizzavo molto le analogie, le metafore. G- Anche con lui è stato usato molto anche un linguaggio metaforico perché è proprio tipico del nostro modello, (...) abbiamo fatto questo movimento del 'come se'
G	rispettare i tempi del paziente	G- rispettare i suoi tempi di gestione (...). 3 settimane dopo lei era arrivata con un'illuminazione tipo, ah ma sai YYY, che io ho pensato che..., e, dico, ma guarda questa glielo avevo detto io l'altra volta
G	adattare il setting al paziente	G- la terapia strategica era una volta ogni 15 giorni ma poi immancabilmente diventavano 3 settimane se non addirittura 4, quindi anche questo piegare un attimino il setting perché persone come XXX devono avere il controllo (...), avevo deciso di rischiare, quindi ho detto "vabbè vediamo, entro determinati limiti lasciandole un po' di spazio, quanto se ne approfitta"
G	paziente è attivo	G- lei faceva di tutto perché era una ragazza molto attiva e quindi ogni cosa che lei portava come novità o come esperienza veniva utilizzata in seduta per portare avanti il lavoro terapeutico
G	ascolto	G- con lui è stato molto utile l'ascolto (...), grandi momenti in cui comunque lui parlava, tirava fuori il suo dolore le sue preoccupazioni, stavo anche un dieci minuti senza dire niente
G	terapeuta si adatta agli orari del paziente	G- l'adattamento agli orari di lavoro

§ 3.6 GLI EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAGLI PSICOTERAPEUTI

Gli **eventi di ostacolo** richiamati dai terapeuti sono stati **37**, ad essi se ne possono aggiungere tre non dichiarati esplicitamente, ma identificabili da una lettura successiva delle trascrizioni, e inseriti nell'analisi relativa alle *meaning units*. Essi sono suddivisibili in **8 categorie**:

- ✓ influenza delle persone significative per il paziente: 6 citazioni
- ✓ atteggiamenti ostacolanti / resistenze del paziente: 6 citazioni
- ✓ carenze del terapeuta nelle conoscenze / nella tecnica: 6 citazioni
- ✓ situazioni contestuali ostacolanti: 5 citazioni
- ✓ paziente pressante / dipendente: 5 citazioni
- ✓ emozioni negative verso il paziente / il suo atteggiamento: 4 citazioni
- ✓ scarsa capacità di analisi / introspezione del paziente: 3 citazioni
- ✓ non completa remissione del sintomo: 2 citazioni

Gli eventi ostacolanti appartenenti alle diverse categorie sono descritti nella tabella a pagina 74.

Nella valutazione degli eventi che più sono risultati di ostacolo per i percorsi svolti, i terapeuti hanno indicato, in particolare, alcune delle categorie sopra menzionate: *influenza delle persone significative per il paziente*, *atteggiamenti ostacolanti / resistenze del paziente*, *carenze del terapeuta nelle conoscenze / nella tecnica* (indicate ciascuna da 4 psicoterapeuti); a queste segue il fatto che il *paziente sia troppo pressante / dipendente* (2 indicazioni), mentre un solo terapeuta ha fatto riferimento a *situazioni contestuali ostacolanti* e alla *non completa remissione del sintomo*.

Dall'analisi delle **40 meaning units** (descritte a pag. 76), inoltre, sono state individuate 14 categorie concettuali, riconducibili a **4** principali **core categories**:

- ✓ caratteristiche del paziente (17 MU); categorie concettuali: scarsa analisi / introspezione, atteggiamenti / modi di essere, dipendenza / richieste eccessive, resistenze, sintomatologia particolare / non risolta
- ✓ influenza esterna (11 MU); categorie concettuali: storia familiare, influenza di persone significative, eventi esterni ostacolanti
- ✓ “inadeguatezza” del terapeuta (6 MU); categorie concettuali: conoscenze limitate, scarsa esperienza, limiti della “tecnica”, mantenimento della chiarezza sugli obiettivi
- ✓ relazione paziente-psicoterapeuta (6 MU); categorie concettuali: emozioni negative verso il paziente, difficoltà nella gestione della relazione, transfert ambivalente.

EVENTI OSTACOLANTI INDICATI													
TERA- PEUTA	PAZIE- TE	Evento 1	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 2	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 3	conseguenza	IMPEDIM ENTO	Evento 4	conseguenza	IMPEDI MENTO
A	3-SM	transfert		2	dipendenza del giudizio di Sé dallo stato emotivo	scarsa metacognizione	3						
A	6-TQ	permalosità del paziente	rischio di sbagliare le parole	4	ambivalenza del transfert		3						
A	8-BF	colloqui esterni fatti al NOA col fidanzato	ricevuti giudizi superficiali	2	storia famigliare	ha radicato il senso di indegnità	4						
B	4-CQ	influsso della famiglia di origine		3	non comprendere alcune situazioni		2	circostanze contingenti		2			
B	7-RZ	influenza della compagna		3	situazione lavorativa	stress elevato	3						
D	1-HG	prima esperienza con problema di dipendenza	incertezza del terapeuta	2	superficialità del paziente (arrivare tardi, non fare i compiti)		3	paziente sottovaluta il suo consumo di alcol	non si accorge che la dipendenza si trasforma	2	basso livello di consapevolezza e analisi	difficile esplorare emozioni, ricordi, infanzia	3
D	10-CE	atteggiamento vittimistico del paziente	blocca e dà l'alibi per non far nulla	4	scarsa pazienza del terapeuta (non manifesta)		3						
D	9-ZP	errore diagnostico	senso di smarrimento e inadeguatezza nel terapeuta	3	richieste di aiuto pressanti fuori dalla seduta		2						
E	12-OV	ripetitività delle sedute	noiosità	2	paziente un po' "inquadrato"	soluzioni meccanicistiche	2						
E	13-LS	conversazioni via e-mail	peso e lavoro per il terapeuta	3									
E	14-RD	non possedere tecniche specifiche per il problema del paziente		2	imbarazzo per il tema presentato		2						
F	15-UB	situazione famigliare	rovinava il lavoro	2	esperienze relazionali negative vissute durante la terapia	blocco, riemergere dell'insicurezza	3	eccessiva empatia del terapeuta	scarso distacco	2	(ritorno dell'ex fidanzato)		
F	16-PA	ruolo attribuito al paziente dai famigliari		3	controllo del figlio sul comportamento del paziente		4	piccoli problemi fisici verso il termine del trattamento		2	(non definire il motivo del consumo di alcol)		

C	5-LA	insofferenza del terapeuta per l'altalenanza del paziente	difficoltà del terapeuta a rimanere lucido rispetto agli obiettivi	2	dipendenza del paziente dal terapeuta		3	(atteggiamento quasi seduttivo del paziente)					
C	2-EB	ritorno del sintomo		3	il paziente non si sente un soggetto adeguato per una terapia		1	angoscia di morte del paziente		3			
G	11-LN	rigidità intellettuale del terapeuta come reazione alla rigidità del paziente		2									
G	17-ER	difficoltà a comprendere alcune credenze del paziente legate al background culturale		1									

LEGENDA

	influenza delle persone significative per il paziente		situazioni contestuali ostacolanti		scarsa capacità di analisi / introspezione del paziente
	atteggiamenti ostacolanti / resistenze del paziente		paziente pressante / dipendente		non completa remissione del sintomo
	carenze del terapeuta nelle conoscenze / nella tecnica		emozioni negative verso il paziente / il suo atteggiamento		

grassetto evento più di ostacolo

		MEANING UNITS EVENTI OSTACOLANTI
intervista	MU	trascrizione
A - A	transfert ambivalente	A- paradossalmente il transfert, chiamiamolo in questo modo, che in alcuni momenti davvero non ha aiutato, (...) perché quasi la terapia è virata verso quasi una discussione sotto soglia su questo / il transfert è stato un po' ambivalente anche lì, (...) le piace definire le sue infedeltà (...) e a uno gli viene in mente che a questa iconografia (lei) aggiungerebbe anche per il gusto di dire "io vado a letto con..., con... e pure con il mio psicologo"
A	dipendenza del giudizio di Sé dallo stato emotivo	A- lei ha molta difficoltà a mantenere la metacognizione in momenti di umore basso, cioè lei passa immediatamente ad un giudizio di completa svalutazione di sé e la connessione con i suoi vissuti dei momenti di umore un po' più alto è estremamente difficile (...). La cosa maggiormente di ostacolo è stata la dipendenza dallo stato emotivo, quindi lo stato emotivo dipendeva dalle variazioni della depressione e il suo giudizio di sé globale era estremamente dipendente da questo Stato emotivo
A	permalosità del paziente	A- L'estrema permalosità, per cui era come camminare sulle uova, (...) in una personalità dove la dimensione più classicamente nevrastrica era assolutamente presente, (...) soprattutto nei momenti di cattivo umore, e lì proprio la parola sbagliata era pericolosa, perché ti spaccava una seduta
A	colloqui psicologici esterni	A- l'essere andata al Nucleo Alcolologia per il fidanzato, quindi diciamo colloqui esterni, perché ha ricevuto dei giudizi superficiali, che è stato difficile... dai quali non potevo prescindere, perché le avevano detto di tutti i colori, basati su due colloqui di lei e il fidanzato
A - F	storia famigliare / situazione famigliare	A- la storia familiare che radica profondamente in lei il senso di indegnità. (...) Davanti ad una storia familiare, la cui sintesi, condivisa fra l'altro, è "i ZZZ sono tutti matti", chiaro che questo non aiuta la percezione di sé come persona equilibrata, (...) pare che ci fosse addirittura una storia di suicidi di trisavoli, (...) poi tutti litigiosi, tutti con problemi psichiatrici. F- la situazione familiare sua: viveva in casa, c'erano cose che non poteva cambiare, quindi tante volte poi magari quello che aveva in qualche modo recepito, veniva poi un po' sgretolato dalla famiglia, dalle modalità di relazionarsi
B	influsso della famiglia di origine	B- Il rapporto con i genitori, cioè l'influsso (...) neutralizzare l'influsso della madre soprattutto. (...) tutta la situazione della famiglia di origine ha pesato molto, ha ostacolato proprio
B	il paziente non comprendere alcune situazioni	B- All'inizio l'ostacolo grosso era il non aver capito, dalla persona che l'aveva lasciata, che cosa non andava in lei (...): "che cosa c'è in me che non va? Perché le cose sono andate così?". (...) quando si è resa conto che non era qualcosa in lei che non andava, ma erano state le circostanze (...), allora piano piano ha iniziato a sbloccarsi
B	situazioni contingenti	B- Ostacoli potevano essere le situazioni contingenti del momento, cioè quando, ad esempio, all'interno della compagnia teatrale lei ha avuto lo screzio con l'organizzatrice... Ecco queste cose rallentavano l'andamento della terapia, ma nello stesso tempo erano quelle cose su cui si poteva fare leva per andare avanti
B	influsso della compagna	B- La recrudescenza della cosiddetta fidanzata, quando lei cercava di riprendere, di fronte ai suoi (di lui) tentativi, lei cercava di rimettere le mani (volarlo sottomettere manipolandolo) (...) lei ci provava a tenere...sentiva che lui diventava più forte e le sfuggiva la situazione dalle mani
B	situazione lavorativa	B- La situazione di lavoro in cui lui si trovava, perché lui accumulava stress tutti i giorni, certi giorni arrivava a 10 ore di lavoro al giorno, 10-12, straordinari non pagati
D	prima esperienza del terapeuta con un problema di dipendenza	D- all'inizio per me è stato difficile perché per me era il primo cocainomane, quindi la scarsa esperienza con questa patologia (...). non sapevo se sarei riuscita a contrastare il problema, non sapevo se sarei riuscita ad aiutarlo
D - D	superficialità nella terapia	D- era un po' superficiale nell'affrontare la terapia oppure arrivava in ritardo o non faceva i compiti assegnati, (...) non si rendeva partecipe attivamente / D- Anche lei aveva avuto una fase in cui disdiceva le sedute senza motivo, non aveva voglia di o manifestare la volontà di chiudere il percorso o di portarlo a termine ad un certo livello
D	atteggiamento vittimistico	D- Un atteggiamento da parte sua vittimistico: del "lei non capisce". Un atteggiamento di base istrionica con cui non si riusciva proprio a ragionare a tratti, la fermava e le dava l'alibi per non fare nulla, perché, dopo tutto, gli altri non capivano, sapeva solo lei
D	scarsa pazienza del terapeuta	D- Anche da parte mia dei sentimenti...una pazienza scarsa nei confronti di questa persona, magari non manifesta, ma comunque che mi dava un po' fastidio a volte avere a che fare con lei
D	ammissione di un errore diagnostico	D- L'ammissione di un errore diagnostico da parte mia, questo mi ha un po' devastato, perché ero sicura: come poteva non essere? Ha tutti i sintomi (...). Ha ostacolato perché non sapevo come procedere, non avevo idea, e mi sono sentita inadeguata nell'aiutare questa persona che aveva un grosso bisogno
D	richieste assillanti di aiuto fuori dalla terapia	D- Quando mi bombardava di telefonate e di e-mail e SMS per chiedere aiuto, conferma, che non avesse quello, che non avesse questo, che non si morisse di ansia, perché lei voleva andare sempre al pronto soccorso
E	ripetitività del terapeuta nelle sedute	E- da parte mia forse una certa ripetitività del rituale dell'incontro, che rischiava di diventare anche un po' noioso; una difficoltà a trovare appigli, argomenti
E	paziente inquadrate	E- era un bravo ingegnere anche in terapia, se l'ingegnere fosse una diagnosi, ecco... Era un po' inquadrate, nel senso che cercava soluzioni un po' meccanicistiche
E	sostegno via e-mail	E- io ho accettato molto anche conversazioni on-line... (...) si correva un però il rischio che lui ne abusasse, in certi momenti l'ho sentito come un peso, ne faceva un poco troppo uso; servivano a lui un po' per sfogarsi, e quindi era un po' una modalità di scarico, però è stato anche un grosso lavoro da parte mia
E	non possedere tecniche specifiche per la disfunzione del paziente	E- Non rispondere alla richiesta, non lo so però, alla richiesta del non orgasmo con delle tecniche specifiche
E	imbarazzo per i temi presentati	E- L'imbarazzo... forse sarebbe dovuta andare da una donna, ma lei voleva un uomo

F	esperienze relazionali negative vissute durante la terapia	<i>F- Le esperienze negative che ha vissuto nel frattempo, quindi lei cercava un po' di tirarsi su, di conoscere gente, di trovare un nuovo fidanzato, (...) in realtà poi durante la terapia aveva conosciuto delle persone non particolarmente valide e quindi un po' rinforzavano questa sua sensazione: "vedi, allora sarà sempre così, non troverò mai la persona giusta". (...) ci sono state un po' delle frenate brusche quando succedeva</i>
F	ritorno dell'ex fidanzato	<i>F- il suo ex fidanzato che era tornato alla carica, "ti amo, non ti amo" eccetera, non si capiva, lei stava cercando di staccarsi da lui e lui torna alla carica...ci siamo un po' riprese. (...) quindi crollava tutto e dovevamo ricostruire un pochettino</i>
F	eccessiva empatia del terapeuta	<i>F- la troppa empatia, che scivolava un po' nel coinvolgimento in alcune situazioni che magari lei raccontava, effettivamente mi facevo tanto trasportare in alcune circostanze, quindi non riuscivo ad avere magari il giusto distacco</i>
F	richieste del figlio di sopportare la situazione	<i>F- L'essere comunque continuamente un po' rimboccata anche dal figlio, dal marito, (...) le mandano il messaggio che lei è un po' quella da... soprattutto il figlio, che da una parte lei è quella che deve "mandar giù" le malefatte del papà o il carattere così tanto scontroso</i>
F	controllo del figlio sull'assunzione di alcol	<i>F- lui non si era mai sganciato, cioè lui la controlla a vista, controlla che alcol c'è in casa, quanto ce n'è, se magari qualcuno le regala del vino, chiede "cosa hai fatto? Come mai c'è tutto questo vino?", è molto stressante e lei non la vive tanto bene questa cosa perché dice "non sono mica una bambina, se ti dico che non ho bevuto, non ho bevuto"</i>
F	ricomparsa di alcuni problemi fisici	<i>F- nella primavera-estate, ha avuto qualche altro acciacco fisico, che però in realtà non l'ha buttata proprio giù, perché poi verso la fine abbiamo comunque interrotto e lei li ha gestiti tutti da sola</i>
F	difficile definizione dell'assunzione di alcol	<i>F- non riuscivamo tanto a sbloccarci dare "non lo faccio perché ho paura che mio figlio mi scopra o non lo faccio perché io davvero non ho più questa esigenza", (...) però a volte mi dava più anche la sensazione che lo facesse per fare un dispetto al figlio, (...) e quindi era poi difficile giocartela meglio sul problema e gestire il problema da solo</i>
C	insofferenza del terapeuta per atteggiamento del paziente	<i>C- Poteva venire da me se io lasciavo trasparire a volte un po' di insofferenza per la continua alternanza di posizioni e la difficoltà da parte della signora di interiorizzare</i>
C	paziente altalenante	<i>C- dopo questo primo momento c'è stata questa grande alternanza</i>
C	paziente poco incline all'introspezione	<i>C- è una persona che non aveva nessuna attitudine all'introspezione, anche a riconoscere i sentimenti, anche a capire quali potessero essere le istanze più importanti e quelle meno importanti</i>
C	difficoltà del terapeuta a mantenersi lucido sugli obiettivi	<i>C- una difficoltà era proprio riuscire a rimanere sufficientemente lucida per me in quello che volevo portare avanti</i>
C	dipendenza del paziente dal terapeuta	<i>C- la dipendenza che la signora in qualche modo stava sviluppando con me, perché, essendo comunque lei fondamentalmente una struttura che tende a legarsi fortemente, nel caso mio in quel momento potevo esserle di supporto, diciamo che c'è stato un buon dispendio di energie da parte mia per cercare di sciogliere via via la parte di dipendenza che non era costruttiva</i>
C	atteggiamento seduttivo del paziente	<i>C- sentivo che mi avvolgeva o tendeva a farlo, usando la sua carineria, il suo modo di essere piacevole</i>
C	ritorno del sintomo	<i>C- Il sintomo che continuava a riproporsi, (...) c'erano delle volte in cui questo era particolarmente difficile, perché erano momenti in cui si erano presentati maggiormente i sintomi, magari nuovi</i>
C	atipicità del sintomo	<i>C- l'atipicità di questo aspetto ossessivo</i>
C	paziente ritiene di non essere un buon soggetto per la terapia	<i>C- Mi pare che anche lui percepisse questa cosa "ma tanto io non sono un buon soggetto, porto sempre queste cose". (...) perché lui lo diceva, secondo me, perché constataba che non si poteva risolverlo</i>
C	angoscia di morte	<i>C- Mi pareva tanto un'angoscia di morte, che lui portava, ne avevamo un po' parlato a un certo punto dopo, sul fatto che il suo tipo di nascita, la questione familiare, il cugino che andava a trovare, c'era un po' questo aleggiare</i>
G	rigidità intellettuale del terapeuta	<i>G- dei miei atteggiamenti di rigidità nei confronti della sua rigidità; cioè quando lei partiva con una razionalità eccessiva rispetto a quello che accadeva, lo scivolare nel tranello e quindi magari diventare iper-razionalizzante e quindi scontrandomi un po' più sulle logiche...sul campo delle spiegazioni, delle descrizioni piuttosto che quello degli eventi, delle sensazioni personali</i>
G	difficoltà a comprendere alcune credenze del paziente legate al background culturale	<i>G- da parte mia ricordo un po' la difficoltà di comprendere alcune sue credenze, che come ti dicevo arrivavano un po' da questo background del sud per cui dovevo a volte fermarmi per chiedergli che cosa intendeva rispetto alcune cose oppure perché si sentiva condizionato rispetto a certe cose, perché non mi erano così immediate</i>

§ 3.7 GRADO DI CONCORDANZA TRA PAZIENTI E TERAPEUTI NEL RICORDO DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI

Il grado di concordanza tra pazienti e terapeuti nel ricordo degli eventi significativi appare alquanto basso, risulta diverso per quanto riguarda gli eventi utili e quelli ostacolanti. Infatti, in media l'accordo nell'identificazione degli **eventi utili** è pari al **15,5%**, decisamente inferiore rispetto all'accordo medio riportato in letteratura, che si aggira attorno al 33% (Martin & Stemaczonec, 1988; Cummings et al., 1992) o che può essere superiore se si prevedono anche dei facilitatori per il richiamo (Levitt & Piazza Bonin, 2011). Di tutte le coppie paziente-terapeuta intervistate (17), 9 non riferiscono nemmeno un evento utile in comune, mentre le altre 8 coppie riportano 1 o 2 eventi ricordati da entrambi.

L'analisi, in questo caso, ha preso in considerazione solo gli eventi utili riportati nella scheda compilata in sede di intervista insieme alla ricercatrice. Se, però, si considerano anche gli elementi utili non trascritti sulla scheda, ovvero quelli presenti nella risposta del paziente, ma identificati solo a posteriori, grazie alla lettura delle trascrizioni, la percentuale sale leggermente, arrivando al 18,5%. Le coppie paziente-terapeuta che non citano alcun evento utile comune sono 7, mentre le altre 10 riferiscono in 1 o 2 casi lo stesso evento.

Per quanto concerne gli **eventi considerati di ostacolo**, la percentuale si abbassa ulteriormente arrivando al **7,7%** di episodi o elementi ricordati; la percentuale è quasi identica sia che si considerino solo gli eventi indicati sulla scheda, che gli eventi desumibili dalla rilettura della trascrizione della risposta (7,5%).

EVENTI UTILI CONCORDANZA PAZIENTE-TERAPEUTA						
PAZIENTE/ TERAPEUTA	N. EVENTI CITATI DAI PAZIENTI	N. EVENTI CITATI DAI TERAPEUTI	EVENTI IN COMUNE	N. EVENTI TOTALI - PAZIENTI	N. EVENTI TOTALI - TERAPEUTI	EVENTI TOTALI IN COMUNE
1-HG/D-DL	2	3	0/3	5	3	0/5
9-ZP/D-DL	4	4	1/4	4	5	2/5
10-CE/D-DL	1	5	0/5	3	5	0/5
2-EB/C-OQ	1	3	0/3	3	3	1/3
5-LA/C-OQ	2	2	1/2	4	2	1/4
3-SM/A-AC	3	3	1/3	3	3	1/3
6-TQ/A-AC	3	3	1/3	4	3	1/4
8-BF/A-AC	4	3	0/4	5	3	0/5
4-CQ/B-IB	3	4	1/4	3	4	1/4
7-RZ/B-IB	2	5	1/5	3	5	1/5
11LN/G-TE	5	3	0/5	5	4	1/5
17-ER/G-TE	4	3	0/4	5	3	0/5
12-OV/E-SF	2	2	0/2	4	2	0/4
13-LS/E-SF	3	3	0/3	3	3	0/3
14-RD/E-SF	5	3	1/5	5	3	1/5
15-UB/F-NP	2	5	0/5	2	5	0/5
16-PA/F-NP	3	4	2/4	4	4	2/4
TOT	49	58	9/58 (15,5%)	65	60	12/65 (18,5%)

**EVENTI OSTACOLANTI
CONCORDANZA PAZIENTE-TERAPEUTA**

PAZIENTE/ TERAPEUTA	N. EVENTI CITATI DAI PAZIENTI	N. EVENTI CITATI DAI TERAPEUTI	EVENTI IN COMUNE	N. EVENTI TOTALI - PAZIENTI	N. EVENTI TOTALI - TERAPEUTI	EVENTI TOTALI IN COMUNE
1-HG/D-DL	4	4	0/4	4	4	0/4
9-ZP/D-DL	3	2	0/3	3	2	0/3
10-CE/D-DL	1	2	0/2	1	2	0/2
2-EB/C-OQ	3	3	0/3	3	3	0/3
5-LA/C-OQ	2	2	0/2	2	3	0/3
3-SM/A-AC	4	2	1/4	4	2	1/4
6-TQ/A-AC	1	2	0/2	1	2	0/2
8-BF/A-AC	2	2	0/2	2	2	0/2
4-CQ/B-IB	2	3	0/3	2	3	0/3
7-RZ/B-IB	1	2	0/2	2	2	0/2
11LN/G-TE	0	1	0/1	0	1	0/1
17-ER/G-TE	3	1	0/3	3	1	0/3
12-OV/E-SF	2	2	1/2	2	2	1/2
13-LS/E-SF	2	1	0/2	2	1	0/2
14-RD/E-SF	4	2	1/4	4	2	1/4
15-UB/F-NP	3	3	0/3	3	4	0/4
16-PA/F-NP	2	3	0/3	2	4	0/4
TOT	39	37	3/39 (7,7%)	40	40	3/40 (7,5%)

Negli eventi ostacolanti riportati in tabella non sono stati conteggiati 4 eventi riportati da un paziente, in quanto riferiti ad un'esperienza precedente di psicoterapia e non a quella oggetto dell'intervista, per la quale il paziente non ha individuato alcun evento. Il confronto con gli eventi ostacolanti riferiti dal terapeuta, perciò, non è stato possibile.

Volendo considerare il **tipo di eventi ricordati da entrambi**, per quanto riguarda gli **eventi utili**, essi riguardano l'area della **conoscenza di sé** (3), che si declina in una maggiore o nuova consapevolezza rispetto al proprio modo di approcciarsi alla realtà, nel poter ripercorrere la propria storia, rileggendola alla luce del presente, e in una riflessione condivisa che porta lo sviluppo di insight; altrettanto condivisa è l'area della **relazione terapeutica** (4), con il ruolo fondamentale svolto dallo psicoterapeuta, quale punto di riferimento, e da un rapporto di fiducia; infine è comune il riconoscimento dell'importanza della **psicoterapia come un luogo in cui definire, condividere e affrontare** la difficoltà del paziente (4).

Rispetto agli **eventi ostacolanti**, invece, essi sono in numero decisamente ridotto (3) e riguardano una difficoltà nella gestione della relazione, la scelta non del tutto adeguata dello psicoterapeuta condividere il percorso, una certa ripetitività nelle sedute.

§ 3.8 GRADO DI CONCORDANZA TRA PAZIENTI E TERAPEUTI RISPETTO ALLE VALUTAZIONE SUL DIFFERENZIALE SEMANTICO

§ 3.8.1 VALUTAZIONE DELLA PSICOTERAPIA

I coefficienti non standardizzati (RMSD) di accordo tra pazienti e terapeuti mostrano differenze uguali o superiori ad una deviazione standard in tutte le dimensioni valutate (*profondità/valore* e *buon funzionamento/facilità*: verificate nella domanda “*La psicoterapia è stata:*”, con i relativi aggettivi polarizzati). I coefficienti standardizzati (CCC) evidenziano correlazioni di livello medio nella dimensione *profondità / valore* e di livello quasi nullo nella dimensione *buon funzionamento / facilità*. I risultati fanno riferimento solo a 16 pazienti (e non 17), poiché un paziente è ipovedente e non è stato possibile somministrare lo strumento.

		ACCORDO	RMSD	CCC
VALUTAZIONE DELLA PSICOTERAPIA	Profondità / valore	AA	0,658	0,457
		CA	0,572	0,543
		LA	0,954	0,545
	Buon funzionamento/ facilità	AA	0,813	0,052
		CA	0,833	0,053
		LA	1,375	0,055

§ 3.8.2 STATO EMOTIVO AL TERMINE DELLA PSICOTERAPIA

I coefficienti non standardizzati (RMSD) risultano superiori ad una deviazione standard in tutte e due le dimensioni (*positività* e *attivazione*, valutate nella domanda: “*Al termine della psicoterapia mi sono sentito:*”, con i relativi aggettivi polarizzati). Inoltre, i coefficienti standardizzati (CCC) mostrano correlazioni lievi nella dimensione *positività* e pressoché nulle nella dimensione *attivazione*.

		ACCORDO	RMSD	CCC
STATO EMOTIVO	Positività	AA	0,781	0,295
		CA	0,771	0,314
		LA	1,170	0,315
	Attivazione	AA	0,842	- 0,177
		CA	0,836	- 0,194
		LA	1,546	- 0,195

Non è possibile testare la significatività (CCC diverso da zero) poiché il campione è troppo ridotto e ciò impedisce di generalizzare i risultati: non si può, quindi, affermare che, in generale, pazienti e terapeuti differiscano.

§ 3.8.3 VALUTAZIONE RIPORTATA DAI PAZIENTI RISPETTO ALL'EVENTO PIU' UTILE ED A QUELLO PIU' DI OSTACOLO

Per quanto riguarda la valutazione dell'evento più utile ("Questo evento è stato:", "Al termine di questo evento mi sono sentito:"), l'analisi descrittiva delle medie e delle deviazioni standard mostra che i pazienti scelgono, in media, punteggi medio-elevati sia rispetto alla dimensione *profondità / valore* sia rispetto alla dimensione *buon funzionamento / facilità* e che la dispersione dei singoli punteggi attorno alla media non è particolarmente elevata, tranne che nella dimensione *buon funzionamento / facilità*, dove la deviazione standard ha un valore prossimo all'unità.

Lo stato emotivo medio riferito all'evento utile risulta abbastanza *positivo* e, anche in questo caso, la dispersione dei punteggi attorno alla media non è trascurabile. Infine, il livello medio di *attivazione* rispetto all'evento utile risulta medio-alto, con una deviazione standard ridotta.

			MEDIA	DS
EVENTO UTILE	VALUTAZIONE	Profondità / valore	4,22	0,46
		Buon funzionamento/ facilità	3,19	0,97
	STATO EMOTIVO	Positività	3,62	0,89
		Attivazione	3,85	0,61

Per quanto riguarda, invece, le valutazioni riguardanti **l'evento maggiormente di ostacolo** al percorso psicoterapeutico, la media nella dimensione *profondità / valore* risulta abbastanza elevata, a differenza della dimensione *buon funzionamento / facilità*, per la quale la media dei punteggi risulta abbastanza negativa. Anche in questo caso è importante considerare i valori delle deviazioni standard, che, anche rispetto all'evento ostacolante, sono abbastanza elevate per una scala a 5 punti.

Rispetto al livello medio di *positività*, esso risulta piuttosto basso, leggermente più elevata appare la media dell'*attivazione*, pur collocandosi su un livello medio-basso.

			MEDIA	DS
EVENTO OSTACOLANTE	VALUTAZIONE	Profondità / valore	3,18	0,74
		Buon funzionamento/ facilità	2,23	0,86
	STATO EMOTIVO	Positività	1,97	0,71
		Attivazione	2,65	0,66

CAPITOLO QUARTO

Discussione dei risultati dello studio

§ 4.1 GLI EVENTI UTILI INDICATI DAI PAZIENTI

Per quanto concerne la **definizione di una tassonomia degli eventi utili ed ostacolanti** indicati dai pazienti e l'**individuazione delle core categories**, è necessario anzitutto sottolineare che le categorie individuate non sempre sono mutualmente esclusive. Data la ricchezza del materiale presentato dai pazienti, la sua complessità e la relazione stretta tra gli eventi che essi hanno indicato, è possibile che alcuni eventi possano essere plausibilmente inseriti in più di una categoria. D'altra parte è stato complesso già nel corso dell'intervista, durante il discorso del paziente, definire con poche parole, concordemente con lui, la sostanza del suo racconto, proprio perché il riemergere dei ricordi veniva man mano stimolato grazie alla narrazione.

Per quanto concerne gli **eventi utili** legati agli *effetti sul paziente*, dall'analisi delle categorie individuate nella tassonomia e nelle *meaning units*, l'acquisizione di una *nuova consapevolezza o di insight* rispetto a sé, al problema presentato, alla realtà specifica del paziente rappresenta non solo l'evento più citato, ma anche un evento di significativa importanza agli occhi dei pazienti: esso costituisce uno gli effetti della psicoterapia, anche se non sempre rappresenta la risposta alla domanda presentata inizialmente dal paziente. Sembra, quindi, trattarsi di un effetto secondario, quasi a sé stante, ma estremamente rilevante. Tale risultato è trasversale a tutti gli studi esaminati, in quanto costituisce un risultato comune ad ogni ricerca, e il fatto che riemerge anche a distanza di tempo dal termine del percorso terapeutico conferma la rilevanza di questo tema per i pazienti. Ciò può portare a pensare che gli effetti della psicoterapia sono più ampi e più trasversali rispetto alla richiesta specifica che viene portata nel momento in cui ci si rivolge ad uno specialista. Infatti, i pazienti sottolineano che la nuova comprensione ha rappresentato un punto di partenza per intraprendere un nuovo percorso o una riflessione diversa⁷, uno stimolo per reagire alla

⁷ “perché comunque io, una volta preso consapevolezza, coscienza (...) del punto di partenza, poi da lì è cominciato il mio percorso”

situazione in cui si trovavano, un aiuto nel ridimensionamento di emozioni e vissuti⁸, un'opportunità per comprendere meglio se stessi o la propria realtà⁹.

Collegato a questo possiamo considerare lo sviluppo di una *nuova prospettiva* da cui osservare sé o la propria realtà: essa si differenzia dalla categoria precedente per il fatto che il paziente, durante la terapia, arriva modificare la visione che aveva inizialmente o va incontro ad una ristrutturazione cognitiva, mentre nell'acquisizione di consapevolezza o insight si sottolinea la novità delle intuizioni dei ragionamenti del paziente, che in precedenza erano del tutto assenti. Questa categoria è rintracciabile in tre degli studi esaminati, e, in particolare, risulta coerente con il processo definito "evento dissonante" da Wilcox-Matthew et al. (1997), secondo cui il paziente modifica visioni rigide o negative adottandone altre più funzionali, e con il concetto di *nuova prospettiva* indicato da Elliott (1985) all'interno del *supercluster* "compito" e da Paulson et al. (1999); essa viene citata abbastanza di frequente dai pazienti e viene da essi valutata come molto utile: una possibile spiegazione può risiedere nel fatto che il nuovo modo di pensare o di vedere se stessi e la realtà sia divenuto ormai abituale per il paziente e che la psicoterapia abbia, in tal senso, rappresentato uno spartiacque, aiutando ad aprire un nuovo orizzonte¹⁰.

Questa esperienza sembra comportare una *crescita personale* e, insieme, *l'acquisizione di nuove capacità*, quali risultati ulteriori del percorso di psicoterapia, come evidenziato anche da alcuni autori (Lietaer, 1992; Martin & Stelmaczek, 1988; Paulson et al., 1999; Wilcox-Matthew et al., 1997). Esse si possono tradurre sia nell'acquisizione di nuove competenze relazionali¹¹, sia in una maggiore autostima e/o fiducia in se stessi, sia nella possibilità di "ritrovarsi"¹².

Meno frequentemente riportata dai pazienti ma, non per questo, meno rilevante appare la *riduzione dei sintomi /efficacia della psicoterapia*, citata solo in due occasioni, ma che pure può essere considerato un *endpoint* importante. Quest'ultima categoria, infatti, è stata rilevata di frequente negli studi esaminati, ed è stata indicata sia come "soluzione del problema" (Castonguay et al., 2010; Elliott, 1985; Llewelyn, 1988; Timulak, 2007), che come "progresso

⁸ "il fatto di poterle riportare ti aiuta anche forse a smussarle un pochino (...) a prenderle un po' più con calma, proprio a riportare un po' più i piedi per terra"

⁹ "mi ha detto di andare a casa e documentarmi sull'evitamento, io, quando sono tornata a casa ho cercato (...) e ho detto: caspita! Ma ha ragione, io sono assolutamente così!"

¹⁰ "portava a vedere la stessa cosa in maniera diversa, vista dall'altra persona (...) A farti riflettere, nel senso che non sempre quello che stai dicendo tu può essere visto dall'altra persona con gli stessi occhi, potrebbe essere letto completamente in maniera opposta..."; "lei diceva: "vediamo le cose sotto un altro punto di vista, questa è una percezione, vediamo cosa c'è dietro (...) vediamo un'altra sfumatura" (...). Vederle improvvisamente di dietro ti spiazza; quindi ti posso dire che mi è stato utile: cambiare rotta improvvisamente"

¹¹ "Il saper rispondere, il domandare, anche, magari... Succedeva che ci si aggredisce per niente, quando le cose si possono risolvere benissimo parlando o domandando, chiedendo spiegazioni"

¹² "Le sedute che ho fatto mi hanno dato più sicurezza, mi hanno dato anche autostima in più"

del paziente” (Levitt & Piazza-Bonin, 2011; Lietaer, 1992; Wilcox-Matthew et al., 1997). Tale risultato può essere spiegabile facendo riferimento alla struttura dell'intervista, che al suo inizio prevedeva una domanda relativa a “come è andata la psicoterapia”, in cui i pazienti hanno espresso una valutazione positiva del percorso fatto, spesso sottolineandone i benefici ottenuti; oppure si può ipotizzare che, a distanza di tempo, si abbia una visione complessiva del percorso, rivelatosi, da quanto emerso, più ricco rispetto alle aspettative ed alla domanda di partenza; oppure, infine, i pazienti possono aver considerato ovvia la soluzione del sintomo, proprio poiché la psicoterapia è terminata.

Per quanto concerne la *core category* relativa allo **spazio terapeutico**, una categoria di eventi utili spesso citata dai pazienti, ma non altrettanto riscontrata negli studi precedenti, è il *poter parlare e affrontare il proprio problema*; per i pazienti, esso rappresenta un'esigenza prioritaria e, di fatto, una delle motivazioni fondamentali, oltre alla necessità di un aiuto concreto, che ha spinto il paziente a contattare uno psicoterapeuta¹³. La possibilità di avere uno spazio in cui il paziente possa raccontare le proprie difficoltà è stato riscontrato come utile anche da Timulak et al. (2010) e Lietaer (1992), mentre Paulson et al. (1999) hanno rilevato che i pazienti considerano utile la propria apertura. Essa risulta, secondo quanto emerso dalle interviste, utile per *risolvere i propri dubbi*¹⁴ offrendo uno spazio aperto per il confronto (“È stato utile mettermi a confronto”).

La *relazione terapeutica* rappresenta un ulteriore *core category* decisamente rilevante per i pazienti: l'esperienza di *sentirsi a proprio agio e al sicuro* all'interno della terapia è, infatti, un elemento ritrovato in altri tre studi (Lietaer, 1992; Timulak, 2007; Levitt & Piazza-Bonin, 2011), riconducibile anche alla presenza di una buona relazione, che non viene espressamente citata, ma che si può individuare alla base di questa e di altre categorie, come quella riferita alla *fiducia nel terapeuta* o all'indicazione del terapeuta quale *punto di riferimento*, che sono decisamente meno citate in modo esplicito in altri studi (Timulak et al. 2010). Si può ipotizzare che tale considerazione, espressa dai pazienti di questo studio, sia frutto di una rielaborazione della relazione terapeutica vissuta in precedenza, capace di mettere in rilievo un aspetto necessario perché altri possano sussistere, come il parlare del proprio problema o seguire le indicazioni e i suggerimenti (nonché esercizi e compiti), dati dai terapeuti. In questo senso, anche la *percezione di aiuto / supporto / rassicurazione* da

¹³ “Quello che rende un po' unico il rapporto e la terapia, (...) ti senti di parlare di cose che in alternativa proprio non affronteresti (...) sai che c'è uno spazio in cui condividerle”; “È stato molto utile il poter parlare (...) il poter esternare le cose che uno sente, che prova o che vorrebbe che fossero, per me è importante”

¹⁴ “avevo molti dubbi e XXX me li ha proprio fatti capire, ho affrontato anche i dubbi che avevo”

parte del terapeuta è indicata come utile¹⁵. Quest'ultimo risultato è coerente con diversi studi (Castonguay et al., 2010; Elliott & James, 1989; Lietaer, 1992; Paulson et al. 1999; Timulak, 2007; Timulak et al. 2010), probabilmente perché il sostegno è necessario affinché il paziente possa essere in grado di proseguire il percorso terapeutico nonostante le difficoltà che incontra.

I pazienti hanno fatto riferimento spesso anche alle **azioni ed agli atteggiamenti del terapeuta**, quali elementi significativi della psicoterapia; in specifico, una categoria quasi del tutto nuova è rappresentata dagli *elementi legati alla "tecnica"*: i pazienti riportano spesso esercizi, compiti, offerta di suggerimenti e indicazioni da parte del terapeuta, che sono riconducibili a tecniche specifiche utilizzate da alcuni orientamenti psicoterapeutici (es. cognitivo-comportamentale, strategico), a cui i terapeuti appartengono, all'esperienza o a tecniche studiate e fatte proprie dai terapeuti stessi¹⁶. Tale riferimento alla "tecnica" è citato in un solo studio (Kierkegaard e Berntsen, 2003) che ha esaminato proprio il ricordo dei pazienti rispetto alla precedente esperienza della terapia di gruppo. Questo risultato è interessante, in quanto appare che gli elementi riferiti alla tecnica risultino rilevanti, o i pazienti ne siano maggiormente consapevoli, solo a distanza di tempo dalla conclusione del percorso.

Piuttosto rilevante per i pazienti è anche l'*atteggiamento del terapeuta*, che deve essere capace di creare coinvolgimento, confidenza, serenità o ottimismo¹⁷; infatti, esso è stato spesso citato dai pazienti quale evento utile (Castonguay et al., 2010; Elliott, 1985; Elliott & James, 1989; Lietaer, 1992; Paulson et al. 1999; Timulak, 2007; Timulak et al., 2010).

Maggiormente inusuale è, invece, il riferimento all'utilizzo da parte dello psicoterapeuta, di un *linguaggio* particolare, spesso metaforico o paradossale, capace però di offrire nuovi stimoli e nuove possibilità per la riflessione del paziente¹⁸.

¹⁵ "mi rincuorava, mi rincuorava molto. Mi rincuorava vedere come la prendeva"; "il fatto di poter contare sulla psicoterapeuta non soltanto nei momenti della seduta, ma anche nel resto del tempo"

¹⁶ "me l'ha spiegato proprio bene il funzionamento soprattutto fisico dell'attacco di ansia (...) come funzionano, di che cosa si tratta effettivamente, poi mi aveva spiegato anche cose specifiche sul sistema simpatico e parasimpatico, per cui ho avuto, diciamo, una visione globale e completa di quello che mi stava accadendo"; "mi diceva di ripetere sempre una frase, diverse volte al giorno, qual è questa frase non lo so, però di ripetere la frase più volte al giorno e ogni volta che mi veniva in mente, più volte la ripeteva meglio era. Oppure immaginare delle situazioni e come tu ti saresti comportata se fossi questo, fossi quello"

¹⁷ "la capacità della psicologa era appunto quella di essere positiva nei confronti del futuro, cioè della possibilità comunque di...di sconfiggerli (attacchi di panico, ndr) ; "Mi è stato utile l'approccio che aveva il dottore, il fatto di... trasmettere serenità, quasi affetto"

¹⁸ "certe frasi che mi ricordo, che mi erano rimaste impresse, che poi mi ero segnata e che mi vengono in mente ancora adesso (...) c'era una metafora rispetto a un fiore, eccetera, quindi il discorso di coltivare, qualcosa che va protetto, coltivato, dando tempo"; "parlava un po' per paradosso. Era una cosa molto sugli esempi (...). uno può anche avere altri punti di vista e non solo uno, e non deve dare per certo, scontato solo uno"

§ 4.2 GLI EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAI PAZIENTI

Dall'analisi delle *meaning units* e delle categorie tassonomiche, emerge chiaramente che i pazienti tendono ad attribuire più facilmente a sé gli eventi ostacolanti, tuttavia in modo non sempre esplicito: infatti, alcuni degli elementi citati sono stati riletti ed interpretati dalla ricercatrice quali “resistenze” dei pazienti, anche se essi non li hanno descritti espressamente in questo modo. Esse tuttavia sono riferite a inadempienze del paziente, rifiuti o fatiche particolari ad affrontare alcuni temi rilevanti rispetto al percorso terapeutico, al tentativo di mettere in dubbio la comprensione del terapeuta o, addirittura, il rapporto di fiducia che si era creato. Si tratta di possibili oscillazioni a cui normalmente il paziente va incontro durante la psicoterapia, tuttavia pare interessante che i pazienti siano consapevoli del ruolo che esse hanno avuto e che le classifichino proprio come “eventi ostacolanti”. In particolare, i pazienti fanno riferimento alla *difficoltà di mettere in atto il cambiamento*¹⁹, difficoltà che poteva passare anche dalla *resistenza a sperimentare azioni / comportamenti alternativi* o dal *mantenimento di legami o di relazioni non funzionali* rispetto al percorso in atto²⁰. Sorprende non trovare in letteratura alcun riferimento a questa categoria; tuttavia si può pensare che sia proprio la riflessione a posteriori, una volta maturato un certo distacco rispetto all'evento, che possa aiutare a mettere in luce e a chiarire agli attori stessi il senso o la motivazione di alcuni comportamenti, mentre nel momento in cui si è ancora profondamente coinvolti nella psicoterapia, non è facile mantenere costante una meta cognizione rispetto a se stessi. Più condiviso in letteratura (Castonguay et al. 2010; Elliott, 1985; Lietaer, 1992) è il richiamo alla *difficoltà nell'affrontare alcuni temi*, ovvero al disagio o all'impedimento che il paziente percepisce nel dover trattare alcuni argomenti, ritenuti probabilmente rilevanti dai terapeuti, sui quali, invece, il paziente preferirebbe soprassedere²¹. Talvolta, queste resistenze assumono l'aspetto di *dubbi* o di *sfiducia* nei confronti del terapeuta o della psicoterapia, e il paziente sembra “mettere in discussione” nel tentativo di “non affrontare” o allontanare la questione²².

¹⁹ “io andavo via con un proposito, per dire, provare a fare questa cosa, e poi tornavo e non l'avevo fatta, “la prossima volta provi a fare quella cosa finché non l'hai fatta” (...). tante volte arrivavo col fatto di dire “no non ce l'ho fatta, non ce l'ho fatta” e allora lì, anche lì era pesante, perché comunque un po' mi rendevo conto che doveva mettermi sotto torchio, perché poi diceva: “ma perché? Perché non lo vuoi fare? Perché non lo vuoi affrontare?” E comunque ti costringe ad un certo momento ad affrontarlo”

²⁰ “all'inizio mi ha ostacolato il voler continuare a tenere, diciamo tenere le cose che avevo prima, non volermi staccare, quindi tenere il mio cellulare con i vecchi numeri, i vecchi contatti, i vecchi nomi, i vecchi amici”

²¹ “Ogni volta che iniziavamo il lavoro su una determinata corsa, per dire, prendere coscienza del mio aspetto fisico, l'accettazione di sé, per me erano tutte cose che mi facevano andare in crisi, cioè io non volevo accettare tante cose, non volevo ammettere tante cose, (...) e quindi questi argomenti un po' scottanti mi facevano tirar su un muro. (...) a volte sentivo proprio un rifiuto di affrontare certe cose, sentivo proprio che... o anche un senso di soffocamento perché dicevo “no, no, passiamo al resto, non facciamola questa, non affrontiamo questo punto”

²² “Ci sono stati anche dei momenti di sfiducia (...) nei confronti del percorso che stavo facendo io (...). in altri momenti ci credevo meno, perché forse vedevo meno efficacia, lo vedevo meno validante”; “al momento avevo pensato: no, non ha capito quello che gli ho detto, no, mi sta dicendo una cosa che no”; “ho sentito io la necessità, a un certo punto, di staccare, perché mi sembrava di essere poi troppo...quasi di non aver niente da dire, per cui dicevo “mi sembra quasi inutile”

Anche questo aspetto non è emerso dagli studi presenti in letteratura, ma sembra comunque interessante, soprattutto considerando che, in linea di massima, le terapie esaminate sono state considerate dai partecipanti come riuscite: ciò porta a supporre che la presenza di momenti di “stallo” nel corso della terapia non necessariamente abbia un'influenza negativa. Forse più ambivalente è, invece, la *permanenza del sintomo*, per cui il paziente, nel corso della psicoterapia, rileva miglioramenti poco significativi e/o non utili al miglioramento del proprio benessere²³. Anche questo dato è singolare e non riportato in letteratura, tuttavia potrebbe trovare conferma nei molti dati a disposizione relativi a *drop out* o a terapie risultate inefficaci (Lietaer, 1992).

Un'ulteriore area vissuta come problematica dai pazienti riguarda la **relazione terapeutica** e la percezione che il **terapeuta sia poco “adeguato”**. Concorde con tutte le ricerche che hanno preso in considerazione anche gli eventi ostacolanti, una parte dei problemi del paziente sono riferibili ad una sorta di “mancanza” del terapeuta nei confronti del paziente: in particolare, egli può sentire il terapeuta come *poco supportivo* o *poco coinvolto* nella relazione²⁴ o rispetto al problema presentato dal paziente stesso, oppure il paziente può essere portato a pensare che il terapeuta avrebbe potuto *fare di più* per aiutarlo²⁵ (Lietaer, 1992), suggestione che però deriva proprio dall'aver avuto a disposizione non solo il tempo per riflettere ma anche per rendersi conto di ciò nell'esperienza concreta di vita. Un ulteriore elemento di ostacolo rilevato dai pazienti è il *disaccordo coi terapeuti*, per cui il paziente non solo non è d'accordo con la visione che lo psicoterapeuta offre di lui e della difficoltà presentata²⁶ (coerentemente con quanto espresso da Elliott, 1985), ma vive un disagio se il *terapeuta solleva dei dubbi* rispetto alle soluzioni trovate fino a quel momento²⁷, oppure *attribuisce troppa importanza*, secondo i pazienti, *ad eventi o situazioni* per loro risultate particolarmente negative²⁸. Manca, invece, un riferimento esplicito ad interpretazioni inadeguate o non accurate, riscontrato invece da Lietaer (1992).

²³ “il fatto che gli attacchi di panico comunque non se ne andavano, e questo mi ha un po' demoralizzato sotto certi aspetti. Sì, sicuramente erano migliorati, mi venivano meno frequentemente, sapevo gestirli meglio, ma non è che fossero scomparsi”; “Il disturbo, perché comunque non si risolveva (...) il cardine era quello, io avevo fatto la terapia con l'obiettivo di togliere quello, del resto non me ne fregava niente”

²⁴ “vedere che magari uno si era dimenticato di qualcosa che per me era invece saliente (...) magari lì per lì mi inibiva un po' ad andare avanti, perché dicevi “cavolo, se non si ricorda questa cosa qui, cioè non so se mi ha ascoltato bene l'altra volta”

²⁵ “una cosa che non mi ha fatto fare, e che invece dopo ho dovuto fare, è stata quella di confliggere con mio padre, era un passaggio obbligato, l'ho capito adesso”

²⁶ “poteva capitare qualche volta che lui aveva preso una posizione, una determinata posizione su di me che secondo me era sbagliata”

²⁷ “quando io mi sentivo tra virgolette arrivata, comunque molto vicina, è come se lui avesse fatto un passo indietro, (...). È come se mi avesse fatto venire dei dubbi su delle cose... su cui abbiamo lavorato e eravamo arrivati ad una... ad un risultato, e poi quel risultato, quella sicurezza veniva sgretolata”

²⁸ “in alcune sedute mi ha dato fastidio il dare importanza a questi brutti episodi, questo mi ha rallentato un po', secondo me è stato come, poi non lo era, dare importanza a cose che non volevo neanche pensare, e questo riportare alla mente e in più

Infine, per quanto riguarda il **contesto non favorente**, sono emersi alcuni aspetti che riguardano la presenza di *un'influenza esterna* difficilmente controllabile dal paziente, come l'utilizzo o la prescrizione di farmaci²⁹ o i giudizi da parte di persone significative³⁰, cui si accompagnano considerazioni relative alla *mancanza di privacy* e all'*impegno economico* che la psicoterapia comporta, soprattutto in un periodo complesso e difficile quale quello che stiamo attraversando³¹. Il fatto che anche i fattori contestuali possano rappresentare un impedimento per il paziente è stato ritrovato anche da Lietaer (1992), il quale, però, non ne specifica il contenuto.

§ 4.3 GLI EVENTI UTILI INDICATI DAGLI PSICOTERAPEUTI

Come evidenziato nella prima parte di questo lavoro, in letteratura l'interesse per il punto di vista dei terapeuti risulta piuttosto limitato; tuttavia la complementarità della loro visione aiuta ad avere una rappresentazione completa, dettagliata ed estesa del processo terapeutico, in cui è la diade ad essere protagonista: se, infatti, il paziente è l'attore fondamentale del proprio percorso, non potrebbe comunque svolgere a pieno questo ruolo senza la presenza di uno psicoterapeuta che, grazie alla competenza ed alla sua preparazione, lo guida, sostiene, corregge e fa emergere (o sfruttare meglio) risorse e potenzialità. La figura del "paziente" e quella dello "psicoterapeuta" esistono, pertanto, l'una in funzione dell'altra e, nel momento in cui si decide di analizzarne (a vario titolo) l'interazione, diventa necessario non escludere nessuna di esse dall'indagine.

Secondo il parere degli psicoterapeuti, un rilievo significativo tra gli eventi utili è riconducibile agli **aspetti relativi al paziente**: l'attenzione, infatti, appare decisamente focalizzata sul percorso che il paziente sta svolgendo e sul monitoraggio dei progressi in atto, visibili sia all'interno della seduta, tramite l'emergere di una *nuova consapevolezza*³² nel paziente, sia nella *vita quotidiana*, attraverso decisioni, azioni, nuovi modi di essere o

dare importanza, capire gli errori che avevo commesso io, che non accettavo, questo mi ha rallentato un bel pochetto, perché mi ha bloccato"

²⁹ "l'intervento del mio medico di base, che più volte mi ha proposto di ricominciare ad assumere farmaci e quindi questo un po' andava contro quello che era il senso della psicoterapia, però, nello stesso tempo, io mi sentivo male e quindi cedeva a questa cosa"

³⁰ "inizialmente il giudizio delle persone che mi circondavano"

³¹ "anche l'aspetto economico (...) mi metteva una certa urgenza, nel senso che... (...) comunque era un impegno abbastanza grande"

³² "ho chiesto a XXX chi era e chi voleva essere, e c'era un'ambivalenza tra chi era all'inizio della terapia e chi avrebbe voluto essere, quindi un Sé ideale"; "l'aspetto invece della scelta era di cercare di capire se lei voleva un'approvazione sociale del compagno, presso la sua cittadina... cioè una scelta del partner in relazione ai bisogni personali, non sociali"

comportarsi³³, ma anche nella *riduzione o scomparsa del sintomo*. Questi elementi sono stati ritrovati anche da Lietaer (1992) e Castonguay (Castonguay et al. 2010), così come l'importanza delle *caratteristiche personali del paziente* affinché si sviluppi un percorso riuscito: necessarie risultano infatti una buona collaborazione³⁴ e un significativo livello di apertura³⁵, nonché, spesso citata, una motivazione elevata³⁶. Quest'ultimo aspetto in particolare, insieme ad altre caratteristiche personali (es. tipologia di occupazione, età), alla presenza di un disturbo non marcato, sono elementi nuovi nella letteratura e rappresentano, pertanto, un risultato specifico di questa indagine. Il concetto di motivazione, infatti, può costituire un'interpretazione delle parole specifiche utilizzate dagli psicoterapeuti, pertanto rappresenta un'elaborazione concettuale, che Lietaer (1992) esclude dall'analisi.

Particolarmente utili risultano anche, secondo gli psicoterapeuti, gli ***elementi legati alla "tecnica"***, che riguardano sia *aspetti caratteristici della figura professionale*, come azioni ed interventi specifici³⁷, conoscenze, suggerimenti³⁸ e compiti³⁹, ma anche l'*atteggiamento personale*⁴⁰ può aver favorito e sostenuto il processo. Ciò appare coerente con le analisi di Lietaer (1992) e Levitt e Piazza-Bonin (2011). A ciò si aggiunge un elemento nuovo, sottolineato in particolare da un terapeuta, ovvero la *flessibilità*⁴¹ del terapeuta, quale dote utile, in quanto presuppone il tener conto della particolarità ed unicità del paziente che si ha davanti.

³³ “Un modo in cui io cerco di lavorare è di accompagnare il lavoro ermeneutico, il colloquio, la relazione terapeutica con dei fatti esterni di supporto, che è raggiungere l'obiettivo della laurea, l'inserimento lavorativo, il master, il matrimonio, cioè il percorrere le tappe della vita che ti portano ad essere percepito prima di tutto da te come uno che è in grado di raggiungere gli obiettivi”

³⁴ “la dimensione del condividere un'intelligenza comune e quindi una riflessione comune sui problemi (...). entrambi si collabora ad una definizione del problema e ad una creazione di possibilità terapeutiche, strategiche, e in questo empirismo collaborativo si deve partire dal presupposto che la persona è esperta, capace, competente; lei (...) ne ha tratto un forte spunto e spesso questo ha aiutato ad uno sviluppo di sue autonome ipotesi terapeutiche”

³⁵ “Un aspetto positivo è stato questo suo cercare di portare abbastanza contenuti, cioè fare esempi dei suoi sintomi, che erano estremamente vari. (...) questa apertura a tutto campo mi è sembrata favorevole per poter entrare in tutti gli ambiti della sua vita”.

³⁶ “un fortissimo desiderio di migliorare e di uscire dalla situazione”; “La regolarità, lui proprio voleva a tutti i costi andare avanti su questa cosa”; “Forse però anche questo ha aiutato, la motivazione: perché non era un aiuto dovuto, ma era lei che doveva investire su di sé, quindi il passaggio dal CPS allo studio privato”

³⁷ “una validazione del paziente atta a contrastare il senso di inadeguatezza, avviene principalmente rivisitando le tematiche di inadeguatezza e cercando di ridimensionare la negatività delle attribuzioni del paziente”

³⁸ “il lavoro sull'assertività, perché era spesso improntata ad agire o completamente in modo passivo, magari al lavoro (...), o aggressivamente, come spesso accadeva nei confronti del marito, (...) sfociando poi in sentimenti di sensi di colpa, inadeguatezza o ansia, a posteriori”

³⁹ “Io in genere dopo il momento terapeutico do sempre un compito tra virgolette, per me è importante che, finito questo, lei abbia un obiettivo, prima di vederci nella seduta successiva, di fare delle verifiche, mettere in atto dei comportamenti che io prescrivu (...). è seguire un percorso, ed io penso che questo abbia giocato molto, perché lei in questo si confrontava, verificava che le cose stavano così(...). Questo ha favorito anche il cambiamento”

⁴⁰ “l'aspetto della neutralità che io avevo: io gli ho fatto capire che io non stavo dalla sua parte o dalla parte di lei, io stavo dalla parte di una relazione di coppia che deve essere matura”; “la mia positività”; “con lui è stato molto utile l'ascolto”

⁴¹ “rispettare i suoi tempi di gestione”; “la terapia strategica era una volta ogni 15 giorni ma poi immancabilmente diventavano 3 settimane se non addirittura 4, quindi anche questo piegare un attimino il setting perché persone come XXX devono avere il controllo”

Un aspetto che appare piuttosto significativo secondo Levitt e Piazza-Bonin (2011) e in parte emerso anche nella presente ricerca, riguarda la **relazione terapeutica**. Essa, tuttavia, non viene definita in modo dettagliato dei terapeuti, ma sono presenti solo dei riferimenti generici all'alleanza terapeutica ed al transfert; in altri studi (Levitt & Piazza-Bonin, 2011), invece, i terapeuti apprezzano la riflessione comune e il lavoro sul mantenimento di una connessione col paziente, che risultano funzionali a favorire una maggiore apertura e aiutare il progresso terapeutico. Una novità riscontrata in questo studio riguarda il fatto che alcuni terapeuti riconoscono di essere stati un punto di riferimento⁴² per il paziente e per il suo percorso, riconoscendo così l'importanza del proprio ruolo. Inoltre alcuni di essi valorizzano, anche se in modo saltuario, la presenza di un background condiviso che favorisce la reciproca comprensione. Infine anche il semplice fatto di offrire al paziente un'opportunità di dialogo⁴³ rispetto ad una sua difficoltà è considerato piuttosto utile.

Sono emersi, infine, anche alcuni *fattori facilitanti legati al contesto*, riferiti alla facilità di contatto con il terapeuta, derivata dalla vicinanza geografica, e ad uno stato di salute stabile del paziente, dopo una lunga serie di problemi fisici.

§ 4.4 GLI EVENTI OSTACOLANTI INDICATI DAGLI PSICOTERAPEUTI

Solo pochissimi studi hanno esplorato quali possano essere gli eventi di ostacolo alla terapia dalla prospettiva degli psicoterapeuti (Lietaer, 1992; Castonguay et al., 2010); in particolare, Lietaer osserva che gli psicoterapeuti non parlano o scrivono facilmente dei loro fallimenti, delle impasse nella psicoterapia, o degli aspetti non risolti nel loro lavoro. Tuttavia *“di certo tutti noi sappiamo dalla pratica e dalla ricerca che la psicoterapia non è sempre rosea nel suo processo o nel suo esito”*⁴⁴. Ecco perché sembra importante provare a gettare luce anche in quest'ambito, per quanto “scomodo” o di maggiore difficoltà di indagine. Infatti, se per conoscere meglio i processi terapeutici più funzionali per i pazienti, si decide di individuare quali siano gli elementi che determinino un esito favorevole della psicoterapia, è pur vero che occorre tener presente anche gli aspetti di maggiore problematicità, poiché

⁴² *“aveva trovato in me un punto di riferimento notevole, questo secondo me ha giocato molto”*; *“un po' lei mi ha preso come modello, secondo me”*

⁴³ *“uno spazio tutto suo in cui tirar fuori quello che doveva, lei non ha problemi a parlarne, però era in una fase in cui si era molto chiusa con tutti, e quindi di avere una persona a cui poter raccontare tutta la sua vita, anche con un'ottica comunque di avere degli aiuti”*; *“Anche solo il fatto di poterne parlare, perché è un altro problema era “con chi parlo di queste cose? Perché nessun amico potrà capirmi”, il fatto che non fosse qualcosa di segreto, da nascondere, ma qualcuno con cui poter avere un alter ego, con cui poter confrontare queste incertezze”*

⁴⁴ *“Yet we all know from practice and from research that psychotherapy is not always rosy in its process or outcome”* (pag.148)

anch'essi possono, da una prospettiva diversa, aiutare a comprendere quali siano i passaggi di un percorso più funzionale.

Da segnalare, in controtendenza con quanto espresso da Lietaer (1992), è la grande disponibilità degli psicoterapeuti a parlare anche degli aspetti negativi delle terapie portate a termine, mostrando anche una grande apertura nel riconoscere eventuali errori o mancanze personali.

Tuttavia, se gli psicoterapeuti hanno sottolineato soprattutto il ruolo del paziente nel progresso del percorso, hanno anche attribuito o riferito a lui numerosi fattori di ostacolo, contrariamente a quanto trovato da Lietaer (1992) e Castonguay (Castonguay et al., 2010). In questa ricerca, infatti, è emerso che le **caratteristiche del paziente** hanno avuto un'influenza significativa nel sopraggiungere di difficoltà, impasse, stasi o blocchi nel percorso, insieme all'influenza esterna derivata da persone significative o eventi non funzionali, mentre una responsabilità lievemente minore è attribuita all'“inadeguatezza” del terapeuta. A parere degli psicoterapeuti, infatti, la *scarsa capacità di analisi / introspezione*⁴⁵ del paziente mantiene il dialogo ad un livello troppo superficiale, non consentendo di accedere alle “radici” del malessere o del problema e non sostenendo l'emergere di soluzioni alternative (Lietaer, 1992). Accanto a questo, anche alcuni *atteggiamenti*⁴⁶ o *modi di essere*⁴⁷ del paziente risultano non funzionali durante le sedute, arrivando anche a tradursi in *resistenze*⁴⁸ o *scarsa collaborazione*. Soprattutto il primo di questi aspetti (atteggiamento) emerge solo in questa ricerca mentre il secondo è stato evidenziato anche da Lietaer (1992). Un elemento sottolineato da diversi terapeuti, ma non presente in letteratura, riguarda la *dipendenza*⁴⁹ e le *richieste eccessive*⁵⁰ da parte del paziente: appare infatti interessante che, a distanza di tempo, i terapeuti non abbiano difficoltà ad evidenziare che un'eccessiva pressione colta da parte dei

⁴⁵ “XXX era un po' superficiale nell'affrontare la terapia”; “è una persona che non aveva nessuna attitudine all'introspezione, anche a riconoscere i sentimenti, anche a capire quali potessero essere le istanze più importanti e quelle meno importanti”

⁴⁶ “Un atteggiamento da parte sua vittimistico: del “lei non capisce”. Un atteggiamento di base istrionica con cui non si riusciva proprio a ragionare a tratti, la fermava e le dava l'alibi per non fare nulla, perché, dopo tutto, gli altri non capivano, sapeva solo lei”

⁴⁷ “L'estrema permalosità, per cui era come camminare sulle uova, (...) in una personalità dove la dimensione più classicamente nevrastenica era assolutamente presente, (...) soprattutto nei momenti di cattivo umore, e lì proprio la parola sbagliata era pericolosa, perché ti spaccava una seduta”; “sentivo che mi avviluppava o tendeva a farlo, usando la sua carineria, il suo modo di essere piacevole”

⁴⁸ “dopo questo primo momento c'è stata questa grande alternanza”

⁴⁹ “la dipendenza che la signora in qualche modo stava sviluppando con me, perché, essendo comunque lei fondamentalmente una struttura che tende a legarsi fortemente, (...) diciamo che c'è stato un buon dispendio di energie da parte mia per cercare di sciogliere via via la parte di dipendenza che non era costruttiva”

⁵⁰ “Quando mi bombardava di telefonate e di e-mail e SMS per chiedere aiuto, conferma, che non avesse quello, che non avesse questo, che non si morisse di ansia, perché lei voleva andare sempre al pronto soccorso”; “io ho accettato molto anche conversazioni on-line... (...) si correva un però il rischio che lui ne abusasse, in certi momenti l'ho sentito come un peso, ne faceva un poco troppo uso”

pazienti non solo non è funzionale per il percorso del paziente stesso, ma suscita anche un evidente disagio, seppure non manifesto, nello psicoterapeuta.

Un ulteriore fattore di ostacolo è rappresentato dal **contesto esterno**, che non può essere in alcun modo sotto il controllo del terapeuta. In particolare, concordemente con quanto riscontrato da Lietaer (1992), *l'influenza di persone significative*⁵¹, quali i familiari stretti ed il partner, può contrastare il processo terapeutico, così come *eventi e circostanze*⁵² che, a vario titolo, provocano o mettono alla prova il paziente. In questo studio è emerso che anche la *storia familiare*⁵³ può rappresentare un vincolo per il paziente, quasi fosse indirettamente costretto a ripetere un copione già scritto.

Gli psicoterapeuti, però, hanno riconosciuto anche una responsabilità personale alla base di alcuni eventi o processi non utili per il percorso del paziente: tendenzialmente, si tratta di una sorta di “mancanza” o **“inadeguatezza”**, che può riguardare la *“tecnica”*⁵⁴ oppure le *conoscenze personali* o, ancora, la *difficoltà a mantenere chiarezza e lucidità*⁵⁵, elementi che intralciano il proseguimento del percorso, magari richiedendo una ridefinizione della domanda *in itinere*, o oscurano gli obiettivi. Questo risultato è coerente con gli studi di Lietaer (1992) e Castonguay (Castonguay et al., 2010). Nel caso di questa ricerca, i riferimenti, in generale, richiamano situazioni o episodi specifici, legati di solito ad una particolare situazione della terapia o ad un breve periodo all'interno del percorso; ciò implicitamente conferma la tendenza degli psicoterapeuti a mantenere un monitoraggio attento della propria attività, affinché sia il più possibile funzionale al benessere del paziente.

Sono emersi, infine, alcuni motivi di intralcio riferibili alla **relazione tra psicoterapeuta e paziente**: non sempre, infatti, per i terapeuti è semplice *gestire la relazione*⁵⁶, soprattutto quando emergono delle *emozioni negative*⁵⁷ nei confronti del paziente

⁵¹ “il rapporto con i genitori, cioè l'influsso (...) neutralizzare l'influsso della madre soprattutto. (...) tutta la situazione della famiglia di origine ha pesato molto, ha ostacolato proprio”; “La recrudescenza della cosiddetta fidanzata, quando lei cercava di riprendere, di fronte ai suoi (di lui) tentativi, lei cercava di rimettere le mani (volarlo sottomettere manipolandolo) (...) lei ci provava a tenere...sentiva che lui diventava più forte e le sfuggiva la situazione dalle mani”

⁵² “l'essere andata al Nucleo Alcolologia per il fidanzato, quindi diciamo colloqui esterni, perché ha ricevuto dei giudizi superficiali, che è stato difficile... dai quali non potevo prescindere, perché le avevano detto di tutti i colori”; “Le esperienze negative che ha vissuto nel frattempo, quindi lei cercava un po' di tirarsi su, di conoscere gente, di trovare un nuovo fidanzato, (...) in realtà poi durante la terapia aveva conosciuto delle persone non particolarmente valide e quindi un po' rinforzavano questa sua sensazione: “vedi, allora sarà sempre così, non troverò mai la persona giusta”. (...) ci sono state un po' delle frenate brusche quando succedeva”

⁵³ “la storia familiare che radica profondamente in lei il senso di indegnità. (...) Davanti ad una storia familiare, la cui sintesi, condivisa fra l'altro, è “i ZZZ sono tutti matti”, chiaro che questo non aiuta la percezione di sé come persona equilibrata”

⁵⁴ “Non rispondere alla richiesta (...) con delle tecniche specifiche”

⁵⁵ “L'ammissione di un errore diagnostico da parte mia, questo mi ha un po' devastato, perché ero sicura: come poteva non essere? Ha tutti i sintomi (...). Ha ostacolato perché non sapevo come procedere, non avevo idea, e mi sono sentita inadeguata nell'aiutare questa persona che aveva un grosso bisogno”; “una difficoltà era proprio riuscire a rimanere sufficientemente lucida per me in quello che volevo portare avanti”

⁵⁶ “da parte mia forse una certa ripetitività del rituale dell'incontro, che rischiava di diventare anche un po' noioso”; “L'imbarazzo... forse sarebbe dovuta andare da una donna, ma lei voleva un uomo”

oppure un *transfert* che può essere risultare ambivalente. Questi risultati sono stati ritrovati anche negli altri due studi che hanno esaminato la prospettiva dei terapeuti (Lietaer, 1992; Castonguay et al. 2010), tuttavia la cosa interessante è che i pazienti non fanno alcun riferimento alla percezione di emozioni negative da parte del terapeuta, anche se non è possibile definire se si tratti di un'omissione voluta o meno, quindi se i pazienti realmente non abbiano colto il malessere del terapeuta, oppure preferiscano non esplicitarlo nel contesto dell'intervista.

§ 4.5 EVENTI UTILI ED OSTACOLANTI: PAZIENTI E TERAPEUTI A CONFRONTO

Appare rilevante l'importanza attribuita sia dai pazienti che dagli psicoterapeuti all'**acquisizione di una nuova consapevolezza** ed agli **insight**: l'attenzione appare posta sul **cambiamento**, inteso qui nella sua accezione più ampia, sia cognitiva che comportamentale. Ciò trova conferma in tutti gli studi esaminati che confrontano le due prospettive. In particolare, nel nostro caso gli psicoterapeuti ne mantengono una visione piuttosto vasta e valorizzano qualunque progresso evidente nel paziente, probabilmente ben conoscendo che **gli effetti della psicoterapia sono generalmente più ampi delle attese del paziente stesso**. Essi, indubbiamente, mantengono sotto osservazione una molteplicità di fattori e indicatori, che possono rappresentare degli "alleati" per la promozione del benessere o, al contrario, dei possibili impedimenti al suo raggiungimento; fattori che spaziano su diversi fronti e aree, a prescindere dal tipo di domanda posta dal paziente. Quest'ultimo, invece, appare quasi sorpreso dalla ricchezza e dalle conquiste ulteriori, spesso inattese, derivate dal percorso intrapreso, e ne sottolinea dei vantaggi che non possono essere etichettati come "secondari" (se intendiamo come vantaggio "primario" la scomparsa del sintomo / la soluzione del problema o della difficoltà), bensì sembrano rappresentare delle acquisizioni o consapevolezze che appaiono dare origine ad un nuovo e diverso percorso di vita. I terapeuti, diversamente dai pazienti, che sottolineano appunto la "crescita personale", ritengono preponderante anche l'attività di **contrasto dei comportamenti disfunzionali** del paziente, che agli psicoterapeuti risultano chiaramente evidenti, mentre i pazienti paiono non considerarli.

⁵⁷ "Anche da parte mia dei sentimenti...una pazienza scarsa nei confronti di questa persona, magari non manifesta, ma comunque che mi dava un po' fastidio a volte avere a che fare con lei"; "Poteva venire da me (l'ostacolo ndr) se io lasciavo trasparire a volte un po' di insofferenza per la continua alternanza di posizioni e la difficoltà da parte della signora di interiorizzare"

Comune ad entrambi i target è anche il rilievo dato alla “**tecnica**”: per i pazienti essa rappresenta uno strumento per la soluzione del problema presentato ed è, spesso, più facilmente applicabile e, in sede di intervista, razionalizzabile e comunicabile rispetto alla consapevolezza o alla crescita personale. I pazienti non attribuiscono esclusivamente ad essa le ragioni della soluzione del sintomo, tuttavia considerano comunque che i suggerimenti o i “compiti” dati dal terapeuta abbiano avuto un ruolo importante. Anche gli psicoterapeuti ne evidenziano la portata, tuttavia sembrano considerare gli aspetti legati alla tecnica uno degli elementi a disposizione, per quanto indubbiamente utile e spesso necessario.

Infatti, risultano influenti anche le **caratteristiche personali** del paziente, che, per il terapeuta, si risolvono fondamentalmente nella motivazione, nella collaborazione e nel grado di apertura durante il processo terapeutico, mentre il paziente tende a sottolineare maggiormente l’**atteggiamento** mostrato dal terapeuta. Pertanto, gli psicoterapeuti sottolineano la valenza di quelle caratteristiche che favoriscono l’adesione del paziente e sostengono il cambiamento (coerentemente con Castonguay et al., 2010), mentre i pazienti sono più interessati ad avere rassicurazione ed a cogliere la sicurezza e la tranquillità dello psicoterapeuta, da cui sembrano cogliere garanzie “implicite” rispetto alla possibilità di soluzione del proprio problema. Oggetto di considerazione è, pertanto, proprio il “modo di essere” o di presentarsi dei terapeuti, mentre questi ultimi valorizzano principalmente le risorse personali fondamentali su cui fondare la psicoterapia.

Appare forse inusuale il fatto che, per entrambi i target, la **relazione terapeutica** in sé sia scarsamente citata: alcuni psicoterapeuti la accennano, ma senza entrare nel dettaglio e specificarla. Ciò può essere dovuto al fatto che le domande dell’intervista non riconducano il pensiero del terapeuta specificamente o primariamente ad aspetti di carattere relazionale, bensì si focalizzino sui fattori di aiuto od ostacolo. Dal punto di vista dei pazienti, invece, la dimensione relazionale emerge in riferimento alla percezione di sostegno da parte del terapeuta ed al sentirsi a proprio agio (come in Levitt e Piazza Bonin, 2011): si conferma, quindi, l’importanza di un ambiente relazionale rassicurante e capace di costituire una potenziale fonte di aiuto, come riscontrato anche da Lietaer (1992). Significativa, pertanto, è la **fiducia** che deve caratterizzare il rapporto paziente-terapeuta, quale elemento necessario, secondo i pazienti, per il sussistere di un percorso terapeutico.

Un’ultima considerazione è dedicata al largo spazio che ha avuto, solo tra i pazienti, il considerare la **psicoterapia come uno spazio per poter parlare, confrontarsi, affrontare il proprio problema**. I pazienti, quindi, sembrano cogliere in maniera esplicita l’unicità e la

particolarità del setting terapeutico, e ne apprezzano la rilevanza, sentendosi quasi confermati rispetto alla scelta iniziale di chiedere aiuto ad uno psicoterapeuta.

Per quanto concerne, invece, gli **eventi** considerati **di ostacolo**, trasversalmente i target sottolineano il ruolo degli **atteggiamenti disfunzionali** o delle **resistenze del paziente**: appare pertanto una consapevolezza diffusa del fatto che una parte del non funzionamento della psicoterapia possa essere attribuibile ad una **collaborazione difficile** da parte del paziente. Questo risultato appare diverso da quanto riscontrato da Lietaer (1992) e Castonguayet al. (2010), secondo cui pazienti e terapeuti tendono ad attribuire il negativo a loro stessi, chiamando in causa più raramente l'altra parte. Nella presente ricerca, inoltre, i pazienti sottolineano la **difficoltà** insita nell'esperienza stessa della psicoterapia (Levitt & Piazza Bonin, 2011): un percorso che, se fatto bene, non risparmia fatiche e ostacoli. È il processo stesso di cambiamento che non può essere dato per scontato, ma che, come sottolineano i pazienti, richiede impegno e coraggio. Resta comunque evidente, nei pazienti, la **reticenza** ad affrontare o a soffermarsi su alcuni temi, particolarmente dolorosi o percepiti come inficianti il Sé. Agli occhi dei terapeuti, invece, ha maggiore rilievo la **scarsa attitudine** del paziente all'**introspezione**, che può limitare la consapevolezza e nuovi insight: ad essere temuti, pertanto, non sono dei disagi, per lo più momentanei, che il paziente può attraversare, bensì delle caratteristiche quasi “strutturali” della persona, che possono condizionare l'efficacia della psicoterapia.

Sia i pazienti che i terapeuti riconducono una parte degli eventi ostacolanti ad alcune **“mancanze”** degli psicoterapeuti: questi tendono a ricondurle a limiti soprattutto di carattere **professionale**, che coinvolgono carenze nella “tecnica”, nelle conoscenze o errori; i pazienti, invece, sembrano sottolineare principalmente l'**insufficienza delle azioni** del terapeuta, che invece avrebbe dovuto essere più attivo (come in Lietaer, 1992), senza limitarsi agli aspetti cognitivi o intellettuali della psicoterapia, mentre sono rarissimi i riferimenti ad una mancanza di empatia o di supporto da parte del terapeuta, riscontrati, invece, da Lietaer (1992).

Un ulteriore elemento di diversità concerne proprio la **differenza di opinioni o visioni** rispetto al paziente stesso o alla sua situazione: i pazienti dimostrano di essere particolarmente sensibili alle considerazioni che il terapeuta fa rispetto a loro, quindi, il non ritrovarsi o non sentirsi rispecchiati in queste considerazioni o riletture, che lo psicoterapeuta offre, diventa generalmente motivo di chiusura e di impasse per il processo. I terapeuti, invece, non fanno mai riferimento a questo aspetto, mentre citano come eventi ostacolanti, molto più frequentemente dei pazienti, alcune **influenze o interferenze** provenienti dall'esterno e, in particolare, dalle figure di riferimento del paziente (come in Castonguay et al., 2010), che lo

bloccano in modalità di interazione disfunzionali, o da circostanze ed eventi che confermano i dubbi e le difficoltà del paziente.

Infine, risulta molto interessante l'ammissione, da parte di alcuni terapeuti, di aver vissuto delle **emozioni negative** nei confronti del paziente, derivate dagli atteggiamenti del paziente o da sue richieste eccessive. Anche qualche paziente, in rarissime occasioni, esplicita di aver provato quasi ostilità nei confronti del terapeuta, tuttavia questa appare riconducibile a momenti molto brevi e particolarmente delicati del percorso terapeutico, mentre nel caso dei terapeuti sembra trattarsi di emozioni più durature ed indipendenti da eventi specifici.

§ 4.6 CONCORDANZA TRA PAZIENTI E TERAPEUTI RISPETTO AGLI EVENTI RICORDATI

In queste riflessioni, possono trovare conferma anche i dati relativi al **grado di accordo nell'individuazione degli eventi significativi**: esso, dalle analisi, risulta piuttosto basso (tra il 15,5% e il 18,5% per gli eventi utili e il 7,5/7,7% per gli eventi ostacolanti). Il grado di concordanza rispetto agli eventi ricordati da pazienti e psicoterapeuti, quindi, appare lontano rispetto ai dati riportati in letteratura, che attestano che all'incirca il 33% degli eventi riportati siano uguali (Martin & Stemaczonec, 1988; Cummings et al., 1992), percentuale che si accresce notevolmente, arrivando all'incirca al 60%, se veniva riproposta la registrazione dell'intera seduta. Solo uno di questi studi, tuttavia, è stato svolto dopo alcuni mesi dal termine della psicoterapia (Martin & Stemaczonec, 1988) e ha previsto la visione di un minuto di registrazione delle sedute. Questo studio, invece, si è basato esclusivamente sul ricordo dei partecipanti e, per tale motivo, risulta fondamentale considerare alcuni aspetti. Il primo fa riferimento al **tempo** trascorso dal termine della psicoterapia, che necessariamente ha contribuito a limitare la quantità di episodi accessibili al ricordo; inoltre, anche le **esperienze** vissute nel frattempo hanno, probabilmente, favorito la permanenza e il richiamo di aspetti particolari del percorso fatto, funzionalmente sia alla personalità del paziente che agli eventi occorsi e alla capacità di farvi fronte in modo diverso, mentre, per il terapeuta emerge a volte la difficoltà a ricordare, a distanza di tempo, particolari specifici di un paziente. Un ulteriore elemento da tenere in considerazione è che la richiesta di ricordare ha come oggetto **l'intero percorso terapeutico** e non solo una o poche sedute: questo, indubbiamente, limita la possibilità di poter riscontrare la presenza di numerosi eventi comuni, poiché la quantità di eventi riferibili ad un'intera psicoterapia è elevata.

Numerosi infatti sono stati gli **eventi utili** riportati sia dagli psicoterapeuti che dai pazienti, in particolare, però, risulta interessante il fatto che i terapeuti riferiscano un numero maggiore di eventi utili (58) rispetto ai pazienti (49). Il divario si capovolge se, invece, consideriamo anche gli eventi utili emersi dalla rilettura delle interviste (65 per i pazienti e 60 per i terapeuti). Ciò è, anzitutto, indice del fatto che i **terapeuti presentano una capacità maggiore di individuare e riferire episodi utili particolari**, selezionandoli dall'intero percorso di psicoterapia, mentre i **pazienti mantengono una visione meno precisa e schematica**, e tendono a fare in modo che sia il flusso del discorso a sollecitare il ricordo.

Gli eventi utili ricordati da entrambi i componenti della diade riguardano alcuni ambiti la cui rilevanza è stata discussa in precedenza: ritorna, anche in questo caso, l'acquisizione di una nuova consapevolezza o nuovi insight, il poter parlare, chiarire ed affrontare la difficoltà o il problema portato in terapia, e la relazione terapeutica. Questi, pertanto, appaiono realmente come tre cardini che sostengono e descrivono il processo terapeutico, rispetto a cui le visioni di pazienti e terapeuti si raccordano.

Gli **eventi ostacolanti** riferiti sono meno (circa 40) rispetto a quelli utili, ma il numero è comunque significativo. Indubbiamente si può ipotizzare che, a causa della **natura contestuale della memoria** (Martin & Stemaczonec, 1988), può risultare difficile ricordare gli aspetti negativi della psicoterapia: se, infatti l'esperienza del paziente risulta nel complesso positiva, il suo ricordo tenderà a evidenziare proprio i fattori o gli episodi positivi e a trascurare, o valutare in maniera meno negativa, gli elementi di difficoltà. Ciò emerge anche in questo studio: infatti, due pazienti hanno affermato di non ricordare nessun episodio di ostacolo al proprio percorso terapeutico, riferibile a loro stessi o al terapeuta. Una medesima difficoltà è stata rilevata da Lietaer (1992). Tuttavia, più di un terzo di tutti gli eventi ricordati fa riferimento ad aspetti negativi della psicoterapia, e ciò appare indice del fatto che si mantiene una **buona consapevolezza**, soprattutto negli psicoterapeuti, ma anche dei pazienti, **degli aspetti di difficoltà**, seppure essi risultino fundamentalmente diversi nei due target: infatti, solo in tre casi abbiamo una concordanza nell'evento riportato e, in modo abbastanza sorprendente, esso essi riguardano questioni valutate come non particolarmente significative da entrambi (ripetitività nelle sedute, gestione del legame tra paziente e terapeuta, dubbi sulla scelta dello specifico terapeuta).

Ciò che, però, sembra emergere in modo evidente da questi dati è la **prospettiva fortemente soggettiva** del racconto: la possibilità di tornare a riflettere e raccontare quanto vissuto fa emergere una rilettura spiccatamente personale, centrata sulla propria esperienza e sul vissuto sperimentato. Numerosi, infatti, sono gli eventi riportati che offrono anche una

connotazione emozionale o un punto di vista specifico e particolare rispetto agli episodi riportati o alla spiegazione attribuita ad essi.

Questa soggettività, però, non si tramuta in una varietà estrema e disomogenea di eventi, bensì si delineano, come discusso in precedenza, alcune aree che sono specifiche per ciascun target, a significare che è possibile, senza negare la specificità e unicità dell'esperienza personale, individuare alcune ricorrenze nelle valutazioni del percorso fatto.

§ 4.7 LE VALUTAZIONI DELLA PSICOTERAPIA, DEGLI EVENTI UTILI E OSTACOLANTI

Il calcolo dei coefficienti standardizzati e non standardizzati di concordanza tra pazienti e terapeuti, rispetto alle valutazioni date da ognuno sulla **psicoterapia** e sullo stato emotivo, dimostra che **il grado di accordo risulta generalmente ridotto**. In particolare, si raggiunge un pressoché totale disaccordo nella dimensione attivazione riferita allo stato emotivo, mentre il **grado di accordo più elevato** (comunque medio) si osserva nella **dimensione profondità / valore** della psicoterapia. Pazienti e psicoterapeuti, perciò, ritengono che l'esperienza vissuta insieme sia stata piuttosto profonda e di valore, assegnandole, pertanto, una buona valutazione. **Diversa**, invece, risulta **la valutazione sulla dimensione buon funzionamento / facilità**: questo dato risulta interessante, poiché emerge che pazienti e psicoterapeuti mantengono una visione diversa. Non necessariamente, quindi, se un paziente ha vissuto l'esperienza della psicoterapia percependola come abbastanza sicura, facile, tranquilla o piacevole, il suo terapeuta condivide la stessa opinione, e viceversa. In questo senso, trovano conferma le considerazioni fatte precedentemente rispetto alla visione diversa che caratterizza ciascuno dei partecipanti: se, infatti, risulta tendenzialmente fuori discussione il valore e l'importanza del percorso fatto, diversa è l'esperienza soggettiva vissuta durante.

La medesima varianza si osserva in riferimento allo **stato emotivo**, in particolare nella dimensione **attivazione**: pazienti e terapeuti attribuiscono valori piuttosto diversi agli item “coinvolto, potente, rilassato”, con i terapeuti che, in media, danno valutazioni leggermente più basse rispetto ai pazienti. Il grado di concordanza è leggermente superiore (ma comunque ridotto) nella dimensione **positività**, ciò appare interessante in quanto le valutazioni sembrano suggerire che la psicoterapia rappresenti un'esperienza ricca e di valore, nel complesso perciò abbastanza positiva, anche se comporta fatica e, in alcuni momenti, possa risultare sgradevole e pericolosa, suscitando perciò nervosismo e una percezione di incapacità.

Rispetto all'**evento più utile** indicato, le valutazioni medie dei pazienti risultano abbastanza elevate solo nella dimensione **profondità / valore**, mentre, sorprendentemente, le valutazioni medie rispetto alle altre dimensioni si attestano attorno ai valori medi, tranne che per la dimensione **attivazione**, per la quale il valore è leggermente più elevato. Questo sembra suggerire che una valutazione su un evento specifico, per quanto sia stato indicato dai pazienti come il più utile tra tutti quelli ricordati, non discrimini in maniera rilevante rispetto agli altri: risulta, pertanto, difficile affermare che sia presente una differenza significativa tra tutti gli eventi utili. Ciò troverebbe conferma anche nel fatto che i pazienti riconoscono come più utili diversi tipi di eventi (come discusso in precedenza) e non un gruppo ristretto.

Rispetto, invece, all'**evento più di ostacolo**, colpisce che le valutazioni medie rispetto all'indice **profondità / valore** si attestino attorno ai valori medi, con una deviazione standard abbastanza elevata. Ciò fa supporre che, nonostante l'evento abbia rappresentato un impedimento rispetto al percorso, non sia stato totalmente negativo, ma possa aver avuto una caratterizzazione più ampia rispetto al semplice ostacolo o elemento di impasse. Non si può, tuttavia, affermare che tale evento sia stato positivo, poiché le valutazioni medie sull'indice **positività** risultano piuttosto basse e quelle rispetto all'**attivazione** medio alte, e, perciò, questo evento ha pregiudicato la sicurezza del paziente, tuttavia, come emerge anche dalle parole dei pazienti, tale evento va inserito all'interno di un processo e non osservato a prescindere dal suo contesto, cosa che influenza il tipo di interpretazione che i pazienti ne danno. Occorre, indubbiamente, anche tenere conto del fatto che una valutazione complessiva tendenzialmente positiva dell'esperienza della psicoterapia tende a influenzare la percezione degli elementi più negativi o difficili del percorso svolto (Schank, 1982).

§ 4.8 LIMITI DELLO STUDIO

Risultano piuttosto evidenti alcuni limiti nella presente ricerca, essi riguardano in primo luogo il campione piuttosto ridotto, che non consente di fare generalizzazioni e inferenze che vadano oltre ad una descrizione ed interpretazione contestuale dei risultati.

All'interno del campione, inoltre, risulta piuttosto varia la durata della psicoterapia e diverso è il tempo trascorso dal suo termine fino al momento dell'intervista, cosa che non permette di effettuare considerazioni sul tipo di ricordi maggiormente presenti ad uno specifico (o più) intervallo di tempo dalla fine del percorso terapeutico.

Non è stato possibile mantenere un'omogeneità o un equilibrio rispetto agli orientamenti teorici dei vari psicoterapeuti, motivo per cui alcuni professionisti appartenevano

all'area cognitiva comportamentale, mentre di altri orientamenti è stato reperito un solo terapeuta.

Inoltre, è ipotizzabile che i terapeuti, nel momento in cui hanno suggerito i nomi dei pazienti, che potevano essere contattati per lo studio, abbiano indicato i casi più riusciti o quelli in cui la qualità della relazione sia stata piuttosto elevata, ipotizzando che avrebbero potuto offrire una buona collaborazione; a tale proposito, anche i casi di burn-out si sono automaticamente esclusi (anche se non è stato specificato in sede di reperimento), pur rappresentando, invece, un campione potenzialmente interessante.

E' anche da considerare che il racconto dei ricordi può essere stato influenzato dalla procedura: agli intervistati è stata garantita la riservatezza, tuttavia si può ipotizzare che alcuni ricordi fossero troppo intimi e personali da poter essere rivelati in un'intervista. Non è trascurabile anche la possibile produzione involontaria di "falsi ricordi" o di ricordi costruiti, che non è stato possibile identificare o verificare.

CONCLUSIONI

La *Significant Event Research* rappresenta un utile e interessante, seppur non nuovo, approccio di ricerca nell'ambito della psicoterapia. Attraverso l'approfondimento e l'analisi dei momenti che i pazienti (e talvolta anche i terapeuti) considerano più utili o più di ostacolo per il processo psicoterapeutico, risulta, infatti, possibile comprendere in modo più approfondito come lo psicoterapeuta e il lavoro terapeutico possano contribuire ai processi di cura del paziente; inoltre, si possono anche ottenere informazioni importanti sull'efficacia e sull'impatto di specifici interventi del terapeuta all'interno di un particolare contesto terapeutico. Questo tipo di ricerca, perciò, è rivolto anzitutto ai clinici, in quanto l'obiettivo finale è aiutarli a comprendere come essere agenti efficaci di cambiamento.

Tale metodologia di indagine trova le proprie radici in un approccio ermeneutico alla ricerca (Bruner, 1992), volto a far luce soprattutto sui significati e sulla loro co-costruzione, quali principi fondamentali dei processi e dell'esperienza umana.

Se, però, la ricerca sugli eventi significativi si è focalizzata quasi esclusivamente sull'*hic et nunc* del processo terapeutico, andando ad individuare gli episodi utili o di ostacolo al termine delle sedute o dell'intero percorso psicoterapeutico (o di counseling), solo pochissimi studi hanno approfondito tale analisi a distanza di tempo dal termine della psicoterapia. In particolare non c'è, in letteratura, nessuno studio che esplori i ricordi sia dei pazienti che dei terapeuti per entrambe le tipologie di eventi significativi, ovvero quelli utili e quelli di ostacolo.

Il presente studio pilota, perciò, nasce dall'intenzione di contribuire a colmare tale vuoto, fondandosi sull'ipotesi generale che gli eventi, che i soggetti percepiscono come importanti, tenderanno a rimanere nei loro ricordi (Martin & Stelmazonec, 1988) e che questi possano facilitare l'uso attivo (nel nostro caso soprattutto da parte del paziente) dell'informazione acquisita durante il percorso psicoterapeutico, nelle circostanze future quando queste informazioni potranno essere utili ai pazienti. Inoltre indagare anche la prospettiva degli psicoterapeuti può aiutare a comprendere il grado in cui essi comprendono l'esperienza degli eventi significativi dei loro pazienti e può rappresentare una nuova modalità per accrescere la comprensione dei terapeuti stessi.

Attraverso l'analisi qualitativa delle interviste fatte a 7 terapeuti ed ai relativi 17 pazienti, volte ad esplorare il ricordo degli eventi utili e di ostacolo del percorso terapeutico fatto alcuni mesi prima, sono emersi alcuni risultati interessanti ed utili non solo per una

conoscenza più approfondita degli eventi significativi, ma anche perché possibili punti di partenza per ulteriori indagini. Inoltre, alcuni di essi paiono coerenti con la letteratura disponibile, mentre altri costituiscono novità specifiche di questo studio.

In particolare, sia i pazienti che gli psicoterapeuti riconoscono ampiamente utile l'acquisizione di una nuova consapevolezza e di insight, ma, mentre per il terapeuta ciò rappresenta un obiettivo imprescindibile, per il paziente sembra costituire un risultato secondario, ma non per questo meno importante, rispetto alla risoluzione del sintomo o del problema per cui ci si è rivolti ad uno specialista. Ciò contribuisce a delineare un'esperienza che, nella pratica, si presenta come più ricca rispetto alle aspettative dei pazienti: essi, infatti, ne sottolineano le opportunità, rappresentate principalmente da poter usufruire di uno spazio in cui parlare, confrontarsi e risolvere il proprio problema (aspetto poco presente in letteratura, ma valutato dai pazienti come molto utile).

Affinché ciò risulti possibile, è fondamentale, per i pazienti, che si crei un clima relazionale favorente, in cui essi possano “*sentirsi a proprio agio*” ed in cui l'atteggiamento sicuro, tranquillo e positivo del terapeuta sostenga l'apertura. Anche per gli psicoterapeuti la relazione costituisce un elemento utile, ma apparentemente è meno rilevante di alcune caratteristiche personali del paziente funzionali al perseguimento del percorso, quali la motivazione e la collaborazione. Questo risultato non ha precedenti in letteratura, ma aiuta a far luce sull'importanza che riveste per i terapeuti la disponibilità al cambiamento e tale valutazione sembra diventare particolarmente evidente a distanza di tempo dal termine della psicoterapia.

Un ulteriore elemento decisamente utile, ma del tutto nuovo rispetto ad altri studi, è il rilievo attribuito da entrambi i target agli elementi legati alla “tecnica”: per i pazienti, i suggerimenti (di vario genere e natura) ricevuti dagli psicoterapeuti rappresentano un aiuto concreto per risolvere il proprio problema, mentre per gli psicoterapeuti essi rappresentano uno degli strumenti a disposizione nel processo terapeutico.

Da queste considerazioni emerge chiaramente che pazienti e terapeuti riconoscono concordemente come importanti alcuni aspetti della psicoterapia, seppure ne diano motivazioni diverse e ne sottolineino specifiche particolarità. Infatti, stupisce che siano soprattutto i pazienti, più che gli psicoterapeuti, a riconoscere la funzione terapeutica della relazioni in sé; tuttavia è possibile trovare una spiegazione a questo considerando che la relazione terapeutica può rappresentare un elemento strutturale imprescindibile della psicoterapia, motivo per cui i terapeuti non si soffermano a lungo su di essa ritenendola scontata. Essi, invece, danno risalto a quegli elementi necessari per sostenere il progresso ed il

benessere del paziente, come il contrastare i suoi comportamenti disfunzionali, spesso non riconosciuti dal paziente stesso; mentre quest'ultimo tende a riconoscere il valore della psicoterapia evidenziando anche la crescita personale che quest'esperienza ha comportato.

Ne emerge, quindi, una rappresentazione della psicoterapia come di un processo che, progressivamente, si autoalimenta e si automantiene, attraverso un percorso in cui i pazienti hanno un ruolo fondamentale come principali fautori del proprio benessere (come emerso in molti studi), ma anche gli psicoterapeuti contribuiscono in maniera significativa al processo; ciò è riportato non solo dai pazienti, ma anche dai terapeuti stessi, i quali riconoscono la loro funzione di guida e punto di riferimento per il paziente, aspetto del tutto nuovo rilevato da questo studio.

Gli aspetti più di ostacolo alla psicoterapia sembrano essere soprattutto costituiti dagli opposti degli eventi utili: la psicoterapia, pertanto, si configura come un articolato gioco di equilibri, in cui il fare ed il non fare, il dire e non dire vanno debitamente graduati da entrambe le parti (Lietaer, 1992).

I pazienti, in particolare, riconoscono come di ostacolo proprio le “mancanze” del terapeuta, che si possono declinare nella percezione di uno scarso sostegno o nel pensare che il terapeuta avrebbe potuto fare di più. Ciò può scatenare o essere la conseguenza di una mancanza di fiducia nello psicoterapeuta o del sorgere di dubbi sul percorso in atto ed accrescere, così, le resistenze del paziente. Questo risultato non ha precedenti in letteratura e può trovare un'ipotesi di spiegazione nel fatto che il tempo trascorso dal termine della terapia abbia contribuito a ridimensionare il legame tra paziente e terapeuta, così che anche alcune considerazioni non positive sono potute diventare accettabili e riferibili a terzi. Un aspetto simile è presente anche nelle parole dei terapeuti, che in alcuni casi non nascondono la presenza di alcune emozioni negative nei confronti dei pazienti, in particolare a fronte di un'accresciuta dipendenza o di richieste eccessive (ed anche questo elemento non ha riscontri in letteratura).

Tali elementi, secondo la prospettiva dei terapeuti, rappresentano uno dei motivi di impasse nel processo, ma ancora di più lo sono l'influenza di persone significative per il paziente e i suoi atteggiamenti ostacolanti o le sue resistenze. I terapeuti, pertanto, riconoscono come limiti non solo alcune carenze personali legate alla tecnica o ad una scarsità di conoscenze, ma, diversamente da quanto riscontrato in altri studi, anche alcune caratteristiche e/o atteggiamenti del paziente che contribuiscono ad ostacolare il cambiamento, come la reticenza a soffermarsi su alcuni temi o la scarsa attitudine all'introspezione.

I pazienti stessi, in alcuni casi, riconoscono la propria fatica nello sperimentare azioni o comportamenti alternativi e riconoscono come un intralcio al percorso il mantenimento dei legami disfunzionali, tuttavia, tendono a porre in risalto e a valutare in modo significativo la difficoltà di questa esperienza, che può essere ulteriormente accresciuta nel momento in cui essi non si ritrovano nelle rappresentazioni che i terapeuti danno di loro.

Si può affermare, pertanto, alla luce dei risultati di questo studio e della loro discussione, che sia i pazienti che i terapeuti concepiscono la psicoterapia come “un lavoro a due”, dove entrambe le parti contribuiscono alla definizione di un percorso che sia il migliore possibile per quello specifico paziente. Non è possibile affermare in maniera altrettanto forte questa prospettiva stando esclusivamente alla letteratura sulla *significant event research*, in cui il ruolo determinante risulta essere chiaramente quello del paziente.

Ciò che emerge in maniera evidente da questo studio è anche la prospettiva fortemente soggettiva di pazienti e terapeuti, che delineano in modo specifico, se pur non diametralmente opposto, gli eventi utili ed ostacolanti.

Le valutazioni della psicoterapia, riportate da pazienti e terapeuti attraverso il Differenziale Semantico, confermano il valore e la positività di questa esperienza, ma si discostano per quanto riguarda le percezioni relative alla facilità ed alla sicurezza del percorso. La mancanza di concordanza tende a mantenersi anche nelle valutazioni dello stato emotivo al termine della psicoterapia, in base alle quali i pazienti appaiono mediamente più soddisfatti rispetto agli psicoterapeuti, ma non necessariamente più sicuri, soprattutto considerando che la valutazione si riferisce al termine della psicoterapia, ovvero al momento in cui avrebbero dovuto affrontare la propria quotidianità di nuovo da soli.

Pertanto, le valutazioni relative al grado maggiore di utilità o di ostacolo di alcuni degli eventi significativi, generalmente molto distribuite nelle varie categorie, soprattutto per quanto riguarda i pazienti, fanno supporre che ciò che conta è se un evento significativo sia accaduto o meno: il grado in cui uno specifico evento è percepito come utile o ostacolante può essere meno significativo del fatto che qualcosa di importante sia accaduto.

Questo trova conferma nell'accordo piuttosto basso del ricordo degli eventi all'interno di ciascuna diade, anche se questo risultato può essere spiegato facendo riferimento a più aspetti (come ampiamente trattato nella Discussione dei risultati). Gli eventi ricordati da entrambi i componenti della coppia terapeutica riguardano le categorie di eventi utili valutate come più importanti da ciascuno dei due target (acquisizione di consapevolezza e insight, possibilità di confrontarsi e affrontare le proprie difficoltà, relazione terapeutica), mentre l'accordo sul ricordo degli eventi ostacolanti è decisamente ridotto. Ciò è coerente con la

teoria di Shank (1992) sulla memoria dinamica: l'autore ritiene, infatti, che un'esperienza ripetuta dia origine a strutture di ricordo generalizzate e che istanze specifiche vengono trattenute solo nel caso che contengano nuove informazioni. La routine nella terapia può aver fatto in modo che i pazienti abbiano sviluppato progressivamente degli insight, cosicché gli episodi non siano stati ricordati come istanze specifiche, ma siano stati cumulati con altri episodi simili.

Infatti, nelle valutazioni date dai pazienti nel differenziale semantico rispetto all'evento più utile ed a quello più ostacolante, i valori tendono ad attestarsi attorno alla media e, pertanto, ciascuno di questi eventi potrebbe non discostarsi in modo significativo dagli altri eventi della sua categoria.

Come molte indagini esplorative, anche questa ricerca apre nuove domande e nuove ipotesi di ricerca. Potrebbe essere utile ampliare la ricerca e verificare un eventuale specificità dei ricordi degli eventi utili e ostacolanti a seconda del tipo di orientamento terapeutico cui fanno riferimento i diversi psicoterapeuti, nonché potrebbe risultare interessante verificare il tipo di ricordi a seconda del disturbo presentato dai pazienti o della diagnosi fatta inizialmente dai terapeuti. Risulterebbe anche significativo verificare se i risultati si modificano in funzione del livello di esperienza dello psicoterapeuta.

Inoltre, anche il gettare luce sulle conseguenze che gli eventi utili e ostacolanti hanno avuto sia sul percorso terapeutico che, se presenti, nell'esperienza successiva per contribuire ad ampliare la conoscenza degli effetti a breve e lungo termine della psicoterapia. In tal senso, si potrebbe anche ipotizzare di effettuare più rilevazioni del ricordo ad intervalli definiti, così da verificare il procedere della rielaborazione dell'esperienza oppure intervistare pazienti diversi, seguiti dal medesimo terapeuta, in periodi diversi rispetto al termine della psicoterapia. A tale proposito, è auspicabile pianificare un'indagine che possa discriminare tra i ricordi di eventi realmente accaduti, per quanto rielaborati, ed i "falsi ricordi", che pure rappresentano di per sé un'area interessante di approfondimento.

BIBLIOGRAFIA

- Alwin, D. F., & Jackson, D. J. (1980). Measurement models for response errors in surveys: issues and applications. In K.F. Svhuessler (Ed.), *Sociological methodology*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 66-119.
- Annells, M. (1997). Grounded theory method, Part II: Options for users of the method. *Nursing inquiry*, 4(3), 176-180.
- APA. (2000). DSM IV - TR. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Arnkoff, D. B., Victor, B. J., & Glass, C. R. (1993). Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In Stricker, G. & Gold, J.R. (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*, 27-42.
- Asch, S.E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership and men*. Pittsburg, PA: Carnegie Press.
- Barchard, K. A. (2011). Examining the reliability of interval level data using Root Mean Square Differences and Concordance Correlation Coefficients. *Psychological Methods*, Advance online publication, 1-15. doi: 10.1037/a0023351
- Barnhart, H. X., Lokhnygina, Y., Kosinski, A. S., & Haber, M. (2007). Comparison of concordance correlation coefficient and coefficient of individual agreement in assessing agreement. *Journal of Biopharmaceutical Statistics*, 17, 721-738.
- Berzon, B., Pious, C., & Farson, R. C. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: a study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 204-212.
- Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P., & Themen, J. (1979). A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 257-263.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13-37.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Harvard University Press, Cambridge MA.
- Bruner, J. (1992). *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., . . . Grosse Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy*, 47(3), 327-344. doi: 10.1037/a0021164

- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E., & Slemon, A. (1992). Memory for Therapeutic Events, Session Effectiveness, and Working Alliance in Short-Term Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 306-312. doi: 10.1037/0022-0167.39.3.306.
- Cummings, A. L., Slemon, A. G., & Hallberg, E. T. (1993). Session Evaluation and Recall of Important Events as a Function of Counselor Experience. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 156-165. doi: 10.1037/0022-0167.40.2.156
- Cutcliffe, J. R. (2000). Methodological issues in grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1476-1484.
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 427-441.
- Elliott, R. (1983a). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47-55.
- Elliott, R. (1985). Helpful and Nonhelpful Events in Brief Counseling Interviews. An Empirical Taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307-322. doi: 10.1037/0022-0167.32.3.307
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall as a psychotherapy process research method. In Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (Ed.), *The psychotherapeutic process: a research handbook*, 503-527.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-468.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1988). Brief structured recall: a more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Clinical Psychology*, 61, 141-153.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In Toukmanian, S.G.; Rennie, D.L. (Eds.), (1992), *Psychotherapy Process Research*, SAGE, Newbury Park London, 163-186.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: alternative strategies. In Frommer, J.; Rennie, D.L. (Ed.), *Qualitative psychotherapy research: methods and methodology*, 69-111.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing a comparative study in psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins Press
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24, 293-302.
- Fruggeri, L. (1998). Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e terapeutiche. *Psicobiattivo*, XVIII(1), 37-48.

- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of Grounded Theory*. The Sociology Press, Mill Valley, California.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine, Chicago.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. (1986). *The psychotherapeutic process*. Guilford Press, New York.
- Harrè, R. (1987). *The social construction of selves*. In Yardley K. & Honess T. (Eds.), *Self and identity: Psychosocial perspectives* (pp. 41–52). Chichester: Wiley.
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139-150. doi: 10.1080/09515070 600788303
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3-24.
- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction: eighteen years with IPR. Hess, A.K. (Ed.), *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice*, 262-283.
- Kirkegaard Thomsen, D., & Berntsen, D. (2003). Snapshots from therapy: Exploring Operationalisations and ways of studying flashbulb memories for private events. *Memory*, 11(6), 559-570.
- Kivlighan Jr, D. M., & Arthur, E. A. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79-84. doi: 10.1037//0022-0167. 47.1.79
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.314
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21(1), 70-85. doi: 10.1080/10503307. 2010.518634
- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in client-centered/experiential psychotherapy: a content analysis of client and therapist postsession perceptions. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: paradigmatic and narrative approaches* (pp. 134-163), Newbury Park, CA: Sage.
- Lin, L. I. (1989). A concordance correlation coefficient to evaluate reproducibility. *Biometrics*, 45, 255-268.

- Llewelyn, S. (1988). Psychological psychotherapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 233-237.
- Martin, J., & Stelmaczek, K. (1988). Participants' Identification and Recall of Important Events in Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 385-390. doi: 10.1037/0022-0167.35.4.385
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Ed. by Charles W. Morris. Chicago: University of Chicago Press.
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317-324. doi: 10.1037/0022-0167.46.3.317
- Paulson, B. L., Everall, R. D., & Stuart, J. (2001). Client perceptions of hindering experiences in counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1, 53-61.
- Pepinsky, H. B., & Karst, T. O. (1964). Convergence: a phenomenon in counseling and in psychotherapy. *American Psychologist*, 19, 333-338.
- Phillips, D. C. (1995). The good, the bad, and the ugly: the many faces of constructivism. *Educational Researcher*, 24(7), 5-12.
- Shank, R. C. (1982). *Dynamic memory*. New York: Cambridge University Press.
- Sherif, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 27(187), 17-22.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of Psychotherapy Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkman, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the session evaluation questionnaire and the session impacts scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 175-185.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1994). Grounded Theory methodology: an overview. In *Handbook of Qualitative Research* (Denzin N.K. & Lincoln Y.S. eds). SAGE, London, 273-285.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310-320. doi: 10.1080/10503300600608116
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421-447

- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386. doi: 10.1080/09515070.2010.534329
- Wilcox-Matthew, L., Ottens, A., & Minor, C. W. (1997). An analysis of significant events in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 75(4), 282-290.