



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Studio di un caso singolo trattato con l'Acceptance and Commitment
Therapy: analisi degli esiti e del processo referenziale**

**A single-case study treated with Acceptance and Commitment Therapy: Analysis
of outcomes and the referential process**

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Laureanda: Anna Pellizzon

Matricola: 2082981

Anno Accademico 2024/2025

Indice

INTRODUZIONE	3
1. CAPITOLO I: <i>Ricerca in psicoterapia e costrutti psicologici</i>	
1.1. La ricerca in Psicoterapia.....	5
1.1.1. Le aree della ricerca in psicoterapia.....	5
1.1.2. La ricerca <i>single-case</i>	8
1.2. La Teoria del Codice multiplo di Wilma Bucci.....	11
1.2.1. Riferimenti teorici e concetti fondamentali.....	11
1.2.2. Il processo referenziale.....	14
1.2.3. L'attività referenziale e il suo ruolo nel processo terapeutico.....	15
1.2.4. Dalla ricerca alla pratica clinica	16
1.3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	18
1.3.1. Aspetti fondamentali dell'ACT.....	18
1.3.2. Ruolo dell'ACT nella ricerca in psicoterapia e alcuni risvolti applicativi.....	21
1.4. L'obiettivo del presente lavoro.....	22
2. CAPITOLO II: <i>Metodo</i>	
2.1. Strumenti.....	23
2.1.1. Misura di valutazione dell' <i>outcome</i> : il <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>	23
2.1.2. Misura di valutazione del <i>process</i> : l' <i>Italian Discourse Attributes Analysis Program</i>	30
2.2. Il Materiale.....	34
2.3. Procedura.....	37
2.4. Ipotesi di lavoro.....	38
2.5. I Risultati.....	39
2.5.1. MCMII-III.....	39
2.5.2. IDAAP.....	43

3. CAPITOLO III: <i>Discussione dei dati e conclusioni</i>	
3.1. Discussione dei risultati.....	49
3.2. Conclusioni.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	61

INTRODUZIONE

Nonostante il dialogo tra ricerca e pratica clinica psicoterapeutica sia storicamente difficile e complesso, negli ultimi anni si è osservato un reciproco avvicinamento. Da un lato, le ricerche si stanno sempre più concentrando sulla situazione terapeutica quotidiana, osservando ciò che avviene durante il processo terapeutico e integrandolo poi con i risultati ottenuti al termine del trattamento. Dall'altro, la pratica clinica stessa si rende disponibile ad essere studiata e valutata, con il fine di poter utilizzare, a seconda del caso, le tecniche più efficaci e valide.

Seguendo questa prospettiva, nel presente elaborato di tesi ci occuperemo di studiare un caso singolo trattato con l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), valutando se e attraverso quali processi si osserva un cambiamento nella paziente.

Il primo capitolo sarà dedicato all'ambito della ricerca in psicoterapia. Verranno prese in considerazione le principali aree di ricerca che si sono sviluppate e intrecciate nel tempo, focalizzandoci in modo particolare sulla ricerca *single-case*. Si procederà poi approfondendo la Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci e il costrutto psicologico dell'attività referenziale, che, insieme al processo referenziale, saranno oggetto del nostro studio sul processo. Inoltre, verrà introdotta l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) quale approccio terapeutico utilizzato nel caso trattato.

Il secondo capitolo sarà invece dedicato alla metodologia della ricerca. Verranno esaminati gli strumenti scelti per la misura dell'outcome e del processo terapeutico, quali rispettivamente il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) e l'*Italian Discourse Attributes Analysis Program* (IDAAP). Successivamente, verrà presentato il caso clinico e la procedura seguita, per giungere alle ipotesi di lavoro e all'esposizione dei risultati raccontati.

Il terzo e ultimo capitolo si concentrerà sulla discussione dei dati, saranno considerate le ipotesi iniziali e verrà argomentato quanto emerso. Inoltre, verranno esposte alcune riflessioni sulla messa in pratica delle teorie e tecniche proposte, evidenziandone i possibili punti di congiunzione. Infine, saranno indicati i limiti del lavoro e i possibili sviluppi futuri.

CAPITOLO I

Ricerca in psicoterapia e costrutti psicologici

1.1. La ricerca in psicoterapia

Fin dai suoi esordi il movimento di ricerca in psicoterapia si è distinto per la sua forte spinta di crescita e sviluppo che, negli anni, ha permesso l'emergere di numerosi metodi e strategie di ricerca (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006). I ricercatori si sono posti domande sempre nuove che in alcuni casi hanno trovando risposta, mentre in altri, quando ciò non succedeva, li conduceva a mettere in discussione l'oggetto di studio e le modalità di analisi utilizzate.

La ricerca in psicoterapia, nata già a partire dagli anni 20' del 1900, viene generalmente suddivisa in due macro-aree: *l'Outcome research* e la *Process research*. Queste, concentrandosi su momenti differenti del percorso terapeutico - rispettivamente la fine (*outcome*) e il suo svolgimento (*process*) – si sono sviluppate durante fasi storiche diverse e lungo strade separate, trovando poi un terreno comune nella *Process-outcome research* (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

1.1.1. Le aree della ricerca in psicoterapia

Outcome research

L'outcome research ha avuto un ruolo centrale tra gli anni 50' e 70' del 1900 e, come il nome suggerisce, si occupa di studiare il risultato misurato alla fine della terapia. Ciò è possibile, ad esempio, confrontando la situazione pre-trattamento con quella post, valutando attraverso strumenti standardizzati il cambiamento dello stato psicologico del paziente o di più pazienti (Migone, 2006). Nonostante i diversi ostacoli incontrati, tale ambito di ricerca è riuscito a dimostrare l'efficacia della psicoterapia nella cura della sofferenza psicologica (Dazzi, 2006).

Nei primi studi, prendendo esempio dalla ricerca farmacologica, i ricercatori si occupavano di confrontare un gruppo sperimentale, composto da pazienti in trattamento, con uno di controllo, quindi non trattato, osservandone le differenze nella condizione finale. Presto però emerse una criticità: il secondo gruppo poteva risultare a sua volta migliorato grazie ad una "remissione spontanea" data dal semplice passare del tempo (Migone, 2006). Di fronte a questo risultato emersero presto alcuni dubbi sull'efficacia

generale della psicoterapia, sostenuti in primo luogo da Eysenck (1952), risolti successivamente grazie all'analisi di numerose ricerche e all'uso della meta-analisi¹ (Lambert & Olges, 2004). Al di là di tali evidenze, risultava ugualmente difficile riuscire a formare un gruppo di controllo, libero da qualsiasi influenza o trattato con un "placebo"²; di conseguenza la ricerca sull'*outcome* si aprì alla verifica dell'efficacia comparata tra i diversi approcci (Migone, 2006). Il gruppo sperimentale veniva così confrontato con un secondo gruppo trattato con un'altra psicoterapia differente, ad esempio, per riferimento teorico o focus di intervento. Nel procedere degli studi emerse però una conclusione importante conosciuta ancora oggi come il "paradosso dell'equivalenza" (Migone, 2006, p. 35) tra le psicoterapie: Luborsky, Singer e Luborsky (1975), proclamando il "verdetto di Dodo", attestarono che nonostante le differenze tra i diversi approcci nessuno risultava significativamente più efficace degli altri (Dazzi, 2006; Migone, 2006).

Process research

A partire dal 1960, con il tentativo di svelare il paradosso dell'equivalenza, la *Process research* si fece più forte (Migone, 2006). I ricercatori in questo campo di ricerca non si occupano più del risultato dei trattamenti ma del loro processo, ponendosi così delle nuove domande quali: Gli interventi, anche se di base teorica differente, tendono ad assomigliarsi nella pratica clinica? Ci sono degli elementi comuni a tutti i tipi di psicoterapia? (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999).

Per rispondervi i ricercatori tentarono di "classificare, descrivere e misurare" (Stiles et al, 1999, p. 365) ciò che accadeva durante il procedere della psicoterapia. Utilizzarono quindi l'audioregistrazione, in modo da poter trascrivere le sedute e valutare il materiale clinico anche da giudici esterni (Dazzi, 2006). L'uso dell'audioregistrazione, nonostante abbia lo svantaggio di poter influenzare la spontaneità del paziente ad aprirsi in modo sincero, è estremamente affidabile e ha permesso grandi passi avanti nello studio del processo.

Esistono numerosi strumenti per la valutazione del processo in psicoterapia, per riassumerli Lambert (2004) li ha classificati in base ai seguenti criteri: il focus della

¹ La meta-analisi è una tecnica di ricerca statistica che permette di prendere in esame e confrontare gli esiti di diverse ricerche riguardanti uno specifico argomento (Dazzi, 2006).

² In letteratura il placebo in psicoterapia viene considerato un trattamento caratterizzato da fattori di intervento non specifici e non attivi (Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004)

valutazione (paziente, terapeuta, relazione terapeutica); l'aspetto del processo analizzato (comportamento, temi trattati, etc.); e le unità di studio. Quest'ultimo criterio distingue unità brevi di *microprocesso*, che permettono di codificare singole parole o frasi, e unità di *macroprocesso*, capaci di fornire una visione più generale della variabile considerata in un periodo di tempo più lungo come l'intera seduta.

Grazie a tale approccio di ricerca si possono quindi ricavare dei quadri adeguatamente complessi e descrittivi delle dinamiche osservate. Il rischio però che si corre è quello di ottenere delle immagini troppo statiche o specifiche, dalla quali non è possibile estrapolare riflessioni - anche causali - che riassumano la psicoterapia nella sua totalità (Dazzi, 2006).

Process-outcome research

La *Process-outcome research* tenta di superare proprio questo ultimo limite prendendo in esame sia il processo che il risultato della psicoterapia, per metterli poi in relazione. Come Greenberg e Watson (2005) ritengono, per avere una conferma scientifica dell'efficacia di un trattamento dobbiamo infatti osservare che l'operato del terapeuta (variabile distale) e il processo avvenuto con e nel paziente (variabile prossimale) siano collegati all'*outcome*.

Orlinsky (2009), per sistematizzare la letteratura di questo ambito di ricerca, ha proposto un "modello generico di psicoterapia" che delinea sei dimensioni del processo terapeutico: 1. contratto terapeutico (modello di trattamento utilizzato, definizione degli obiettivi, tariffe); 2. operazioni terapeutiche (presentazione del paziente, interventi del terapeuta, reattività del paziente); 3. legame terapeutico (rapporto personale tra terapeuta e paziente); 4. *self-relatedness* (autoconsapevolezza, autostima del terapeuta e del paziente); 5. *in-session impacts* (impatto positivo o negativo durante la seduta, come sollievo o confusione); 6. modelli temporali (fase del trattamento). Il processo terapeutico in questo senso viene concepito come un sistema complesso nel quale queste sei dimensioni si influenzano a vicenda, per poi agire sugli esiti finali.

Orlinsky e colleghi (2004) hanno inoltre definito 9 livelli di analisi della relazione tra process e outcome che, dalla valutazione di microprocessi, arrivano ad ampliare il focus a macroprocessi di intere sedute, fino a periodi più lunghi di trattamento. Questo significa che ad esempio il ricercatore può focalizzarsi su specifici scambi verbali (microprocessi)

valutando come varia un aspetto del paziente, in base a particolari interventi del terapeuta; oppure può prendere in esame una variabile come l'alleanza terapeutica (Lingiardi & Colli, 2003), osservarne l'andamento durante una seduta (macroprocesso) e porlo poi in relazione al risultato finale della seduta stessa, rispetto alle rotture e riparazioni osservate.

Ricerca sui fattori specifici e aspecifici

Come abbiamo visto nel modello generico di psicoterapia (Orlinsky, 2009) è possibile fornire una cornice di riferimento capace di contenere ricerche anche lontane fra di loro, perché risponde al tentativo di integrare teorie di pratica clinica differenti all'interno di una teoria di ricerca più ampia e trasversale. Questo approccio, finalizzato a ricavare degli aspetti comuni tra i diversi orientamenti, ha caratterizzato la ricerca in psicoterapia già partire dagli anni 70'. In quegli anni, infatti, *la Society for Psychotherapy Research* (SPR) ha potuto assistere al progressivo avvicinamento di ricercatori, appartenenti a scuole psicoterapeutiche diverse, con l'intenzione di formare delle alleanze trasversali (Migone, 2006).

La ricerca sui *fattori aspecifici* ha evidenziato il ruolo centrale di determinati aspetti, comuni fra le psicoterapie a prescindere dal loro orientamento teorico, nel permettere il cambiamento. Tali fattori vengono differenziati da Lambert (2004) in: supportivi (ad es. identificazione con il terapeuta, alleanza terapeutica), di apprendimento (ad es. esperienza emozionale correttiva, insight) e di azione (ad es. regolazione del comportamento, abilità cognitive). I fattori aspecifici risultano contribuire maggiormente all'*outcome* rispetto a quei *fattori specifici* che distinguono i vari approcci. In particolare, l'alleanza terapeutica è tutt'ora riconosciuta come il fattore con maggiore capacità predittiva rispetto all'*outcome*. È importante, tuttavia, sottolineare che questi da soli non sono in grado di spiegare i risultati ottenuti al termine del trattamento. Solo lo studio della loro interazione con i fattori *specifici* consente una comprensione più profonda di ciò che avviene (Dazzi, 2006).

1.1.2. La ricerca single-case

Negli ultimi decenni si è osservato un progressivo allontanamento dalla ricerca puramente sperimentale e quantitativa, per spostarsi verso un "contesto della scoperta" (Migone, 2006, p. 44) caratterizzato da una ricerca maggiormente immersa nella pratica clinica. Questa esigenza è emersa dalla difficoltà, che spesso si incontra, nel cercare di trasportare

nella pratica i risultati ottenuti da ricerche *evidence-based*, svolte in condizioni troppo controllate e lontane dalla realtà. Questo avviene ad esempio negli studi RCT³ che, focalizzandosi nella verifica empirica dell'efficacia comparata, tendono a considerare i pazienti come recipienti passivi del trattamento e le tecniche terapeutiche come protocolli standardizzati, applicabili in modo sempre uguale per ciascun caso, indipendentemente dalla relazione che si instaura tra terapeuta e paziente (Lingiardi, 2006).

Wester, Novotny e Thompson-Brenner (2004) criticano infatti questa metodologia, tipica degli *Empirically Supported Treatments* (EST)⁴, ritenendo invece fondamentale aprirsi alla ricerca correlazionale dove il laboratorio iniziale diventa la pratica clinica quotidiana, dalla quale ricavare delle ipotesi da approfondire e verificare con altri studi.

Esempio tipico che segue questo secondo approccio è la ricerca *single-case*. La ricerca sul caso singolo si occupa di studiare un solo individuo per volta, sul quale compie osservazioni sistematiche ripetute per ricavare una possibile relazione tra gli interventi del terapeuta, l'*outcome* e/o altre variabili. Viene quindi stabilito precedentemente un arco di tempo nel quale misurare, con strumenti affidabili, la consistenza e qualità dei cambiamenti avvenuti nel paziente (Lingiardi, 2006).

Nei disegni *single-case* la situazione terapeutica diventa quindi il laboratorio di ricerca, le sedute sono audio o video registrate e le trascrizioni di tali incontri diventano il materiale sul quale svolgere successive analisi. All'interno di questa cornice di riferimento si possono distinguere quattro livelli di osservazione empirica (Kächele & Thomä, 2001):

1. *Studio di un caso clinico*: valutazione preliminare basata sui ricordi del terapeuta, utile per comunicare tra professionisti;
2. *Descrizioni cliniche sistematiche*: resoconto qualitativo del trattamento basato anche sui trascritti di alcune sedute;
3. *Procedura di giudizio clinico guidato*: trasformazione dei dati qualitativi in quantitativi e uso di strumenti per la valutazione di costrutti relativi al processo terapeutico;

³ Gli RCT (*Randomized Clinical Trials*) sono studi clinici in cui i pazienti vengono assegnati in maniera randomizzata a diversi gruppi, ciascuno sottoposto a differenti tipi di trattamento o a condizioni di controllo (ad es. liste d'attesa, forme di non trattamento ecc...) (Fonagy, 2002).

⁴ Gli EST risultano essere un elenco di trattamenti psicologici validati empiricamente, pubblicato nel 1995 dalla divisione 12 dell'*American Psychological Association* (APA).

4. *Analisi linguistica del testo con metodi computerizzati*: utilizzo di programmi computerizzati per un'accurata valutazione linguistica dei trascritti (verrà approfondita nel prossimo capitolo).

Come ritiene Wallerstein (2002) il disegno *single-case* risulta essere uno dei metodi privilegiati della ricerca contemporanea perché permette un'analisi sia macro che microanalitica del funzionamento della personalità del paziente, del processo del trattamento e dei risultati raggiunti, esprimendoli con misure confrontabili.

È però importante evidenziare la presenza di alcune criticità di ordine metodologico (Roth & Fonagy, 2004):

- a) i problemi di generalizzazione dei risultati a popolazioni cliniche più ampie;
- b) la difficoltà nel distinguere il contributo della tecnica usata da quello di fattori aspecifici, a causa dell'assenza di paragone con un altro trattamento;
- c) l'alto livello di "selezione" dei pazienti e l'assegnazione non casuale.

Tali criticità sono in parte dovute al fatto che i disegni *single-case* non seguono la filosofia degli EST, ma quella sostenuta dalle *Empirically Supported Relationships* (ESR)⁵ (Narcross, 2002), che si interrogano sul *perché* e sul *come* funziona un particolare trattamento, andando a distinguere, nel caso studiato, i rispettivi contributi dei fattori aspecifici e specifici (Lingiardi, 2006).

La metodologia della ricerca *single-case* sembra dunque collocarsi tra clinica e ricerca, perché riesce a cogliere la complessità dell'incontro tra terapeuta e paziente, mantenendo allo stesso tempo un'attenzione verso il rigore metodologico.

⁵ Le ESR sono state pubblicate dalla Divisione 29 dell'*American Psychological Association* e fanno riferimento alle variabili che rendono unica la relazione terapeutica e contribuiscono all'efficacia terapeutica (ad es. la personalità del professionista, le caratteristiche personali del paziente e la qualità della relazione tra i due (Narcross, 2002; Lambert & Barley, 2002).

1.2. La Teoria del codice multiplo di Wilma Bucci

Il difficile dialogo tra la ricerca empirica e la prassi clinica funge spesso da ostacolo allo sviluppo della ricerca in psicoterapia. Tale criticità è particolarmente evidente nell'ambito psicoanalitico, dove sembra mancare un legame di tipo esplicito tra le teorie sulla patologia e del cambiamento e le tecniche utilizzate poi nella cura dei pazienti. Questo limite mette così i terapeuti nella condizione di non avere dei criteri condivisi di riferimento capaci di valutare il cambiamento del paziente nel processo terapeutico (De Coro & Mariani, 2006).

Wilma Bucci, psicoanalista dell'IPA (*International Psychoanalytic Association*) e ricercatrice presso l'Adelphi University di New York, ha tentato di rispondere a tali problematiche attraverso la *Teoria del codice multiplo* e il costrutto dell'*attività referenziale*, sviluppando uno strumento per lo studio del processo, capace di portare importanti contributi sia alla riflessione teorica che alla pratica clinica (De Coro & Mariani, 2006).

L'approccio della Bucci è di tipo interdisciplinare perché vede l'integrazione di diverse prospettive quali la psicoanalisi, la psicologia cognitiva e le neuroscienze affettive e sociali (Mariani, Negri & Di Trani, 2022; Migone, 2022). Attraverso i suoi studi ha infatti voluto riformulare alcuni concetti metapsicologici, per renderli più coerenti sia con ciò che risulta accadere durante il processo terapeutico che con i progressi della ricerca sperimentale sui processi cognitivi (De Coro & Mariani, 2006).

1.2.1. Riferimenti teorici e concetti fondamentali

Wilma Bucci (2021) riteneva che la psicoanalisi avesse bisogno di una nuova teoria esplicativa che fornisse un quadro di riferimento per la ricerca empirica e che tenesse conto del legame tra le emozioni e le funzioni somatiche.

Nella concettualizzazione di Freud (1915) l'interazione tra corpo e mente era ben spiegata dal concetto di *pulsione* quale rappresentante psichico degli stimoli che dall'esterno dell'organismo raggiungono la mente. Questo, come altri concetti psicoanalitici, si basa sul *modello energetico* che considera l'attività mentale come motivata a gestire un'energia istintuale, derivata da fonti somatiche o pulsioni. I processi mentali vengono quindi distinti in primari, nel caso in cui l'energia viene scaricata immediatamente, secondari se viene a legata. Si configurano così due leggi diverse: una operante nelle

funzioni non verbali (ad es. il lavoro onirico) e associata alla componente più primitiva dell'apparato mentale (inconscio o Es); e l'altra implicata nei processi del preconcio o dell'Io, quindi nel linguaggio (Bucci, 2021).

Tale modello è stato criticato da Bucci e da altri teorici analitici (Klein, 1976; Schafer, 1976) per diverse ragioni, tra cui il non essere esplicativo delle operazioni mentali e il fatto di rappresentare l'organismo umano come un sistema chiuso. Al di là di questo, la Bucci validava l'intuizione freudiana sulla necessità di un modello teorico di base per la psicoanalisi, che ponesse al centro l'esperienza corporea e che tenesse conto delle diverse modalità di elaborazione mentale (Bucci, 2021).

La ricercatrice, sulla base delle ricerche di Paivio (1971, 1986) sulla memoria e sull'associazione di parole e immagini, e del modello PDP (*Parallel Distributing Process*), che le permise di comprendere la complessità dei processi di elaborazione delle informazioni sensoriali e affettive - oltre a quelle verbali e di immagini -, elaborò la Teoria del codice multiplo (Bucci, 2021; De Coro & Mariani, 2006).

In questa teoria descrive tre modalità di base in cui le persone rappresentano ed elaborano le informazioni: i *codici verbali simbolici*, le *immagini simboliche* e i *codici subsimbolici*.
1. L'*elaborazione simbolica* lavora con i simboli, entità discrete che si riferiscono ad altre entità e possono combinarsi per produrre una varietà di nuove forme. Si possono così differenziare:

- il *sistema simbolico verbale*: si occupa delle parole, entità che si possono riferire ad immagini o altre parole, il cui combinarsi genera le forme linguistiche che utilizziamo per comunicare;
- il *sistema simbolico non-verbale o Imagery* (attività immaginativa): lavora sulle immagini ed è presente in tutte le modalità sensoriali, si possono avere infatti immagini visive, uditive, tattili e cinestetiche.

2. L'*elaborazione subsimbolica* è sistematica e modellata dai sistemi connessionistici di elaborazione dell'informazione distribuita in parallelo (PDP)⁶. Tale elaborazione opera nelle modalità sensoriali, motorie e somatiche e avviene in "formati analogici su dimensioni continue e implicite" (Bucci, 2022, p. 58). In altre parole, l'elaborazione

⁶ In questi sistemi la memoria e l'apprendimento sono determinati dalle connessioni tra gli elementi di una rete, sui cui nodi è distribuita la conoscenza. Nel recuperare i ricordi questi non sono contenuti fissi e stabili, ma soggetti a una revisione continua data dall'esperienza (Bucci, 2021).

subsimbolica registra l'esperienza in modo non verbale, organizzandola in forme continue, come i flussi delle sensazioni, e analogiche, come immagini, suoni o emozioni che non sono ancora esprimibili a parole. I processi e le rappresentazioni subsimboliche vengono spesso percepiti come se avvenissero "fuori da se stessi", e quindi al di fuori del proprio controllo intenzionale. Tali formati risultano infatti predominanti nella produzione delle informazioni emotive e nei processi che stanno alla base dell'empatia e della comunicazione inconscia (Bucci, 2021). In particolare, attraverso l'elaborazione subsimbolica, tendiamo a formulare giudizi e previsioni che ci portano ad interpretare la realtà, prevalentemente fuori dalla nostra consapevolezza (De Coro & Mariani, 2006).

I tre sistemi infine sono collegati da legami referenziali, che permettono di simbolizzare e verbalizzare l'esperienza emotiva e capire le parole degli altri. La Bucci, infatti, definisce il *processo referenziale* come quel processo capace di trasformare l'informazione subsimbolica in immagini e parole, grazie al quale è quindi possibile condividere la propria esperienza emotiva, comprendere quella altrui e modulare successivamente gli stati di regolazione del Sé (De Coro & Mariani, 2006).

All'interno della Teoria del codice multiplo le emozioni vengono definite come *schemi di emozioni*, che si formano grazie alla registrazione nella memoria di episodi interpersonali, specifici della propria vita, caratterizzati da esperienze sensoriali, viscerali, somatiche e motorie simili. Tali esperienze costituiscono un nucleo subsimbolico o *nucleo affettivo* attorno al quale lo schema si organizza. Gli schemi emozionali sono quindi specifici per ogni individuo ma possiedono anche degli elementi che sono culturalmente e socialmente condivisi (Bucci, 2021). Sono costituiti infatti da desideri, aspettative e credenze che abbiamo sulle persone – compresi su noi stessi – che si sviluppano e modificano attraverso le interazioni ripetute con gli altri significativi (specialmente con le figure di accudimento dell'infanzia). In modo inverso possono essere attivati dai ricordi autobiografici e dal sentire/raccontare un'esperienza (De Coro & Mariani, 2006).

Anche nel contesto terapeutico possiamo esprimere gli schemi di emozione riproducendoli nel presente o narrando gli episodi a loro associati. In entrambi i casi si attiverà lo schema, insieme a un certo grado di *arousal* delle esperienze sensoriali e corporee del nucleo affettivo. In un funzionamento adattivo sarà quindi il nucleo subsimbolico che permetterà di valutare le esperienze che si stanno vivendo in base al

loro impatto sul benessere della persona. La patologia, in tali termini, sarà invece determinata dalla dissociazione e dalla distorsione all'interno dello schema di emozione, che renderà inefficace la valutazione emotiva e porterà a percepire le nuove esperienze in modo distorto (Bucci, 2021).

Secondo Bucci la dissociazione all'interno degli schemi può verificarsi in risposta sia ad eventi traumatici esterni, accaduti in un momento della vita, che a problemi persistenti nell'ambiente di cura. Infatti, a fronte di incrementi di *arousal* troppo intensi sono le capacità soggettive di autoregolazione ad entrare in gioco, sviluppate dall'individuo a partire dalla relazione di accudimento con il *caregiver* (Bucci, 2021).

Nonostante la Teoria del Codice Multiplo si basi su costrutti psicologici e non neurologici, sono state proprio le neuroscienze affettive a portare i maggiori progressi nella comprensione dei processi emotivi. La ricercatrice, infatti, per spiegare la complessità dei processi dissociativi è ricorsa alle evidenze sul ruolo delle aree cerebrali quali ippocampo e amigdala nell'elaborazione delle informazioni e nel loro mantenimento nella memoria. Grazie a tale prospettiva la Bucci sottolinea come la dissociazione degli schemi di emozione sia alla base della flessibilità e plasticità cerebrale umana. La dissociazione è invece disadattiva quando blocca l'integrazione di nuova informazione e l'alternarsi degli schemi in risposta a contesti diversi.

1.2.2. Il Processo referenziale

Secondo la teorizzazione della Bucci (2021) i soggetti che, nel corso dello sviluppo, avranno difficoltà nella regolazione degli affetti e del senso di Sé saranno portati a strutturare delle difese. Queste saranno considerate espressione della dissociazione di specifici schemi emozionali e di una non-integrazione dei tre sistemi di codifica. Sarà possibile riparare tale condizione attraverso la terapia per mezzo del ricordo e la narrazione continua degli episodi passati, che permetteranno l'attivazione degli schemi del paziente e la loro ristrutturazione attraverso il processo referenziale.

La Bucci grazie ai suoi studi delinea tre fasi fondamentali del processo referenziale che si verificano nel contesto terapeutico:

1. *Arousal*: all'interno della relazione terapeutica si attivano le tracce di uno schema di emozione dissociato, l'esperienza dei due partecipanti sarà quindi per la maggior parte in forma subsimbolica e il paziente potrà incontrare delle difficoltà nel collegarla alle parole;

2. *Simbolizzazione/narrazione*: nella mente di entrambi possono emergere delle immagini associate al nucleo affettivo che, nel caso migliore, saranno poi descritte in un linguaggio vivido e dettagliato;
3. *Riflessione/riorganizzazione*: se l'affetto è sufficientemente contenuto, è possibile esplorare ulteriormente il significato degli eventi dello schema, permettendo la scoperta di nuove connessioni e la creazione di altri schemi.

Le tre fasi possono alternarsi più volte in una singola seduta o dilatarsi anche in più sedute. Ogni successiva narrazione permette di ripercorrere i circuiti neuronali che saranno di conseguenza modificati dalle nuove esperienze e dalle elaborazioni con il terapeuta, promuovendo così una capacità di integrazione sempre maggiore (De Coro & Mariani, 2006). Infine, secondo la Bucci il processo referenziale, anche se variabile in base al trattamento e al paziente considerato, può essere identificato in tutti i tipi di psicoterapia (Bucci, 2021).

1.2.3. L'attività referenziale e il suo ruolo nel processo terapeutico

Wilma Bucci e i suoi collaboratori hanno sviluppato uno strumento capace di osservare l'andamento del processo referenziale, a partire dalla comunicazione tra paziente e terapeuta. Per farlo hanno preso in considerazione il costrutto dell'*attività referenziale*: "attività della mente che costruisce i nessi fra l'esperienza sensoriale, le emozioni e il pensiero quale può essere espresso attraverso le parole" (De Coro & Mariani, 2006, p. 440).

Dalle ricerche della Bucci è emerso che vi sono differenze significative nello stile narrativo individuale che può essere collocato lungo una scala di valore della variabile AR (Attività referenziale). Il livello di AR però non dipende solo da una variabilità di tratto, data dalle differenze interindividuali, ma anche da quella di stato, dal momento che i suoi livelli possono modificarsi nel corso di una singola seduta per eventi interni ed esterni al paziente. Tale variabile è misurata attraverso un'analisi formale dei trascritti verbatim delle sedute terapeutiche, nelle quali le qualità strutturali del linguaggio usato dal paziente - ed eventualmente dal terapeuta - permettono di fornire dei dati quantitativi, capaci di descrivere il suo crescere o decrescere. Di conseguenza questo metodo di indagine permette di studiare empiricamente il processo terapeutico e verificare il cambiamento del paziente (De Coro & Mariani, 2006).

La Bucci (2021) considera una seduta efficace quando si verifica una migliore sintonizzazione e un ottimo scambio comunicativo fra paziente e terapeuta. Questo è possibile grazie al presentarsi di un *ciclo referenziale*, in cui le fasi del processo referenziale si alternano con regolarità e i valori di AR variano con un andamento specifico, che avremo modo di approfondire successivamente.

Inizialmente la RA è stata definita operativamente come la media dei punteggi (attribuiti da giudici esperti) di quattro sottovariabili, quali caratteristiche qualitative del linguaggio verbale: *concretezza* (grado di riferimento all'esperienza sensoriale e corporea), *specificità* (quantità di dettagli), *chiarezza* (organizzazione e messa a fuoco), *immaginazione* (grado in cui il linguaggio evoca delle immagini) (Bucci, 2021; De Coro & Mariani, 2006). Successivamente, per valutare la variabile più rapidamente e con maggiore rigore, sono state sviluppate delle procedure computerizzate in grado di analizzare campioni grandi e studi longitudinali (Bucci, 2021).

1.2.4. Dalla ricerca alla pratica clinica

La teoria del codice multiplo porta così importanti risvolti nella pratica clinica. Uno fra questi è l'attenzione posta sulla comunicazione corporea e subsimbolica: i gesti, i movimenti del corpo, i ritmi del discorso e i toni utilizzati risultano essere carichi di informazioni emotive. È proprio il parlare di aspetti più "corporei", come i sintomi fisici, che può portare il paziente a fare i primi passi nel percorso del processo referenziale. I sintomi, infatti, possono operare come simboli permettendo l'accesso alla simbolizzazione dell'esperienza emotiva che è stata dissociata. La somatizzazione assume così un ruolo di facilitatore nella comunicazione dell'esperienza emotiva, in particolare quando le altre modalità di espressione (ricordi, fantasie, sogni) possono essere inaccessibili. Numerose ricerche (Bucci, 1984, 1993; Bucci & Miller, 1993) sono state svolte a validare tali riflessioni.

Come mai, però, tale linguaggio corporeo, visibile agli occhi del terapeuta, non viene poi registrato nella misurazione della RA? Nel valutare l'attività referenziale ci si occupa solamente del linguaggio verbale del paziente, delle singole parole che caratterizzano il suo stile linguistico e non del loro contenuto. Questo perché secondo la Teoria del codice multiplo la funzione di tramite tra forme subsimboliche e simboliche viene svolta anche dall'uso di alcune parole, non solo dagli aspetti corporei o dal parlare di questi. Un esempio sono le parole funzione del dizionario WRAD (che approfondiremo in seguito),

come congiunzioni (ad es. “e”) o preposizioni spaziali (ad es. “in” e “sopra”), che fungono da connettori del discorso (Bucci, 2021). Inoltre, la scelta di valutare esclusivamente le parole rappresenta un vantaggio poiché queste - a differenza degli aspetti corporei - possono essere facilmente registrate e trascritte (Mariani, Negri & Di Trani, 2022).

Attraverso la teoria del codice multiplo viene così proposta una prospettiva del linguaggio come incarnato nella persona, e del cambiamento come “leggibile” nelle modalità in cui una persona parla e racconta di sé (Mariani, Negri & Di Trani, 2022).

1.3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) è una forma di terapia cognitivo-comportamentale sviluppata negli Stati Uniti a metà degli anni Ottanta del secolo scorso, da Steven C. Hayes e dai colleghi Kelly Wilson e Kirk Strosahl (Harris, 2024). È considerata una delle terapie cognitive comportamentali di terza ondata che spostano il proprio focus di intervento dalla modifica del contenuto del pensiero, al rapporto tra l'individuo e i suoi pensieri. Si concentra infatti sulla consapevolezza, sui valori e gli obiettivi personali e sull'accettazione dei propri pensieri ed esperienze (Hayes & Hofmann, 2017).

L'ACT si è sviluppata all'interno della cornice teorica del Contestualismo Funzionale e della *Relational Frame Theory* (RFT). Il primo è una particolare forma di contestualismo che ha come obiettivo la previsione e l'influenza degli eventi, con ampiezza, precisione e profondità. Gli eventi psicologici vengono visti come azioni continue individuali che interagiscono con e nei contesti, definiti storicamente e situazionalmente. La *Relational Frame Theory* (RFT) è una teoria analitica del linguaggio e della cognizione che considera questi come l'espressione della capacità degli individui di relazionare gli stimoli in base a proprietà simboliche (ad es. A è più di B, C è meno di B)⁷. Tale teoria si è sviluppata in concomitanza dell'ACT e ne spiega diversi concetti e processi di base (Hayes et al., 2006).

1.3.1 Aspetti fondamentali dell'ACT

L'*Acceptance and Commitment Therapy* parte dall'ipotesi che sia possibile un cambiamento drastico e rapido nel paziente, attraverso il lavoro sul contesto e sullo scopo della sua azione. Questo significa che il problema non è quello che il paziente prova, pensa, ricorda e sperimenta (contenuto⁸) ma il fatto di prendere queste esperienze alla lettera e tentare di combatterle (Hayes, 2004). Il terapeuta, in tal senso, non può salvare i pazienti dalle sfide della vita; anzi è proprio quando questi sono intrappolati, impauriti, arrabbiati o frustrati che si apre la possibilità di lavorare su questi eventi presenti nel qui e ora. Il professionista è quindi interessato a ciò che il paziente vuole veramente, in modo

⁷ Di conseguenza la RFT spiega la generatività del linguaggio e della cognizione a partire dalla capacità di derivare nuove relazioni (ad es. A è maggiore di C) (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

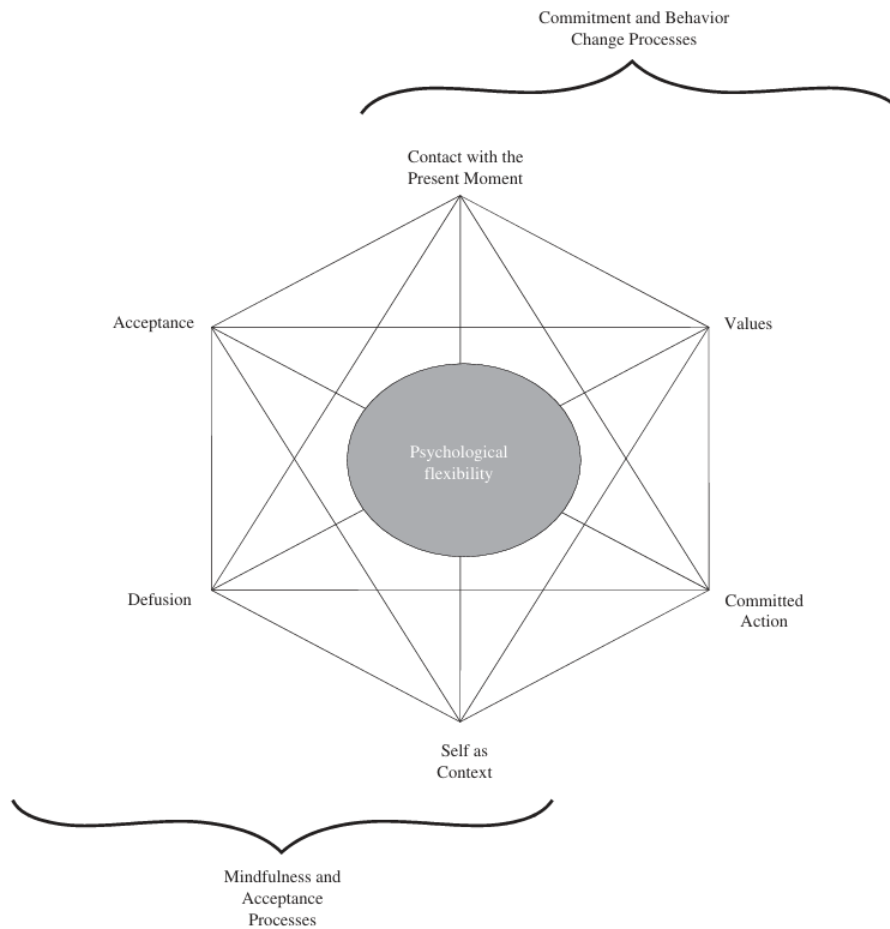
⁸ Contenuto dato dalla storia personale e condizionato dalle difficoltà della vita (Hayes, 2004).

da convalidare la sua esperienza e ridargli la forza per affrontare la vita, senza doverle fare la guerra (Hayes, 2004).

All'interno dell'ACT il processo che permette il cambiamento è la *flessibilità psicologica* (*Psychological Flexibility*, PF; McLoughlin & Roche, 2023). Per flessibilità psicologica si intende la capacità di entrare in contatto con il momento presente, rispondere alle esperienze interne ed esterne, cambiando o persistendo nel comportamento, in un modo funzionale e in linea con i propri valori (Hayes et al., 2006). Tale condizione è raggiungibile attraverso sei processi di cambiamento tra loro correlati (*Figura 1*) (Hayes et al., 2006):

1. Accettazione (*Acceptance*): abbracciare in modo attivo e consapevole gli eventi della propria vita, senza tentare di cambiarne la frequenza o la forma (ad es. viene insegnato ai pazienti ansiosi a percepire l'ansia come un sentimento, senza difendersi da essa);
2. Defusione cognitiva (*Defusion*): modificare il modo in cui si interagisce e ci si relaziona con i pensieri, creando dei contesti capaci di diminuire le loro funzioni spiacevoli (ad es. un pensiero negativo può essere trattato come un evento visto dall'esterno dandogli forma, dimensione o colore);
3. Contatto con il momento presente (*Contact with the Present Moment*): promuovere un contatto continuo e non giudicante con gli eventi psicologici e ambientali, nel loro accadere;
4. Sé come contesto (*Self as Context*): essere consapevoli del flusso delle proprie esperienze senza attaccarsi ad esse, concepire il sé come una prospettiva, un contesto per la propria conoscenza verbale, non il suo contenuto;
5. Valori (*Values*): considerare i valori come qualità che ogni individuo sceglie di dare ad un'azione intenzionale, non come oggetti da ottenere, ma come direzioni della vita che si possono prendere, senza mai riuscire a raggiungerle;
6. Azione impegnata (*Committed Action*): favorire lo sviluppo di azioni basate sui valori personali, ponendosi degli obiettivi concreti che, a differenza dei valori, si possono raggiungere.

Figura 1: Modello dei processi psicologici dell'ACT (Hayes et al., 2006).



Come si nota dalla *Figura 1* vengono a delinearsi due raggruppamenti di processi: quelli di mindfulness e accettazione, e quelli di impegno e cambiamento comportamentale. Questi due processi identificano le strategie impiegate all'interno dell'ACT che, da una parte prevedono l'uso di metafore, paradossi, esercizi esperienziali e mindfulness; e dall'altra compiti comportamentali concreti, che possono essere pianificati (Hayes, 2004). L'ACT, come la maggior parte delle terapie cognitive comportamentali di terza ondata, utilizza pertanto degli interventi basati sulla mindfulness. Tale tecnica si basa sull'entrare in contatto con gli eventi (ad es. i pensieri) accaduti nel qui e ora, senza valutarli o giudicarli. Un esempio di esercizio, utilizzato nell'ACT, può essere quello in cui si immagina di guardare i propri pensieri mentre questi fluttuano come foglie su un ruscello (Hayes, 2004).

1.3.2 Ruolo dell'ACT nella ricerca in psicoterapia e alcuni risvolti applicativi

L'ACT viene considerata una *Process-Based Therapy* (PBT) il cui metodo di intervento non è definito da un protocollo, ma da un modello pratico, costituito da un insieme di processi *evidence-based* che si adattano alle esigenze individuali (Hayes, 2019). Si sostiene infatti che questo trattamento segua un approccio ideografico e transdiagnostico. Ideografico perché indaga le caratteristiche uniche dei pazienti e, caso per caso, modula l'intervento per aiutare il paziente a raggiungere i propri obiettivi di salute e prosperità. Transdiagnostico, invece, per la sua capacità di identificare quei processi di cambiamento condivisi che, se attivati, possono promuovere lo sviluppo psicologico. L'ACT in questo senso non si ferma al trattamento del solo disagio psichico o di una sindrome specifica, ma risulta essere uno strumento che può essere applicato, e quindi studiato, su problematiche e contesti differenti. Però, nonostante l'obiettivo primario non sia quello di alleviare i sintomi, gli stessi possono migliorare indirettamente grazie ai meccanismi attivati (Hayes, 2019).

La letteratura sull'ACT risulta essere in rapida espansione, dato il numero crescente di studi RCT e di metanalisi che indagano la sua efficacia in diverse aree di trattamento (Hayes, 2019). Alcuni studi hanno evidenziato la sua utilità nell'affrontare disturbi psicologici come l'ansia (Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013), la depressione (Twohig & Levin, 2017) e il dolore cronico (Knowlton, Kryvanos, Poole, Christopher & Lafavor, 2019). In modo specifico l'APA ha conferito la qualifica di "*strong research support*"⁹ all'ACT nella gestione del dolore cronico. Tale trattamento sembra in grado di favorire la gestione e l'accettazione del dolore, insieme ad una maggiore tolleranza e un migliore senso di sé relazionato ad esso (Knowlton et al., 2019). Altrettanto importante è l'evidenza della sua efficacia nella riduzione dei sintomi traumatici, dal momento che permette di occuparsi dell'evitamento esperienziale del paziente e dei suoi tentativi inefficaci di controllare gli eventi a lui interni (Rowe-Johnson, Browning & Scott, 2024). Infine, l'ACT può essere utilizzata in contesti non necessariamente terapeutici come quello delle forze armate, del pronto soccorso o delle squadre sportive professionistiche, dove permette di ridurre lo stress delle persone e migliorarne le prestazioni. Mette infatti a disposizione gli strumenti e le strategie di cui si ha bisogno per abbandonare le vecchie

⁹ I trattamenti definiti dall'APA *strong research support* soddisfano dei criteri rigorosi di validità interna e replicabilità della ricerca (Drisko & Friedman; 2019).

abitudini, motivarsi, adottare dei comportamenti sani e costruire delle relazioni più soddisfacenti con gli altri (Harris, 2024).

1.4. L'obiettivo del presente lavoro

Nella presente ricerca si andrà ad analizzare un caso singolo (*single-case study*) trattato con l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) di 12 sedute, approfondendone il processo terapeutico e i risultati di *outcome* emersi per comprendere se, e in che modo, si è verificato un cambiamento nella paziente.

A partire dalla considerazione della Bucci, secondo cui in ogni psicoterapia è possibile distinguere l'avvicinarsi delle fasi del processo referenziale, proveremo ad utilizzare la metodologia da lei proposta per lo studio delle narrazioni della paziente. Nella sezione dedicata al metodo verrà infatti approfondito il software IDAAP utilizzato per l'analisi computerizzata dei trascritti delle sedute. Questo permetterà di misurare l'andamento dell'attività referenziale e l'accadere di micro o macroprocessi nel corso del trattamento. I dati relativi all'*outcome* vengono invece forniti dallo strumento del *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) svolto ad inizio, fine trattamento e nel follow-up.

In questa ricerca sarà quindi possibile verificare l'efficacia degli interventi basati sull'ACT nel ridurre le problematiche riportate dalla paziente e, in modo specifico, nella ristrutturazione di schemi emozionali dissociati. Si andranno ad evidenziare i possibili punti di congiunzione tra la Teoria del codice multiplo e l'ACT, che saranno oggetto di successive riflessioni sulla teoria e pratica clinica.

Tale studio, pur limitato ad un caso singolo, intende offrire spunti utili per integrare l'approccio dell'ACT con una prospettiva processuale e contribuire nella comprensione dei meccanismi implicati nelle psicoterapie contemporanee.

Capitolo II

Metodo

2.1 Strumenti

In questa sezione verranno presentati gli strumenti utilizzati nella ricerca per la valutazione dell'*outcome* e del processo: il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMIII) e l'*Italian Discourse Attributes Analysis Program* (IDAAP).

2.1.1 Misura di valutazione dell'outcome: il Millon Clinical Multiaxial Inventory

Il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMIII) è un inventario self-report di personalità sviluppato da Theodore Millon (1997) composto da 175 item dicotomici vero-falso riferiti a 28 scale di misura. Tale strumento si basa sul modello psicologico proposto da Millon, fondato sui principi della sociobiologia, che considera le strutture e gli stili di personalità individuali come modalità di adattamento all'ambiente o come strategie riproduttive.

Basi teoriche

La teoria sostenuta da Millon pone le sue radici nei principi evuzionistici espressi da quattro fasi fondamentali dell'individuo: esistenza, adattamento, riproduzione e astrazione (Millon, 1983). Dalle prime tre sono state elaborate tre polarità di funzionamento della persona:

- *la polarità piacere-dolore*: riconducibile alla prima fase dell'esistenza, consente di differenziare le personalità che ricercano il piacere – disposte a correre dei rischi pur di migliorare la propria vita - da quelle che tendono ad evitare il dolore, preferendo comportamenti prevedibili e sicuri;
- *la polarità attivo-passivo*: si riferisce alle strategie di adattamento che si distinguono in attiva, nel caso in cui la persona sceglie di cambiare alcuni aspetti dell'ambiente circostante, oppure passiva, se accetta quest'ultimo così come si presenta;
- *la polarità sé-altro*: deriva dalla fase di riproduzione e si distingue tra il polo del "sé", che indica la tendenza dell'individuo a mettere in atto comportamenti egoistici, e il polo

dell'“altro”, dove al contrario si predilige comportamenti affiliativi e protettivi verso l'altro (Choca & Grossman, 2015; Oliva, Mangiapane, Nibbio, Portigliatti Pomeri & Maina, 2018; Salcuni, Zennaro & Roccaro; 2003).

Attraverso queste tre polarità, Millon spiega l'adattamento normale e patologico, considerando l'individuo non patologico come colui che ha raggiunto una condizione accettabile di equilibrio in tutte le polarità, mentre l'individuo patologico soffre di uno stato disfunzionale (squilibrio, conflitto o inversione)¹⁰ in almeno una delle polarità. Nella personalità narcisistica o antisociale, ad esempio, si osserva uno squilibrio nella polarità sé-altro (a favore del sé), mentre in quella masochistica o sadica vi è un'inversione nella polarità piacere-dolore (ricerca del dolore e fuga dal piacere; si veda *Tabella 2.1 e Tabella 2.2*).

In generale il modello riconosce un continuum tra i due estremi di funzionamento, dove il grado di psicopatologia di un quadro di personalità dipende da quanto l'individuo si adatta in modo rigido rispetto alle richieste ambientali, riproducendo in modo stereotipato gli stessi atteggiamenti e mostrando un'incapacità nella gestione di situazioni stressanti. In tale senso, Millon distingue i prototipi di stili di personalità dai disturbi di personalità considerati gravi e patologici, come mostrano le tabelle seguenti.

POLARITA' SE'-ALTRO					
SQUILIBRIO				INVERSIONE	
- Sé + altro		+ Sé - altro		Vissuto conflittuale e ambivalente	
PASSIVO	ATTIVO	PASSIVO	ATTIVO	PASSIVO	ATTIVO
DIPENDENTE	ISTRIONICO	NARCISISTA	ANTISOCIALE	COMPULSIVA	NEGATIVISTICA
<i>BORDERLINE</i>		<i>PARANOIDE</i>		<i>BORDERLINE o PARANOIDE</i>	

Tabella 2.1: interazione tra la Polarità Sé-Altro e la Polarità Attivo-Passivo, differenziazione tra i disturbi di personalità (penultima riga) e le patologie strutturali (ultima riga) (Salcuni et al., 2003).

¹⁰ Lo squilibrio consiste nell'eccessiva e rigida preferenza verso uno dei due poli mentre l'inversione prevede un continuo cambiamento di polarizzazione (Salcuni et al., 2003).

POLARITA' PIACERE-DOLORE				
SQUILIBRIO			INVERSIONE	
PASSIVO		ATTIVO	PASSIVO	ATTIVO
- piacere	+ piacere	+ dolore	Attenzione per il dolore. Fuga dal piacere	
- dolore	- dolore	- piacere		
SCHIZOIDE	DEPRESSA	EVITANTE	MASOCHISTA	SADICA
SCHIZOTIPICA			BORDERLINE o PARANOIDE	

Tabella 2.2: interazione tra la polarità Piacere-Dolore e la polarità Attivo-Passivo, differenziazione tra i disturbi di personalità (penultima riga) e le patologie strutturali (ultima riga) (Salcuni et al.; 2003)

Sviluppo del MCMI

La teorizzazione precedentemente approfondita è andata definendosi nel corso del tempo in concomitanza con lo sviluppo e il perfezionamento del MCMI. Lo strumento, infatti, dalla sua prima versione del 1977 ha subito diverse modifiche apportate dalla stessa evoluzione teorica e strutturale, ma anche nel tentativo di rimanere al passo con il Manuale diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM).

Millon riteneva fondamentale che lo strumento da lui creato fosse coerente con la classificazione proposta dal DSM e, di conseguenza, con le correzioni apportate su quest'ultimo (Choca & Grossman, 2015). Infatti, dopo la pubblicazione nel 1980 del DSM-III (APA), Millon dovette presto correggere l'inventario sviluppandone la seconda edizione il MCMI-II (Millon, 1987). Il DSM-IV (APA, 1994), in particolare l'Asse II relativa ai disturbi di personalità, fu centrale per la definizione del MCMI-III (Millon et al., 1994) e per la scelta della sua classificazione bipolare. Solo con l'ultima edizione il MCMI-IV (Millon, Grossman & Millon, 2015) si è potuto osservare un allontanamento dall'approccio puramente descrittivo del DSM, verso il rafforzamento della prospettiva dimensionale ed evolutivista dei pattern di personalità. Questa edizione, tenendo conto delle ultime riflessioni di Millon (2011), concettualizza ogni pattern di personalità come uno spettro con i seguenti livelli di gravità:

- stile di personalità: funzionamento flessibile che presenta dei tratti stabili legati assieme in un prototipo;

- tipo di personalità: funzionamento compromesso in alcuni episodi e presenza di aspetti maladattivi di personalità;
- disturbo di personalità: la patologia della personalità gioca un ruolo centrale limitando la capacità di funzionamento dell'individuo (Choca & Grossman, 2015).

MCMII-III

Nel presente lavoro ci concentreremo nel MCMII-III con riferimento alla sua versione italiana (Zennaro, Ferracuti, Lang & Sanavio, 2008) che sarà utilizzata nella valutazione dell'*outcome* del caso singolo considerato. Il MCMII-III è un inventario di personalità per la valutazione di adulti con un grado di scolarità di almeno 8 anni, che afferiscono ai servizi di salute mentale. Viene svolto abitualmente in 25 minuti e si compone di 175 item dicotomici vero-falso che si rifanno a 28 scale¹¹: 14 per i PDs (disturbi di personalità), 10 scale per le sindromi cliniche e 4 indici di validità e modifica (Oliva, Mangiapane, Nibbio, Portigliatti Pomeri, & Maina, 2018; si veda la *Tabella 2.3*).

- Le **Scale di personalità** sono coordinate con l'Asse II del DSM-IV e si differenziano in 11 scale di Stili di personalità moderatamente gravi e 3 scale di Patologie gravi di personalità, stili di personalità particolarmente rigide e maladattive (Zennaro, Ferracuti, Lang, Roccaro, Roma, Sanavio & Horn, 2013).
- Le **Scale di sindromi cliniche** valutano la sintomatologia clinica e possono essere usate per identificare la presenza di un disturbo clinico dell'Asse I del DSM-IV, prevedono 7 scale di Sindromi cliniche e 3 di Sindromi cliniche gravi.
- Gli **indici di validità e modifica** comprendono: una scala di Validità (V) che fornisce informazioni rispetto alla validità generale dello strumento (ad es. alcuni item assurdi devono avere come risposta "falso") e 3 indici di modifica relativi all'Apertura (X), alla Desiderabilità (Y) e all'Autosvalutazione (Z), che valutano le risposte di ciascun paziente e identificano coloro che non vogliono o non sono in grado di leggere, comprendere e completare l'inventario in modo appropriato (Olivia et al., 2018).

¹¹ Gli item possono far parte di più di una scala anche se ognuno è prototipico solo di una, al cui interno assume il peso di 2 (Salcuni et al., 2003).

Per quanto riguarda le 14 scale di personalità queste, inoltre, si distinguono in base alle caratteristiche diagnostiche ricavate da quattro livelli di analisi: livello comportamentale, fenomenologico, intrapsichico e biofisico. Questi, riflettono gli approcci classici dello studio della psicopatologia (cognitivo, interpersonale, psicodinamico e biologico) e permettono di distinguere 8 domini funzionali e strutturali attraverso i quali si manifesta la personalità (Choca & Grossman, 2015; Salcuni et al., 2003). I *processi funzionali* (atti espressivi, condotta interpersonale, stile cognitivo e meccanismi di difesa) fanno riferimento alle modalità in cui si esprimono i meccanismi che regolano della vita interna ed esterna dell'individuo. Gli *attributi strutturali* (immagine di sé, rappresentazioni degli oggetti, organizzazione intrapsichica, umore/temperamento) fanno riferimento ad un modello radicato di ricordi, atteggiamenti, paure e bisogni che guidano e modificano l'esperienza individuale, portando la persona ad interpretare il mondo allo stesso modo e attuando le modalità espressive consolidate (Salcuni et al., 2003).

<p>STILI DI PERSONALITÀ MODERATAMENTE GRAVI</p> <p>1 - Schizoide 2A - Evitante 2B - Depressiva 3 - Dipendente 4 - Istrionica 5 - Narcisista 6A - Antisociale 6B - Sadica 7 - Ossessivo-Compulsiva 8A - Negativistica 8B - Masochistica</p>	<p>SINDROMI CLINICHE</p> <p>A - Ansia H - Somatizzazione N - Bipolare D - Distimia B - Dipendenza da Alcol T - Dipendenza da Droghe R - Dist. Post traumatico da stress</p> <p>SINDROMI CLINICHE GRAVI</p> <p>SS - Disturbo del pensiero CC - Depressione Maggiore PP - Disturbo Delirante</p>
<p>PATOLOGIE DI PERSONALITÀ GRAVI</p> <p>S - schizotipica C - Borderline P - Paranoide</p>	<p>INDICI DI MODIFICA</p> <p>X - Indice di Rivelazione. Y - Indice di Desiderabilità Z - Indice di Autosvalutazione V - Indice di Validità</p>

Tabella 2.3: le scale del MCMI-III (Salcuni et al., 2003)

La somministrazione del MCMI-III prevede l'introduzione dello scopo del test al paziente, la consegna del libretto degli item e del foglio delle risposte. Una volta completato l'inventario il clinico, o chi svolge l'assessment, dovrà seguire la seguente procedura di scoring:

1. assegnazione del punteggio pesato: per ciascun item, la frequenza del punteggio grezzo viene moltiplicata per una costante, il cui valore aumenta in base al peso relativo all'importanza o alla gravità di quell'item all'interno della scala a cui appartiene;
2. trasformazione dei punteggi pesati in punteggi *Base Rate* (BR) grezzi;
3. applicazione degli indici di modifica nei punteggi di alcune scale, per ottenere i punteggi BR finali.

A questo punto si procede con l'interpretazione dei risultati ottenuti. Si prendono in considerazione prima gli indici di validità che permettono di ricavare alcune informazioni sullo stile di risposta del soggetto, sul suo approccio verso il test e sulla sua tendenza ad esagerare o negare i sintomi. In particolare, il punteggio grezzo della scala X viene considerato per primo per verificare la validità del test: punteggi tra 60 e 114 risultano essere valori normali; valori molto bassi ($X < 34$) possono indicare difensività o sottovalutazione dei problemi; valori molto alti ($X > 178$) possono essere espressione di esagerazione. In base a tale punteggio si valuterà se poter procedere o no con la correzione delle scale di Personalità e di quella Sindromiche.

Segue poi l'interpretazione dei punteggi delle scale degli Stili di personalità moderatamente gravi e quelle delle Sindromi cliniche, i cui valori di cut-off sono:

- $75 \leq BR \leq 84$ indica la presenza di un tratto di personalità o di una sindrome clinica;
- $BR \geq 85$ indica una patologia sufficientemente pervasiva, quindi, la presenza di un disturbo di personalità o di una sindrome clinicamente importante.

Per quanto riguarda le scale delle Patologie di personalità gravi e delle Sindromi cliniche gravi, invece, è possibile considerare come criterio diagnostico punteggi $BR \geq 75$.

In conclusione, si integrano le diverse valutazioni in modo tale da ottenere un quadro coerente del soggetto considerato, rappresentativo sia della gravità della psicopatologia che del funzionamento di personalità complessivo (Salcuni et al., 2003).

Come abbiamo potuto osservare il MCMI-III è uno strumento che presenta diversi punti di forza: permette un assesment dei disturbi di personalità che integra approccio categoriale e dimensionale (Olivia et al., 2018; Strack & Millon, 2007); presenta un forte ancoraggio alla sua teoria evolutiva mantenendo, nonostante le numerose modifiche, una struttura fondamentale invariata (Salcuni et al., 2003); infine, può essere svolto in tempi brevi ed è relativamente semplice da leggere e comprendere per i pazienti (Choca & Grossman, 2015).

Le proprietà psicometriche della versione originale del MCMI-III (Millon, Davis & Millon, 1997) sono state confermate. Le scale hanno dimostrato una buona validità predittiva, con indici compresi tra .30 e .81, e un'ottima sensibilità diagnostica (valori da .54 a .92; Millon et al., 1997). Inoltre, ricerche successive hanno evidenziato un'elevata affidabilità test-retest in quasi tutte le scale di personalità (valori superiori a .80; Wise, Streiner & Walfish, 2010) e una buona consistenza interna con coefficienti alpha di Cronbach compresi tra .66 e .90 (Millon et al., 1997).

Per quanto riguarda la versione italiana (Zennaro et al., 2008) la conversione dei punteggi grezzi in BR non è risultata utile e non ne ha aumentato la validità. Mentre la validità convergente con le scale del MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kraemmer, 1989) è risultata buona e in linea con gli studi precedenti svolti sulla versione originale (Millon et al., 1997). Sebbene la validità predittiva della versione italiana sia risultata bassa, lo strumento ha mostrato una buona capacità discriminante tra soggetti clinici e non clinici in diverse scale (Zennaro et al., 2008). Altre limitazioni sono emerse da uno studio (Zennaro et al., 2013) svolto su 789 pazienti psichiatrici italiani, dove si evidenzia una scarsa capacità dell'inventario nell'assegnazione delle corrette categorie diagnostiche (del DSM-IV). Tale studio suggerisce, quindi, un uso prudente e contestualizzato della versione italiana del MCMI-III in ambito clinico italiano, ad esempio, attraverso l'utilizzo di uno standard parametrico (come la distribuzione dei T-score) più comune tra gli inventari di personalità (Zennaro et al., 2013).

2.1.2 Misura di valutazione del process: l'Italian Discourse Attributes Analysis Program

L'*Italian Discourse Attributes Analysis Program* (IDAAP) è una procedura computerizzata per l'analisi dei testi in lingua italiana. Il programma divide il testo in turni di parola, a seconda dei soggetti interagenti, e confronta le parole utilizzate con appositi dizionari, costruiti per indagare specifiche dimensioni del testo. L'IDAAP rappresenta l'adattamento italiano del *Discourse Attribute Analysis Program* (DAAP) utilizzato da Bucci e colleghi (Bucci et al., 2004) per lo studio del processo referenziale e la misura della RA nei trascritti delle sedute terapeutiche in lingua inglese. Per fare questo, sono stati sviluppati dei dizionari linguistici prima per la lingua inglese, e successivamente anche per la lingua italiana, utili a rilevare le diverse caratteristiche dello stile linguistico dei parlanti.

Una volta confrontate le parole del testo con i dizionari presi in esame, l'IDAAP estrae per ognuno di questi le misure linguistiche computerizzate descritte di seguito. Tali indici possono essere poi rappresentati graficamente, per evidenziare i punti del testo più significativi e per ricavare informazioni utili sul grado di coinvolgimento del parlante nelle funzioni del processo referenziale (Maskit, 2021).

Italian Weighted Referential Activity Dictionary (IWRAD)

L'IWRAD (Mariani et al., 2013) è una misura computerizzata dell'Attività Referenziale (RA) per la lingua italiana e consiste in una lista di 9596 parole frequentemente usate (copre circa il 95% del materiale di testo usato per testarlo), a cui ad ognuna è assegnato un valore tra 0 e 1 con 0.5 come valore neutro (Negri et al., 2020). Punteggi elevati di IWRAD sono associati ad alta concretezza, specificità, chiarezza e immaginazione dello stile linguistico del parlante (Mariani et al., 2020).

- La **MIWRAD2** consiste nella misura dell'attività referenziale media delle parole utilizzate e fornisce un'indicazione generale della capacità di simbolizzazione del soggetto. Questa misura assume valori che variano tra 0 e 1, con cut off di 0.5.
- La **MH-IWRAD2** (*Mean High-Italian Weighted Referential Activity Dictionary*) (Mariani et al., 2013), calcolata sui risultati del IWRAD, consiste nell'indice di intensità dell'attività referenziale che emerge dal discorso del parlante considerato. Si ottiene calcolando la quantità media dei punteggi IWRAD che

stanno sopra il valore neutro e funge da misura delle oscillazioni verso l'alto dei punteggi RA (Renzi et al., 2020). Indica il grado in cui il linguaggio è connesso con l'esperienza emozionale (Mariani & Hoffman, 2021).

Italian Reflection Dictionary (IRef)

L'IRef (Mariani, 2009) è composto da 908 parole (coprono 3-4% del linguaggio parlato) riguardanti il modo in cui si pensano e comunicano i pensieri. Vi rientrano parole che si riferiscono a funzioni cognitive o logiche (“supporre” e “pensare”), o fallimenti delle stesse (“confondere”), entità (“motivo” e “causa”), funzioni verbali comunicative complesse (“commentare”, “persuadere”) e caratteristiche del funzionamento mentale (“creative”, “logico”) (Mariani & Hoffman, 2021). Funge da indice della regolazione dell'esperienza emotiva e dell'allontanamento/evitamento da essa, in relazione ai processi di intellettualizzazione (Bucci, 2021).

- La media **MIRef** consiste nella misura complessiva dell'uso, da parte del parlante, di parole che connotano una riflessione (Mariani & Hoffman, 2021)

Italian Weighted Reflection and Reorganization List (IWRRL)

L'IWRRL (Negri et al., 2018) è la più recente misura della funzione riflessiva e consiste nella lista di 1.633 parole ponderate (coprono l'89% della lingua italiana parlata) con valori che vanno da 0 a 1, con 0.54 come cut off. Tali parole sono maggiormente presenti nella fase di Riorganizzazione e Riflessione, dove non vi è una riflessione astratta ma un tipo di ragionamento relativo ad un'esperienza che è stata vissuta vividamente. Permette quindi di valutare il grado in cui un soggetto “sta cercando di riconoscere e comprendere il significato emotivo di un'esperienza o immagine che ha pensato o descritto in forma parlata o scritta” (Bucci, 2022, p. 122).

- Punteggi elevanti di **MIWRRL** (valore medio di IWRRL) rappresentano un'elevata riflessione/riorganizzazione.
- La **MH-IWRRL** (*Mean High-Italian Weighted Reflection and Reorganization List*) (Negri et al., 2018) è una misura dell'alta intensità della funzione di Riflessione e Riorganizzazione emersa dal discorso. Si ottiene calcolando la quantità media dei punteggi IWRRL superiori al valore neutro.

Italian DisFluency dictionary (IDFD)

L'IDFD (Bonfanti et al., 2008) consiste in un dizionario che contiene un piccolo insieme di parole (allora, boh, cioè, comunque, diciamo, insomma, magari, niente, quindi, uhm, vabbè), suoni (mm, ehmm), così come parole allungate, ripetute o interrotte, che vengono usate dalle persone quando hanno difficoltà a comunicare (Mariani et al., 2013). Tale condizione è ben rappresentativa della fase dell'*arousal* dove il paziente può esplicitare lo sforzo che compie nel descrivere l'emozione che sta provando, oppure tenta di etichettare il sentimento attivato senza però legarlo con ciò che lo riguarda o con gli elementi che lo hanno evocato (Bucci, 2021).

- La **MIDF** è la misura del punteggio di disfluenza media. Un punteggio alto in questa misura corrisponde alla proporzione di parole IDFD presenti nel discorso e caratterizza la fase di *arousal* in cui si attivano gli schemi emotivi (Mariani et al., 2013).

Italian Sum Affect Dictionary (ISAffD)

Il dizionario ISAffD contiene parole riguardanti il modo in cui le persone sentono e comunicano in modo diretto i sentimenti. Sono comprese etichette emotive, funzioni associate con l'*arousal* affettivo e parole che indicano una risposta di carattere emotivo (Mariani et al., 2020). Questo dizionario è costituito a sua volta da tre sotto-dizionari, non pesati, riferiti agli affetti positivi (IPAffD), negativi (INAffD) e agli affetti privi di una specifica valenza (IZAffD).

- Quindi, oltre alla misura media della somma degli affetti **MIAffS**, vi sono le misure medie computerizzate dei rispettivi sotto-dizionari: **MIAffP** (per gli affetti positivi), **MIAffN** (per gli affetti negativi) e **MIAffZ** (per gli affetti neutri).

Italian Sensory-Somatic Dictionary (ISensD)

L'ISensD è una lista di parole italiane relative al corpo e alle attività corporee, ai processi sensoriali e alla descrizione dei sintomi da parte del parlante (Di Trani et al., 2018).

- **MISenS** consiste nella misura media del numero di parole ISensD in un campione di discorso, funge quindi da misura dell'*arousal* degli aspetti corporei e subsimbolici degli schemi emotivi (Mariani et al., 2020).

Dictionary (Code)	Descriptions and English examples	Italian examples
Negative affect (AFFN)	Words concerned with sadness, fear, anger, pain, other negative affects (cry, drab, gloomy, hate)	Abbandonato (abandoned), depresso (depressed), impaurito (frightened), invidioso (envious), malinconia (gloom), odio (hate), sofferenza (suffering).
Positive affect (AFFP)	Words expressing or denoting positive affect (happy, attract, snug, wonderful)	Abbracci (hugs), affidabile (reliable), baciare (to kiss), felice (happy), innamorato (in love), speranza (hope).
Neutral affect (AFFZ)	Words related to the arousal of affect, but not associated with any specific valence (feel, concern, empathy)	Attesa (expectation), bisogno (need), coinvolto (involved), eccitato (excited) intensità (intensity), motivazione (motivation), reagire (react), sensazione (feeling).
Reflection (REF)	Words connected with, representing or suggesting cognitive processes or logical thought (if, prove, or, belief, think, infer)	Attenzione (attention), capire (to understand), decisione (decision), dubbio (doubt), meditare (to meditate), ragione (reason), razionalità (rationality), ricordo (memory).
Disfluency (DF)	Lexical items people use when struggling to communicate (kind, know, like, mean, well, uhm)	Quindi (so), cioè (that is), comunque (however), allora (then), insomma (well), niente (nothing), magari (maybe), vabbè (don't care), boh (don't know), and 'ehmm' and 'mm' representing filled pauses with slightly different significance.

Tabella 2.4: esempi di parole contenute nei dizionari in lingua inglese e italiana (Mariani et al., 2013).

Inoltre, il software IDAAP consente di analizzare coppie di misure al fine di osservare la loro covariazione. Ciò permette di verificare se le due variabili mostrano un andamento concorde o discorde nel tempo. La covariazione è positiva quando entrambe le misure aumentano o diminuiscono simultaneamente, al contrario, è negativa quando al crescere di una variabile l'altra decresce o viceversa.

IRef-IWRAD2, ad esempio, è la misura di covariazione tra il coinvolgimento del parlante nella narrazione e la sua riflessione su di essa. Una covariazione negativa è indicativa di un'elaborazione efficace della narrazione emotivamente ricordata. Quest'ultima è infatti associata al successo terapeutico (Mariani & Hoffman, 2021) ed è l'indicatore più diretto dell'operazione del processo referenziale (Mariani et al, 2013).

IWRAD2-IWRRL (Negri et al. 2018) è la covariazione tra la misura dell'attività referenziale e la funzione di Riflessione/Riorganizzazione. Punteggi elevati in questa misura mostrano che la funzione di simbolizzazione e quella di riorganizzazione seguano un andamento simile. Punteggi bassi rappresentano la condizione opposta, dove il paziente si impegna separatamente nei due processi, immergendosi prima nella storia raccontandola in modo vivido (alto IWRAD) per poi, in un secondo momento, riflettere sul significato della storia (alto IWRRL) (Maskit, 2021; Renzi et al., 2021).

2.2 Il Materiale

Nel presente lavoro ci occuperemo di analizzare 12 sedute di un caso singolo trattato con l'Acceptance and Commitment Therapy. Le sedute, una volta acquisito il consenso informato della paziente e del terapeuta, sono state audio-registrate da quest'ultimo ricavando così 12 file audio di circa 60 minuti ciascuno. Di seguito descriveremo il caso in questione della paziente che sarà nominata A., nel rispetto della privacy e della riservatezza.

Descrizione del caso

La paziente A. è una studentessa universitaria di 22 anni che si presenta autonomamente alla consultazione psicologica su suggerimento di un amico, già in carico allo stesso terapeuta.

A. riferisce una marcata sintomatologia ansiosa prevalentemente legata all'ambito accademico, dove descrive un elevato livello di perfezionismo nello studio e aspettative eccessive verso se stessa (e talvolta verso gli altri), accompagnate da una profonda paura di non essere adeguata. Questo vissuto la porta a rimuginare sulle situazioni di valutazione, come gli esami, portandola al loro evitamento pur di non correre il rischio di vivere l'esperienza del fallimento. Tale modalità disfunzionale si estende anche ad altri contesti, sociali o no, dove, di fronte a situazioni nuove, tende a sviluppare una forte preoccupazione e la tendenza al rimuginio anticipatorio rispetto a quello che potrebbe accadere.

La paziente collega l'insorgenza del suo malessere a un periodo difficile protrattosi per circa tre anni, iniziato con l'emergere di forti dolori intestinali di origine inizialmente ignota. A fronte di tale problematica, furono necessari numerosi accertamenti medici e una modificazione dell'alimentazione, che portarono la paziente a vivere momenti di agitazione, la perdita di diversi chili e lo sviluppo di un rapporto problematico con il cibo, attualmente riferito come migliorato. Un momento significativo si colloca circa un anno e mezzo prima dell'inizio della terapia, quando A. prese la decisione di lasciare il precedente percorso universitario per iscriversi a Biologia, con l'obiettivo di diventare nutrizionista. Tale scelta ha però generato un conflitto con il padre, che opponendosi, portò a far vivere alla paziente sentimenti di sofferenza legati al pensiero di non essere stata capita. In questo momento di instabilità A. trovò "riparo" nella relazione

disfunzionale con un uomo più grande, che la portò a sentirsi sovraccaricata da responsabilità non sue, fino ad annullarsi per mantenere il legame.

A. descrive un buon rapporto con i genitori e la sorella, ritenendo la famiglia la cosa più importante alla quale non potrebbe mai rinunciare. La sorella, più grande di 8 anni, viene presentata come una persona con un carattere “irruente” con la quale, nonostante il legame affettivo profondo, tende ad entrare spesso in contrasto per i diversi, e poco conciliabili, punti di vista. I genitori rappresentano per A. una base sicura e disponibile, pur scegliendo a volte di adottare un atteggiamento normativo che li porta a definire ciò che è giusto o sbagliato per lei. Tale situazione si è presentata nel momento della scelta universitaria dove, lo scontro con il padre, ha portato A. a sentirsi ferita ed evitare l’argomento per diverso tempo.

La paziente attribuisce un valore significativo a poche amicizie, con le quali tuttavia sente di aver una relazione di fiducia e supporto reciproco, che le permette di condividere ciò che prova nei momenti di difficoltà. Perché questo avvenga, però, ha bisogno di percepire una connessione autentica con l’altro, che la fa sentire compresa. In assenza di tale connessione A. tende a prendere presto le distanze, come accaduto in una precedente esperienza terapeutica.

Rispetto alla sfera relazionale intima, riferisce di incontrare alcune difficoltà nella gestione della relazione con un ragazzo conosciuto da poco e con il quale fatica nel comunicare, a far rispettare i propri bisogni e a fidarsi completamente, per la paura di poter vivere esperienze dolorose simili a quelle vissute nel passato. A. associa molto di quello che sta vivendo alla relazione disfunzionale vissuta un anno prima che, infatti, ha lasciato alcuni vissuti non del tutto elaborati, insieme ad insicurezze e preoccupazioni.

La paziente presenta un ottimo funzionamento cognitivo con capacità riflessive adeguate, anche se incontra diverse difficoltà nella discriminazione delle proprie esperienze interne, confondendo sensazioni corporee, sentimenti e pensieri. Ad esempio, l’ansia da lei nominata sembra configurarsi maggiormente come un’esperienza più complessa in cui si distinguono prevalentemente sentimenti di tristezza e pensieri negativi di giudizio verso se stessa. Risulta consapevole di ciò che percepisce a livello di attivazione corporea (ad es. tachicardia, dolore allo stomaco) per poi, in alcuni casi, incontrare difficoltà nella descrizione e discriminazione emotiva, fino a bloccarsi nel tentativo di risalire al

significato e ai pensieri associati alle emozioni vissute, senza, quindi, comprenderne la motivazione.

Tra gli obiettivi dichiarati dalla paziente vi è quello di riuscire a vivere con maggiore leggerezza e affrontare le nuove esperienze con più coraggio e fiducia in sé stessa; riferisce così di voler ridurre l'eccessiva autocritica e la ricerca costante della perfezione.

Intervento terapeutico

Lo psicoterapeuta, formatosi sui modelli di psicoterapia funzionale corporea e psicoterapia cognitivo comportamentale di terza generazione, ha utilizzato in questa psicoterapia l'ACT e le tecniche di mindfulness per aiutare la paziente ad acquisire maggiore consapevolezza dei propri vissuti, ed affrontare le difficoltà da lei riportate. In accordo con i principi teorici dell'ACT, il terapeuta si è occupato di sviluppare la flessibilità psicologica della paziente attraverso i processi di cambiamento. Da un lato il clinico ha utilizzato metafore ed esercizi esperienziali per far acquisire alla paziente un atteggiamento differente verso i propri vissuti, sperimentando la defusione cognitiva. Dall'altro lato, il clinico si è occupato di esplorare i valori soggettivi di A. per favorire l'azione impegnata assegnandole compiti coerenti con tali valori. In generale, il terapeuta ha condotto la paziente ad entrare in contatto con il momento presente, in particolare con la sua sfera emotiva, e a concepire il sé come una prospettiva (Hayes et al., 2006).

2.3 Procedura

Il materiale clinico sul quale è stata sviluppata la procedura è stato fornito dal clinico, con il consenso informato della paziente

1. Trascrizione delle sedute

La prima fase della procedura di ricerca ha visto la trascrizione dei 12 file audio delle sedute, secondo le regole di trascrizione per l'IDAAP. Le regole di trascrizione previste per l'analisi dei testi con l'IDAAP seguono dei criteri precisi che permettono di distinguere in modo chiaro i parlanti, i turni verbali e le parole utilizzate, che devono essere scritte in accordo con la lingua italiana e con i dizionari previsti dal programma. La trascrizione veniva prima svolta nel programma *Word*, il cui file veniva poi salvato nel formato “.txt” necessario per le successive analisi.

2. Analisi dei trascritti con l'IDAAP

Nella seconda fase il prof. Attà Negri, dell'Università di Bergamo, ha utilizzato il sistema IDAAP per l'analisi dei trascritti da cui ha ricavato i dati relativi alle misure computerizzate dei dizionari IWRAD, IREF, IWRRL, IDFD, ISAffD e ISensD. Il programma ha quindi calcolato per ogni seduta il punteggio medio di ciascuna scala e le altre misure linguistiche, utili alla valutazione del processo referenziale.

3. Selezione e discussione dei risultati

A partire dai risultati ottenuti dalla somministrazione del MCMI-III e dall'analisi con l'IDAAP sono stati presi in considerazione i risultati di *outcome* e *process* più rilevanti per lo studio del caso della paziente A. Sono stati sviluppati i grafici e le tabelle dove poter osservare in modo chiaro e comprensibile il variare nel tempo delle misure considerate.

2.4 Ipotesi di lavoro

Per il presente lavoro di ricerca *single case* sono state formulate le seguenti ipotesi di lavoro.

Prima ipotesi. A seguito della terapia ACT è atteso un miglioramento della paziente che dovrebbe essere possibile rilevare in due modi.

- Per mezzo dell'MCMI-III, come suggerito da Zennaro e colleghi (2013), test che permette lo screening del funzionamento complessivo della paziente. Di conseguenza, per verificare l'efficacia dell'intervento terapeutico, dovremmo osservare un miglioramento del profilo della paziente alla fine della terapia, con particolare attenzione verso la riduzione delle difficoltà da lei riportate ad inizio percorso. È attesa una riduzione delle scale di personalità e sindromiche più rilevanti del MCMI-III tra inizio e post terapia, e mantenimento di tali modifiche nel follow-up.
- Per mezzo dell'IDAAP, specificatamente osservando un aumento della misura linguistica di IWRAD nel corso delle sedute.

Seconda ipotesi. Se vi è un miglioramento nell'outcome della psicoterapia ci si aspetta sia presente, parallelamente, anche lo svilupparsi di uno specifico processo terapeutico, come misurato dall'IDAAP. Nello specifico si ipotizza sia presente, nel corso delle sedute un aumento della scala IWRRL, che come abbiamo visto indica l'attivarsi della funzione di Riflessione e Riorganizzazione (Negri et al., 2018), e della covariazione negativa IRef-IWRAD, considerata un indicatore del processo referenziale (Mariani et al, 2013).

Tali risultati sono attesi in quanto la terapia ACT, promuovendo un contatto consapevole con il momento presente e con le esperienze emotive, porta il paziente a riflettervi da una nuova prospettiva senza giudizio che favorisce la riorganizzazione degli schemi emotivi associati e l'emersione di un significato soggettivo. Di conseguenza, ci si aspetta che, con il procedere del percorso terapeutico, le narrative della paziente diventino progressivamente più ricche di elementi associati alla rielaborazione dell'esperienza e ad un'espressione emotivamente ricca e significativa, frutto del processo referenziale.

2.5 I risultati

In questo capitolo presenteremo i dati ricavati dalla somministrazione del MCMII-III e dall'analisi dei trascritti delle sedute con il programma IDAAP.

2.5.1 MCMII-III

L'MCMII-III è stato somministrato alla paziente A. in tre momenti differenti: alla fine della seconda seduta terapeutica (T1), quale valutazione di inizio trattamento, alla fine del percorso (T2) e a tre mesi di follow-up (T3).

Come previsto dalla procedura di interpretazione, presenteremo i risultati ottenuti partendo da quelli delle scale di validità e modifica, per poi procedere con i restanti.

Parallelamente verranno confrontati i dati delle tre somministrazioni.

Indici di validità e modifica

Per quanto riguarda la scala X di Apertura, i punteggi grezzi nei tre momenti sono i seguenti: T1= 57.33; T2= 70.33; T3= 62.33, rientranti nei valori normali. Questo consente di procedere con l'analisi delle scale successive e l'eventuale correzione delle altre misure.

I punteggi dei restanti indici di validità e modifica vengono convertiti in punteggi BR e, come mostra la *Tabella 2.5*, assumono valori normali ad esclusione della scala Y di Desiderabilità che supera il cut off di 85 mantenendo invariato lo stesso punteggio, pari a 89, sia in T2 che in T3.

Indici di validità e modifica	Inizio trattamento (T1)	Fine trattamento (T2)	Follow-up (T3)
Y – Desiderabilità	65	89	89
Z – Autosvalutazione	64	38	0
V – Validità	0	0	0

Tabella 2.5: confronto tra i punteggi (espressi in BR) degli indici di modifica e di validità ad inizio, fine trattamento e follow-up.

Scale di personalità

Scale di personalità	Inizio trattamento (T1)	Fine trattamento (T2)	Follow-up (T3)
1 - Schizoide	0	0	0
2A - Evitante	0	0	0
2B - Depressiva	0	7	0
3 - Dipendente	0	0	0
4 - Istrionica	92	90	88
5 - Narcisistica	66	104	90
6A - Antisociale	12	48	36
6B - Sadica	0	63	60
7 - Ossessivo - Compulsiva	76	60	67
8A - Negativistica	13	27	13
8B - Masochistica	0	12	0
S - Schizotipica	15	0	0
C - Borderline	60	0	8
P - Paranoide	62	0	0

Tabella 2.6: punteggi (espressi in BR) delle 11 Scale degli Stili di personalità moderatamente gravi e delle 3 Scale delle Patologie gravi di personalità (in grigio chiaro).

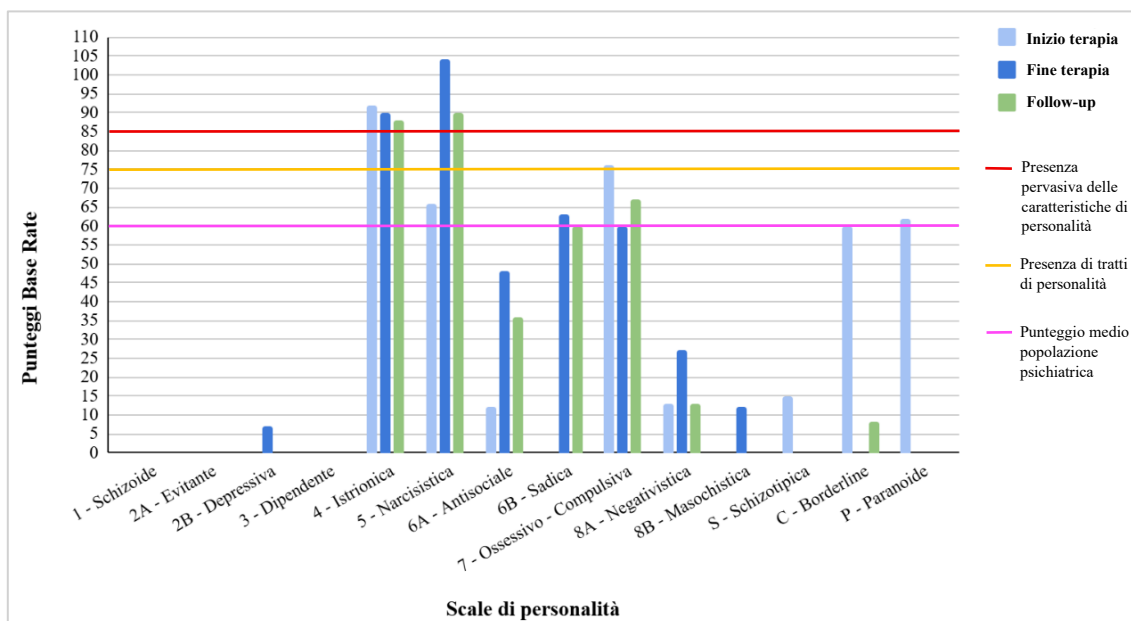


Figura 2.1: grafico dei punteggi delle Scale di personalità ricavati dalle somministrazioni del MCMI-III. Nell'asse delle ascisse vi sono disposte prima le 11 Scale degli Stili di personalità moderatamente gravi e poi le 3 Scale delle Patologie gravi di personalità.

Dalle scale di personalità (si veda *Tabella 2.6* e *Figura 2.1*) emergono punteggi elevati che superano il cut off di 85, suggerendo la pervasività della patologia di personalità in due scale: nella scala 4 - Istrionica soggetta ad un lieve miglioramento nelle tre somministrazioni, e nella scala 5 - Narcisistica in corrispondenza di T2 per poi decrescere lievemente in T3. Emergono poi dei tratti di personalità riferiti alla scala 7 - Ossessivo-Compulsiva che risulta essere leggermente superiore al cut off di 75 in T1. Le altre scale di personalità presentano dei valori molto bassi o che rientrano nei valori attesi per la popolazione clinica di riferimento.

Scale delle Sindromi cliniche

Scale di Sindromi cliniche	Inizio trattamento (T1)	Fine trattamento (T2)	Follow-up (T3)
A - Ansia	0	0	0
H - Somatizzazione	17	0	0
N - Bipolare	64	60	12
D - Distimia	81	20	0
B - Dipendenza da Alcol	95	60	61
T - Dipendenza da Droghe	64	60	60
R - Dist. Post traumatico da stress	30	0	0
SS - Disturbo del pensiero	51	0	0
CC - Depressione Maggiore	45	0	0
PP - Disturbo Delirante	60	60	25

Tabella 2.7: punteggi (espressi in BR) delle Scale delle Sindromi cliniche e delle Scale delle Sindromi cliniche gravi (in grigio chiaro).

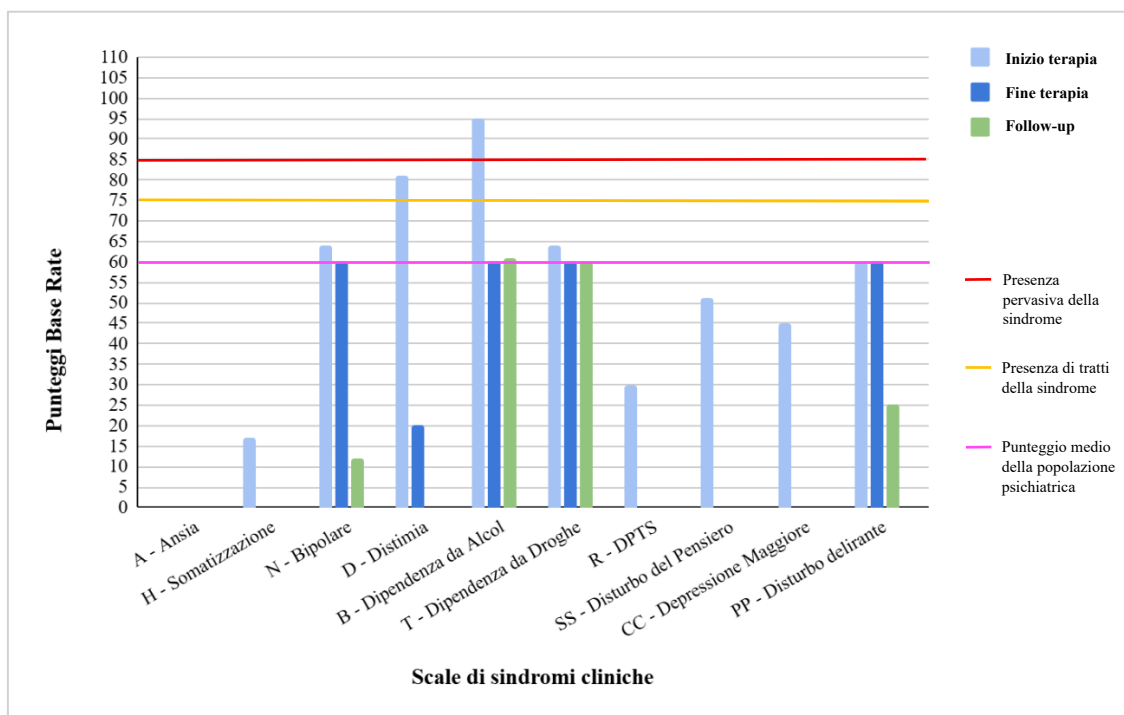


Figura 2.2: grafico dei punteggi delle Scale delle Sindromi cliniche ricavati dalla somministrazione del MCMI-III. Nell'asse delle ascisse sono poste prima le Scale di Sindromi Cliniche e poi le 3 Scale di Sindromi cliniche gravi.

Dall'osservazione dei punteggi delle Scale delle Sindromi cliniche (Tabella 2.7, Figura 2.2) possiamo notare che solo nella prima somministrazione due scale superano i valori di cut off: la scala B-Dipendenza da Alcol, che segnala una possibile patologia sufficientemente pervasiva, e la scala D-Distimia, con punteggi inferiori ma che superano il cut off di 75 suggerendo dei probabili tratti della sindrome corrispondente.

2.5.2 IDAAP

Misure linguistiche considerate per la verifica delle ipotesi di lavoro

Dizionario ponderato Attività referenziale - IWRAD

Grazie all'applicazione del dizionario IWRAD è stato possibile misurare l'Attività Referenziale media del paziente (MIWRAD2) ed osservare l'andamento nel procedere delle sedute.

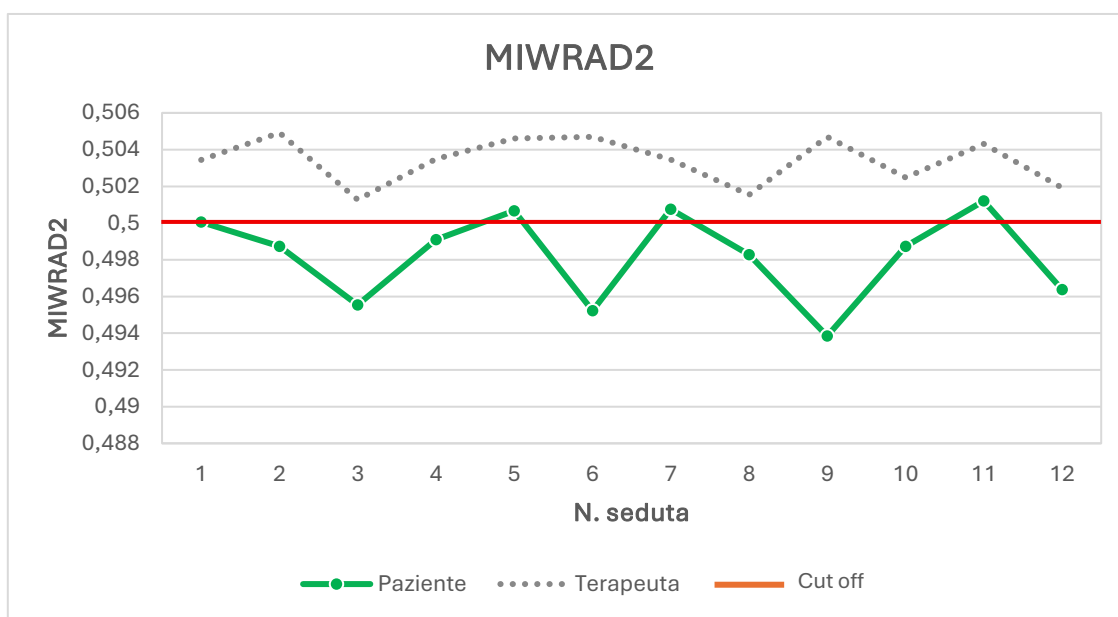


Figura 2.3: grafico della variazione di RA media nella paziente e nel terapeuta, per ogni seduta terapeutica.

L'analisi del grafico di MIWRAD2 (Figura 2.3) mostra che le verbalizzazioni della paziente si contraddistinguono per punteggi medi di RA al di sotto del valore medio di 0.5 per la maggior parte delle sedute. Si differenziano la seduta 1 che presenta un valore di RA pari a 0.5 e le sedute 5, 7 e 11 caratterizzate da punteggi superiori. Le narrazioni del terapeuta, invece, sono caratterizzate da valori più elevati che restano al di sopra del valore medio in tutte le sedute.

Dizionario ponderato Riflessione e Riorganizzazione – IWRRL

Il dizionario ponderato IWRRL (*Italian Weighted Reflection and Reorganization List*) permette di estrapolare la misura MIWRRL quale indice della funzione di Riflessione/Riorganizzazione del parlante. Tale misura può assumere valori compresi tra 0 e 1, con cut off di 0.54.

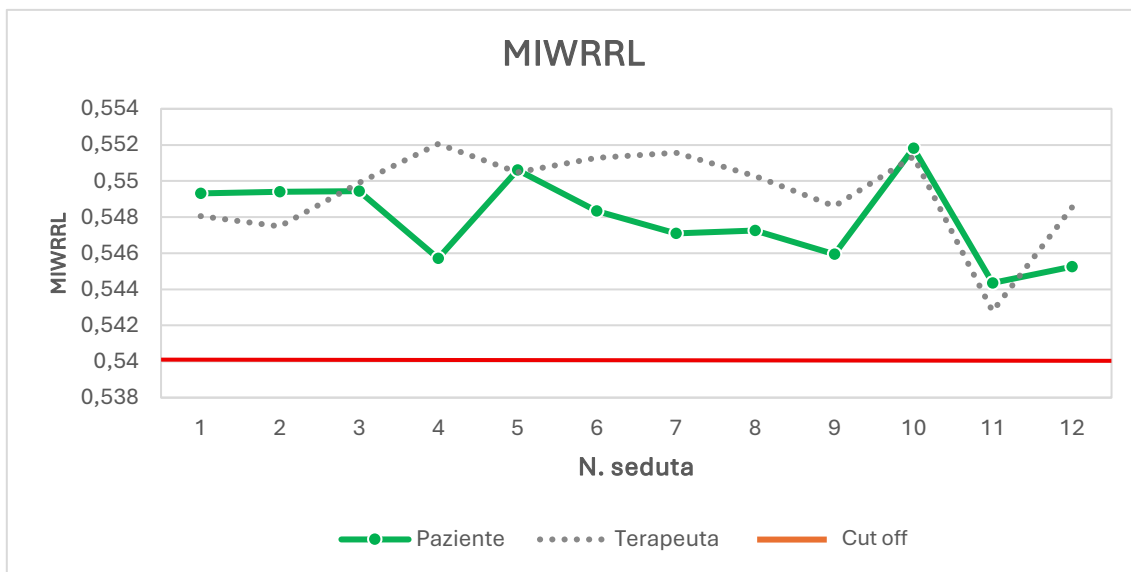


Figura 2.4: grafico della variazione di MIWRRL nella paziente e nel terapeuta.

Come si può osservare dal grafico corrispondente (*Figura 2.4*), la misura assume valori al di sopra del cut off sia nella paziente che nel terapeuta, in tutte le sedute.

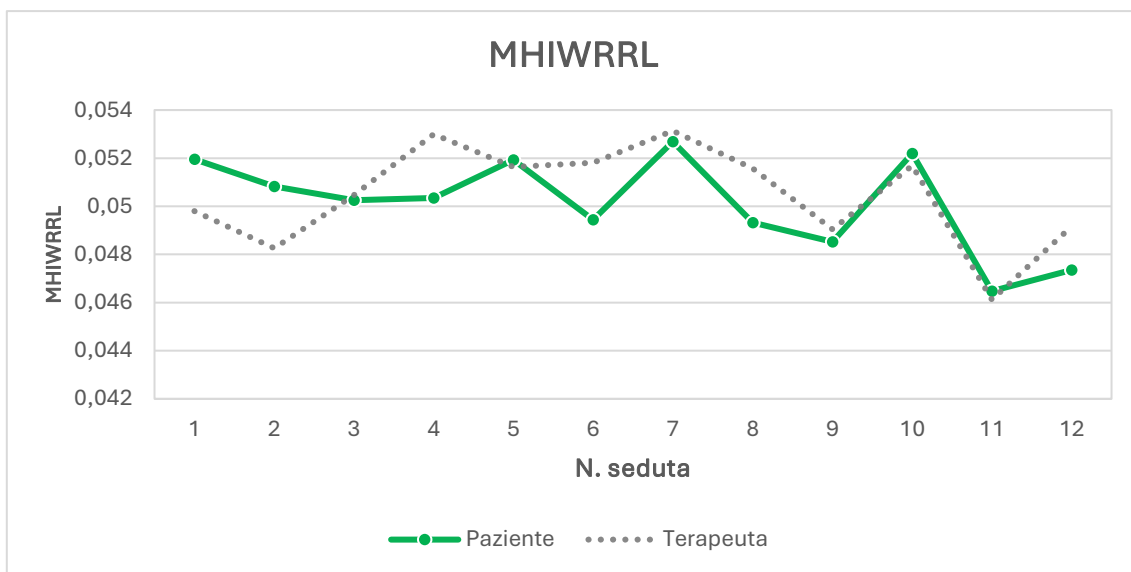


Figura 2.5: grafico della variazione di MHIWRRL nella paziente e nel terapeuta.

Una seconda misura riferita al dizionario IWRRL è la MHIWRRL, quale indice dell'alta intensità della funzione di Riflessione e Riorganizzazione emersa dal discorso. Il grafico in questione (*Figura 2.5*) permette di evidenziare la seduta 7 come quella in cui i punteggi positivi di IWRRL assumono i valori più alti.

Misura di Covarianza

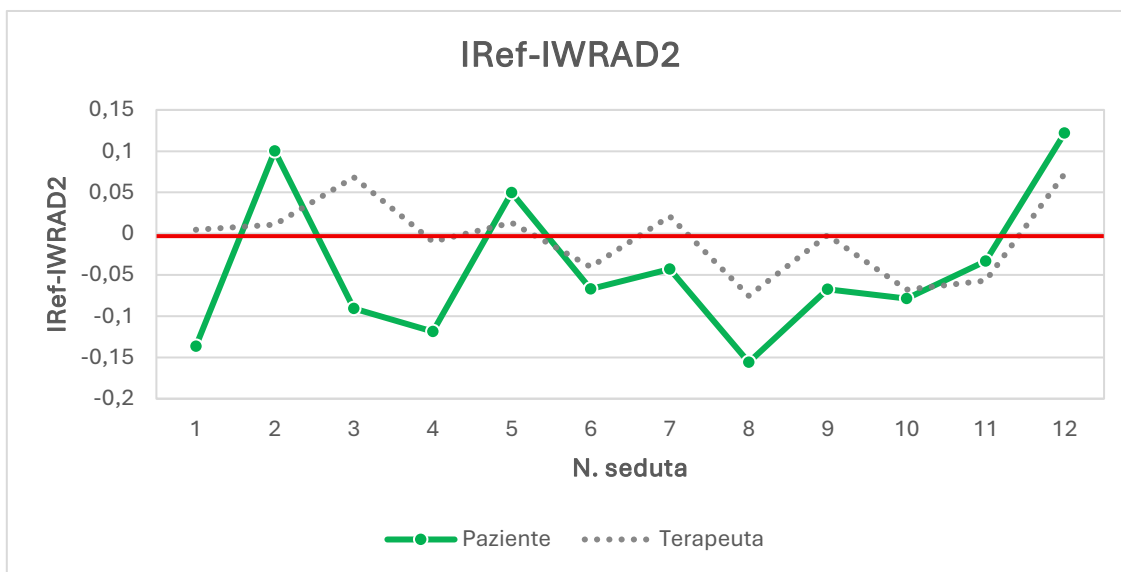


Figura 2.6: grafico della misura di covarianza tra IRef e IWRAD2.

Il grafico (Figura 2.6) mostra la covariazione Iref-IWRAD2 assumere nelle narrative del paziente valori negativi nella maggior parte delle sedute ad eccezione delle sedute 2, 5 e 12.

Altre misure utili alla valutazione del processo terapeutico

Dizionario Disfluenza - IDFD

Attraverso l'Italian DisFluency Dictionary ricaviamo la misura media delle disfluenze (MIDF) espresse dal parlante.

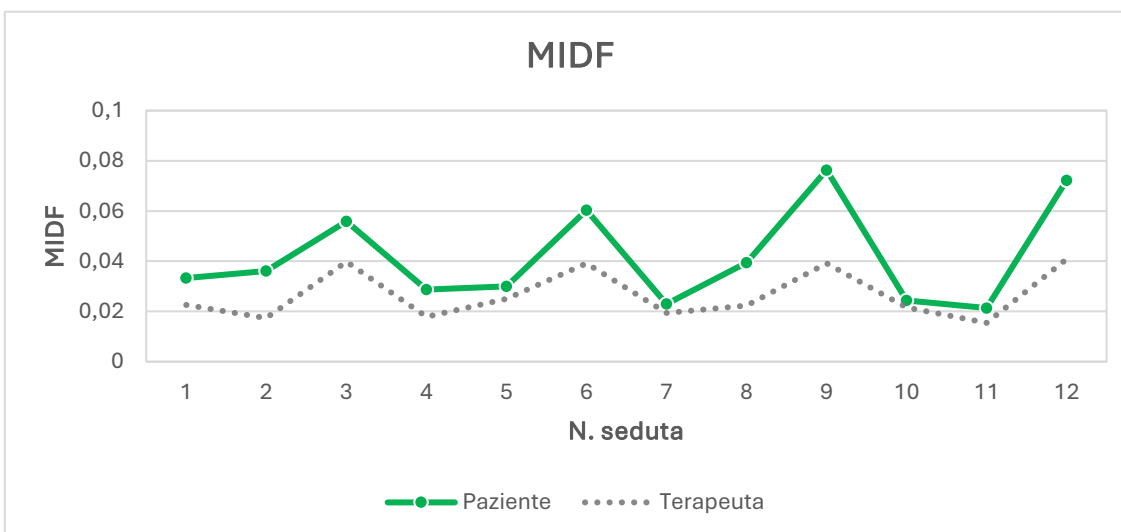


Figura 2.1: grafico dei valori di MIDF nella paziente e nel terapeuta.

La MIDF, come mostra la *Figura 2.7*, assume un andamento caratterizzato da diverse oscillazioni con valori di picco in corrispondenza della seduta 3, 6, 9 e 12 e punteggi minimi nelle sedute 7, 10 e 11.

Dizionario Affetti - ISAffD

Il dizionario ISAffD permette di quantificare le parole utilizzate dai parlanti riferite ai sentimenti da loro provati o comunicati, MIAffS è, quindi, la misura media della somma degli affetti emersi dai trascritti. Possiamo osservare (*Figura 2.8*) come i valori del paziente risultano essere tendenzialmente più alti rispetto a quelli del terapeuta ad esclusione della seduta 6, 7, e 12.

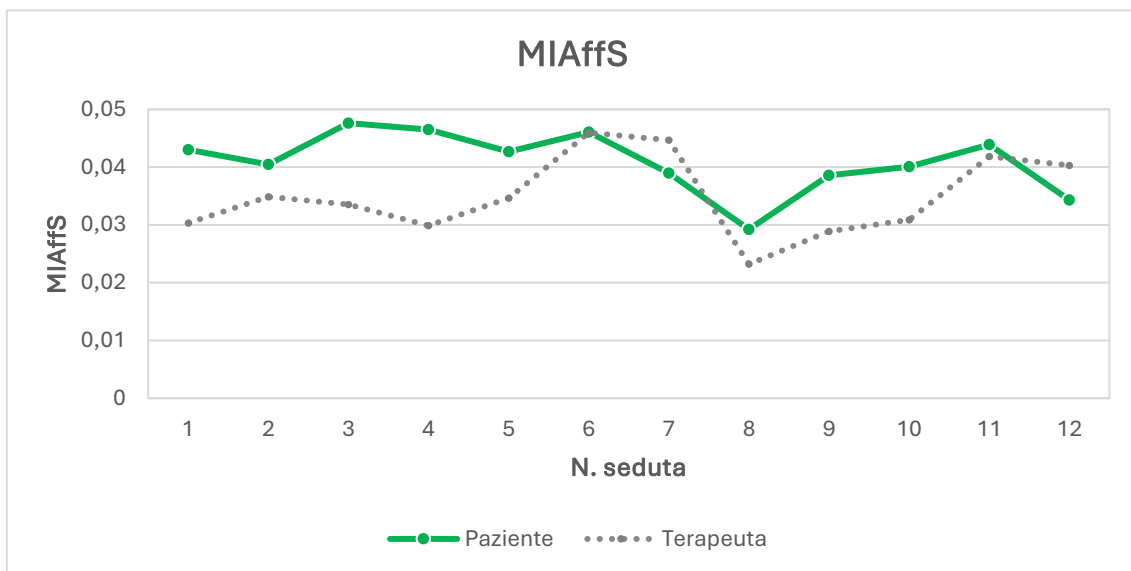


Figura 2.8: grafico dei valori di MIAffS nella paziente e nel terapeuta.

In particolare, prendendo in considerazione singolarmente i sotto-dizionari degli affetti possiamo notare che in alcune sedute la misura relativa agli affetti positivi (MIAffP; *Figura 2.9*) assume valori più elevati nel terapeuta (sedute 5, 6, 7, 10 e 12), mentre la misura degli affetti negativi (MIAffN; *Figura 2.10*) assume punteggi superiori nel paziente nella maggior parte delle sedute.

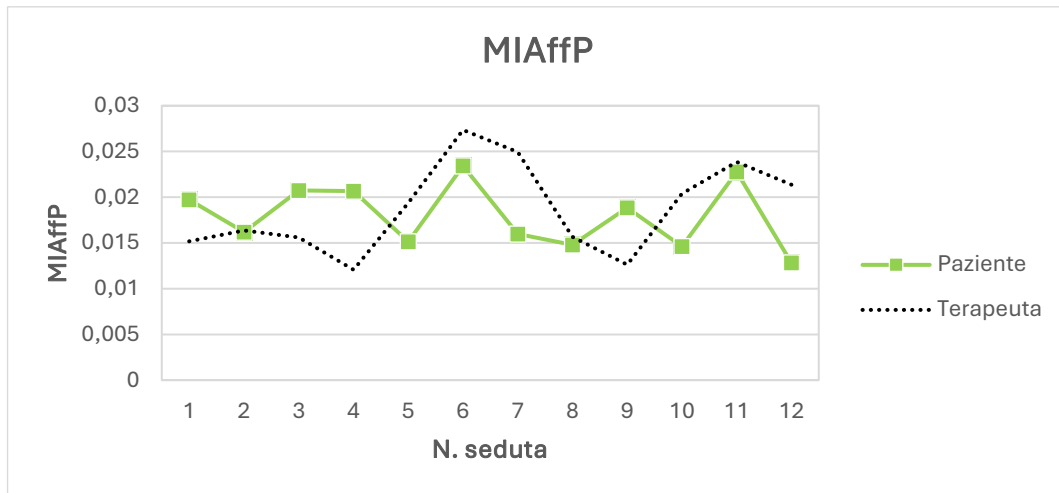


Figura 2.9: grafico dei valori di MAffP nella paziente e nel terapeuta.

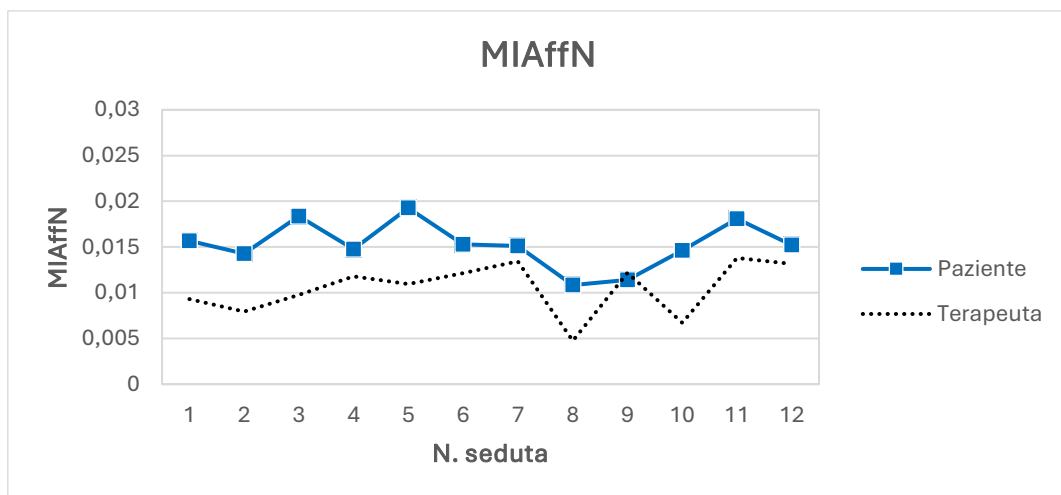


Figura 2.10: grafico dei valori di MIAffN nella paziente e nel terapeuta.

Dizionario Senso-somatico - ISenSD

MISenS è misura dell'arousal degli aspetti corporei e subsimbolici relativi agli schemi emotivi del parlante. Dal grafico (Figura 2.11) si nota come tale misura nella paziente assuma il valore massimo nella seduta 2 e minimo nella seduta 12, mostrando una progressiva decrescita tra l'inizio della terapia e la fine.

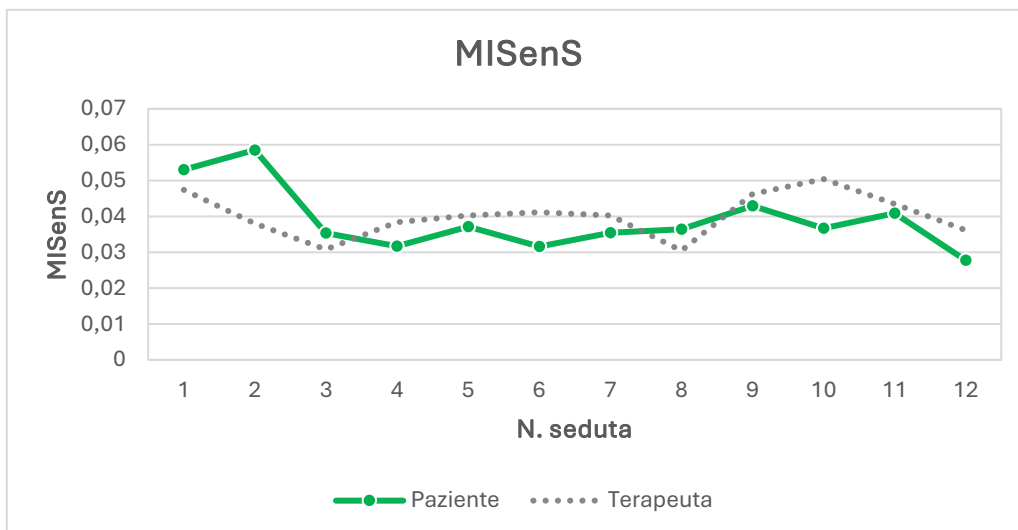


Figura 2.11: grafico della variazione di MISenS nella paziente e nel terapeuta.

Capitolo III

Discussione dei dati e conclusioni

3.1 Discussione dei risultati

In questo lavoro di tesi abbiamo esplorato come la ricerca in psicoterapia e la pratica clinica possano dialogare efficacemente, al fine di comprendere più a fondo ciò che accade durante e al termine di un percorso psicoterapeutico. A tal fine, abbiamo indagato la relazione tra *outcome* e *process research* in psicoterapia, attraverso lo studio di un caso singolo trattato con l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

Per valutare l'efficacia dell'intervento, è stato somministrato il MCMI-III utile ad evidenziare eventuali cambiamenti nel profilo psicologico complessivo della paziente nel corso del tempo. Per studiare il processo terapeutico avvenuto, abbiamo invece applicato il modello teorico elaborato da Bucci (2021), che sostiene la possibilità di cambiamento nei pazienti, per mezzo del processo referenziale e lo sviluppo dell'attività referenziale. L'analisi delle trascrizioni delle sedute, mediante l'IDAAP, ci ha permesso di verificare quanto riportato nei lavori di Maskit (2021) e nella letteratura di riferimento (Mariani et al., 2013; Mariani et al., 2020; Mariani & Hoffman, 2021; Negri et al., 2018), in merito al variare delle misure linguistiche nel corso della terapia, associato alla ristrutturazione degli schemi emozionali dissociati.

Valutazione dell'Outcome

La prima ipotesi di lavoro prevede l'evidenza di un miglioramento della paziente A. rilevabile a livello di *outcome* tramite il MCMI-III. A partire dai risultati descritti nel capitolo precedente, possiamo affermare che tale ipotesi è stata verificata, infatti, il profilo complessivo della paziente al termine del trattamento è risultato migliorato, mantenendo tale variazione anche nel follow-up. L'ACT, in quanto terapia basata sul processo (PBT) ha permesso al terapeuta di definire un trattamento efficace, su misura della paziente e dei suoi bisogni (Hayes, 2019).

Il profilo psicologico della paziente, ricavato all'inizio del percorso terapeutico mediante l'MCMI-III, ha evidenziato: una possibile pervasività dello stile di personalità corrispondente alla scala 4 - Istrionica, accompagnata da alcuni tratti di riconducibili alla

scala 7 - Ossessivo-Compulsiva; la probabile presenza di una patologia pervasiva in relazione alla scala B - Dipendenza da Alcol, assieme a dei tratti sintomatici riferibili alla scala D – Distimia.

Per quanto riguarda la scala 4 – Istrionica, la paziente A. non rispecchia a pieno il prototipo di personalità Istrionica a cui fa riferimento tale scala, ma ne condivide alcuni aspetti. Si riconosce in A. la ricerca dell'attenzione e dell'affetto altrui, visibile nelle relazioni intime e amicali portate in terapia. Segue poi un'apparente fiducia in sé e un'alta autostima in alcuni aspetti della vita (ad es. nel lavoro) che però nascondono la paura di un essere capita, amata e approvata dagli altri.

La scala 7, riferita al Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità del DSM-IV, sottolinea alcuni tratti della paziente emersi durante le sedute. Centrale è il conflitto interno, provato da A., tra la rabbia o frustrazione provata verso gli altri e il dover essere gentile nei loro confronti, per la paura di essere da loro rifiutata.

Per quanto riguarda gli aspetti sindromici emersi, la scala B - Dipendenza da Alcol si riferisce ad una storia di eccessi con problemi familiari e lavorativi, connessa a stanchezza, avversione e solitudine (Zennaro et al, 2008). Dalle trascrizioni delle sedute la paziente non ha riportato tale vissuto né nel passato né nel presente, riferisce di bere alcolici ma senza problematizzare tale uso.

Infine, la scala D – Distimia identifica la possibile presenza di tratti sintomatici connessi ad un umore caratterizzato da scoraggiamento, colpa, disperazione e mancanza di iniziativa (Zennaro et al, 2008). Sentimenti quali tristezza e mancanza di iniziativa sono legati maggiormente all'ambito universitario, mentre sentimenti di colpa e disperazione sono centrali in quello relazionale in particolare nei vissuti passati con l'ex ragazzo.

Confrontando il profilo psicologico iniziale, con quello ricavato dalla seconda somministrazione del MCMI-III e nella terza di follow-up, si osserva un miglioramento delle scale di personalità Istrionica, Ossessivo-Compulsiva e in quelle cliniche di Dipendenza da Alcol e Distimia. Si nota però che la scala 5 - Narcisistica è aumentata rispetto a T1 andando oltre il cut-off in T2 e T3.

È da sottolineare tuttavia che le somministrazioni a fine terapia e nel follow-up presentano punteggi elevati della scala Y di Desiderabilità, quindi la paziente potrebbe aver cercato

di descriversi in modo positivo con il fine di mostrarsi fiduciosa, socievole, rispettosa, efficiente e organizzata (Zennaro et al., 2008).

Rispetto al lieve miglioramento della scala Istrionica, il terapeuta, nel corso delle sedute, ha affrontato diversi aspetti associati a tale scala, sostenendo la paziente nell'affrontare il tema relazionale intimo che portava con sé vissuti dolorosi e non ancora elaborati, come il non essere stata in grado di esplicitare i suoi bisogni e l'aver vissuto il rifiuto dopo aver mostrato la sua parte emotiva. La coppia terapeutica ha lavorato prima sulla presa di consapevolezza di tali vissuti e difficoltà, riconoscendo la tendenza di A. nel ricercare nell'altro la non disponibilità emotiva per sentirsi poi "speciale" (*verbatim della paziente*) non appena vi è una minima apertura. Nonostante diverse problematiche legate a tale sfera fossero ancora presenti alla fine della terapia, la paziente risulta essere molto più consapevole delle dinamiche relazionali che la fanno soffrire e di cosa cerca in una possibile relazione futura.

Anche i tratti di personalità ossessivi-compulsivi sono diminuiti dopo aver affrontato i temi conflittuali interni della paziente ed i pensieri negativi a loro associati. Fondamentale è stato l'uso degli esercizi di mindfulness e della defusione cognitiva dove, invece di giudicare tali pensieri e rinforzare il rimuginio, la paziente è stata stimolata ad osservarli da una nuova angolazione arrivando a depotenziarli, tramite l'uso di metafore, e a "prenderli in giro", estremizzandoli. È migliorato inoltre l'aspetto del controllo e del perfezionismo verso lo studio e il lavoro: A. è riuscita a prendere ancora più consapevolezza delle sue competenze e del suo impegno, concedendosi delle scelte più coraggiose come licenziarsi dal lavoro e studiare per due esami nello stesso periodo. Inoltre, i suggerimenti comportamentali del terapeuta come la suddivisione degli obiettivi più complessi in sotto-obiettivi e l'uso della mindfulness, preventivamente all'emersione dei pensieri svalutanti, ha aiutato la paziente a portare a termine ciò che si era prefissata, superando anche le sue aspettative. Questi esiti positivi sono stati rilevati anche nel follow-up, dove il punteggio della scala 7 risulta rimanere a livello normativo.

A tali miglioramenti si legano la riduzione degli affetti legati alla tristezza, senso di colpa e mancanza di iniziativa, per lasciare il posto alla percezione di nuove energie, a momenti di felicità e spensieratezza in compagnia degli amici e familiari, oltre che nel nuovo lavoro e nello studio. L'azione impegnata, in tal senso, è stata fondamentale per far comprendere ad A. quale direzione da prendere per nutrire i valori per le importanti, come la gentilezza.

A questo si associa una maggiore accettazione di emozioni, sensazioni e pensieri che, anche se di carattere negativo, vengono considerate come parte del momento presente e che, come sono arrivate poi se ne andranno. Nel follow-up, infatti, il punteggio di tale scala scende a 0, dimostrando la forza di tale cambiamento.

Per quanto riguarda invece l'elevazione della scala 5 – Narcisistica, non abbiamo riscontrato aspetti della personalità di A. associati a questo profilo. È possibile, quindi, che tale dato sia stato alterato dalla tendenza della paziente nel voler apparire più sicura di sé e meno giudicante verso sé stessa. Allo stesso tempo però, gli stessi obiettivi dell'ACT risultano essere legati allo sviluppo dell'accettazione verso sé stessi, all'accrescere dell'autostima e al sostenere gli aspetti valoriali soggettivi. Di conseguenza, è possibile che alcuni aspetti quali lo spostare la propria attenzione verso se stessi a discapito degli altri e provare piacere nel farlo, possano rispecchiare il cambiamento della paziente, spiegando il mantenimento dell'elevazione in tale scala anche nel follow-up.

Il secondo punto della prima ipotesi suggeriva inoltre l'aumento della misura linguistica di IWRAD nel corso delle sedute. Osservando i risultati ottenuti tramite l'IDAAP, possiamo notare che tra la prima e la penultima seduta vi è stato un aumento dell'attività referenziale media, indice del fatto che la paziente è stata in grado di raggiungere una buona integrazione tra i diversi codici emotivi grazie alla terapia ACT. Fin dalle prime sedute, infatti, il terapeuta mettendo in pratica i principi cardini dell'ACT ha sostenuto la paziente nella presa di consapevolezza dei suoi vissuti e pensieri. Per fare questo il clinico ha utilizzato in quasi ogni seduta degli esercizi di mindfulness che hanno aiutato A. a prendere contatto e, quindi, a distinguere sensazioni, emozioni, pensieri e azioni, dando così lo spazio ad ognuna di queste per esprimersi e collegarsi. L'ultima seduta, in quanto momento difficile prima del distacco dal terapeuta, è preferibile non tenerla in considerazione: questa, infatti, presenta un valore di MWRAD2 più basso del cut off di 0.5, insieme ad una covariazione IRef-IWRAD2 positiva.

I risultati appena discussi ci permettono confermare la prima ipotesi di lavoro ed evidenziano quanto discusso da Hayes (2019) rispetto alla capacità della terapia ACT di ridurre i sintomi specifici della paziente nonostante non sia l'obiettivo primario.

Valutazione del Process

Come è stato sottolineato, l'obiettivo terapeutico dell'ACT è il prendere consapevolezza degli schemi cognitivi ed emotivi dissociati attraverso gli esercizi esperienziali e di mindfulness che permettono di mettere in contatto aspetti subsimbolici e simbolici per tradurli poi in parole, arrivando alla riorganizzazione di tali schemi e alla rielaborazione delle esperienze vissute che, nel momento presente, saranno osservate da nuovi punti di vista.

Dai dati emersi si è visto che i valori di MIWRAD2 hanno seguito un andamento oscillatorio restando però, per la maggior parte della terapia, al di sotto del valore medio. Questo dato permette di dimostrare la difficoltà della paziente nel riuscire a legare assieme l'esperienza sensoriale, le emozioni e il pensiero nella sua narrazione.

Le sedute che hanno raggiunto valori più bassi di AR media sono state le sedute 3, 6, 9 e 12, momenti invece caratterizzati da un'elevata MIDF, quale indice della fase di *arousal* e dell'attivazione dei nuclei subsimbolici degli schemi dissociati (Mariani et al., 2013). Dalle trascrizioni emerge come in queste specifiche sedute siano stati trattati dei temi particolarmente difficili per A.: la sua paura di non essere capita dagli altri (seduta 3), il tema del controllo e delle aspettative eccessive verso se stessa (seduta 6), la difficoltà di credere in se stessa (seduta 9). In particolare, nella seduta 9, A. ha impiegato del tempo prima di riuscire ad associare aspetti subsimbolici, come l'essere stanca e non riuscire a svolgere determinate azioni, con il sentimento della tristezza, preferendo associarli ad uno stato influenzale.

Solamente nelle sedute 1, 5, 7 e 11 MIWRAD2 raggiunge valori crescenti al di sopra del cut off. Tale misura, indice della fase di Simbolizzazione, suggerisce che queste sedute siano state maggiormente caratterizzate da una buona integrazione tra i diversi codici emotivi e da un linguaggio concreto, specifico, chiaro e immaginativo (Mariani et al., 2020). A partire dalla seduta 1, A. è stata in grado di associare le diverse esperienze passate e presenti con la loro parte emotiva, in particolare è stato d'aiuto il riferirsi a specifici vissuti di tipo corporeo per accedere più facilmente al processo di simbolizzazione dell'esperienza emotiva. Questo passaggio è evidenziato dai valori elevati di MISensD nelle prime due sedute, dove i sintomi corporei, passati e presenti, sono stati approfonditi dal terapeuta. Nelle sedute successive (5, 7 e 9) possiamo poi

notare una crescente simbolizzazione delle esperienze, e sviluppo dell'attività referenziale:

“però mi rendo conto cheDXeee la paura mi è rimasta.. la paura diDXiii essere presa in giro, di investire tempo sulle persone e non non trovare nienteDX di quello che spero” (...) *“diciamoDX che anche in quel momento della mia vita non non avevo le idee chiare, stavo cambiando università, i miei genitori non erano contenti di me, avevo mollato lo sport, avevo oltretutto quel periodoDXooo in cui non si sapeva cosa avevo che avevo le coliche ogni giorno, un periodo in cui per me era tutto molto instabile e l'unica cosa stabile in quel momento era questa persona che c'era sempre”* (verbatim della paziente, seduta 5);

“quello che non ho fatto è esprimere liberamente le mie emozioni (...) perché avevo paura di non essere capita (...) avevo paura che non fosse la stessa cosa per l'altra persona (...) [ora] glielo direi senza troppi giri di parole (...) è proprio una cosa che io ho represso di me stessa, pur di piacere a qualcun altro forse (...) quello che è successo (...) nella mia precedente relazione che mi ha portato a questo meccanismo (...) è successo appunto la sera nella quale io e questo ragazzo ci siamo lasciati (..) in quella sera io gli ho detto che lo amavo (...) e lui non mi ha risposto (...) mi fa tristezza che quando ho mostrato il lato più bello di me (...) non c'è stata ehm l'altra parte quella che io desideravo (...) il cambio del sentimento (...) questa cosa che, che mi fa star male, comunque il rifiuto, non essere corrisposti” (verbatim della paziente, seduta 7);

“però ho iniziato a vedere lo stress come qualcosa di molto fisiologico ceh è il mio corpo che mi sta preparando a fare qualcosa di utile, ceh non mmDX, ho imparato un po' a vedere l'ansia e lo stress come una cosa naturale e a farmela andare un po' bene, ceh forse è normale avere questi sentimenti in questo contesto ma non devono essere brutti, forse sono dei sentimenti positivi” (Verbatim della paziente, seduta 11).

L'evidente crescita di IWRAD nel tempo permette di verificare il secondo punto della prima ipotesi anche da un punto di vista processuale.

La seconda ipotesi di lavoro riguardava l'andamento della scala IWRRL e della covarianza negativa IRef-IWRAD.

Contrariamente a quanto ci si aspettava la misura di MIWRRL appare diminuire nel corso della terapia, anche se rimane sempre al di sopra del cut off. Questo suggerisce che A., già dai primi incontri, è in grado di riflettere sulle esperienze vissute vividamente accedendo anche al loro significato emotivo (Negri et al., 20018) anche se, come dimostrato dall'andamento decrescente di MHIWRRL, l'intensità della funzione R/R emersa dal discorso è leggermente diminuita nel tempo. Vi sono due momenti di "caduta" di tale funzione in corrispondenza della seduta 4 e 11 dove il valore di MIWRRL da elevato è sceso ad un punteggio più basso. In queste sedute, caratterizzate da alti valori di MIAffS quale indice degli affetti emersi, è possibile che la paziente abbia fatto più fatica a riflettere con lucidità perché trascinata dalle emozioni provate. Nella seduta 4, ad esempio, emerge una forte tristezza provata dalla paziente legata al pensiero negativo di non essere adatta nello svolgere azioni per lei importanti. In questo caso il terapeuta la aiuta a prendere consapevolezza dell'emozione per accettarla, senza doverla reprimere, portandola a verbalizzarla senza giudicarsi. Tale aspetto è dimostrato dal fatto che i valori di MIWRRL, emersi dalle narrazioni del terapeuta, risultano essere molto più alti rispetto a quelli della paziente

Le sedute con punteggi MIWRRL elevati sono invece la quinta e la decima. La quinta è caratterizzata da narrazioni della paziente ricche di riflessioni sul passato riguardanti il periodo difficile vissuto un anno e mezzo prima della terapia, con associazioni sul presente, segno che la paziente è stata in grado di riflettere su tali vissuti e di riorganizzare gli schemi a loro associati. Nella decima seduta, invece, A. riporta molte riflessioni fatte durante la settimana riguardanti diversi aspetti per lei importanti, ricche di elementi emotivi e di significato.

Il secondo punto della seconda ipotesi è stato confermato dai valori negativi assunti dalla covarianza IRef-IWRAD2 in quasi tutte le sedute. Tale dato dimostra l'avvenuta Riflessione e Riorganizzazione di quanto narrato dalla paziente, grazie alla differenziazione delle sedute tra quelle caratterizzate maggiormente da una riflessione astratta, indicata da IRef, e quelle in cui la paziente è stata in grado simbolizzare le esperienze vissute per la successiva ristrutturazione degli schemi emotivi. Tale covarianza, come abbiamo visto, è l'indicatore più diretto del processo referenziale perché dimostra l'avvenuta successione delle sue diverse fasi (Mariani et al, 2013).

Solamente le sedute 2, 5 e 12 vedono la covariazione IRef-IWRAD2 assumere valori positivi, indicando un crescita/decrecita concomitante delle due misure linguistiche. Nella seduta 2 possiamo osservare come la paziente faccia maggiore ricorso ad una riflessione cognitiva e alla razionalizzazione: riporta infatti il bisogno di voler avere il controllo in diverse situazioni e, grazie al terapeuta, acquisisce l'esercizio di mindfulness di suddivisione dell'esperienza presente in pensieri, emozioni, sensazioni e azioni - quale strumento fondamentale che la accompagnerà per tutta la terapia. Nella seduta 5, come abbiamo visto, vi è un'alta simbolizzazione, a cui però si associa il ricorso ad un distanziamento dagli affetti dolorosi, A. infatti si rifiuta di raccontare un'esperienza difficile vissuta con l'ex ragazzo. Infine, nell'ultima seduta, dove entrambe le misure diminuiscono, si osserva l'emersione di un conflitto interno non elaborato della paziente tra il suo interesse verso un amico e la paura di commettere gli stessi errori del passato. Inoltre, in quanto possibile fine del percorso, A. mostra qualche difficoltà nel riflettere su tale esperienza non avendola ancora elaborata a pieno, infatti, MIDF è elevata segno di una difficoltà nell'esprimere a parole quello che sta vivendo.

Quindi la seconda ipotesi è in parte confermata: nonostante la misura della funzione di Riflessione e Riorganizzazione (IWRRL) non abbia seguito la direzione postulata, questa ha mantenuto valori elevati segno di un'efficacia della terapia ACT sostenuta anche dalla covariazione negativa, ritenuta da Mariani e Hoffman (2021), segno del successo terapeutico. In particolare, dalle analisi svolte abbiamo notato come nel procedere del trattamento gli affetti di carattere positivo (MIAffP) siano stati superiori a quelli negativi (MIAffN) a dimostrazione del fatto che la paziente ha dato spazio a nuove emozioni positive, a discapito di quelle negative prevalenti all'inizio del percorso.

3.2 Conclusioni

In questo lavoro di tesi è stato condotto uno studio di caso singolo trattato con l'*Acceptance and Commitment Therapy*, di cui sono stati analizzati sia gli esiti di *outcome* che il processo terapeutico.

Il nostro obiettivo principale è stato quello di valutare l'efficacia dell'intervento non solo da un punto di vista quantitativo, attraverso la somministrazione del MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory – III) e l'utilizzo del programma IDAAP (Italian Discourse Attributes Analysis Program), ma anche qualitativo, mediante l'analisi approfondita delle trascrizioni e la contestualizzazione dei dati alla luce delle specificità della paziente. Il metodo del *single-case study* si è rivelato centrale per raggiungere tale obiettivo. Come suggerito da Wellerstein (2002), esso consente di svolgere un'analisi micro e macroanalitica del funzionamento psicologico individuale, del processo terapeutico e degli esiti raggiunti.

La somministrazione del MCMI-III in tre momenti diversi del percorso ha permesso di osservare un miglioramento del profilo psicologico della paziente, verificando la prima ipotesi di lavoro. I risultati ottenuti, una volta confermata la validità del test, sono stati discussi tenendo conto delle informazioni ricavate dalle trascrizioni delle sedute e dell'alta desiderabilità della paziente. In particolare, è stato approfondito l'incremento dei tratti associati al disturbo narcisistico di personalità (secondo i criteri del DSM-IV) associandolo ad alcuni esiti positivi derivati alla terapia ACT.

L'osservazione ci ha permesso così di approfondire ciò che accade concretamente nell'applicazione dell'ACT nella pratica clinica, aspetto fondamentale per svolgere una ricerca in psicoterapia finalizzata allo sviluppo di tecniche più efficaci e adatte ad accogliere la complessità. A sostegno del dialogo tra campo teorico e clinico vi è il contributo della Bucci (2021) che promuove una prospettiva integrativa tra differenti modelli psicologici, finalizzata a costruire una cornice teorica e pratica comune capace di valutare il cambiamento terapeutico a partire dalle narrazioni tra paziente e terapeuta.

Infine, l'utilizzo dell'IDAAP e dei dizionari computerizzati per l'analisi delle sedute ha consentito di notare i punti di contatto tra la Teoria del Codice Multiplo l'ACT, due approcci con origini differenti, che insieme hanno permesso di osservare il cambiamento della paziente da una prospettiva più ampia. Nel discutere i risultati raccolti è stato così possibile distinguere tra gli aspetti specifici, come i processi psicologici dell'ACT, e

quelli aspecifici, quali le fasi del processo referenziale, adottando una prospettiva di indagine vicina a quella delle Empirically Supported Relationships (ESR).

I limiti del presente lavoro riguardano, in primo luogo, la scelta del metodo di ricerca. Come sostenuto da Roth e Fonagy (2004), lo studio di caso singolo presenta alcune criticità quali la limitata generalizzabilità dei risultati a popolazioni cliniche più ampie e la difficoltà nel differenziare il contributo del trattamento utilizzato da quello di fattori aspecifici.

A questi limiti si aggiungono alcune criticità legate al MCMI-III, riferibili alla sua validità predittiva e accuratezza diagnostica (Zennaro et al., 2008; Zennaro et al., 2013). In ricerche future, quindi, come suggerito da Zennaro e colleghi (Zennaro et al., 2013), potrebbe essere opportuno effettuare lo scoring dei punteggi utilizzando uno standard parametrico (come la distribuzione dei T-score) più diffuso tra gli inventari di personalità. Inoltre, affiancare a tale inventario un secondo strumento di tipo *clinician-report* potrebbe limitare l'influenza della desiderabilità sociale nella valutazione dei cambiamenti avvenuti.

Un ultimo limite riguarda l'impossibilità di analizzare la variazione delle misure linguistiche all'interno delle singole sedute. Un focus così specifico avrebbe consentito di osservare l'evolversi del ciclo referenziale nel corso di ciascun incontro, di valutare l'effetto degli interventi terapeutici rispetto alla risposta successiva del paziente e alla variazione dei dizionari computerizzati. In un'ottica futura, d'altro canto, potrebbe essere utile un'analisi a livello macro-processuale, volta ad indagare se e in che modo le fasi del processo si alternino nel procedere dell'intero trattamento, come indagato da Bucci e Crisafulli (2021). Un simile studio potrebbe offrire ulteriori spunti di riflessione rispetto alle eventuali variazioni del processo referenziale e alle relazioni tra le misure considerate, con possibili ricadute sulla strutturazione di percorsi terapeutici più mirati. In questa prospettiva, l'andamento inatteso della misura IWRRL, discusso nel presente lavoro di tesi, sarebbe potuto essere indagato in modo più approfondito.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- BONFANTI, A. A, CAMPANELLI, L., CILIBERTI, A., GOLIA, G., & PAPINI, S. P. (June, 2008). Speech disfluency in spoken language: The Italian computerized dictionary (I-DF) and its application on a single case. Paper presented to the 39th International Meeting of the Society for Psychotherapy research (Spain, 2008).
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- BUCCI, W. (1984). Linking words and things: Basic processes and individual variation. *Cognition* 17. (pp.137-153).
- BUCCI, W. (1993). The development of emotional meaning in free association. In J. Gedo, A. Wilson (Eds) *Hierarchical conceptions in psychoanalysis*, (pp.3-47). The Guilford Press, New York.
- BUCCI, W. (2021). In W. F. Cornell (Ed.), *Emotional Communication and Therapeutic Change. Understanding Psychotherapy through Multiple Code Theory*. (Tr. it. In R. Mariani, A. Negri & M. Di Trani (Eds.), *Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo* (pp. VI). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.)

- BUCCI, W., & CRISAFULLI, G. (2021). Linguistic measures of the Therapeutic Process in Carl Rogers's Case of Miss Vib. *Journal of psycholinguistic research*, 50(1), 169–192. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09769-0>
- BUCCI, W., & MASKIT, B. (2005). Building a weighted dictionary for referential activity. *Computing attitude and affect in text*, 49-60.
- BUCCI, W., & MILLER, N. (1993). Primary process analogue: The referential activity (RA) measure. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, J. Docherty (eds) *Psychodynamic treatment research*, (pp.387-406). Basic Books, New York.
- BUCCI, W., MASKIT, B., DUBE, E., ROUSSOS, A. J., & SAMMONS, M. (2004b). Building a weighted referential activity dictionary for computerized discourse analysis. <http://www.aai.org/Papers/Symposia/Spring/2004/SS-04-07/SS04-07-006.pdf>
- BUTCHER, J.N., DAHLSTROM, W.G., GRAHAM, J.R., TELLEGEN, A., & KRAEMMER, B. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- CHOCA, J. P., & GROSSMAN, S. D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory, *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 541-549, DOI: 10.1080/00223891.2015.1055753. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055753>
- LINGIARDI, V., & COLLI, A. (2003). Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale, scienze umane*, 38, 178-217.
- DAMASIO, A. R. (1999). *The feeling of what happens*. Harcourt Brace, New York.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-28). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- DAZZI, N., LINGIARDI, V. & COLLI, A. (2006). Introduzione. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. XXVII-XXXIV). 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. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 437-461). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DI TRANI, M., MARIANI, R., RENZI, A., GREENMAN, P.S., SOLANO, L., (2018). Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: a preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. *Psychology and Psychotherapy: theory. Res. Practice* 91 (2), 232–247. 10.1111/papt.12158.
- DRISKO, J. W., & FRIEDMAN, A. (2019). Let's Clearly Distinguish Evidence-based Practice and Empirically Supported Treatments. *Smith College Studies in Social Work*, 89(3–4), 264–281. <https://doi.org/10.1080/00377317.2019.1706316>
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16 (5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- FONAGY, P. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, 2° ed. New York: International Psychoanalytic Association.
- FREUD, S. (1915). *The unconscious* (Standard Edition, vol. 14, pp.166-204). London: Hogarth.
- GREENBERG, L. S., WATSON, J. C. (2005). *Emotion focused therapy for depression*. Washington DC: APA Press.
- HARRIS, R. (2024). *La trappola della felicità: Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Erikson.

- HAYES, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
- HAYES, S. C. (2019). Acceptance and Commitment Therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18 (2), 226-227. Doi: 10.1002/wps.20626
- HAYES, S. C., & HOFMANN, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- HAYES, S. C., BARNES-HOLMES, D., & ROCHE, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- HAYES, S. C., LUOMA, J. B., BOND, F. W., MASUDA, A., & LILLIS, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- KÄCHELE, H., & THOMÄ, H. (2001). *La ricerca in psicoanalisi: lo studio del caso clinico*. Tr.It. (2003) Urbino: Quattro Venti.
- KENDALL, P. C., HOLMBECK, G., & VERDUIN, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 16–43). New York: Wiley.
- KLEIN, G.S. (1976). *Psychoanalytic theory: An exploration of essentials*. International Universities Press, New York.
- KNOWLTON, C., KRYVANOS, A., POOLE, M., CHRISTOPHER, M., & LAFAVOR, T. (2019). Acceptance and commitment therapy for the treatment of chronic pain and coexisting depression: A single-case study. *Clinical Case Studies*, 18(4), 254–269. <https://doi.org/10.1177/1534650119839156>

- LAMBERT, M. J., & BARLEY, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17–32). Oxford University Press.
- LAMBERT, M.J., & OGLES, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Eds.) *The Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- LINGIARDI, V. (2006). La ricerca single case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & MCWILLIAMS, N. (Eds.). (2018). *Manuale diagnostico psicodinamico: PDM-2* (2^a ed.). Raffaello Cortina Editore.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008.
- MARIANI, R. (2009). Per uno studio del Processo Referenziale in Psicoterapia Il Dizionario delle Parole Riflessive (IREF) un indicatore linguistico in Relazione all' IWRAD nello studio delle narrative Tesi di Dottorato. Roma: Università La Sapienza.
- MARIANI, R., & HOFFMAN, L. (2021). Analytic Process and Linguistic Style: Exploring Analysts' Treatment Notes in the Light of Linguistic Measures of the Referential Process. *Journal of Psycholinguistic Research*. 50. 10.1007/s10936-021-09771-6.
- MARIANI, R., MASKIT, B., BUCCI, W., & DE CORO, A. (2013). Linguistic measures of the referential process in psychodynamic treatment: The English and Italian versions. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(4), 430–447. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.794399>.
- MARIANI, R., NEGRI, A., & DI TRANI M. (2022). Introduzione all'edizione italiana. In W. F. Cornell (Ed.), *Emotional Communication and Therapeutic Change*.

Understanding Psychotherapy through Multiple Code Theory. (Tr. it. In Mariani, R., Negri, A., & Di Trani M. (Eds.), *Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo* (pp. VI). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.)

MASKIT, B. (2021). Overview of computer measures of the referential process. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 29-49. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09761-8>

McLOUGHLIN, S., & ROCHE, B. T. (2023). ACT: a process-based therapy in search of a process. *Behavior Therapy*, 54(6), 939-955. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.010>

MERGENTHALER, E. (1985). *Textbank systems: Computer science applied in the field of psychoanalysis*. New York: Springer-Verlag.

MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. Con una nota sui contributi italiani. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina Editore.

MIGONE, P. (2022). In W. F. Cornell (Ed.), *Emotional Communication and Therapeutic Change. Understanding Psychotherapy through Multiple Code Theory*. (Tr. it. In Mariani, R., Negri, A., & Di Trani M. (Eds.), *Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo* (pp. VI). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.)

MILLON, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

MILLON, T. (1987). *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

MILLON, T. (2011). *Disorders of personality*. New York, NY: Wiley.

- MILLON, T., DAVIS, R., & MILLON, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (2nd ed). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- MILLON, T., GROSSMAN, S., & MILLON, C. (2015). *MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (1st ed.). Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc
- NEGRI, A., ESPOSITO, G., MARIANI, R., SAVARESE, M., BELOTTI, L., SQUITIERI, B., & BUCCI, W. (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*, 215–216.
- NORCROSS, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- OLIVA, F., MANGIAPANE, C., NIBBIO, G., PORTIGLIATTI POMERI, A., & MAINA, G. (2018). MCMI-III Personality Disorders, Traits, and Profiles in Adult ADHD Outpatients. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 830-839. <https://doi.org/10.1177/1087054718780319> (Original work published 2020)
- ORLINSKY, D. E. (2009). The “generic model of psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 319–339. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017973>
- 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. 307–390). New York: Wiley.
- PAIVIO, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- PAIVIO, A. (1986). *Mental representations: A dual-coding approach*. New York: Oxford University Press.
- RENZI, A., MARIANI, R., DI TRANI, M., & TAMBELLI, R. (2020). Giving words to emotions: the use of linguistic analysis to explore the role of alexithymia in an expressive

writing intervention. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(2), 121-132. doi: 10.4081/ripppo.2020.452

ROTH, A., & FONAGY, P. (2004) *What Works for Whom? A critical Review of Psychotherapy Research*, 2nd ed. Guilford press, New York.

ROWE-JOHNSON, M. K., BROWNING, B., & SCOTT, B. (2024). Effects of acceptance and commitment therapy on trauma-related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(3), 668–675. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0001785>

SALCUNI, S., ZENNARO, A., ROCCARO, G. (2003). Gli inventari di personalità. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). In A. Lis, C. Mazzeschi, V. Calvo, S. Salcuni, & L. Parolin (Eds.). *La psicoanalisi. Percorsi teorici e strumenti di valutazione* (pp. 123-135). Unipress.

SCHAFER, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. Yale University Press, New Haven, CT.

STERN, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.

STILES, W. B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed., pp. 364–402). John Wiley & Sons, Inc.

STRACK, S., & MILLON, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's Model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89, 56–69. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701357217>

SWAIN, J., HANCOCK, K., HAINSWORTH, C., & BOWMAN, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>

- TWOHIG, M.P., & LEVIN, M.E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- WALLERSTEIN, R. S. (2002). *Psychoanalytic therapy research: An overview. Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 1-28
- WESTEN, D., NOVOTNY, C. M., & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631– 663.
- WISE, E. A., STREINER, D. L., & WALFISH, S. (2010). A review and comparison of the reliabilities of the MMPI-2, MCMI-III, and PAI presented in their respective test manuals. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42, 246-254. doi:10.1177/0748175609354594
- ZENNARO, A., FERRACUTI, S., LANG, M., & SANAVIO, E. (2008). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III)*, Adattamento Italiano. Firenze, Italy: Giunti OS
- ZENNARO, A., FERRACUTI, S., LANG, M., ROCCARO, G., ROMA, P., SANAVIO, E., & HORN, S.L. (2013). Diagnostic validity statistics in MCMI-III applied to an Italian sample. *Applied Psychology Bulletin*, 60 (267), 48-57.

Sitografia

- Acceptance and Commitment Therapy. (n.d.). Consultato in data Marzo 27, 2025, da ACT Italia: <https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>
- Metapsicologia (n.d.), Vocabolario on line. Consultato in data Marzo 19, 2025, da Treccani.it: <https://www.treccani.it/vocabolario/metapsicologia/>