



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

**La Teoria del Codice Multiplo nell'Affect Phobia Therapy: analisi del
processo di una psicoterapia psicodinamica breve.**

**The Multiple Code Theory in Affect Phobia Therapy: A process analysis of a brief
psychodynamic psychotherapy.**

Relatore:

Prof. Rocco Diego

Laureando:

Frigo Raul

Matricola:

2114479

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 5 |
| CAPITOLO 1 – LA RICERCA..... | 7 |
| 1.1. UNA <i>PROCESS-OUTCOME RESEARCH</i> SU DISEGNO <i>SINGLE-CASE</i> | 7 |
| 1.2. LA TEORIA DEL CODICE MULTIPLO E IL MODELLO DELL'ATTIVITÀ REFERENZIALE DI WILMA BUCCI | 11 |
| CAPITOLO 2 - LA METODOLOGIA | 20 |
| 2.1. STRUMENTI | 20 |
| 2.1.1. IDAAP (<i>Italian Discourse Attribute Analysis Program</i>) | 20 |
| 2.1.2. <i>MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY</i> (MCMII- III)..... | 24 |
| 2.1.3. <i>SYMPTOM CHECK LIST</i> (SCL-90) | 26 |
| 2.1.4. <i>INVENTORY OF INTERPERSONAL PROBLEM</i> (IIP-32)..... | 27 |
| 2.2. MATERIALE | 28 |
| 2.3. LA PSICOTERAPIA..... | 32 |
| 2.4. PROCEDURA..... | 40 |
| 2.5. IPOTESI DI LAVORO | 43 |
| CAPITOLO 3 – I RISULTATI | 45 |
| 3.1. PRIMA SEZIONE (IDAAP) | 45 |
| 3.1.1. IWRAD..... | 45 |
| 3.1.2 IWRRL | 46 |
| 3.1.3. COVARIANZA IREF-IWRAD | 47 |
| 3.2. SECONDA SEZIONE..... | 48 |
| 3.2.1. MCMII-III..... | 48 |
| 3.2.2. SCL-90 | 54 |
| 3.2.3. IIP-32 | 56 |
| 3.3. DISCUSSIONE | 58 |
| 3.4. CONCLUSIONI..... | 66 |
| BIBLIOGRAFIA | 69 |

INTRODUZIONE

La presente tesi si propone di analizzare il processo e i risultati di una psicoterapia psicodinamica breve tramite l'IDAAP (*Italian Discourse Attribute Analysis Program*), strumento sviluppato seguendo la teoria di Wilma Bucci rispetto all'attività referenziale, ovvero il processo mentale che traduce le esperienze emotive in linguaggio. La psicoterapia è stata condotta secondo i principi dell'*Affect Phobia Therapy*, modello che integra tecniche psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e tecniche delle psicoterapie esperienziali. Il suo scopo è di aiutare i pazienti ad accedere ai propri affetti temuti in modo da eliminare le strategie maladattive di evitamento di tali affetti. Poiché l'IDAAP permette di rilevare le variazioni nella capacità di simbolizzazione e verbalizzazione dell'esperienza emotiva, si ritiene lo strumento adatto ad analizzare lo svolgimento di un'*Affect Phobia Therapy*, essendo quest'ultima basata proprio sull'esperienza e l'integrazione di esperienze emotive precedentemente intollerabili. Questo lavoro si propone dunque di contribuire alla comprensione dell'efficacia di tale modello e dei meccanismi regolanti il processo di una psicoterapia, riflettendo sul ruolo del linguaggio in quanto veicolo di trasformazione ed integrazione emotiva all'interno di una relazione psicoterapeutica. L'efficacia sarà valutata sulla base delle differenze nei punteggi ottenuti ad alcuni questionari *self-report* compilati all'inizio della psicoterapia e a circa cinque mesi dalla sua conclusione.

Seguirà una presentazione della tipologia di questa ricerca e della sua metodologia, con particolare attenzione alla teoria di Wilma Bucci. Presenteremo l'IDAAP e gli altri strumenti utilizzati allo scopo di misurare processo e risultati della psicoterapia. Introduremo il materiale impiegato, esplicitando in maggior dettaglio il funzionamento delle psicoterapie psicodinamiche brevi e dell'*Affect Phobia Therapy*, presentando inoltre

la paziente con la sua personalità e la sua sintomatologia. Rifletteremo dunque, tramite la teoria che guida la comprensione di tali caratteristiche psichiche e psicopatologiche, sul lavoro che in generale il trattamento psicoterapeutico si propone in tali casi. Chiariremo il processo seguito dal lavoro di ricerca, presentando le ipotesi di lavoro. Presenteremo infine i risultati, che verranno discussi sulla base della teoria che ha guidato la ricerca e le ipotesi di lavoro precedentemente costituite.

CAPITOLO 1 – LA RICERCA

1.1. UNA *PROCESS-OUTCOME RESEARCH* SU DISEGNO *SINGLE-CASE*

In ambito di psicoterapia si distingue tra la ricerca sull'esito di un trattamento (*outcome research*) e la ricerca sul processo (*process research*) (Dazzi, 2006). L'*outcome research* ha lo scopo di comprendere se e quanto un trattamento sia efficace nel rispondere alla psicopatologia o alla richiesta di aiuto dei pazienti. È dibattuto se l'*outcome* vada valutato in termini di cambiamento della sintomatologia o di cambiamento della struttura di personalità alla sintomatologia sottostante (Dazzi, 2006). In base alle scelte teoriche e metodologiche, è dunque necessaria la scelta da parte dei ricercatori degli strumenti per misurare l'*outcome*. Se si intende il cambiamento in termini di sintomatologia, si tenderà a scegliere strumenti che valutano singoli tratti del funzionamento dei pazienti, come, ad esempio, il *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961); se si intende il cambiamento nei termini della struttura di personalità, si tenderà a scegliere strumenti che ambiscono ad una valutazione globale, come, ad esempio, il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (Dazzi, 2006; Millon et al., 1977). Dal punto di vista metodologico, i *Randomized Controlled Trials* (RCT), sono considerati il metodo *gold standard* per valutare l'esito dei trattamenti (Kazdin, 2011). I RCT consistono in studi sperimentali in cui i pazienti vengono casualmente assegnati al gruppo sperimentale (in cui ricevono il trattamento oggetto di studio) o al gruppo di controllo (in cui ricevono trattamenti *standard* o placebo, o nessun trattamento nel caso della lista di attesa), minimizzando in questo modo i *bias* e confrontando diversi tipi di trattamento tra di loro (Kazdin, 2011).

La *process research* si occupa invece di comprendere come e perché una psicoterapia funziona o non funziona (Orlinsky et al., 2004). Il suo obiettivo è contribuire alla comprensione di quali sono gli elementi comuni a tutti gli approcci di psicoterapia e quali

gli elementi peculiari nella realtà dell'incontro clinico. Per raggiungere il suo obiettivo cerca di misurare ciò che accade tra paziente e psicoterapeuta, spostando di conseguenza l'attenzione dall'esito dell'intero trattamento all'esito delle singole sedute o, in casi ancor più specifici, all'impatto momento per momento degli scambi comunicativi sulle variabili oggetto d'indagine (Dazzi, 2006).

Dall'integrazione tra *outcome research* e *process research* nasce la *process-outcome research*, che si propone di analizzare la relazione che intercorre tra gli eventi interni ad una psicoterapia ed il risultato della stessa (Orlinsky et al., 2004). La *process-outcome research* è indispensabile ad un'approfondita comprensione del funzionamento della relazione terapeutica e del diverso impatto di fattori specifici e fattori aspecifici sui suoi risultati (Dazzi, 2006). Con "fattori specifici" si intendono le tecniche e gli interventi tipici di un determinato orientamento psicoterapeutico (come, ad esempio, l'interpretazione del *transfert* nella psicoanalisi); con "fattori aspecifici" si indicano le caratteristiche indipendenti dall'orientamento e trasversali a tutte le relazioni psicoterapeutiche (come, ad esempio, la capacità empatica, l'alleanza terapeutica o, più in generale, la qualità della relazione).

Ad oggi la ricerca ha dimostrato la grande efficacia della psicoterapia: alla fine di un trattamento, chi ha intrapreso un percorso psicoterapeutico sta significativamente meglio dell'80% delle persone che non l'hanno intrapreso (Lambert & Ogles, 2004). Tuttavia, confrontando diversi orientamenti di psicoterapia, nessuno è risultato essere più efficace di altri (Beutler et al., 2004). Appare quindi evidente che i fattori aspecifici siano particolarmente responsabili del buon esito di una psicoterapia. Per questa ragione, diversi filoni di ricerca puntano a validare empiricamente le dimensioni più rilevanti della relazione terapeutica, più che particolari modelli d'intervento (Dazzi, 2006). È invece

dibattuto quale sia il peso dei fattori specifici rispetto all'*outcome* delle psicoterapie dal momento che, nonostante i fattori aspecifici risultino essere fondamentali per sostenere il cambiamento all'interno di una relazione psicoterapeutica, non sono in grado di spiegarne l'esito da soli (Dazzi, 2006). Fattori aspecifici e specifici si influenzano e rinforzano vicendevolmente, ed è la loro integrazione a spiegare almeno il 60% della varianza rispetto all'*outcome* (Beutler et al., 2004). Le *process-outcome research* si occupano perciò di comprendere il peso dei fattori specifici e aspecifici ed il loro legame con gli esiti delle psicoterapie (Rice & Greenberg, 1984). Particolarmente utili a questo scopo sono i disegni di ricerca *single-case*, che osservano sistematicamente l'andamento di singole relazioni psicoterapeutiche (Kazdin, 2011). Questo tipo di disegno di ricerca rende perseguibile un'analisi approfondita dell'influenza di fattori specifici e aspecifici sull'*outcome* del processo psicoterapeutico, condotta tramite l'impiego di strumenti sviluppati per essere applicati alle trascrizioni delle audio-registrazioni delle sedute (Lingiardi, 2006). L'analisi è guidata dal tentativo di stabilire una correlazione statisticamente significativa tra due o più variabili. Risulta evidente che è a tal scopo necessario definire in modo chiaro quali siano le variabili oggetto d'indagine ed impiegare strumenti validi alla loro misurazione. Risponde a questa necessità lo studio qualitativo, in cui si focalizza e delimita con precisione quale sia il costrutto da indagare. È poi necessaria l'analisi quantitativa dei dati tramite strumenti adatti alla misurazione valida del costrutto. La messa a punto di strumenti computerizzati di analisi linguistica ha permesso di compiere analisi quantitative in più vasta scala, in modo più rapido e, soprattutto, più oggettivo, poiché indipendenti dal giudizio umano (De Coro & Mariani, 2006). Successivamente la ricerca spesso procede per segmentazione: le trascrizioni delle sedute vengono divise in diverse sezioni, frequentemente sulla base della ricorrenza di

alcuni eventi considerati di particolare rilevanza clinica (Lingiardi, 2006). L'ipotesi sperimentale da verificare è la relazione causale tra questi eventi ed un cambiamento nella quantità della variabile osservata precedentemente definita. Si procede quindi misurando tale variabile prima e dopo gli eventi alla base della segmentazione e se ne confrontano i valori. L'osservazione di differenze sistematiche avvalorerebbe l'ipotesi sperimentale. Una prima analisi è possibile da una valutazione visiva dei dati: si pone su un piano cartesiano il tempo (e dunque la sequenza dei segmenti) sulle ascisse e la variabile oggetto d'indagine sulle ordinate (Lingiardi, 2006). L'osservazione non può isolare singoli punti, essendo la logica del disegno *single-case* basata sull'osservazione dell'intero andamento dei dati e la loro fluttuazione (Kazdin, 1982). Punto di forza di tale metodologia di ricerca è la possibilità di comprendere non solo se il trattamento analizzato funziona, ma anche come e perché funziona. Permette inoltre di riconoscere approfonditamente i diversi contributi dei fattori aspecifici e dei fattori specifici. Il limite è invece la scarsa generalizzabilità dei risultati e la difficoltà di interpretarli, poiché in assenza di paragoni con altri tipi di trattamento (Lingiardi, 2006).

Il presente studio si propone come una *process-outcome research* su disegno *single-case*. In particolare, si osserveranno le fluttuazioni nei livelli di attività referenziale di una paziente in risposta agli scambi comunicativi con il suo psicoterapeuta.

1.2. LA TEORIA DEL CODICE MULTIPLO E IL MODELLO DELL'ATTIVITÀ REFERENZIALE DI WILMA BUCCI

Wilma Bucci, professoressa Emerita presso il Derner Institute dell'Adelphi University e membro onorario dell'American Psychoanalytic Association, sviluppa la teoria del codice multiplo a partire da una delle questioni centrali della psicoanalisi classica: l'interazione tra lo psichico e il somatico (Freud, 1895), interazione oggi riconosciuta anche in campo medico (Solomon, 1987). Sviluppa inoltre l'intuizione freudiana per cui il pensiero segue diverse e distinte modalità di funzionamento (Freud, 1899), idea presente sin da "*L'interpretazione dei sogni*", considerato testo inaugurale della psicoanalisi (Bolognini, 2000). Bucci, infatti, nel 1985 prende in considerazione una prima teoria (la teoria del codice duale di Paivio, 1971) che distingue l'immaginazione e il linguaggio come modalità di pensiero distinte che operano in modo rispettivamente inconscio e conscio. Sottolinea i limiti delle connessioni tra le due modalità, con la conseguente difficoltà comunemente sperimentata di esprimere verbalmente senso-percezioni ed emozioni (Bucci, 1985). Nel 1997 da questa teoria evolve l'attuale teoria del codice multiplo, che riconosce in un livello sub-simbolico una distinta modalità di funzionamento del pensiero. Questo livello contiene il continuo flusso di esperienza sensoriale, corporea e affettiva, differente dai processi simbolici basati su immagini e parole.

La teoria del codice multiplo teorizza quindi tre sistemi (o codici) di elaborazione mentale, modalità distinte, ma integrate, tramite cui la mente elabora l'esperienza: il sistema sub-simbolico, che registra l'esperienza senso-percettiva ed emotiva; il sistema simbolico non verbale, che organizza l'esperienza in immagini e rappresentazioni preverbalì; e il sistema verbale, che traduce senso-percezioni, emozioni, rappresentazioni ed immagini in linguaggio e pensiero cosciente. L'attività referenziale è il processo che trasforma le esperienze corporee ed emotive in linguaggio, passando per le immagini e le

rappresentazioni preverbal, connettendo quindi i tre sistemi (Bucci, 1997). Ciò è in accordo con la prima topica e la *Metapsicologia* di Sigmund Freud, che affermò che la libido lega le senso-percezioni alle rappresentazioni di cosa e, successivamente, le rappresentazioni di cosa alle rappresentazioni di parola (Freud, 1899, 1915). Inoltre, anche Bucci, così come Freud, sostiene che le rappresentazioni di parola possono divenire coscienti, mentre le rappresentazioni di cosa e le senso-percezioni possono restare inconse, potendo giungere alla coscienza solo tramite il legame con le rappresentazioni di parola (Freud, 1895, 1915). Alcuni studi neurobiologici confermano che la mente crea rappresentazioni contenenti informazioni qualitativamente differenti e che diversi tipi di informazione vengono processati con modalità distinte (Siegel, 1999). Si associa inoltre alla teoria il concetto di schema emotivo, ovvero l'automatica e inconscia attivazione di determinate emozioni (e i conseguenti comportamenti) in risposta a situazioni associativamente connesse ad eventi passati in cui tali emozioni sono state sperimentate (Bucci, 1997).

Secondo la teoria del codice multiplo la mente contiene dunque le informazioni sia in forma verbale, nel sistema verbale, sia in forma non verbale, nel sistema sub-simbolico e nel sistema simbolico non verbale (Bucci, 1997). Il funzionamento del sistema verbale si basa sulla nostra capacità di comprendere e produrre linguaggio, chiave della comunicazione e della riflessione. Il linguaggio è infatti lo strumento che utilizziamo per riflettere sulle nostre esperienze interiori (comprese senso-percezioni, emozioni, immagini e fantasie), organizzandole ed attribuendone senso. Il sistema verbale risulta di conseguenza essere il codice impiegato per dotarci di intenzioni e regolarci allo scopo di perseguirle, permettendoci di controllare il nostro agire nel mondo e riflettere sulle sue conseguenze. È, inoltre, il sistema che ci consente di condividere queste esperienze,

rendendo possibile influenzare i pensieri e le emozioni degli altri, essere influenzati dalla cultura e dal pensiero altrui e comprenderne l'influenza. Per questa importante caratteristica del linguaggio Bucci ritiene, coerentemente con la definizione di *talking cure* di Freud (Breuer & Freud, 1895), che il sistema verbale sia il principale ed indispensabile veicolo del processo psicoterapeutico. Inoltre, ha definito il codice "processore sequenziale a carattere singolo", poiché possiamo generare e comprendere un solo messaggio verbale alla volta. Infine, ha affermato che il linguaggio è dominante prevalentemente, anche se non esclusivamente, nella coscienza (Bucci, 1997). I due sistemi non verbali contengono invece processi e rappresentazioni in tutte le possibili modalità sensoriali, somatiche e motorie (Bucci, 1997). Il sistema sub-simbolico elabora le informazioni in modo intuitivo e continuo, senza la formazione di categorie discrete, e calcola seguendo principi sistematici, che possono essere mai stati coscientemente identificati e che non possono essere applicati intenzionalmente. È il sistema che ci consente, ad esempio, di cambiare corsia in autostrada, dovendo anticipare la traiettoria di oggetti in movimento, o di distinguere aromi e sapori di diversi vini. Ci permette inoltre di riconoscere variazioni nel nostro stato viscerale e di notare cambiamenti anche sottili nelle espressioni facciali, nei movimenti corporei e nelle tonalità vocali altrui. È il sistema che impiega un tennista per correre verso una precisa posizione del campo da gioco, o uno psicoterapeuta per riconoscere lo stato emotivo del paziente e, di conseguenza, il momento più adatto ad intervenire e con quale modalità. Il sistema sub-simbolico è sempre e necessariamente operativo in psicoterapia, così come in ogni altra interazione umana (Bucci, 1997). Il sistema simbolico non verbale, invece, traduce alcuni prodotti del processo sub-simbolico in immagini e rappresentazioni, ma senza l'impiego del linguaggio. Funge da ponte tra il codice sub-simbolico e quello verbale perché permette

una simbolizzazione delle emozioni e delle senso-percezioni, aprendo alla possibilità di organizzarle ed elaborarle. Bucci sostiene che fantasie visive e sonore, metafore e sogni sono prodotti del lavoro di questo sistema (Bucci, 1997).

La teoria del codice multiplo si serve inoltre dei concetti di schema emotivo e attività referenziale. Gli schemi emotivi si sviluppano sin dalla nascita attraverso le interazioni con la realtà e comprendono perciò i desideri, le aspettative e le credenze che si hanno rispetto al mondo e alle altre persone. Gli schemi emotivi contengono inoltre le rappresentazioni degli oggetti e delle relazioni tra diversi oggetti, nonché protocolli di attivazione viscerale ed emotiva connessi ad azioni motorie, associando le rappresentazioni di determinati oggetti a determinate emozioni ed azioni specifiche. La percezione di un certo oggetto attiva in modo automatico e inconscio lo schema emotivo associato, guidando il nostro comportamento istintivamente, poiché la motivazione si costituisce per effetto delle proprietà rappresentazionali e direttive degli schemi emotivi. Secondo Bucci, inoltre, ogni componente di uno schema emotivo può potenzialmente attivarne degli altri. Ad esempio, una persona, un oggetto o un luogo possono stimolare componenti viscerali o comportamentali dello schema, così come possono essere vividamente ricordati, con effetti simili alla realtà, dall'attivazione di tali stati viscerali o tali comportamenti. È inoltre possibile che uno stimolo associato ad uno schema emotivo non lo attivi, così come è possibile che uno schema si attivi anche in assenza, almeno apparente, di stimoli associati, esterni o interni che siano. Bucci afferma infine che, seppur gli schemi emotivi inizino a formarsi ben prima dell'acquisizione della capacità linguistica, i loro contenuti possono col tempo connettersi al linguaggio grazie all'attività referenziale (Bucci, 1997).

L'attività referenziale connette i contenuti materiali del sistema sub-simbolico al formato simbolico e astratto del linguaggio, portandoli al sistema verbale. Il processo è complesso e può essere compiuto solo parzialmente, anche in assenza di difese o resistenze. Si compie in modo più diretto e semplice se si tratta di connettere oggetti concreti e specifici, come ad esempio una chitarra o una persona, perché sono disponibili parole che permettono un'etichettatura diretta. Il collegamento è più complesso e distante quando non ci sono parole per una descrizione accurata e diretta, come per quanto riguarda colori, sapori e odori complessi, l'espressione del volto di una persona o emozioni e particolari stati viscerali. Perché questi elementi giungano al sistema verbale è necessaria una preliminare trasformazione in immagine nel sistema simbolico non verbale. Bucci ritiene che da questa connessione tra il sistema sub-simbolico e il sistema simbolico non verbale la metafora tragga il suo potere emotivamente evocativo, nonché la sua straordinaria importanza ed efficacia nel processo psicoterapeutico. Invece, concetti astratti e generali, come verità, ontologia o giustizia, derivando il loro significato da connessioni con altri concetti e parole, si possono connettere solo indirettamente a rappresentazioni non verbali, tramite associazioni con oggetti o sensazioni concrete. Per questo motivo, per farsi intendere quando si parla di tali concetti diviene indispensabile ricorrere a degli esempi concreti e specifici. Bucci sostiene inoltre che questo sia il motivo per cui l'intellettualizzazione, dei pazienti o degli psicoterapeuti, lasci intoccati i contenuti emotivi e non verbali: restando su un piano astratto la comunicazione non attiva l'elaborazione dei codici non verbali, depositari delle componenti affettive (Bucci, 1997).

Il fallimento dell'attività referenziale dà luogo alla dissociazione. Bucci, infatti, descrive la dissociazione come la disconnessione tra i tre codici di elaborazione mentale, poiché in questi casi non è possibile rappresentare e rendere cosciente un'esperienza affettiva,

che resta confinata nel sistema sub-simbolico. Questo accade quando vengono vissute esperienze traumatiche in quanto emotivamente troppo intense: l'eccessiva intensità rende impossibile una sufficiente elaborazione tramite il buon compimento dell'attività referenziale. Risultato delle esperienze traumatiche sono gli schemi emotivi dissociati: nel sistema sub-simbolico si sedimentano *pattern* senso-percettivi ed affettivi, scollegati da rappresentazioni mentali e parole. Lo schema emotivo dissociato influisce così sulle percezioni, sul comportamento e sulle relazioni in modo automatico e inconscio, creando spesso significativo disagio e psicopatologia (Bucci, 1997).

Obiettivo e mezzo di una psicoterapia di successo è, secondo Bucci, l'attivazione degli schemi emotivi dissociati nel *setting* terapeutico, in cui possono essere tollerati e ricostruiti. Uno schema emotivo dissociato si riconosce dalla presenza di un blocco, se non rottura o mancanza, dei collegamenti referenziali del contenuto sub-simbolico con il linguaggio o, a livello più profondo, con le immagini necessarie per organizzare tale schema. Riuscendo a contattare tramite l'attività referenziale le componenti sub-simboliche di uno schema emotivo dissociato diventa possibile una sua graduale apertura e ricostituzione (Bucci, 1997). Bucci ha individuato tre fasi del processo referenziale, ovvero l'attività mentale che porta alla verbalizzazione di uno schema emotivo, supponendo che siano iterative, ripetendosi ciclicamente e arrivando così a profondità sempre maggiori. Sono fasi individuabili sia nel corso di una singola seduta sia nell'intero processo psicoterapeutico (Bucci, 1997).

La prima fase di questo processo, chiamata *Arousal*, vede l'attivazione di uno schema emotivo dissociato, il cui significato emotivo è inaccessibile al paziente. La persona in questa fase può mostrare segni fisiologici, comportamentali o addirittura cognitivi della sua attivazione emotiva, senza però riconoscerla coscientemente. L'attivazione degli

schemi emotivi è favorita dalla qualità di investibilità transferale della relazione psicoterapeutica. Infatti, poiché gli schemi emotivi si costituiscono a partire dalle prime relazioni nell'infanzia, sono associativamente connessi alle figure genitoriali, inclusa, in virtù del meccanismo della traslazione, quella del terapeuta (Freud, 1917; Semi, 2011), la cui presenza per questo motivo può attivare facilmente schemi emotivi arcaici e dissociati (Bucci, 1997). Nella seconda fase del processo, chiamata *Narrative/Symbolizing*, si assiste alla conversione dal codice sub-simbolico a quello simbolico: il paziente può comunicare ricordi, fantasie, immagini, sogni e fatti attinenti alla presente relazione psicoterapeutica; tutti questi possono apparire irrilevanti, ma sono in realtà connessi con lo schema emotivo precedentemente attivato. Se (e solo se) riconosciuti, anche gli *enactment* (messa in atto inconscia, da parte del paziente e/o del terapeuta, di dinamiche relazionali che riproducono schemi emotivi del passato all'interno della relazione psicoterapeutica) possono diventare oggetti tramite i quali simbolizzare gli elementi sub-simbolici dello schema (Bucci, 1997; Gabbard, 2016). Attraverso questo passaggio le immagini e le rappresentazioni evocate possono finalmente essere tradotte in parole e descritte in forma narrativa. Fondamentale è la qualità della relazione psicoterapeutica, che deve offrire oggetti che permettano la simbolizzazione dello schema, ma soprattutto uno spazio sicuro in cui rendere tollerabili ed affrontabili affetti precedentemente intollerabili (Bucci, 1997). Nella terza ed ultima fase, chiamata *Reorganizing*, il paziente, guidato (ma non diretto) dallo psicoterapeuta, riflette su quanto emerso, comprendendo in nuova luce il significato emotivo del proprio racconto e formando così nuove connessioni all'interno dello schema emotivo e della relazione psicoterapeutica. Ciò permette inoltre al ciclo di reiterarsi, aprendo alla possibilità di raggiungere comprensioni ad un ulteriore livello di profondità (Bucci, 1997).

Integrando gli schemi emotivi dissociati attraverso questo processo è possibile rompere quelli che possiamo chiamare i “circoli viziosi”, in modo che nella relazione psicoterapeutica lo schema non venga semplicemente ripetuto, ma riconosciuto e trasformato tramite la sua attivazione. Durante la psicoterapia possono manifestarsi in uno spazio contenitivo le componenti somatiche e viscerali dello schema con i conseguenti comportamenti. Ciò genera eventi, racconti o immagini rappresentabili in un codice condiviso. Si possono così riconoscere le associazioni tra le situazioni presenti e le situazioni passate, ma anche la differenza tra la capacità attuale e quella passata nel fronteggiare situazioni analoghe. La relazione psicoterapeutica può così fornire nuove immagini e soluzioni integrabili nello schema emotivo (Menninger, 1958). Lo schema risulta modificato e ampliato da questa nuova esperienza relazionale (Alexander, 1946), permettendo alle successive narrazioni una capacità di integrazione e di contenimento maggiore (De Coro & Mariani, 2006). La relazione psicoterapeutica, nella ricostituzione dello schema, svolge quindi un ruolo analogo a quello svolto dalla relazione originaria con il *caregiver* nello sviluppo dello schema (Bucci, 1997).

Diviene quindi evidente che poter disporre di uno strumento in grado di rilevare la crescita e decrescita dell’attività referenziale nei momenti cruciali delle sedute sarebbe molto utile per lo studio scientifico del processo terapeutico, rispondendo all’esigenza di comprendere la connessione tra i cambiamenti nella mente dei pazienti e gli scambi comunicativi all’interno della relazione (De Coro & Mariani, 2006). Per questa ragione è stato sviluppato l’*Italian Discourse Attribute Analysis Program* (IDAAP), versione italiana del DAAP (Bucci et al., 2013). La misura dell’attività referenziale è necessaria all’obiettivo di questa tesi, poiché si osserveranno le sue fluttuazioni all’interno di una psicoterapia psicodinamica breve e ci si chiederà come si connettono con eventuali

cambiamenti nella sintomatologia di una paziente. La psicoterapia è stata condotta seguendo il modello dell'*Affect Phobia Therapy*, che assume che il sintomo psicopatologico si generi dall'inconscio desiderio di evitare affetti temuti e, perciò, obiettivo della psicoterapia dev'essere aiutare i pazienti a contattare i propri affetti (McCullough, 1997). A questo scopo il costrutto di attività referenziale risulta essere centrale, consistendo proprio sulla connessione tra affetti e linguaggio. L'obiettivo di questa ricerca è quindi comprendere l'impatto che può avere questo tipo di modello sull'attività referenziale dei pazienti e la connessione tra la variazione di questa e la variazione della sintomatologia e della personalità.

Seguirà dunque la presentazione dell'IDAAP, dimostrando come sia uno strumento adatto a misurare l'attività referenziale sulla base delle trascrizioni delle sedute della psicoterapia, e gli altri strumenti impiegati per descrivere la sintomatologia e la personalità della paziente. Si potrà quindi osservare se, ed in che misura, gli interventi dello psicoterapeuta abbiano avuto effetto sulla capacità della paziente di tradurre in parole le sue esperienze emotive e quanto questo sia connesso con eventuali cambiamenti nella sintomatologia.

CAPITOLO 2 - LA METODOLOGIA

2.1. STRUMENTI

2.1.1. IDAAP (*Italian Discourse Attribute Analysis Program*)

L'IDAAP è la versione italiana del DAAP, procedura computerizzata di analisi del testo messa a punto da Wilma Bucci e collaboratori nel 2004. La trasposizione alla lingua italiana nel 2013 è stata resa necessaria dal fatto che il linguaggio parlato in connessione con l'attivazione emotiva può subire importanti variazioni da una lingua ad un'altra. Questo strumento permette la completa analisi ed elaborazione delle trascrizioni delle sedute di psicoterapia, restituendo per ogni parlante una linea di andamento medio dell'attività referenziale e delle altre variabili a questa connesse. A questo scopo è stato necessario lo sviluppo di diversi dizionari, che funzionano assegnando un diverso valore numerico ad ogni parola. L'IDAAP somma poi, per ogni dizionario, i valori di ogni parola incontrata nel testo, restituendo l'andamento, la media, i picchi in positivo e negativo e le eventuali covarianze con altre variabili. Aver sviluppato una modalità di analisi che prescinde dalla valutazione di giudici ha eliminato la questione rispetto alla soggettività, e quindi all'attendibilità, della valutazione umana (De Coro & Mariani, 2006).

Il dizionario principale dell'IDAAP è l'IWRAD (*Italian Weighted Referential Activity Dictionary*). Questo dizionario contiene i pesi assegnati ad ogni parola sulla base dei livelli di attività referenziale che sottende. Come per gli altri dizionari, i pesi vanno da valori di 0 a 1. Le parole con valore di 0.5 sono parole di referenzialità neutra e sono dunque parole di uso comune che possono essere ugualmente usate in momenti di alta o bassa referenzialità. Le parole con i valori minori di 0.5 sono parole a bassa referenzialità, ovvero parole scarsamente connesse all'esperienza emotiva e percettiva con dimensione più cognitiva ed intellettuale come, ad esempio, "gente", "cose", "futuro" (Bucci & Maskit, 2006). Le parole con i valori superiori a 0.5 sono parole ad alta referenzialità,

parole connesse all'esperienza emotiva e senso-percettiva che tendono quindi ad evocare immagini, sensazioni ed emozioni concrete. Alcuni esempi possono essere “limone”, “viscido”, “stomaco” (Bucci & Maskit, 2006). È da notare che gli articoli indeterminativi hanno valori più bassi rispetto agli articoli determinativi, perché tendono ad essere più vaghi ed indefiniti. Lo stesso vale per la differenza tra “questo” e “quello”, “qui” e “là”: parole che indicano vicinanza spaziale e temporale hanno valori più alti, perché possono evocare immagini più vivide e concrete di parole che collocano oggetti ed esperienze distanti nello spazio e nel tempo (Bucci et al., 2013). L'*output* dell'IWRAD è indice dell'andamento dell'attività referenziale dei parlanti.

Allo scopo di approfondire la comprensione del processo terapeutico sono stati sviluppati altri dizionari, che propongono nuovi indicatori.

L'IAFF (*Italian - Affect*) è il dizionario delle parole affettive. Comprende parole che nominano le diverse emozioni (come “rabbia”, “gioia”, “paura”); parole che nominano azioni e situazioni che implicano un'attivazione affettiva (come “pianto”, “grida”, “conflitto”); parole che sono implicitamente legate a diversi affetti (come “bisogni”, “solitudine”, “contro”) e parole utilizzate per descrivere connotate da valore affettivo (come “carino”, “volgare”, “spaventoso”) (De Coro & Mariani, 2006). L'*output* dell'IAFF aiuta la comprensione dei movimenti affettivi e del grado in cui vengono coinvolti gli affetti all'interno della seduta di psicoterapia. L'IAFF comprende quattro sotto-scale: IAFFN (*Italian Affect - Negative*), che indica le esperienze emotive spiacevoli o dolorose; IAFFZ (*Italian Affect – Neutral/Non-specific*), che indica esperienze emotive espresse in modo vago e quindi non ben elaborate; IAFFP (*Italian Affect – Positive*), che indica esperienze emotive piacevoli e desiderabili; e IAFFS (*Italian Affect -*

Sensory/Somatic), che indica esperienze senso-percettive o forti esperienze emotive espresse a livello somatico (Mariani et al., 2013).

L'IREF (*Italian – Reflection*) è il dizionario delle parole riflessive che comprende parole che si riferiscono all'uso, o al non uso, di funzioni cognitive (come “pensare”, “programmare”, “capire”, “confondere”), parole che indicano legami logici (come “ragione”, “causa”, “conseguenza”), parole che veicolano comunicazioni verbali complesse (come “notificare”, “convincere”, “dibattere”), parole che descrivono dimensioni cognitive (come “creativo”, “intelligente”, “perspicace”) (De Coro & Mariani, 2006). L'*output* dell'IREF è necessario per avere informazioni relative al grado in cui nella seduta di psicoterapia è presente un'attività di elaborazione cognitiva (che può o meno essere connessa all'espressione degli affetti) (Mariani et al., 2013).

L>IDF (*Italian disfluency dictionary*) è il dizionario delle parole o degli intercalari che denotano difficoltà di esprimersi in modo chiaro e fluido. Esempi sono: “beh”, “cioè”, “mmh”, “boh”, “non so” (De Coro & Mariani, 2006). Tramite uno specifico metodo di trascrizione, si fanno rientrare in questo dizionario le parole balbettate, ripetute, troncate o allungate. L'*output* dell>IDF, restituendo la difficoltà nell'espressione verbale, indica il grado di attivazione affettiva: si presuppone che più una persona sia visceralmente attivata, meno riesca ad esprimersi in modo liscio e coerente (Mariani et al., 2013).

Un *output* a cui si presta particolare attenzione è la covarianza tra l'IWRAD e l'IREF. L'IWRAD è indice della funzione narrativa e immaginativa, mentre l'IREF è indice della funzione riflessiva. Una covarianza negativa tra le due scale indica la separazione delle due funzioni ed è dunque considerata come indicativa dell'attivazione del processo referenziale. Ci si aspetta infatti che, mentre una persona è immersa in un racconto, non

stia contemporaneamente riflettendoci sopra, così come, viceversa, ci si aspetta che se una persona sta riflettendo su qualcosa abbia un certo distacco emotivo dall'oggetto delle sue riflessioni. L'alternanza delle due funzioni indica la presenza distinta di un'attivazione emozionale e di una riflessione sulla stessa, ragion per cui la covarianza tra l'IWRAD e l'IREF è considerata l'indice più diretto della presenza del processo referenziale (Marianiet al., 2013).

L'IWRRL (*Italian - Weighted Reflecting/Reorganizing List*) è un nuovo dizionario, aggiunto con lo scopo di restituire il livello di attivazione della funzione di *Reflecting/Reorganizing*, terza fase del processo referenziale. Maggiori livelli di IWRRL indicano dunque una maggiore presenza di riflessione ed elaborazione cognitiva (Bucci et al., 2021). Alti livelli di IWRAD e covarianza negativa tra l'IWRAD e l'IREF, abbinati ad alti livelli di IWRRL, indicano la presenza di una profonda attivazione del processo referenziale ed il suo compimento tramite un'attiva rielaborazione e ricerca di senso soggettivo delle esperienze emotive vissute (Negri et al., 2018).

In accordo con la teoria del codice multiplo, la combinazione di questi *output* dovrebbe restituire da una parte le caratteristiche e la qualità del processo psicoterapeutico, dall'altra il grado di successo di una psicoterapia rispetto alla ristrutturazione degli schemi emotivi dissociati.

Grazie alla sua possibilità di contribuire significativamente alla ricerca, negli ultimi anni questo strumento è stato ampiamente applicato ed è stata così osservata la correlazione dell'attività referenziale con altri importanti costrutti e dimensioni della relazione psicoterapeutica. Studi sperimentali hanno riscontrato che persone con livelli più elevati di attività referenziale riescono ad attribuire più rapidamente il nome ad uno stimolo

(Paivio, 1989). Analizzando le risposte all'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence*, l'attività referenziale è risultata essere correlata positivamente con un maggiore sviluppo della funzione riflessiva e una maggiore capacità di narrare coerentemente (Dazzi et al., 2003). Sono stati osservati bassi livelli di attività referenziale in pazienti con disturbi depressivi e alti livelli di somatizzazione, suggerendo che la scarsa capacità di connettere le emozioni al linguaggio può favorire l'espressione somatica di queste emozioni (Solano et al., 2001). Alti livelli di attività referenziale riscontrati in pazienti e psicoterapeuti sembrano essere stati fattori predittivi dell'*outcome* positivo di psicoterapie psicodinamiche (Bucci & Miller, 1993). Analizzando 27 sedute di una psicoterapia psicodinamica è stato osservato come al variare dei livelli di attività referenziale si accompagnano significativi cambiamenti nello stile di personalità (Bucci et al., 2009). Dall'analisi di alcune sedute di consultazione e di psicoterapia è emersa una correlazione tra l'attività referenziale e l'alleanza terapeutica: a buoni livelli di alleanza terapeutica si accompagnano livelli più elevati di attività referenziale, mentre in assenza di una buona alleanza terapeutica si osserva un andamento irregolare dei livelli di attività referenziale (Benelli & Rocco, 2007).

2.1.2. *MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY (MCMI- III)*

Il MCMI-III è un *test self-report* utilizzato per valutare l'eventuale presenza in pazienti adulti di disturbi della personalità o di sindromi cliniche, sviluppato nella sua prima versione nel 1977 da Theodore Millon. È composto da 175 *item* dicotomici (vero/falso) che compongono 24 scale, basate sui criteri diagnostici del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*). Undici di queste scale valutano lo stile di personalità, che viene considerato patologico se il punteggio supera il *cut-off* prestabilito.

Sono chiamate “Scale di Personalità base” e sono: schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, aggressiva (sadica), compulsiva, negativistica (passivo-aggressiva) e masochistica (auto-frustrante). Tre scale, chiamate “Scale di Personalità patologica grave”, approfondiscono i disturbi di personalità da Millon considerati più gravi: schizotipica, borderline e paranoide. Sette scale, chiamate “Scale Sindromiche cliniche”, valutano i sintomi clinici e i disturbi dell'ex asse I del DSM: ansia, somatoforme, bipolare (mania), distimia, dipendenza da alcol, dipendenza da sostanze e disturbo da *stress* post-traumatico. Tre scale, chiamate “Scale Sindromiche gravi”, valutano le condizioni cliniche considerate più invalidanti: disturbo del pensiero, depressione maggiore e disturbo delirante. Ci sono inoltre quattro indici che valutano la validità delle risposte ottenute, sulla base della coerenza, dell'apertura e dell'onestà, del desiderio di presentarsi in modo socialmente desiderabile e della tendenza di svalutarsi e presentarsi in modo negativo. I punteggi grezzi vengono convertiti su una scala da 0 a 115. Per quanto riguarda le Scale di Personalità, punteggi sotto il 60 indicano un funzionamento normale; punteggi dal 60 al 74 indicano uno stile di personalità, punteggi dal 75 all'84 ne indicano la rilevanza clinica; punteggi maggiori o uguali di 85 sono considerati indicativi della presenza di un disturbo di personalità. Per quanto riguarda le Scale Sindromiche, i punteggi dal 74 all'84 sono indice della presenza significativa di un sintomo; punteggi maggiori o uguali di 85 restituiscono l'urgenza clinica rispetto a quel sintomo (Millon, 1994).

2.1.3. SYMPTOM CHECK LIST (SCL-90)

La SCL-90 è un *test self-report* composto da 90 *item* su scala Likert (0-4) che indagano la presenza di eventuali disturbi provati nel corso dell'ultima settimana. La SCL-90 individua dieci dimensioni sintomatologiche: I. La somatizzazione, riguardante la tendenza a percepire disfunzioni corporee e/o malesseri fisici in assenza di problemi di natura medica; II. L'ossessione-compulsione, riguardante la presenza di pensieri e/o impulsi indesiderati e disagi; III. La sensibilità interpersonale, riguardante pensieri di inadeguatezza e sentimenti di inferiorità nei confronti di altre persone; IV. La depressione, riguardante sintomi di disforia, spossatezza, perdita di interesse, sonno e appetito; V. L'ansia, riguardante sintomi di nervosismo, apprensione e paura; VI. L'ostilità, riguardante pensieri, emozioni e comportamenti esprimenti rabbia, nervosismo ed irritabilità; VII. L'ansia fobica, riguardante la persistente risposta di paura irrazionale ed eccessiva nei confronti di luoghi, persone, oggetti e situazioni che comporta evitamento e fuga; VIII. L'ideazione paranoide, riguardante il sospetto, la paura e l'ostilità in congiunzione con particolari idee di riferimento; IX. Lo psicoticismo, riguardante ritiro ed isolamento e comprendente i sintomi primari della schizofrenia; X. I disturbi del sonno, riguardanti l'insonnia, il sonno disturbato ed il risveglio precoce. Per ognuna di queste dimensioni viene calcolato un punteggio, facendo la media delle risposte agli *item* relativi. Sono considerate di interesse clinico le medie con punteggi maggiori o uguali di 1. Si può infine calcolare il GSI (*Global Score Index*), media dei valori di tutti gli *item* (Derogatis et al., 1973).

2.1.4. *INVENTORY OF INTERPERSONAL PROBLEM (IIP-32)*

L'IIP-32 è un *test self-report* che mira a identificare le principali difficoltà relazionali dei pazienti. È composto da 32 *item* a scala Likert (0-4) che valutano 8 dimensioni di modalità interpersonali: 1. Dominante/Controllante, indicante la tendenza a dominare e/o manipolare gli altri; 2. Vendicativo/Autocentrato, indicante l'eccessiva tendenza ad avvertire prontamente la propria rabbia ed avere la necessità di esprimerla; 3. Freddo/Distante, indicante la scarsa presenza di sentimenti affettivi verso altre persone e/o la difficoltà a stabilire vicinanza emotiva; 4. Socialmente inibito, indicante la tendenza all'evitamento sociale e/o la presenza di ansia e imbarazzo nei rapporti interpersonali; 5. Non assertivo, indicante la riluttanza ad affermarsi e la difficoltà a farsi valere; 6. Eccessivamente accomodante, indicante l'eccessiva tendenza ad adattarsi in modo amichevole e compiacente all'influenza altrui; 7. Abnegazione, indicante la tendenza ad empatizzare, proteggere gli altri e soddisfare i loro bisogni anche se a scapito di sé e dei propri bisogni; 8. Intrusivo/Bisognoso, indicante l'eccessiva tendenza alla socialità e al contatto affettivo, dagli altri vissuta come intrusiva. È possibile calcolare un punteggio globale, facendo la media dei punteggi di ogni *item*, e il punteggio per ogni scala, facendo la media degli *item* relativi, sebbene sia considerato più utile visualizzare graficamente i risultati tramite *profilo circumplex*. A questo scopo, si crea un diagramma circolare in cui si posizionano le 8 scale come punti cardinali. Si sommano i punteggi relativi ad ogni scala e si segnalano graficamente posizionando ogni valore alla distanza proporzionale dal centro del diagramma. Unendo i punti è possibile visualizzare le generali tendenze relazionali. Punteggi superiori di 70 in una scala indicano particolari difficoltà interpersonali all'interno di tale dimensione (Barkham, 1996).

2.2. MATERIALE

La psicoterapia che questa tesi va ad analizzare si compone di nove sedute, che sono state audio-registrate previo consenso della paziente. Per uno studio più preciso si sono inoltre raccolti i risultati ai *test* somministrati alla paziente all'inizio della psicoterapia e dopo circa cinque mesi dalla fine della stessa come *follow-up*. La psicoterapia è stata condotta da uno psicoterapeuta psicodinamico breve, seguendo i principi di un particolare modello, la *Affect Phobia Therapy*.

Le STPP (*Short-term psychodynamic psychotherapy*) si sono sviluppate a partire dagli anni '70 come alternativa ai modelli di psicoterapia psicodinamica a lungo termine (Abbass et al., 2014). Condividono con questi modelli l'attenzione all'affettività e alla sua espressione, l'esplorazione dei tentativi di evitamento di pensieri ed emozioni intollerabili, l'esplorazione di desideri, fantasie e sogni e la ricerca di schemi e temi ricorrenti tramite il racconto di esperienze relazionali passate e presenti, con particolare attenzione alla relazione psicoterapeutica (Blagys & Hilsenroth, 2000). Si distinguono inoltre per l'utilizzo di criteri di selezione (dati i presupposti tecnici e teorici, le STPP non sono applicabili a tutti i pazienti), un limite temporale, la scelta di particolari temi e obiettivi su cui concentrarsi, sforzi attivi per prevenire la regressione, un'elevata attività dello psicoterapeuta e la costante attenzione alla relazione psicoterapeutica, in quanto veicolo di esplorazione e attivazione di processi emotivi e relazionali. L'attivazione di questi processi è ricercata e volutamente stimolata dal clinico per mezzo di un atteggiamento terapeutico attivo, caratterizzato da costanti, e a volte pressanti, interventi (Abbass et al., 2014). Alcuni modelli di STPP prevedono inoltre tecniche di ampliamento della tolleranza all'angoscia tramite l'esposizione graduale ad ansia, emozioni e pulsioni inconscie (Davanloo, 2000). Le sedute sono *vis-à-vis* e durano generalmente tra i 45 e i 60

minuti, anche se a volte alcuni setting STPP possono prevedere sedute di durata maggiore, fino ad un'ora e mezza o anche oltre. Per essere considerato breve un trattamento deve avere un numero di sedute compreso tra 4 e 40 (Abbass et al., 2014). Alcuni psicoterapeuti psicodinamici brevi prefissano all'inizio la durata del trattamento, altri preferiscono valutarla in base all'andamento della terapia, mentre in altre situazioni la durata è imposta dai servizi (Abbass et al., 2014). Come per le psicoterapie dinamiche a lungo termine, si ritiene che il funzionamento di una STPP sia strettamente connesso al riconoscimento, alla rielaborazione e al successivo abbandono di schemi intrapsichici e interpersonali disfunzionali. La psicoterapia, breve e a lungo termine, catalizza questo cambiamento perché mette a disposizione uno spazio relazionale presente in cui è possibile prendere contatto con le emozioni non elaborate in passato, imparando a riconoscerle, tollerarle e trovare risposte più adattive. Il successo della psicoterapia è legato alla comprensione e all'esperienza di come le emozioni attivano reazioni inconsce, poiché nella mente inconscia passato e presente sono strettamente intrecciati (Shedler, 2010). Per raggiungere questi obiettivi nelle STPP si utilizza, in base alla presentazione dei pazienti e le loro risposte, una combinazione di tecniche supportive e tecniche di mobilitazione emotiva (Messer, 1995).

Segue questo principio l'APT (*Affect Phobia Therapy*), che si focalizza principalmente sull'aiutare i pazienti ad esperire ed esprimere le proprie emozioni in modo adattivo. Uno psicoterapeuta che segue questo modello mira a prevenire la messa in atto di pensieri e comportamenti difensivi, in modo da poter attivare gli affetti evitati tramite tali comportamenti e pensieri. Una volta attivate le proprie emozioni più autentiche lo psicoterapeuta aiuta i pazienti a regolarle (McCullough et al., 2015). Il modello dell'APT si basa sul triangolo del conflitto di Malan, ai cui tre vertici si trovano emozioni, ansia e

difese (Malan, 1979). Secondo l'APT, un affetto adattivo (emozione) può essere bloccato da un affetto inibitorio (ansia). Il contrasto tra i due affetti crea così un conflitto, che viene evitato o attenuato tramite particolari *pattern* di pensieri, comportamenti o emozioni (difesa). L'espressione "fobia dell'affetto" deriva proprio da questo meccanismo per cui un affetto, per ragioni da esplorare, genera disagio e paura e, di conseguenza, sistematici tentativi di evitamento della sua esperienza ed espressione. L'APT ha individuato otto categorie di affetti adattivi (emozione): I. Rabbia/Autoaffermazione; II. Tristezza/Lutto; III. Vicinanza/Tenerezza; IV. Senso di sé; V. Piacere/Gioia; VI. Interesse/Eccitazione; VII. Desiderio sessuale; VIII. Paura/Terrore. Gli affetti inibitori (ansia) sono stati invece ricondotti a quattro categorie: I. Ansia/Paura/Terrore; II. Vergogna/Senso di colpa/Umiliazione; III. Dolore/Sofferenza; IV. Disprezzo/Disgusto. Come si nota, paura e terrore sono indicati sia tra gli affetti adattivi sia tra quelli inibitori. La distinzione è principalmente derivante dal riconoscere un affetto come direttamente connesso ad un'esperienza, nel caso degli affetti adattivi, o come reazione al fatto che si prova un altro affetto, dando origine quindi ad un affetto inibitorio. La difesa può invece essere intesa come qualsiasi comportamento, pensiero o emozione messi in atto allo scopo di impedire l'esperienza e/o l'espressione degli affetti. È molto importante sottolineare che gli affetti inibitori e le difese non sono disfunzionali di per sé (la paura può, ad esempio, proteggere da una minaccia), ma lo diventano nel momento in cui impediscono l'accesso ad affetti adattivi (McCullough et al., 2003). Analogamente alla terapia cognitivo-comportamentale, il principale scopo dell'APT è decostruire la fobia tramite l'esposizione allo stimolo temuto (l'emozione) e la prevenzione della risposta automatica (la difesa). Durante questo processo lo psicoterapeuta aiuta a contenere e gestire l'ansia, che gradualmente si attenua per desensibilizzazione sistematica (Wolpe, 1958;

McCullough, 1999). Per raggiungere questo obiettivo gli psicoterapeuti oscillano con flessibilità tra gli interventi espressivi e gli interventi supportivi. Gli interventi espressivi, come l'interpretazione, la confrontazione e l'osservazione, sono necessari a favorire l'abbassamento delle difese. Invece, gli interventi supportivi, come gli interventi psicoeducativi e la validazione empatica, sono necessari alla costruzione di una buona alleanza terapeutica e della capacità di tolleranza e regolazione degli affetti del paziente (Gabbard, 2016).

2.3. LA PSICOTERAPIA

La paziente che ha fruito di questa psicoterapia è Barbara (nome di fantasia per tutelarne la *privacy*), una ragazza di 27 anni. Barbara ha un lavoro nel settore della cura estetica e convive con il *partner*. Si presenta con evidente agitazione, che cerca però di dissimulare tramite sorrisi e risate. Riferisce durante la prima seduta la disturbante presenza di molti pensieri, rimuginio, ruminazione e di un episodio in cui è svenuta a causa del sovraccarico emotivo. Il sovraccarico emotivo è stato connesso all'incapacità di Barbara di porre confini nei rapporti interpersonali, in cui si mostra eccessivamente generosa e disponibile. Riporta di aver sofferto moltissimo per alcuni lutti, ragion per cui piange intensamente. Alla seconda seduta racconta di aver così liberato un dolore che teneva dentro da molto tempo. Uno di questi lutti è stato improvviso, causato da un incidente stradale, e per questo motivo Barbara dice di aver iniziato a temere che si verificasse qualcosa di simile a persone a lei care. Durante la seconda seduta lo psicoterapeuta la porta a riflettere sull'importanza di vivere ed esprimere i propri affetti, che altrimenti possono portare a rimuginii e ruminazioni. Paziente e clinico conettono più esplicitamente la necessità di risate e sorrisi difensivi con l'agitazione e il dolore sottostante. Iniziano il lavoro sul riconoscimento e l'espressione della rabbia, che accompagnerà l'intera durata della psicoterapia. Barbara prende coscienza della sua tendenza alla repressione della rabbia e lo psicoterapeuta inizia a farla ragionare sul suo importante valore protettivo e auto-affermativo. Riconoscono, di conseguenza, la propensione di Barbara all'evitamento del conflitto, spesso allo scopo di mantenere le relazioni. Nella terza seduta c'è un accenno di esplorazione della rabbia tramite l'osservazione dell'attivazione somatica che comporta. Si presenta prontamente la difesa della paziente tramite sorriso e risata. Barbara ipotizza che, oltre ad essere una difesa, questo comportamento può essere un modo per sentirsi vista o per richiamare su di sé l'attenzione, ricordando i sentimenti

infantili di trascuratezza dovuti alla presenza di una sorella minore e di una cugina che, a suo dire, avrebbero ricevuto più attenzioni rispetto a quante ne avrebbe ricevute lei. Barbara racconta di aver considerato di cambiare posto di lavoro, ma, come con altre aree della sua vita, non ha mai agito per paura di fare stare male qualcuno. Provocatoriamente (“quindi sei nata per fare felici gli altri?”) lo psicoterapeuta incoraggia Barbara a mettersi in una posizione attiva, almeno rispetto alle scelte che la riguardano direttamente, mostrandole che altrimenti accumula rabbia repressa. Pensando alla sua passività Barbara dice di sentirsi triste. La quarta seduta si apre con il racconto di un episodio in cui Barbara ha riconosciuto la rabbia con l’attivazione fisiologica conseguente e, essendosene sorpresa, ha successivamente avvertito una forte ansia. Continua a difendersene, ma inizia ad immaginare di poter esplodere e litigare, facendo così valere la propria posizione. Lo psicoterapeuta lascia spazio all’espressione di questa rabbia e restituisce che l’ansia arriva proprio per la paura di esprimerla, temendo che l’espressione possa allontanare le persone. In chiusura restituisce che provare rabbia è legittimo e che esprimendola si può essere approvati o meno, ma una mancata approvazione non necessariamente significa la fine di un legame. Nella quinta seduta Barbara nota che alcune delle sue relazioni, in particolare quella con il *partner*, sono per lei più inibenti che propositive. Questo le crea una rabbia che non esprime, lo psicoterapeuta glielo fa notare mostrandole che prima ha nominato la “rabbia”, poi ha ritrattato con “fastidio” ed è infine ricorsa al sorriso difensivo. Barbara avvicina così la comprensione della paura che ha di provare ad esprimere rabbia. Lo psicoterapeuta le rimanda che questa paura le impedisce di dire i “no” che stabiliscono sani confini nelle relazioni personali e professionali. Barbara scopre di aver paura di affermarsi anche perché dubita di riuscire a difendere sé stessa e le proprie posizioni nel momento del conflitto. La sesta seduta si apre con il racconto di un momento in cui

Barbara è riuscita a piangere sentendo profondamente tristezza e rabbia, ripensando a vari episodi in cui ha provato queste emozioni. A seguito del pianto si è sentita più carica e desiderosa di pensare a sé stessa, seppure con dell'ansia. Aggiunge che ha sentito una sensazione analoga a quella del vomito, che collega alla necessità di buttare fuori emozioni accumulate che, represses, le stavano facendo del male da dentro. Lo psicoterapeuta utilizza il fatto di essere arrivato in ritardo alla seduta come palestra di espressione della rabbia per Barbara, mostrandole come le è tuttora difficile dire di aver provato rabbia e come tende a minimizzarne l'espressione. Lei se ne rende conto e successivamente riflette sul fatto che non sempre è possibile esprimere apertamente la rabbia, ma è importante conservare uno spazio personale in cui riconoscerla e, a tempo debito, esprimerla. Racconta infine di aver trovato un altro posto di lavoro in cui a breve si sposterà e un episodio in cui è riuscita a stabilire confini per difendersi. Nella settima seduta Barbara inizia a parlare della sua paura di fare scelte non condivise o approvate dagli altri. Lo psicoterapeuta la fa riflettere sulla possibilità di esprimere preferenze e, nel caso di discordanza, provare a trovare buoni compromessi. Barbara capisce di sentirsi triste quando non rispetta la propria volontà e contenta quando invece la ascolta e agisce di conseguenza. Racconta di un episodio con il *partner* in cui è riuscita ad esprimere la propria volontà, cedendo poi a quella di lui. Lo psicoterapeuta le rimanda che ha comunque fatto un primo passo in avanti e che il passo successivo è la contrattazione. Rimarca che per questo è necessario stabilire un confine che permetta un vero ascolto di sé, non inquinato dalla paura di entrare in disaccordo con gli altri. Barbara piange sentendo la paura del rifiuto. Dice poi di star iniziando visibilmente a cambiare, perché spende più tempo a pensare a sé stessa, e questo è notato dalle persone attorno a lei. Esprime la paura che, cambiando, possa non andare più bene agli altri, ma dice che è un

rischio che va assunto. Parla con gioia della conferma dell'inizio del nuovo lavoro, a cui passerà la settimana successiva. Racconta in conclusione di essere riuscita ad arginare una collega nel suo volerla comandare. L'ottava seduta si apre con la fierezza di Barbara per essere riuscita a stabilire dei confini e dire "no" laddove necessario. Lo psicoterapeuta le mostra che la spinta per farlo le è stata data dalla rabbia. Riprende un movimento che Barbara ha fatto con le mani interpretandolo come segno di strozzatura, e, dato anche il fatto che non è riuscita a completare la pronuncia di una parolaccia, rimanda che inizia ad esserci l'espressione della rabbia anche se un po' strozzata. Barbara racconta allora di un episodio con il *partner* in cui, dopo aver trattenuto e trattenuto la rabbia, ha detto ciò che sentiva di dire ed ha ricevuto delle scuse. Sente che questo nei giorni successivi le ha permesso di trovare un buon equilibrio nella relazione ed è molto contenta. Pensando ad un episodio con una collega sente intensamente la sua rabbia nello stomaco e dice di non saperla descrivere a parole. Nuovamente, riferisce di aver paura di esprimerla perché non sa se può reggere il confronto. Lo psicoterapeuta le chiede cosa accadrebbe se facesse uscire tutta la sua rabbia. Barbara, con notevole difficoltà, riesce a dire di immaginarsi un bel litigio. Lo psicoterapeuta, tramite la metafora di un cinema, la invita a usare la seduta di psicoterapia e, una volta appreso il meccanismo, il suo spazio mentale, per poter visualizzare come agirebbe la propria rabbia. Barbara accoglie il suggerimento, comprendendo che serve ad ascoltare la propria rabbia per poterne sfruttare al meglio l'energia. Nella nona ed ultima seduta Barbara racconta di aver utilizzato il "cinema", rendendosi conto che non sempre può agire come vorrebbe. Ha però esternato i suoi sentimenti come immaginato quando la situazione lo consentiva. In alcuni casi le è invece successo di fermarsi a metà. È comunque molto fiera perché riconosce il grande progresso. Riconosce che dentro di lei si è avviato un processo che la sta gradualmente

portando ad esprimersi maggiormente. Racconta i cambiamenti positivi che sente nelle relazioni e nel lavoro, luogo in cui ora riesce ad esprimersi e sentirsi autentica. Lo psicoterapeuta le chiede allora di fare un bilancio del percorso psicoterapeutico. Barbara risponde di aver imparato ad ascoltarsi e di sentirsi meno bloccata dalla paura di esprimersi. Riferisce inoltre di sentire miglioramenti nella capacità di percepire i cambiamenti somatici dovuti alle emozioni. Lo psicoterapeuta la saluta con l'accordo di rivedersi a distanza di un paio di mesi per un *follow-up*.

Da quanto riportato dalla paziente nel corso delle sedute, che verrà successivamente integrato con quanto emerso dai *test*, è possibile individuare un'importante sintomatologia ansiosa e depressiva, che potrebbe appoggiarsi ad uno stile dipendente di personalità. Barbara però non sembrerebbe soddisfare i criteri diagnostici del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) per i disturbi ansiosi e depressivi e per il disturbo di personalità dipendente. Si ipotizza invece uno stile di personalità dipendente sulla base della seconda edizione del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2), che riporta:

“A livello emotivo, provano un'intensa angoscia da prestazione e un forte timore delle critiche o dell'abbandono (Bornstein, 1993). Tendono a percepirsi come deboli e alla mercé di forze al di fuori del loro controllo, a essere passivi più che assertivi, e a lasciarsi facilmente influenzare dagli altri. Spesso appaiono ingenui e *naïf*, si sentono privi di valore e hanno difficoltà a riconoscere e/o esprimere la propria rabbia” (PDM Task Force, 2017; p. 36).

L'organizzazione di personalità potrebbe essere collocata a livello nevrotico. A tal proposito il PDM-2 riporta:

“Nonostante [...] siano collocate verso l'estremo sano, coloro che hanno un'organizzazione di livello nevrotico tendono a manifestare una certa rigidità (Shapiro, 1965, 1981, 1989, 2002). In altre parole, tendono a rispondere a determinate situazioni stressanti con una gamma relativamente limitata di meccanismi di coping. L'ambito delle sofferenze di questi individui tende a essere limitato a un'area specifica. Gli individui con un'organizzazione di livello nevrotico sentono i propri problemi scaturire da un conflitto interno.” (PDM Task Force, 2017; p. 20-21).

Seguendo quest'ipotesi diagnostica la sintomatologia ansiosa si potrebbe spiegare sulla base della paura della perdita dell'oggetto d'amore (Freud, 1926), strutturante la personalità dipendente (McWilliams, 2011). È da considerare che buona parte dell'ansia si può anche spiegare tramite la massiccia repressione che Barbara attua con i suoi affetti, in linea con la prospettiva freudiana nella quale l'energia pulsionale e affettiva inespressa può assumere la forma dell'angoscia (Freud, 1926). La sintomatologia depressiva può invece essere, almeno in parte, spiegata dalla parziale elaborazione dei lutti che Barbara riferisce nelle prime sedute (Freud, 1917). In modo analogo agli affetti inespressi che possono trasformarsi in angoscia, parte dei sentimenti depressivi riferiti da Barbara possono essere spiegati tramite il rivolgimento verso il sé della rabbia che non esprime (Freud, 1917).

Quante osservazioni cliniche possono essere integrate con quanto emerso dai *test*, in particolare dal MCMI-III. Come vedremo nel capitolo dedicato ai risultati, dal MCMI-III emerge una conferma degli aspetti di personalità dipendenti e dei sintomi ansiosi e depressivi. Emergono inoltre, in misura minore, altri aspetti legati ad una sintomatologia ossessiva, paranoide e da *stress* post-traumatico.

La sintomatologia ossessiva potrebbe derivare dall'insistenza e dall'intrusività che Barbara percepisce rispetto al suo ruminare e rimuginare: riferisce di pensare spesso ad eventi passati affettivamente dolorosi o sgradevoli e di preoccuparsi significativamente per il futuro. La sintomatologia paranoide potrebbe invece derivare dai rapporti caratterizzati da competizione e conflittualità che Barbara racconta avere con alcune amiche e colleghe di lavoro. Anche in questo caso può trattarsi della mancata espressione della rabbia: Freud spiega che l'ostilità non riconosciuta può essere proiettata all'esterno (Freud, 1911). La sintomatologia da *stress* post-traumatico potrebbe invece essere spiegata dalla morte improvvisa della zia in un incidente d'auto, evento da lei connesso allo sviluppo della paura che potesse accadere qualcosa di simile ad altre persone a lei care.

All'interno della prospettiva psicodinamica, Gabbard sostiene che i pazienti con personalità dipendente hanno come principale motivazione l'ottenimento e il mantenimento di relazioni supportive (Gabbard, 2015). Si vede, infatti, come molti dei sintomi di Barbara possono essere dovuti alla sua repressione degli affetti, attuata, per suo stesso dire, per paura di perdere le relazioni. A questo scopo, durante la psicoterapia è necessario fornire uno spazio sicuro in cui la rabbia e l'aggressività possono essere riconosciute, tollerate ed espresse in modalità adattive, promuovendo un maggiore orgoglio e senso di *agency* (PDM Task Force, 2017). Questo obiettivo clinico è in accordo con la teoria sottostante all'*Affect Phobia Therapy*, che ipotizza che il disturbo dipendente di personalità potrebbe fondarsi sulla paura della rabbia e dell'autoaffermazione (McCullough et al., 2003). Di conseguenza lo psicoterapeuta deve quindi resistere la tentazione controtransferale di colludere con l'evitamento degli affetti sgradevoli. Per quanto riguarda il nucleo di questa personalità, è fondamentale che lo psicoterapeuta sia

conscio dell'attrattiva che il suo ruolo autorevole esercita sul paziente, evitando di assumere il ruolo di consigliere esperto e incoraggiando invece l'autonomia del paziente (PDM Task Force, 2017). Il paziente stesso potrebbe provare a farsi dire cosa deve fare, ma è questo un desiderio che va frustrato: l'ansia conseguente potrà essere associata alle origini della dipendenza e alle paure ad essa connessa (Gabbard, 2015). McWilliams sostiene che questi pazienti possono giovare dall'esempio di sana autoaffermazione fornito dallo psicoterapeuta, che non si deve quindi mostrare disponibile a farsi usare e ad estendere la sua generosità oltre i confini della relazione professionale (McWilliams, 2011). Inoltre, mette in allerta rispetto al fatto che, durante una psicoterapia, i sintomi possono migliorare come conseguenza del sentimento di attaccamento nutriente con lo psicoterapeuta, ma si sono osservati diversi casi in cui la sintomatologia è tornata dopo la fine della psicoterapia, poiché i pazienti non sentivano più il nutrimento affettivo che la relazione psicoterapeutica dava loro (McWilliams, 2011).

2.4. PROCEDURA

Volendo questo studio valutare l'impatto degli interventi di uno psicoterapeuta sui livelli di attività referenziale di una paziente (e l'eventuale connessione tra il variare di questa e il cambiamento della sintomatologia), si sono *in primis* ascoltate e trascritte integralmente le nove sedute della psicoterapia. Le trascrizioni sono state fatte seguendo specifiche regole che hanno permesso al programma di analizzarle ricavando i valori per le diverse scale. Nello specifico, si è quindi segnalato ogni turno verbale tramite un codice specifico (“\s 1” e “\s 2”), in modo da permettere all'IDAAP di differenziare l'*output* per paziente e psicoterapeuta. Si sono inoltre segnalati i turni non verbali (come tosse, risate e starnuti), ogni forma di intercalare (come “ehm”, “cioè” e “boh”) ed eventuali silenzi o interruzioni. Si è trascritta ogni parola (e non parola) esattamente come pronunciata, segnalando imprecisioni, balbettii, ripetizioni e troncature, che il *software* legge come disfluenze. Parole indubbiamente riconoscibili come disfluenze sono state segnalate con la sigla “DX” aggiunta successivamente alla loro ultima lettera (come, ad esempio, “ezembioDX”). Parole allungate dai parlanti sono state segnalate con la sigla “DX”, seguita dalla lettera allungata ripetuta tre volte (come, ad esempio, “esempioDXooo”). I nomi propri di persone, luoghi e animali sono stati sostituiti dalla sigla “XXX”, poiché probabilmente non presenti nei dizionari.

Una volta trascritte tutte le sedute seguendo questa metodologia, sono stati fatti analizzare i file in “.txt” al *software* dell'IDAAP. Il *software* ha restituito un file in Excel che ha mostrato per ogni seduta e per paziente e psicoterapeuta i valori registrati in ogni scala dell'IDAAP. Questi valori sono stati utilizzati per osservare le fluttuazioni dell'attività referenziale e delle dimensioni ad essa connesse secondo la teoria del codice multiplo.

Nello specifico, si è prestata particolare attenzione agli *output* dell'IWRAD, dell'IWRRL e alla covarianza tra l'IREF e l'IWRAD.

Prima di iniziare la psicoterapia, nel luglio del 2024, e circa cinque mesi dopo la fine della psicoterapia, nel maggio del 2025, sono stati consegnati alla paziente i questionari *self-report* da compilare. I risultati del MCMI-III, dei quali si è già riferito precedentemente, sono stati utilizzati per descrivere a livello generale la struttura di personalità della paziente e la sintomatologia da ella presentata. I risultati dell'IIP-32 sono stati usati come indicatore della tipologia e dell'intensità delle difficoltà della paziente nelle relazioni interpersonali. I risultati della SCL-90 sono stati utilizzati come misura della qualità e dell'intensità dei sintomi presentati dalla paziente.

Si sono *in primis* osservate le differenze nei risultati dei questionari *self-report* all'inizio e successivamente alla fine della psicoterapia. Questo ha permesso di comprendere se, come e quanto la psicoterapia è stata efficace nel rispondere alla sintomatologia della paziente e nel modificare la struttura di personalità sulla base di cui tale sintomatologia si è sviluppata. Successivamente, si è osservato l'andamento dell'attività referenziale e delle variabili ad essa connesse nel corso della psicoterapia. Si è infine confrontata questa fluttuazione con le differenze nella sintomatologia e nella personalità riscontrate tramite i *test*. È questo che ha permesso di osservare la presenza o l'assenza di connessioni tra i livelli di attività referenziale e il cambiamento clinico della paziente.

L'analisi dei dati è dunque stata quantitativa solamente nella lettura in assoluto dei risultati dei *test* e dell'IDAAP. Si sono osservate le covarianze tra l'IREF e l'IWRAD dell'IDAAP allo scopo di comprendere meglio la qualità del processo referenziale messo in moto dalla psicoterapia. Successivamente, l'analisi è stata qualitativa e comparativa,

osservando le connessioni tra i vari dati ottenuti e leggendo i risultati alla luce della qualità relazionale nell'incontro clinico.

2.5. IPOTESI DI LAVORO

Obiettivo dell'*Affect Phobia Therapy* è aiutare i pazienti ad esperire ed esprimere i propri affetti temuti, poiché scomodi e/o dolorosi (McCullough, 1997). La prima ipotesi della presente ricerca è perciò che la psicoterapia in esame, condotta secondo questo modello, abbia positivamente influenzato i livelli di attività referenziale della paziente.

L'ipotesi è verificabile osservando la presenza di un aumento del punteggio sulla scala IWRAD dell'IDAAP.

Poiché l'attività referenziale è la funzione mentale che connette le esperienze affettive al linguaggio e le rende così esprimibili (Bucci, 1997), ed essendo, secondo l'*Affect Phobia Therapy*, il sintomo psicopatologico derivante dall'evitamento degli affetti temuti, la seconda ipotesi è che all'aumento dei livelli di attività referenziale si accompagni una riduzione della sintomatologia psicopatologica.

La seconda ipotesi è verificabile osservando, all'aumento dei livelli di attività referenziale, la presenza di una riduzione della sintomatologia psicopatologica, osservata tramite una riduzione dei punteggi relativi ai sintomi patologici nei *test*.

Infine, secondo Wilma Bucci, gli schemi emotivi sono il nucleo della struttura di personalità e, di conseguenza, da schemi emotivi dissociati derivano dimensioni psicopatologiche nella personalità (Bucci, 1997). Secondo la teoria del codice multiplo, gli schemi emotivi dissociati sono ristrutturabili tramite una profonda attivazione del processo referenziale in psicoterapia. (Bucci, 1997). Perciò, la terza ipotesi è che ad una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale sia conseguito un apprezzabile cambiamento nella struttura di personalità della paziente.

Quest'ultima ipotesi è verificabile tramite l'osservazione della compresenza dell'aumento dei punteggi nell'IWRAD e nell'IWRRL, la covarianza negativa tra l'IREF e l'IWRAD e la significativa riduzione delle dimensioni di personalità e delle difficoltà interpersonali connesse alla dipendenza ricavate dai *test*, oltre che dall'osservazione clinica.

CAPITOLO 3 – I RISULTATI

3.1. PRIMA SEZIONE (IDAAP)

Di seguito vengono riportati i risultati relativi al processo psicoterapeutico ricavati dall'analisi linguistica computerizzata effettuata tramite l'IDAAP. Si inizia con l'osservazione e la valutazione dei risultati dell'IWRAD, la scala che misura i livelli di attività referenziale. Si prosegue con la presentazione e la valutazione dei risultati dell'IWRRL, la scala che misura i livelli della funzione di riflessione e rielaborazione cognitiva. Infine, si riporta l'andamento della covarianza tra l'IWRAD e l'IREF, la scala che misura i livelli della funzione riflessiva. Questa covarianza è usata allo scopo di stimare l'attivazione e l'eventuale profondità raggiunta dal processo referenziale.

3.1.1. IWRAD

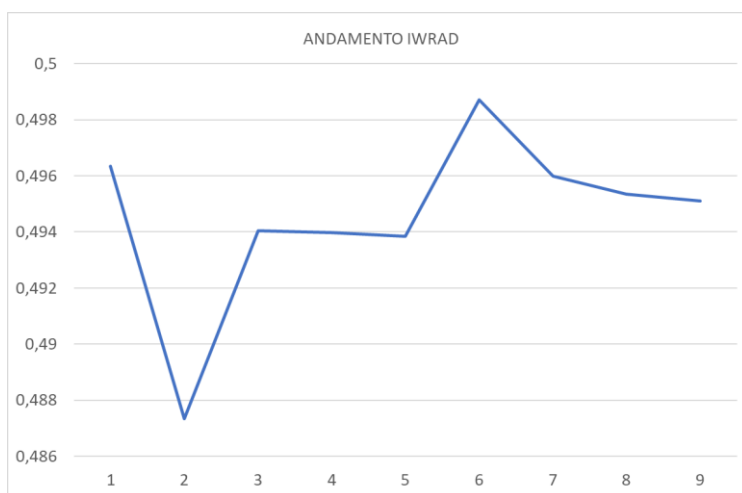


Fig. 1 – Andamento IWRAD

Come si evince dal grafico dell'*output* dell'IWRAD (Fig. 1), i livelli di attività referenziale della paziente non hanno mai raggiunto la soglia di 0,5, valore da cui, per convenzione, si considerano alti. I valori oscillano tra il minimo di 0,487 e il massimo di 0,498.

Questo risultato ci informa rispetto al fatto che, durante il corso della psicoterapia, la paziente sembra non essere riuscita a migliorare significativamente la sua capacità di

verbalizzazione delle sue esperienze emotive, somatiche e percettive, mantenendo un certo grado di dissociazione tra il suo livello simbolico e il livello sub-simbolico.

3.1.2 IWRRL

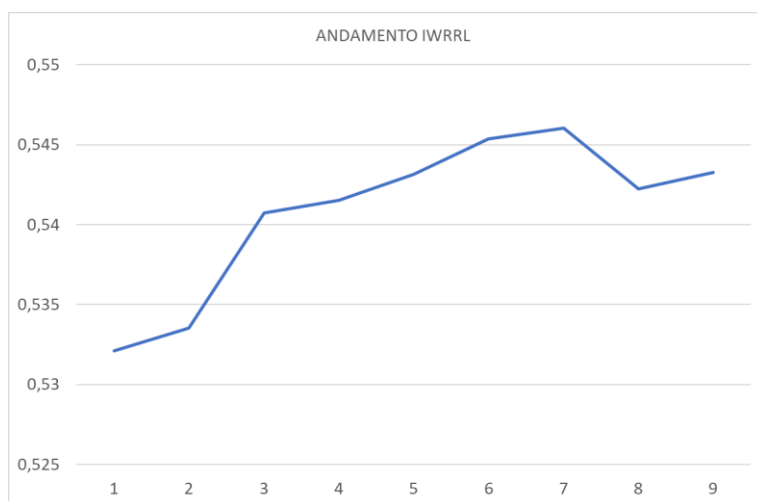


Fig. 2 – Andamento IWRRL

Come si evince dal grafico dell'*output* dell'IWRRL (Fig. 2), alla terza seduta della psicoterapia il valore di attivazione della funzione *Reflecting/Reorganizing* supera la soglia di 0.54 (Negri et al., 2018), e si mantiene al di sopra per tutte le sedute successive. I valori oscillano tra il minimo di 0.532 e il massimo di 0.546.

Questo risultato ci informa rispetto al fatto che, durante il corso della psicoterapia, la paziente ha significativamente aumentato la sua capacità di riflessione ed elaborazione cognitiva.

3.1.3. COVARIANZA IREF-IWRAD

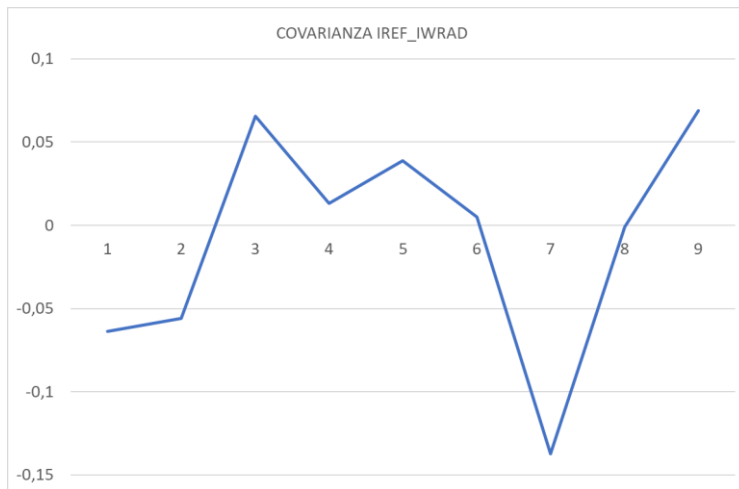


Fig. 3 – Cov. IREF-IWRAD

Come si evince dal grafico della covarianza tra l'IREF e l'IWRAD (Fig. 3), questa è negativa in tre sedute su nove. È marcatamente negativa soltanto nella settima seduta. La covarianza oscilla tra +0.066 e -0.137.

Questo risultato ci informa rispetto al fatto che la paziente ha attuato un profondo processo referenziale in una sola seduta, nelle prime due sedute ha avviato il processo senza però compierlo in profondità e nelle restanti sedute non ha ben separato la funzione riflessiva e di elaborazione cognitiva dall'affettività. In accordo con la teoria del codice multiplo, questo significa che la paziente non ha ben ristrutturato i suoi schemi emotivi dissociati (Bucci, 1997).

3.2. SECONDA SEZIONE

Di seguito vengono riportati i risultati relativi ai questionari *self-report* compilati dalla paziente all'inizio della psicoterapia e al *follow-up*, cinque mesi dopo la sua conclusione. Dal confronto dei dati ricavati in questi due momenti sarà possibile verificare due delle ipotesi di questo lavoro, che prevedono, in base alle osservazioni dei risultati delle analisi dell'IDAAP, una significativa diminuzione dei punteggi o l'assenza di significativa variazione degli stessi nella sintomatologia psicopatologica e nelle dimensioni di personalità.

3.2.1. MCMI-III

Di seguito vengono riportati i risultati relativi al MCMI-III. Si presentano prima le scale riguardanti i Pattern di personalità e, successivamente, si presentano le scale riguardanti le Sindromi cliniche. Si ricorda che nel MCMI-III i Pattern di personalità sono suddivisi tra i Pattern di Personalità Clinica e i Pattern di grave patologia di personalità, in cui l'autore ha collocato le dimensioni di personalità da lui ritenute più critiche. Le Sindromi cliniche sono invece suddivise tra le Scale delle sindromi cliniche e le Scale delle sindromi cliniche gravi, in cui l'autore ha collocato la sintomatologia da lui ritenuta più invalidante.

Il confronto tra i due tempi dei risultati nelle scale relative ai Pattern di personalità è necessario per verificare la terza ipotesi di questo lavoro, la quale prevede una significativa diminuzione dei punteggi all'osservazione di una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale.

Il confronto dei risultati nelle scale relative alle Sindromi cliniche è necessario per verificare la seconda ipotesi di questo lavoro, la quale prevede una significativa diminuzione dei punteggi all'osservazione di un significativo aumento dei livelli di

attività referenziale. Ci si aspetta infatti che i punteggi ottenuti al *follow-up* nelle scale sindromiche diminuiscano rispetto all'inizio della psicoterapia se i livelli di attività referenziale registrati dall'IWRAD fossero aumentati. Se invece i livelli di attività referenziale non fossero aumentati, non ci si aspetta di osservare una significativa variazione dei punteggi nelle scale sindromiche.

| Pattern Personalità clinica (cod.3**8B*) | | | | | |
|--|----------|---|----|----|--------------------------------------|
| | | Grezi BR | | | |
| 1 | Scala 1 | n.d.s. | 13 | 71 | + Schizoide |
| 2A | Scala 2A | n.d.s. | 15 | 72 | + Evitante |
| 2B | Scala 2B | n.d.s. | 14 | 66 | + Depressiva |
| 3 | Scala 3 | Patologia Diffusa / Disturbo di Personalità | 19 | 88 | Dom** Dipendente |
| 4 | Scala 4 | n.d.s. | 8 | 28 | Istrionica |
| 5 | Scala 5 | n.d.s. | 17 | 68 | + Narcisista |
| 6A | Scala 6A | n.d.s. | 11 | 62 | + Antisociale |
| 6B | Scala 6B | n.d.s. | 8 | 55 | " Sadica Aggressiva |
| 7 | Scala 7 | n.d.s. | 20 | 65 | + Ossessivo-Compulsiva |
| 8A | Scala 8A | n.d.s. | 13 | 65 | + Negativistica (Passivo-Aggressiva) |
| 8B | Scala 8B | Presenza Tratti di personalità | 13 | 75 | * Masochistica (Autofrustrante) |
| Pattern di grave patologia della personalità | | | | | |
| S | Scala S | n.d.s. | 15 | 64 | + Schizotipica |
| C | Scala C | n.d.s. | 10 | 57 | " Borderline |
| P | Scala P | n.d.s. | 15 | 73 | + Paranoide |

Fig. 4 – MCMI-III T1 (Scale di personalità)

Lo *scoring* del MCMI-III all'inizio della psicoterapia (Fig. 4) mostra che, per quanto riguarda i Pattern di Personalità Clinica, la paziente ha superato con il punteggio di 88 il *cut-off* di 85 (oltre il quale si considera la possibilità di diagnosticare un disturbo di personalità) nella Scala 3, riguardante la personalità dipendente, che risulta così essere quella dominante. Ha inoltre raggiunto il *cut-off* con il punteggio di 75 (dal quale si considera uno stile di personalità di rilevanza clinica) nella Scala 8B, riguardante la personalità masochistica (auto-frustrante). Ha infine ottenuto punteggi compresi tra 60 e 74 (indicanti la presenza di uno stile di personalità) nelle scale riguardanti la personalità

evitante (72 punti), la personalità schizoide (71 punti), la personalità narcisista (68 punti), la personalità depressiva (66 punti), la personalità ossessivo-compulsiva (65 punti), la personalità negativistica (65 punti) e quella antisociale (62 punti). Per quanto riguarda i Pattern di grave patologia della Personalità invece, la paziente ha raggiunto i punteggi indicanti la presenza di uno stile di personalità sulle scale riguardanti la personalità schizotipica (64 punti) e la personalità paranoide (73 punti).

Questi risultati sono indice di una personalità significativamente compromessa da questioni relative alla dipendenza e al masochismo, con diverse altre aree a cui prestare attenzione clinica.

| Pattern Personalità clinica (cod.1**3*) | | | | | |
|--|----------|---|----------|----|--------------------------------------|
| | | | Grezz BR | | |
| 1 | Scala 1 | Patologia Diffusa / Disturbo di Personalità | 16 | 89 | Dom ** Schizoide |
| 2A | Scala 2A | n.d.s. | 11 | 72 | + Evitante |
| 2B | Scala 2B | n.d.s. | 9 | 59 | " Depressiva |
| 3 | Scala 3 | Presenza Tratti di personalità | 13 | 82 | * Dipendente |
| 4 | Scala 4 | n.d.s. | 8 | 37 | " Istrionica |
| 5 | Scala 5 | n.d.s. | 13 | 64 | + Narcisista |
| 6A | Scala 6A | n.d.s. | 3 | 36 | " Antisociale |
| 6B | Scala 6B | n.d.s. | 3 | 36 | " Sadica Aggressiva |
| 7 | Scala 7 | n.d.s. | 17 | 67 | + Ossessivo-Compulsiva |
| 8A | Scala 8A | n.d.s. | 8 | 53 | " Negativistica (Passivo-Aggressiva) |
| 8B | Scala 8B | n.d.s. | 4 | 47 | " Masochistica (Autofrustrante) |
| Pattern di grave patologia della personalità | | | | | |
| S | Scala S | n.d.s. | 9 | 65 | + Schizotipica |
| C | Scala C | n.d.s. | 6 | 44 | " Borderline |
| P | Scala P | n.d.s. | 8 | 67 | + Paranoide |

Fig. 5 - MCMI-III T2 (Scale di personalità)

Lo *scoring* del MCMI-III a circa cinque mesi dalla fine della psicoterapia (Fig. 5) mostra che la paziente, per quanto riguarda i Pattern di Personalità Clinica, ha superato con il punteggio di 89 il *cut-off* di 85 nella Scala 1, riguardante la personalità schizoide, che risulta ora essere quella dominante. Ha inoltre superato con il punteggio di 82 il *cut-off* di

75 nella scala 3, riguardante la personalità dipendente. Ha infine ottenuto punteggi compresi tra 60 e 74 nelle scale riguardanti la personalità evitante (72 punti), la personalità ossessivo-compulsiva (67 punti) e la personalità narcisista (64 punti). Per quanto riguarda i Pattern di grave patologia della personalità, la paziente ha nuovamente raggiunto il punteggio indicante la presenza di uno stile di personalità sulle scale riguardanti la personalità paranoide (67 punti) e la personalità schizotipica (65 punti).

Questi risultati sono indice del fatto che la struttura di personalità della paziente si è movimentata durante il corso della psicoterapia, ma restano importanti aree di psicopatologia: la personalità dipendente ha totalizzato solamente sei punti in meno e sono emerse problematiche nello spettro schizoide.

| Scale sindromi cliniche | | | | | |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|----|-----|-------------------------------------|
| A | Scala A | Predominanza Sindrome | 18 | 102 | ** Ansia |
| H | Scala H | Possibili sintomi patologici | 10 | 63 | + Somatizzazione |
| N | Scala N | n.d.s. | 6 | 56 | " Bipolare: Mania |
| D | Scala D | Possibili sintomi patologici | 14 | 73 | + Distimia |
| B | Scala B | n.d.s. | 4 | 56 | " Dipendenza da Alcol |
| T | Scala T | n.d.s. | 5 | 58 | " Dipendenza da Droghe |
| R | Scala R | Possibili sintomi patologici | 12 | 64 | + Disturbo Post-Traumatico da Stres |
| Scale sindromi cliniche gravi | | | | | |
| SS | Scala SS | Possibili sintomi patologici | 17 | 69 | + Disturbo del Pensiero |
| CC | Scala CC | Predominanza Sindrome | 16 | 86 | ** Depressione Maggiore |
| PP | Scala PP | Possibili sintomi patologici | 8 | 72 | + Disturbo Delirante |

Fig. 6 – MCMI-III T1 (Scale sindromiche)

Nelle Scale delle sindromi cliniche all'inizio della psicoterapia (Fig. 6), si vede come il *cut-off* di 85 (oltre il quale si considera un sintomo di urgenza clinica) sia stato superato dalla paziente con il punteggio di 102 nella Scala A, riguardante l'ansia. Risultano da considerare come possibilmente patologiche le dimensioni riguardanti la distimia (73

punti), il disturbo post-traumatico da *stress* (64 punti) e la somatizzazione (63 punti). Nelle Scale delle sindromi cliniche gravi la paziente ha superato il *cut-off* di 85 nella scala CC, riguardante la depressione maggiore (86 punti). Ha ottenuto punteggi indicanti la possibile presenza di sintomi patologici nelle scale riguardanti il disturbo delirante (72 punti) e il disturbo del pensiero (69 punti).

Questi risultati indicano la presenza di un'importante sintomatologia ansiosa e depressiva, con diverse altre aree di sintomatologia a cui prestare attenzione clinica.

| Scale sindromi cliniche | | | | | |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|----|----|--------------------------------------|
| A | Scala A | Presenza Sindrome | 10 | 82 | * Ansia |
| H | Scala H | Possibili sintomi patologici | 11 | 72 | + Somatizzazione |
| N | Scala N | Possibili sintomi patologici | 5 | 60 | + Bipolare: Mania |
| D | Scala D | Presenza Sindrome | 12 | 75 | * Distimia |
| B | Scala B | Possibili sintomi patologici | 2 | 60 | + Dipendenza da Alcol |
| T | Scala T | n.d.s. | 0 | 0 | Dipendenza da Droghe |
| R | Scala R | n.d.s. | 4 | 40 | " Disturbo Post-Traumatico da Stress |
| Scale sindromi cliniche gravi | | | | | |
| SS | Scala SS | Possibili sintomi patologici | 11 | 66 | + Disturbo del Pensiero |
| CC | Scala CC | Possibili sintomi patologici | 10 | 66 | + Depressione Maggiore |
| PP | Scala PP | Possibili sintomi patologici | 4 | 68 | + Disturbo Delirante |

Fig. 7 - MCMI-III T2 (Scale sindromiche)

Nelle Scale delle sindromi cliniche a circa cinque mesi dalla fine della psicoterapia (Fig. 7) si nota che la paziente ha superato il *cut-off* di 75 (oltre il quale si considera un sintomo di rilevanza clinica) nella Scala A, riguardante l'ansia, e nella scala D, riguardante la distimia. Risultano da considerare come possibilmente patologiche le dimensioni riguardanti la somatizzazione (72 punti), la dipendenza da alcol (60 punti) e la mania (60 punti). Nelle Scale delle sindromi cliniche gravi ha ottenuto punteggi indicanti la possibile presenza di sintomi patologici in tutte e tre le scale: nel disturbo delirante (68 punti), nel disturbo del pensiero (66 punti) e nella depressione maggiore (66 punti).

Questi risultati sono indicativi di un notevole miglioramento rispetto ai sintomi ansiosi e depressivi, che restano però significativi, con le altre diverse aree sintomatologiche che, seppur non rilevanti a livello clinico, sono da tenere in considerazione.

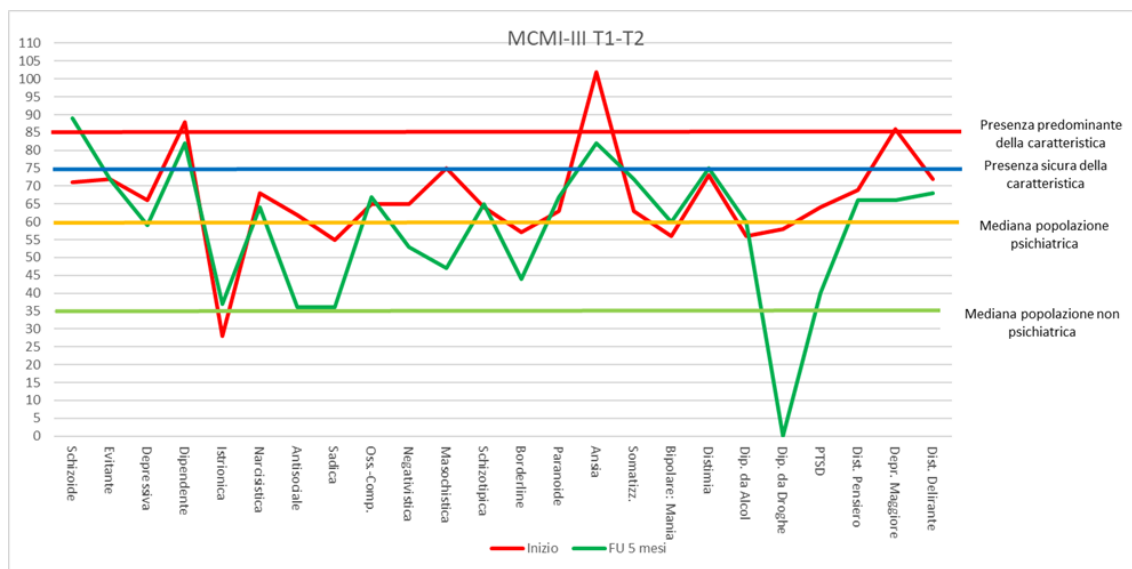


Fig. 8 – MCMII-III T1-T2

Confrontando tramite un grafico i risultati nei due tempi (Fig. 8) si può avere una visione d'insieme, nonché la possibilità di cogliere in modo più immediato le differenze e le scale in cui c'è stato maggior miglioramento clinico. Come precedentemente illustrato, si nota la presenza di cambiamenti sia nelle scale relative ai Pattern di personalità sia nelle scale relative alle Sindromi cliniche. Però, mentre nei Pattern di personalità i cambiamenti nelle scale più critiche non sembrano essere particolarmente significativi, si notano significativi cambiamenti nelle scale delle Sindromi cliniche più critiche alla paziente. Dal MCMII-III sembrerebbe dunque emergere che, mentre la struttura di personalità della paziente, seppur movimentata, non è stata particolarmente modificata dalla psicoterapia, la sintomatologia psicopatologica è notevolmente diminuita.

3.2.2. SCL-90

Di seguito vengono riportati i risultati relativi alla SCL-90. Si ricorda che la SCL-90 è un questionario *self-report* usato esclusivamente per stimare il profilo della sintomatologia psicopatologica del compilante. Il confronto tra i due tempi è quindi utilizzato per validare la seconda ipotesi, la quale osserva la variazione o l'assenza di variazione nella sintomatologia psicopatologica.

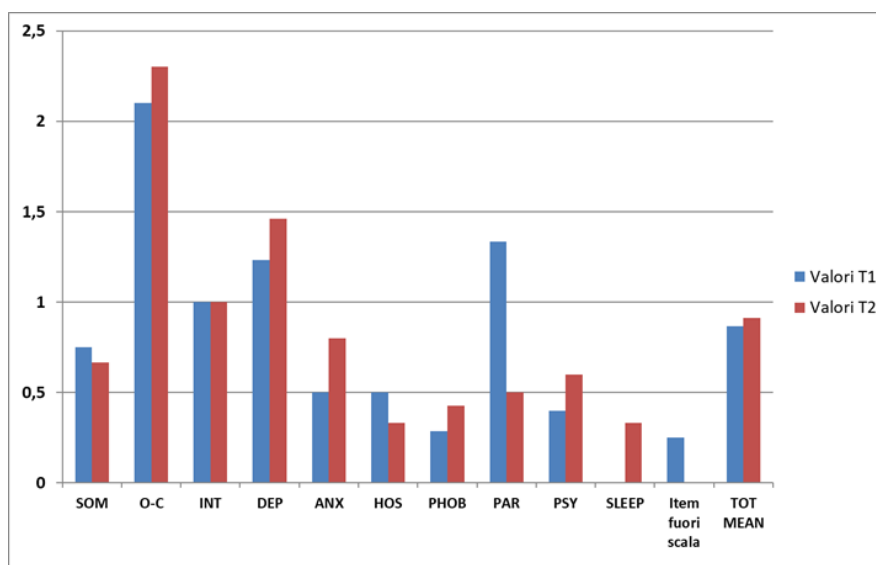


Fig. 9 – Output

grafico SCL-90 T1-T2

Dall'*output* della SCL-90 appare clinicamente più significativa la sintomatologia legata allo spettro ossessivo-compulsivo. In questa scala la paziente all'inizio della psicoterapia ha totalizzato 2.1 punti, nel *follow-up* ha aumentato il punteggio a 2.3. Ha aumentato il punteggio anche nella scala riguardante la depressione, passando da 1.23 a 1.46. In entrambe queste scale la paziente è restata al di sopra della soglia da cui si considera un sintomo di rilevanza clinica. Ha invece diminuito il punteggio nella scala riguardante l'ideazione paranoide: all'inizio della psicoterapia risultava clinicamente rilevante con un punteggio di 1.33, nel *follow-up* il punteggio è sceso a 0.5, sotto la soglia della rilevanza

clinica. È rimasta sulla soglia, sia all'ingresso che nel *follow-up*, la scala riguardante la sensibilità interpersonale, con il punteggio di 1 in entrambi i tempi.

| | Dimensione | Sum | Valori T1 | Sum T2 | Valori T2 |
|---|----------------------|-----|-----------|--------|-----------|
| Somatizzazione | SOM | 9 | 0,75 | 8 | 0,667 |
| Ossessività - compulsività | O-C | 21 | 2,1 | 23 | 2,3 |
| Sensibilità, o sensibilità interpersonale | INT | 9 | 1 | 9 | 1 |
| Depressione | DEP | 16 | 1,2308 | 19 | 1,462 |
| Ansia | ANX | 5 | 0,5 | 8 | 0,8 |
| Collera e ostilità | HOS | 3 | 0,5 | 2 | 0,333 |
| Ansia fobica | PHOB | 2 | 0,2857 | 3 | 0,429 |
| Ideazione paranoide | PAR | 8 | 1,3333 | 3 | 0,5 |
| Psicoticismo | PSY | 4 | 0,4 | 6 | 0,6 |
| Disturbi del sonno | SLEEP | 0 | 0 | 1 | 0,333 |
| Item fuori scala | Item fuori sc | 1 | 0,25 | 0 | 0 |
| Media totale punteggi | TOT MEAN | 78 | 0,8667 | 82 | 0,911 |

Fig. 10 – Output SCL-90 T1-T2

Questi risultati sono indice della rilevanza clinica della sintomatologia ossessivo-compulsivo e depressiva, che non sembra essere stata positivamente influenzata dalla psicoterapia. Invece, l'ideazione paranoide è significativamente diminuita nel corso della psicoterapia, al punto da non essere più di rilevanza clinica. I punteggi nella scala sulla sensibilità interpersonale indicano che questa resta un punto delicato della paziente, ma di non particolare rilevanza clinica.

3.2.3. IIP-32

Vengono di seguito riportati i risultati relativi alla compilazione dell'IIP-32. Si ricorda che l'IIP-32 non misura direttamente né la personalità né la sintomatologia del compilante, perché si occupa di restituire quali sono le dimensioni dei rapporti interpersonali in cui il compilante è in maggiore difficoltà. I confronti tra i due tempi in questo questionario possono dunque essere utilizzati come utile informazione sia per quanto riguarda la sintomatologia, sia per quanto riguarda la personalità, ma non possono validare da soli le ipotesi di questo lavoro.

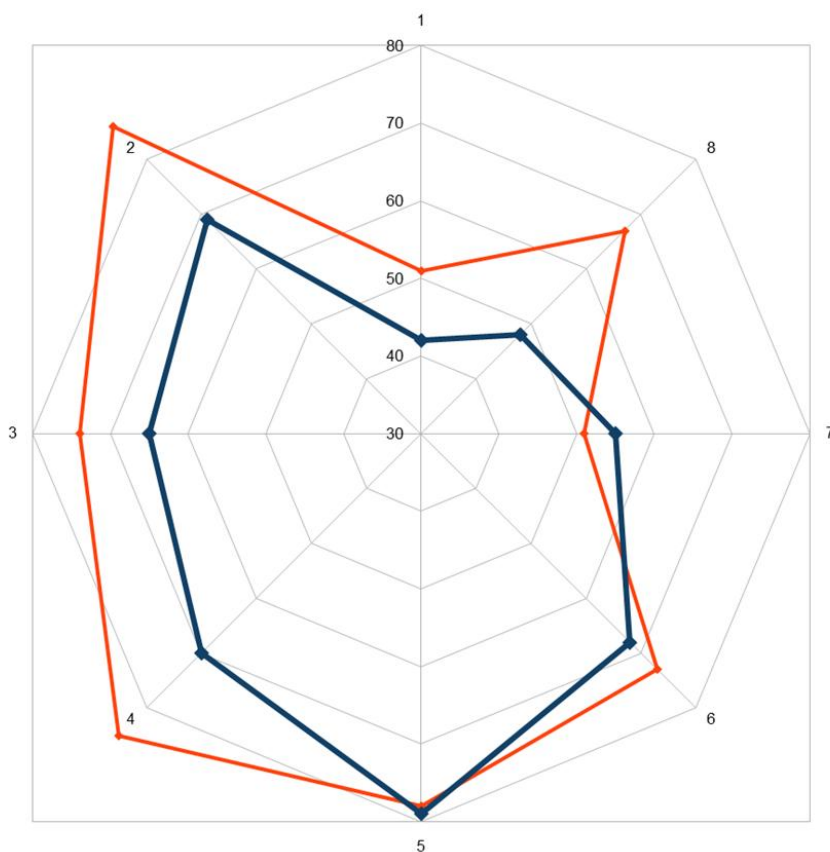


Fig. 11 – *Output*

grafico IIP-32 T1 (linea rossa) - T2 (linea blu)

L'*output* dell'IIP-32 (Fig. 11, linea rossa) mostra che la paziente all'inizio della psicoterapia ha superato la soglia di 70 (oltre la quale si considera disfunzionale la specifica dimensione dei rapporti interpersonali) nelle scale riguardanti la vendicatività e

l'auto-centratura, la freddezza e la distanza emotiva, l'inibizione sociale, la mancanza di assertività e l'eccessiva accondiscendenza.

Da questi dati si evince una marcata difficoltà della paziente nella gestione dei rapporti interpersonali.

L'*output* dell'IIP-32 (Fig. 11 – linea blu) mostra che la paziente al *follow-up* ha superato la soglia di 70 nelle scale riguardanti l'inibizione sociale e la mancanza di assertività. Nelle scale riguardanti la vendicatività e l'auto-centratura, la freddezza e la distanza emotiva e l'eccessiva accondiscendenza la paziente è scesa sotto la soglia.

Questi risultati mostrano che la psicoterapia sembra essere stata efficace nel contenere e ridurre il disagio legato ad alcune dimensioni dei rapporti interpersonali, anche se per alcune continuano a manifestarsi difficoltà e disagio.

3.3. DISCUSSIONE

In questo lavoro, dopo aver ripercorso brevemente la storia della ricerca scientifica in psicoterapia, abbiamo introdotto la presente *process-outcome research* su disegno *single-case* riguardante una psicoterapia centrata sull'esperienza e l'espressione degli affetti. Abbiamo quindi introdotto, per quel che riguarda l'analisi del processo, la teoria del codice multiplo, che, connettendosi al concetto di attività referenziale, ovvero la capacità di connettere le esperienze emotive e senso-percettive al linguaggio (Bucci, 1997), permette di valutare l'efficacia della psicoterapia rispetto al potenziamento di questa capacità. Successivamente siamo passati a descrivere l'IDAAP, strumento di analisi linguistica computerizzata, necessario ad una misura oggettiva dell'attività referenziale e delle importanti variabili ad essa connesse. Abbiamo inoltre presentato il MCMI-III, la SCL-90 e l'IIP-32, strumenti impiegati per la misurazione della sintomatologia presentata dalla paziente e per la descrizione della sua struttura di personalità. Lo psicoterapeuta che ha condotto il trattamento è uno psicoterapeuta psicodinamico breve, abbiamo perciò descritto le caratteristiche delle *Short-term psychodynamic psychotherapy*, e in particolare del modello dell'*Affect Phobia Therapy*, il cui obiettivo è l'esperienza e l'espressione degli affetti del paziente. Abbiamo quindi presentato la paziente con un breve riassunto dei contenuti della psicoterapia, sulla cui base, insieme ai risultati dei questionari *self-report*, abbiamo presentato l'ipotesi diagnostica e i principali concetti tecnici e teorici seguiti dai trattamenti psicodinamici in tali casi. Abbiamo allora formulato le ipotesi di lavoro della presente ricerca, guidate dalla teoria precedentemente illustrata, e abbiamo presentato i risultati delle analisi dell'IDAAP e dei *test* compilati dalla paziente all'inizio della terapia e al *follow-up*.

La prima ipotesi di questo lavoro era che in seguito alla psicoterapia APT i livelli di attività referenziale della paziente sarebbero aumentati. L'ipotesi sarebbe stata confermata dall'aumento dei livelli nella scala dell'IWRAD.

Da quanto emerso dai risultati delle analisi dell'IDAAP, l'ipotesi risulta non confermata. Infatti, non si è osservato un aumento costante nel corso delle sedute dei livelli dell'attività referenziale, come ci si sarebbe atteso. I valori medi ricavati tramite il *software* non hanno mai superato il valore soglia di 0.5, motivo per cui possono essere ritenuti bassi. Secondo la teoria del codice multiplo e la teoria dell'APT, la paziente non sembra aver superato la dissociazione tra gli aspetti sub-simbolici, riferibili ai suoi affetti temuti, e gli aspetti simbolici, ovvero il linguaggio (Bucci, 1997; McCullough, 2003). Questo significa che la psicoterapia non ha ben raggiunto il principale obiettivo dell'APT: una profonda esperienza ed espressione degli affetti temuti. Non si può comunque trascurare il fatto che si è osservato un aumento dei livelli nella scala dell'IWRRL, che misura la funzione di riflessione e rielaborazione cognitiva, che hanno superato il *cut-off* di 0.54 dalla terza seduta e si sono mantenuti sopra questo livello in tutte le sedute successive. Secondo la teoria del codice multiplo, questo è indice del fatto che, sebbene la paziente non abbia rielaborato a fondo gli affetti che tende ad evitare, ha acquisito una consapevolezza cognitiva significativamente maggiore delle sue problematiche. Inoltre, la paziente, confermando quanto restituito dalle analisi dell'IDAAP, ha manifestato la consapevolezza di non avere accesso alle sue esperienze emotive: durante l'ottava seduta dice di non riuscire ad esprimere a parole ciò che sente. Questa sua maggiore consapevolezza acquisita potrebbe essere un punto di partenza per un cambiamento più profondo, ma è questa un'ipotesi che meriterebbe uno studio

specifico che osservi eventuali connessioni tra la WRRL e apprezzabili cambiamenti clinici.

Questi risultati potrebbero essere spiegati dal fatto che, per quanto efficace, una psicoterapia fatica ad arrivare ai nuclei affettivi della psicopatologia in sole nove sedute. L'atteggiamento attivo del clinico nella confrontazione (intervento psicoterapeutico che mira ad aiutare il riconoscimento di affetti, pensieri o comportamenti tendenzialmente evitati; Gabbard, 2016) degli affetti temuti, tipico dell'APT e delle STPP in generale, può però aver innescato una maggiore conoscenza di questi. Ci si può chiedere se la consapevolezza della presenza dell'audio-registratore, nonché degli scopi per cui le sedute sono state registrate, possa avere in parte influenzato l'atteggiamento del clinico, portandolo più o meno inconsciamente a performare nel rendere cosciente la paziente del suo evitamento, sacrificando dunque parte dell'ascolto empatico ed accogliente che favorisce l'attraversamento degli affetti dolorosi (Winnicott, 1971). Dati questi risultati ci si potrebbe inoltre interrogare sul diverso effetto che possono avere diversi interventi psicoterapeutici. Nello specifico, ci si può chiedere se la confrontazione sia portata per sua natura tecnica ad aumentare una consapevolezza più cognitiva, mentre interventi più supportivi quali l'incoraggiamento ad elaborare e la validazione empatica (la conferma da parte del clinico che è normale ed accettabile provare determinati affetti in determinate situazioni; Gabbard, 2016) siano portati a favorire una rielaborazione più affettiva. Una futura ricerca potrebbe quindi basarsi sullo studio dettagliato dell'impatto momento per momento di questi diversi interventi, con l'ipotesi che la confrontazione possa far crescere maggiormente i livelli della WRRL, mentre incoraggiamenti ad elaborare e validazioni empatiche possano far crescere maggiormente i livelli della WRAD.

La seconda ipotesi di questo lavoro era che l'aumento dei livelli di attività referenziale sarebbe stato accompagnato da una riduzione della sintomatologia psicopatologica. L'ipotesi sarebbe stata confermata dalla compresenza dell'aumento dei livelli dell'attività referenziale, misurati dall'*output* dell'IWRAD nell'IDAAP, e di una significativa riduzione della sintomatologia presentata dalla paziente. Non avendo osservato un significativo aumento nei livelli di attività referenziale registrati dall'IWRAD, ci si aspetta, a ipotesi corretta, di non osservare una significativa diminuzione della sintomatologia psicopatologica della paziente. Tramite le due somministrazioni del MCMI-III si è osservata una notevole e significativa diminuzione dei punteggi ottenuti nelle scale sindromiche, seppur alcuni punteggi siano rimasti di rilevanza clinica. In particolare, sia la scala relativa all'ansia che la scala relativa alla depressione maggiore hanno registrato una diminuzione di 20 punti dall'inizio della psicoterapia al *follow-up*. Tramite gli *output* della SCL-90 si è invece osservato un lieve peggioramento della sintomatologia ossessivo-compulsiva e di quella depressiva, ma un significativo miglioramento dell'ideazione paranoide, che è scesa sotto il valore soglia di significatività clinica. La sensibilità interpersonale si è invece mantenuta sulla soglia della rilevanza clinica. I risultati dell'IIP-32 mostrano che, seppur di poco, i punteggi ottenuti dalla paziente nel *follow-up* sono scesi sotto la soglia della significatività in tre scale, sulle cinque in cui la paziente aveva ottenuto punteggi significativi all'inizio della psicoterapia. La seconda ipotesi di lavoro risulta dunque non confermata: dati i livelli di attività referenziale registrati dall'IWRAD non si attendeva una significativa diminuzione dei sintomi psicopatologici. I sintomi, invece, seppur non completamente risolti, sono significativamente diminuiti. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che la capacità di riflessione e rielaborazione cognitiva misurata dall'IWRRL possa avere un

ruolo importante, anche se non esaustivo, nella mobilitazione della sintomatologia psicopatologica. Quest'ipotesi potrebbe essere esplorata tramite un ulteriore studio che osservi dettagliatamente eventuali correlazioni tra le fluttuazioni della WRRL e la variazione della sintomatologia. Un'altra possibile spiegazione del fenomeno potrebbe essere la mancata considerazione in questa ricerca di qualche fattore specifico o aspecifico della psicoterapia che possa aver influenzato i sintomi anche in assenza di miglioramento nella capacità della paziente di connettere al linguaggio le sue esperienze emotive. Un dubbio emerso dalla sensazione clinica durante l'ascolto della psicoterapia è stato che il miglioramento della sintomatologia fosse dovuto più dall'incrocio dell'accondiscendenza della paziente con l'atteggiamento attivo ed interventista richiesto dal modello psicoterapeutico seguito dal clinico. McWilliams porta infatti l'attenzione sul fatto che una personalità dipendente potrebbe mostrare miglioramenti dovuti più all'effetto del *transfert* che ad un'effettiva elaborazione degli affetti sottostanti, e che dopo la fine della psicoterapia i sintomi potrebbero ritornare, in assenza del nutrimento affettivo derivante dalla relazione transferale (McWilliams, 2011). Ci sarebbe dunque da chiedersi se, quanto e come questo sia accaduto nella psicoterapia in esame, e se la distanza temporale di cinque mesi tra la fine del trattamento e il *follow-up* possa essere sufficiente ad eliminare l'eventuale influenza del fenomeno di *transfert*.

La terza ipotesi di questa ricerca era che ad una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale sarebbe conseguito un apprezzabile cambiamento nella struttura di personalità della paziente, mediato da una ristrutturazione dei suoi schemi emotivi dissociati (Bucci, 1997). La verifica empirica di quest'ipotesi dipendeva dall'osservazione della compresenza dell'aumento dei punteggi nell'IWRAD e nell'IWRRL, la covarianza negativa tra l'IREF e l'IWRAD e la significativa riduzione

delle dimensioni di personalità e delle difficoltà interpersonali connesse alla dipendenza ricavate dai *test*. I risultati dell'IDAAP non indicano la presenza di una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale: si osserva l'aumento dei livelli registrati dall'IWRRL, ma non dall'IWRAD, e la covarianza tra l'IREF e l'IWRAD è negativa solo in tre sedute su nove, essendo marcatamente negativa solamente in una seduta. A partire da questi dati, secondo la teoria di Bucci, gli schemi emotivi dissociati non potrebbero essersi ristrutturati e, di conseguenza, la struttura di personalità non dovrebbe mostrare significativi cambiamenti (Bucci, 1997). Ne consegue che, ad ipotesi corretta, ci si aspetta di non osservare una significativa riduzione dei punteggi nelle dimensioni di personalità e nelle difficoltà interpersonali connesse alla dipendenza, essendo questa eventuale diminuzione misura empirica di una ristrutturazione della personalità. Gli *output* del MCMI-III hanno mostrato che la struttura di personalità della paziente ha attraversato mutamenti: in particolare, la scala di personalità dominante è passata dall'essere quella dipendente all'essere quella schizoide. Nel *follow-up* la personalità dipendente ha comunque ottenuto un punteggio alto e la struttura di personalità della paziente nel complesso risulta essere ancora compromessa dal punto di vista clinico. Come precedentemente illustrato, i risultati dell'IIP-32 nel *follow-up* mostrano un miglioramento su tre scale sulle cinque risultate rilevanti all'inizio della psicoterapia, ma è da considerare che sono rimaste comunque molto vicine al valore soglia del *cut-off*. Considerando i dati nell'insieme appare dunque che la struttura di personalità della paziente abbia attraversato alcuni mutamenti, ma è evidente che non sia andata incontro ad una significativa ristrutturazione. La terza ipotesi di questo lavoro risulta quindi confermata, poiché il passaggio della dimensione di personalità prevalente da dipendente a schizoide potrebbe essere visto come uno sviluppo da parte della paziente di diverse

strategie per la gestione del bisogno degli altri, che resta però invariato. Ciò può essere confermato dall'alto punteggio nella scala 3, relativa alla dipendenza, del MCMI-III e la quinta scala, relativa alla mancanza di assertività, dell'IIP-32. La personalità schizoide è infatti caratterizzata dalla distanza emotiva e dal ritiro in un'apparente autosufficienza, dovuto però ad una profonda paura del rifiuto, centrale anche nella personalità dipendente (McWilliams, 2011). Questo cambiamento potrebbe dunque essere sintomo di un nuovo adattamento difensivo più che di una ristrutturazione della personalità: McWilliams sostiene infatti che le persone possano cambiare le difese senza cambiare la propria struttura di personalità (McWilliams, 2011). La validazione di quest'ipotesi conferma che ad una mancata ristrutturazione degli schemi emotivi dissociati non possa conseguire un profondo mutamento nella struttura di personalità, e sia quindi necessaria a tale ristrutturazione la profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale (Bucci, 1997). La settima seduta è stata l'unica a registrare l'attivazione di questo processo: ci si può dunque interrogare se sia stata questa singola attivazione a mettere in moto il cambiamento che, seppur non strutturale, si è riscontrato tramite i *test*. A tal proposito sarebbe utile poter discernere tra l'eventuale ruolo di questa singola attivazione profonda e l'eventuale ruolo dell'aumentata capacità di riflessione e rielaborazione cognitiva registrata dall'IWRRL.

Complessivamente, i risultati ottenuti mostrano che durante la relazione psicoterapeutica la paziente ha attuato alcuni cambiamenti, ma rimangono aspetti che richiederebbero ulteriore impegno clinico, specialmente per quanto riguarda la struttura di personalità e le principali difficoltà relazionali che vi si accompagnano. Indubbiamente nove sedute di psicoterapia sono poche ed insufficienti ad accompagnare una persona attraverso una profonda ristrutturazione della propria personalità. Le analisi dell'IDAAP hanno infatti

restituito che non è stato attivato profondamente e ripetutamente il processo referenziale e che i livelli di attività referenziale sono sempre rimasti sotto il valore soglia. Coerentemente, la sintomatologia psicopatologica e la struttura di personalità hanno mostrato dei cambiamenti, ma non una sufficiente risoluzione. Ciononostante, considerando il limite temporale di questa psicoterapia, l'incontro clinico ha dato alcuni frutti. L'aumento dei livelli registrati dall'IWRRL mostra, coerentemente con le sensazioni cliniche, una maggiore consapevolezza da parte della paziente delle sue problematiche. Questo potrebbe essere stato l'innescò, insieme alla singola seduta in cui si è attivato in profondità il processo referenziale, del primo movimento effettivamente registrato dai risultati dei questionari *self-report*. Inoltre, il cambiamento potrebbe essere favorito dalla giovane età della paziente: sarebbe a tal proposito utile poter avere un ulteriore *follow-up* a distanza di circa un anno. Si potrebbe in tal modo riflettere ulteriormente sul valore della funzione di riflessione e rielaborazione cognitiva anche in assenza di una profonda rielaborazione affettiva e, in questo caso, sull'eventuale impatto della relazione di *transfert* sulla sintomatologia psicopatologica. A tal proposito, la sensazione clinica all'ascolto della psicoterapia è stata di una possibile collusione tra l'accondiscendenza tipica della struttura di personalità dipendente e l'elevata attività del clinico richiesta dal modello dell'APT. Sarebbe utile poter approfondire maggiormente questa questione tramite la comparazione di diversi trattamenti con questa stessa coincidenza di caratteristiche tra la personalità del paziente e il modello di psicoterapia a cui il clinico si riferisce. In conclusione, considerando la sua breve durata, la psicoterapia è considerabile, se non eccezionale, soddisfacente per la movimentazione che ha innescato.

3.4. CONCLUSIONI

Riassumendo quanto precedentemente esposto, la prima ipotesi, per la quale ci si aspettava di osservare l'aumento dei livelli di attività referenziale della paziente a seguito della psicoterapia APT, non è stata validata. Possibili ragioni individuate per spiegare questo risultato sono state la breve durata della psicoterapia e il possibile diverso valore qualitativo dei diversi interventi attuabili da un clinico, ipotesi verificabile tramite un ulteriore studio.

Anche la seconda ipotesi, per la quale ci si aspettava che alla mancanza dell'aumento dei livelli di attività referenziale conseguisse la mancanza di un significativo cambiamento sintomatologico, non è stata verificata. Possibili ragioni individuate per spiegare questo risultato sono l'eventuale esclusione dell'osservazione di fattori specifici o aspecifici in realtà cruciali all'esito della psicoterapia, la riduzione dei sintomi psicopatologici per effetto di *transfert* (verificabile tramite un ulteriore *follow-up*) e il possibile ruolo che può avere la funzione di riflessione e rielaborazione cognitiva, esplorabile tramite la WRRL in un ulteriore studio.

La terza ipotesi, per la quale ci si aspettava che alla mancanza di una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale conseguisse la mancanza di una significativa ristrutturazione della struttura di personalità della paziente, è stata confermata. Questo risultato è in accordo con la teoria del codice multiplo, per cui la personalità psicopatologica si fonderebbe su schemi emotivi dissociati, e gli schemi emotivi dissociati possono essere ristrutturati solo tramite una profonda e ripetuta attivazione del processo referenziale (Bucci, 1997).

Il presente studio contribuisce alla letteratura con l'applicazione della teoria del codice multiplo (e dell'IDAAP) all'*Affect Phobia Therapy*, accomunate dalla centralità attribuita

all'espressione e all'elaborazione di affetti profondi. La validazione della terza ipotesi conferma una delle idee fondanti la teoria del codice multiplo, ovvero l'imprescindibilità del processo referenziale nel profondo cambiamento della personalità. Le due ipotesi non verificate, invece, possono contribuire ad arricchire la teoria tramite nuove ricerche. La prima suggerisce che l'APT non porti, per lo meno nel breve termine, ad un aumento dei livelli di attività referenziale e che questi possano essere influenzati più dal tipo di interventi terapeutici che dal modello di psicoterapia adottato. Sembrerebbe quindi che la confrontazione abbia portato a far crescere maggiormente la funzione di riflessione e rielaborazione cognitiva, mentre altri interventi, come la validazione empatica o l'incoraggiamento ad elaborare, potrebbero far crescere maggiormente la capacità di connettere gli affetti al linguaggio. La mancata verifica della seconda ipotesi suggerisce che l'attività referenziale non sia l'unico fattore determinante il miglioramento nella sintomatologia psicopatologica, ma che possano avere un ruolo importante anche ulteriori fattori, come la comprensione cognitiva delle proprie problematiche o le dinamiche di *transfert*. Il ruolo della comprensione cognitiva potrebbe essere indagato da nuove ricerche maggiormente centrate sulle fluttuazioni della WRRL e sul rapporto che queste hanno con altri costrutti. Il ruolo delle dinamiche di *transfert* potrebbe essere approfondito tramite un ulteriore *follow-up*, e dalla comparazione di psicoterapie in cui la marcata tendenza all'accondiscendenza del paziente si incrocia con un'elevata attività del clinico.

Il principale limite di questa ricerca è che, essendo su disegno *single-case*, i risultati sono scarsamente generalizzabili. La validazione delle ipotesi deve necessariamente essere verificata tramite studi su campioni più ampi. Altro limite è la breve durata del trattamento, che non consente un'esaustiva osservazione e comprensione di fenomeni

complessi, quali l'attività referenziale, il processo referenziale e lo sviluppo della dinamica di *transfert*. L'assenza di un ulteriore *follow-up* limita la verifica degli esiti del movimento osservato nella sintomatologia e nella struttura di personalità della paziente e la possibilità di stimare l'influenza del *transfert*. Merita una riflessione epistemologica e metodologica l'utilizzo di uno strumento di analisi linguistica computerizzata qual è l'IDAAP: l'analisi dei trascritti delle audio-registrazioni delle sedute di psicoterapia esclude l'ascolto di tutte le informazioni non verbali, quali la tonalità della voce e le sue inflessioni, l'osservazione della gestualità corporea, della postura e delle espressioni facciali, che possono fornire importantissimi spunti clinici. Infine, l'ascolto della psicoterapia, i risultati delle analisi dell'IDAAP e dei punteggi ottenuti ai questionari *self-report* sono stati letti ed interpretati da una singola persona. Questo rende questa ricerca particolarmente soggetta a *bias* soggettivi.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press. *
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21–35.
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley. *
- Blagys MD, Hilsenroth MJ. (2000). +Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2000;7:167-88 *
- Bolognini, S. (a cura di). (2000). *Il sogno cento anni dopo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bucci, W. (1985). *Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33(3), 571–607. *

- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: The Guilford Press.
- Bucci, W. (1997). Emotional communication and therapeutic change. In *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: The Guilford Press.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2006). A weighted referential activity dictionary. In J. G. Shanahan, Y. Qu, & J. Wiebe (Eds.), *Computing Attitude and Affect in Text: Theory and Applications* (pp. 49–60). Springer. *
- Bucci, W., & Miller, L. (1993). The referential process and emotional communication in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 155–165. *
- Davanloo H. (2000). *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Dazzi, N., De Coro, A., & Andreassi, S. (2003). Referential activity and conversational incoherence in attachment interview applied to young adolescents. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 37(4), 473–490. *
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (a cura di). (2006). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dazzi, N. (2006). *Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Coro, A., & Mariani, R. (2006). *L'attività referenziale. Un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica*. In N. Dazzi, V.

- Lingiardi & A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*.
Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13–28.
- Freud, S. (1895). *Progetto per una psicologia*. In *S. Freud, Opere (Vol. I)*. Torino: Bollati Boringhieri. *
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. In *S. Freud, Opere (Vol. III)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1911). *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (Dementia paranoides) descritto autobiograficamente*. In *S. Freud, Opere (Vol. VI)*. Torino: Bollati Boringhieri. *
- Freud, S. (1915). *L'inconscio*. In *S. Freud, Opere (Vol. VII)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1915). *Le pulsioni e i loro destini*. In *S. Freud, Opere (Vol. VII)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. In *S. Freud, Opere (Vol. VIII)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. In *S. Freud, Opere (Vol. X)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. In *S. Freud, Opere (Vol. X)*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2016). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica (5ª ed.)*. Milano: Raffaello Cortina Editore. (Titolo originale: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*)
- Gazzillo, F., Mariani, R., Lingiardi, V., & Bucci, W. (2009). *Verso una integrazione tra personalità e attività referenziale: uno studio pilota su un caso singolo valutato con SWAP e RA*. Quaderni CPD, 6, 121–140. *
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press. *
- Lingiardi, V. (2006). *La ricerca single-case*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth. *
- Mariani, R., Maskit, B., Bucci, W., De Coro, A., & Mergenthaler, E. (2013). Italian Weighted Referential Activity Dictionary (IWRAD): A linguistic measure of the referential process. *Psychotherapy Research*, 23(6), 678–688.
- McCullough, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. Guilford Press. *

- McCullough, L. (1999). Short-term psychodynamic therapy as a form of desensitization: Treating affect phobias. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 35–53. *
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press. *
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books. *
- Messer SB, Warren CS. (1995). *Models of Brief Psychodynamic Therapy: a Comparative Approach*. New York: Guilford.
- Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III (MCMI—III)*. Pearson Assessments.
- Negri, A., Esposito, G., Mariani, R., Savarese, M., Belotti, L., Squitieri, B., et al. (2018). The Italian weighted reflection and reorganizing list (I-WRRL); A new linguistic measure detecting the third phase of the referential process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(s1), 5–6.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). Wiley. *

- Osborn, K. A. R., Ulvenes, P. G., Wampold, B. E., & McCullough, L. (2015). Creating change through focusing on affect: Affect phobia therapy. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 146–171). The Guilford Press.
- Paivio, A., Clark, J. M., & Yuille, J. C. (1989). Referential processing: Reciprocity and correlates of naming and imaging. *Memory & Cognition*, *17*(2), 163–174. *
- Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Press.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: The Guilford Press. *
- Rocco, D., & Benelli, E. (2007). La connessione tra Attività Referenziale e alleanza terapeutica: implicazioni per il trattamento. *Università degli Studi di Padova*. *
- Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* *2010;February-March:98-109*. *
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press. *
- Solano, L. (2001). *Psicosomatica. Il corpo nella mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Solomon, G. F. (1987). *Psychoneuroimmunology: Interactions between central nervous system and immune system*. *Journal Neuroscience Research*, *18*, 1–9. *

Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press. *

Zhou, Y., Maskit, B., Bucci, W., Fishman, A., & Murphy, S. (2021). Development of

WRRL: A new computerized measure of the reflecting/reorganizing function.

Journal of Psycholinguistic Research, 50(1), 51–64.

*opere non direttamente consultate