



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

**Studio del processo referenziale in una
Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (ISTDP)**

**Study of the referential process in an
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: Lorenza Coviello
Matricola: 2052139

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Capitolo 1. Riferimenti teorici.....	2
1.1 La ricerca in psicoterapia	2
1.1.1 La preistoria della ricerca in psicoterapia	2
1.1.2 La ricerca sull' <i>outcome</i>	3
1.1.3 La ricerca sul <i>process</i>	5
1.1.4 La ricerca sul <i>process-outcome</i>	8
1.1.5 Sviluppi recenti della ricerca in psicoterapia.....	9
1.2. Le psicoterapie brevi.....	11
1.2.1 Evoluzione storica delle psicoterapie brevi	12
1.2.2 Il lavoro pionieristico di Davanloo.....	14
1.2.3 L'impianto teorico dell'ISTDP	15
1.2.4 La tecnica di Davanloo.....	16
1.3 La teoria del codice multiplo di Wilma Bucci.....	20
1.3.1 Modalità di elaborazione delle informazioni	21
1.3.2 Gli schemi emotivi	23
1.3.3 Il processo referenziale.....	25
1.3.4 Ruolo del processo referenziale in psicoterapia.....	27
Capitolo 2. Strumenti.....	29
2.1 <i>Symptom Checklist-90</i>	29
2.2 <i>Inventory of Interpersonal Problems</i>	32
2.3 Misure linguistiche del processo referenziale	34
2.3.1 Le misure computerizzate.....	37
Capitolo 3. Materiale.....	42
Capitolo 4. Procedura	45
Capitolo 5. Ipotesi di lavoro	46
Capitolo 6. Risultati	48
6.1 Le misure di <i>Outcome</i>	48
6.2 Le misure del <i>Process</i>	51
Capitolo 7. Discussione	57
Capitolo 8. Conclusioni.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	71

Capitolo 1. Riferimenti teorici

1.1 La ricerca in psicoterapia

L'evoluzione della ricerca in psicoterapia ha attraversato diverse fasi: dopo una iniziale fase "preistorica", sono nati e si sono sviluppati tre principali filoni di ricerca, i quali hanno caratterizzato in diverse misure i successivi periodi storici.

Il primo filone, che domina tra gli anni '50 e gli anni '70, è quello della ricerca sull'*outcome*. In questa tipologia di ricerca l'interesse è rivolto al risultato della psicoterapia. Negli anni '60, fino agli anni '80, divenne preminente la ricerca sul *process*, i cui ambiti di indagine riguardano le caratteristiche del processo terapeutico. Infine, negli ultimi decenni, ha assunto sempre maggiore rilevanza la ricerca sul *process-outcome*, che si propone di conciliare i due precedenti filoni di ricerca, mettendo in relazione i processi (e microprocessi) della terapia con i risultati della stessa.

1.1.1 La preistoria della ricerca in psicoterapia

Le origini della ricerca in psicoterapia possono collocarsi storicamente intorno agli anni '20, quando alcuni psicoanalisti, in contrasto con le opinioni di Freud sulla ricerca in psicoanalisi, iniziarono a raccogliere sistematicamente i risultati dei loro trattamenti terapeutici (Muran et al., 2010). Tali documenti consistevano sostanzialmente in resoconti dettagliati dell'attività clinica svolta coi pazienti, e nascevano nel tentativo di sviluppare un approccio più "oggettivo" allo studio della psicoterapia. Tra i primi studi di questo tipo vi sono, in particolare, quelli svolti negli istituti di formazione a Berlino da O. Fenichel nel 1930, a Londra da E. Jones nel 1936 e a Chicago da F. G. Alexander nel 1937 (Ortu, 2007). Tali studi, tuttavia, pur contenendo interessanti informazioni qualitative, non prevedevano l'utilizzo di metodi standardizzati per la valutazione dei risultati dei trattamenti, e dunque non potevano considerarsi scevri da elementi di

soggettività del terapeuta. Per giunta, la maggior parte di essi trattava campioni piccoli e troppo eterogenei, oltre a riportare diagnosi pre-trattamento eccessivamente vaghe (Zennaro et al., 2006).

In generale, in quegli anni si evidenziava sempre più chiaramente la necessità di indagini cliniche più rigorose, in grado di rispondere ai dettami imperanti del positivismo logico fortemente diffusi in quel periodo (Orlinsky & Russell, 1994). In questo senso, negli anni '50, Carl Rogers operò una piccola rivoluzione (Braakmann, 2015), introducendo per la prima volta il registratore nella stanza di terapia, allo scopo di studiare alcuni aspetti quantitativi della sua tecnica terapeutica (Rogers, 1942). Il suo fu, probabilmente, il primo caso di ricerca sul processo, oltre che il primo tentativo di introdurre il metodo scientifico nel mondo della psicoterapia.

Dunque, in questa prima fase della ricerca in psicoterapia, che si potrebbe definire “preistorica” (Migone, 2006), possono intravedersi i primi tentativi di “ricerca empirica”, la quale, tuttavia, risultava ancora carente di necessari presupposti metodologici.

Un importante stimolo verso tale perfezionamento venne offerto dalla “sfida” lanciata da Eysenck a tutte le psicoterapie (Eysenck, 1952). A seguito dei suoi studi, infatti, egli mise in dubbio la legittimità dell'intera pratica psicoterapeutica, dichiarando che nessuna psicoterapia aveva dimostrato la propria efficacia, e che il miglioramento dei pazienti era dovuto semplicemente allo scorrere del tempo (“remissione spontanea”). Questo diede vita ad una vera e propria “esplosione dell'attività di ricerca” (Strupp & Howard, 1992, p. 312).

1.1.2 La ricerca sull'*outcome*

La provocazione lanciata da Eysenck nel 1952, dunque, ebbe un enorme “effetto catalizzatore” (Braakmann, 2015), segnando così l'inizio di una nuova fase della ricerca

in psicoterapia: in essa l'attenzione era focalizzata principalmente sul risultato della psicoterapia (*outcome*), e su come questo potesse essere misurato oggettivamente. In questa fase, infatti, emerse l'importanza di definire dei criteri diagnostici specifici, che consentissero di osservare il cambiamento tra le condizioni pre e post trattamento del paziente, oltre che di strumenti utili a misurarlo. Inoltre, si evidenziò la necessità di valutare, insieme al risultato raggiunto al termine della terapia, anche il mantenimento nel tempo di tale risultato da parte del paziente (*follow-up*).

Tuttavia, in questo periodo emersero anche alcune importanti criticità di ordine metodologico, quali:

- l'inefficacia del metodo *box score* (poi superato con l'avvento delle meta-analisi) il quale non teneva conto dell'*effect size* ("dimensione dell'effetto") fuorviando l'interpretazione dei risultati;
- l'impossibilità di effettuare ricerche in doppio cieco e quindi di controllare l'effetto placebo (Grünbaum, 1986): la condizione di "non trattamento" (gruppo di controllo) è facilmente "sporcata" dalla semplice partecipazione allo studio, che ha già di per sé un qualche effetto terapeutico (sapere che "esiste una cura", che "sarò curato/a", che "sarò ascoltato/a", ecc).

Infine, caratteristico di questo periodo è anche il tentativo di individuare scale e strumenti specifici che riducessero al minimo l'inferenza di ricercatori e clinici sui risultati. È probabilmente in questa fase che, forse a causa di una eccessiva operazionalizzazione di alcuni costrutti, iniziò a delinearsi un divario tra ricerca e clinica che continuerà a caratterizzare l'ambito della psicoterapia fino ai giorni nostri (Migone, 2001).

Nel frattempo, alla fine degli anni '50, emerse la necessità di una maggiore definizione per quello che fino a quel momento era un "*invisible college*", ossia un

insieme di singoli ricercatori in psicoterapia che si scambiavano in maniera informale i risultati delle loro ricerche (Strupp & Howard, 1992). Tre importanti conferenze, organizzate dall'*American Psychological Association* (APA) e finanziate dal *National Institute of Mental Health* (NIMH), si svolsero nel 1958 a Washington, nel 1961 a Chapel Hill, e nel 1966 a Chicago, portando alla nascita della *Society for Psychotherapy Research* (SPR), un'associazione internazionale e multidisciplinare di ricercatori in psicoterapia, il cui primo importante convegno avvenne a Chicago nel 1970.

Un importante ruolo organizzativo del campo della ricerca va attribuito anche alla pubblicazione del primo *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1971), “pietra miliare” della ricerca in psicoterapia, nel quale viene fatta una revisione sostanziale della letteratura, evidenziandone sviluppi e nuove tendenze, e giunto oggi alla sua settima edizione.

1.1.3 La ricerca sul *process*

In questa seconda fase, importanti sviluppi in ambito metodologico avevano arginato le difficoltà di interpretazione dei risultati delle ricerche in psicoterapia (Dazzi, 2006): l'introduzione di tecniche di meta-analisi (promosse nel 1976 da Glass), permise di rispondere in maniera definitiva alla questione posta da Eysenck sull'efficacia generale della psicoterapia. Le meta-analisi di Smith, Glass e Miller (nel 1980) e di Shapiro e Shapiro (nel 1982) dimostrarono inequivocabilmente che i risultati dei gruppi trattati con psicoterapie erano superiori sia a quelli dei gruppi non trattati (controllo) che a quelli dei gruppi trattati con placebo (liste d'attesa, colloqui informali o condotti da personale non qualificato), oltre ad essere tendenzialmente più duraturi (Lambert, 2004).

Tuttavia, nonostante questo importante risultato, rimaneva insoluto il “verdetto di Dodo”, emesso da Luborsky a seguito di studi comparativi tra diverse psicoterapie

(Luborsky et al., 1975). Dai suoi studi emergeva che, dal confronto tra diverse tipologie di psicoterapia, nessuna risultava significativamente più efficace delle altre. Questo “*tie score effect*” (“effetto parità di punteggio”) venne attribuito alla maggiore rilevanza di fattori “aspecifici” (ossia comuni alle diverse psicoterapie) rispetto a quelli “specifici” (ossia propri di una tecnica terapeutica) nell’outcome della terapia, e in particolare al fattore dell’alleanza terapeutica (Luborsky et al., 1975).

Per quanto riguarda la ricerca, se da un lato questo “paradosso dell’equivalenza” implicava la messa in dubbio della legittimità scientifica delle diverse scuole di psicoterapia (Frank, 1978), dall’altro lato rappresentò un importante impulso a rivolgere l’attenzione non solo all’esito delle psicoterapie, ma anche al processo terapeutico (Dazzi, 2006).

Un altro importante impulso in questa direzione venne dato dai risultati del *Menninger Psychotherapy Research Project*: a partire dal 1954 fino agli anni ’70, presso la Menninger Clinic a Topeka, venne svolto un importante studio sulla psicoterapia a lungo termine, nel quale, per la prima volta in ambito psicoanalitico, il focus d’interesse veniva spostato dal risultato al processo (Migone, 2006). L’intento di questo progetto di ricerca, infatti, era quello di “studiare il processo e il corso della psicoterapia al fine di comprendere meglio come questa contribuisca ai cambiamenti nei pazienti affetti da malattie mentali” (Wallerstein et al., 1956, p. 223). I risultati di tale studio vennero analizzati nel report di Kernberg (1972) e, in seguito, dal *follow-up* di Wallerstein (1986), evidenziando ulteriormente l’importanza degli studi sul processo.

La ricerca sul processo, dunque, si propone di indagare cosa accada tra paziente e terapeuta durante la terapia. Questo intento fu raggiunto anche grazie all’introduzione di metodi di registrazione e trascrizione dei colloqui clinici (Orlinsky et al., 2004), i quali

consentirono ai ricercatori di analizzare in maniera diretta i processi verbali responsabili dell'interazione terapeutica, oltre a renderli esaminabili anche da osservatori esterni (Strupp & Howard, 1992).

D'altra parte, la ricerca sul processo è stata nutrita anche dai tentativi, messi in atto dalle diverse scuole, di dimostrare l'unicità dei propri fondamenti e modelli teorici, e quindi la legittimità della propria tecnica terapeutica (Dazzi, 2006). Questa esigenza si produsse in una esplosione di studi comparativi, che portò ad un ulteriore salto di qualità in ambito metodologico, poiché per tali studi era necessaria una più specifica definizione della tecnica terapeutica indagata. In particolare, questa definizione implicava la specificazione di: (a) Principi di base della tecnica; (b) Esempi concreti (c) Strumenti per misurare aspetti del processo specifici della tecnica (*rating scales*).

Tra i più importanti studi comparativi realizzati in questo periodo vi sono il *Temple Study* (Sloane et al., 1975), in cui si confrontarono terapia breve comportamentale e dinamica, il *Vanderbilt Psychotherapy Research Project* (Strupp & Hadley, 1979) in cui vennero paragonate terapie dinamiche ed esperienziali, e la ricerca di Piper e collaboratori (1984), che raffrontò terapia individuale e di gruppo. Inoltre, nel corso degli anni '80, venne realizzato il *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (Elkin et al., 1989), un importante studio multicentrico sponsorizzato dal *National Institute of Mental Health* (NIMH) sulla terapia per la depressione. Si trattava di uno studio randomizzato controllato (*Randomized Controlled Trial – RCT*) con alti standard di pulizia metodologica, che mirava a dimostrare l'applicabilità, anche alla ricerca in psicoterapia, di disegni di ricerca provenienti dall'ambito medico e farmacologico. I successivi studi mantennero e implementarono queste tendenze fino alla pubblicazione, nel 1995, dell'elenco degli "*Empirically Supported Treatment*" (EST,

Nathan & Gorman, 1998), messo a punto dalla task force della Divisione 12 dell'APA, i cui propositi ed effetti sono ancora oggi oggetto di accesi dibattiti (Del Corno & Lang, 2006).

1.1.4 La ricerca sul *process-outcome*

La ricerca sul *process-outcome*, attiva già nei primi anni '50 ma affermata solo negli anni '80, si propone di integrare i due grandi filoni della ricerca in psicoterapia, connettendo ciò che avviene durante il processo terapeutico (*process*) agli esiti dello stesso (*outcome*). Questo tipo di ricerca, dunque, cerca spiegare il cambiamento mettendolo in relazione ai processi che in esso sono coinvolti.

Tra i più importanti studi appartenenti a questo filone vi è certamente il *Penn Psychotherapy Research Project* di Luborsky. Iniziato nei primi anni '60 e proseguito per oltre un ventennio, questo progetto di ricerca ha permesso l'individuazione di importanti indicatori predittivi della riuscita della terapia psicoanalitica (Luborsky et al., 1988), a partire dai quali venne poi elaborata la *Global Assessment Scale* (GAS, Endicott et al., 1976), utilizzata per l'asse V del DSM III; inoltre, ha approfondito l'analisi di aspetti fondamentali dell'interazione terapeutica, come il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), che consente di operationalizzare il transfert partendo dalle trascrizioni delle sedute (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).

La ricerca sul *process-outcome*, dunque, non necessariamente riguarda la relazione tra processo ed esito solo a livello di intera terapia (intesa come percorso composto da un certo numero di sedute), ma può riferirsi anche ad altri livelli, più o meno ampi. Secondo Orlinsky et al. (2004), possono individuarsi 9 diversi livelli di analisi, che vanno dallo studio di interi trattamenti, inclusivi di *follow-up*, fino all'analisi di frammenti di seduta, come gli scambi verbali tra paziente e terapeuta. Negli ultimi decenni, la ricerca

si è mossa proprio in questa direzione, intensificando l'interesse verso i "microprocessi" terapeutici, ossia gli aspetti molto dettagliati e specifici dell'interazione tra terapeuta e paziente, che compongono e spiegano il macro-processo terapeutico, e che possono osservarsi durante singole sedute o parti di esse (Migone, 2006).

A seguito delle prime fasi della ricerca in psicoterapia, nelle quali l'obiettivo di dimostrare che "la psicoterapia è efficace" è stato raggiunto, l'interesse dei ricercatori si è rivolto maggiormente verso la comprensione del "come" questo accada: la ricerca sul *process-outcome* supera la dicotomia tra le due principali correnti della ricerca, e ne interroga l'interrelazione, indagando quali aspetti del processo giochino un ruolo determinante sul risultato, e in che modo lo facciano.

1.1.5 Sviluppi recenti della ricerca in psicoterapia

Le attuali linee di sviluppo della ricerca in psicoterapia cercano di affrontare il problema, ormai antico e consolidato, dell'eccessiva scissione tra ricerca e clinica. Nell'ambito della ricerca empirica, soprattutto dopo la diffusione del movimento EST (Nathan & Gorman, 1998), la necessità di rispettare rigorosi standard metodologici ha spinto i disegni di ricerca verso una sempre maggiore "purezza" dei dati, fin quasi a snaturarne il reale significato, rendendo le ricerche "sterili" e incapaci di indagare la reale complessità della pratica clinica. Questa tendenza all'ipersemplificazione della situazione clinica riguarda soprattutto i disegni di ricerca RCT (*Randomized Controlled Trial*) i quali, sebbene offrano numerosi vantaggi nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti, risultano poi "causalmente vuoti" (Elliott, 2002) ossia non in grado di indagare la spiegazione o il "meccanismo" sottostante la relazione causale che evidenziano. Nel tempo, questo vuoto esplicativo ha portato ad una scarsa applicabilità dei risultati della

ricerca alla pratica clinica, ad ulteriore evidenza dell'importante divario creatosi tra significatività statistica (*efficacy*) e significatività clinica (*effectiveness*).

Partendo dai limiti sinora evidenziati, e in aperta contrapposizione agli assunti teorici del movimento EST, la *task force* della Divisione 29 dell'APA ha invece rivolto la propria attenzione alle caratteristiche della relazione tra paziente e terapeuta, dando importanza allo studio di fattori quali l'alleanza terapeutica, le sue rotture e riparazioni, l'empatia, la considerazione positiva, e le reazioni di controtransfert (Muran et al., 2010), istituendo così il movimento delle "*Empirically Supported Relationships*" (ESR, Norcross, 2002). Questa maggiore attenzione agli aspetti relazionali si è manifestata anche nel recente sviluppo di correnti di ricerca che indagano l'esperienza soggettiva di paziente e terapeuta (Gelo, 2012), e il ruolo del contesto socioculturale.

In quest'ultima fase della ricerca in psicoterapia, dunque, si è potuto osservare un ampliamento degli orizzonti metodologici, che ha portato ad un rinnovato interesse per il contesto della "scoperta", e ad una crescita significativa della ricerca qualitativa, maggiormente orientata alla comprensione del "perché" dei fenomeni. Inoltre, si sono sempre più diffusi disegni di ricerca quali gli "studi naturalistici" (Shadish et al., 2002) – ricerche quasi sperimentali, nelle quali i pazienti sono selezionati conservando maggiore validità ecologica – e i "single case" (Lingiardi, 2006) – ricerche intensive sul singolo paziente, su cui vengono effettuate misurazioni ripetute allo scopo di valutare quali e quanti cambiamenti sono avvenuti nel corso del trattamento.

Dunque, alla necessità di ritornare all'esperienza clinica come punto di partenza pur mantenendo adeguati standard metodologici (Kächele et al., 2015), la ricerca in psicoterapia ha risposto muovendosi nella direzione del pluralismo metodologico, che mescola le qualità dei due approcci qualitativo e quantitativo, nel tentativo di sviluppare

una metodologia della ricerca in grado di rendere conto della complessità di un oggetto di indagine come l'incontro tra terapeuta e paziente.

1.2. Le psicoterapie brevi

Nell'ambito della ricerca, numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia delle psicoterapie brevi (Fonagy, 2015; Leichsenring, 2005). Mentre alcuni studi degli anni '80 supportavano la validità del rapporto dose-effetto, ossia la correlazione tra durata della terapia e risultati ottenuti (Howard et al., 1986), oggi molti dati attestano la parzialità di questo assunto. Pur rimanendo necessarie determinate caratteristiche temporali nel trattamento di alcune patologie, ad oggi è dimostrato che, molto più che dalla durata del trattamento, l'efficacia delle terapie dipende da quanto esse sono orientate ai fattori psicopatologici che sottendono ai sintomi, (Roth & Fonagy, 2005).

Tra i più importanti studi che sostengono l'efficacia delle psicoterapie brevi possono annoverarsi la meta-analisi di Leichsenring e collaboratori (2004), che raccoglie i risultati di 17 RCT riferiti all'efficacia dei trattamenti brevi su varie psicopatologie, e la meta-analisi di Abbass e collaboratori (2006), nella quale viene considerato un campione complessivo di 1431 pazienti con disturbi d'ansia, depressivi, somatoformi, anche in comorbilità con disturbi di personalità. Tali studi, oltre a supportare l'efficacia della terapia dinamica breve e la stabilità dei risultati con essa raggiunti, hanno evidenziato come i cambiamenti psicologici avviatisi nel corso del trattamento continuino a crescere anche dopo la sua conclusione.

Infine, in riferimento al tema del rapporto costi/benefici della psicoterapia, la meta-analisi di Abbass e collaboratori (2009) ha dimostrato come interventi di psicoterapia breve possano ridurre gli accessi dei pazienti ai servizi sanitari, apportando così un importante risparmio di risorse economiche pubbliche.

1.2.1 Evoluzione storica delle psicoterapie brevi

Negli ultimi anni della sua vita, Freud si esprime con grande preoccupazione circa il numero di trattamenti psicoanalitici che erano diventati “interminabili”. Nella sua ultima opera (“*Analisi terminabile e interminabile*”, 1937), egli riconsidera, da una prospettiva sia teorica che pratica, il problema dell’eccessiva durata della terapia psicoanalitica, ed esamina i tentativi fatti dai suoi seguaci per renderla più breve.

Tuttavia, in modo quasi paradossale, le più antiche radici delle psicoterapie brevi possono rintracciarsi proprio nei suoi primi scritti, gli “*Studi sull’Isteria*” (1895), pubblicati insieme a Breuer, nei quali egli introduce il suo “metodo catartico” – precursore del successivo metodo psicoanalitico – che richiama, per numerosi elementi, le caratteristiche principali delle tecniche di psicoterapia breve (Flegenheimer, 1986). Si trattava, infatti, di un metodo che prevedeva un atteggiamento del terapeuta molto attivo, con l’uso frequente di tecniche di confrontazione e di attacco diretto alle difese del paziente, e che non poteva quindi essere applicato indistintamente a tutti i pazienti. Il metodo catartico venne abbandonato quasi subito da Freud, il quale in seguito si orientò maggiormente sul metodo delle libere associazioni. Questo passaggio trasformò la sua tecnica terapeutica in modo radicale: il ruolo del terapeuta divenne gradualmente più passivo, la regressione del paziente sempre più profonda, con sempre maggiore attenzione rivolta alla nevrosi di transfert, il cui instaurarsi portava ad un notevole allungamento della durata delle terapie.

Ferenczi e Rank, allievi di Freud, tentarono di occuparsi di quelli che dal loro punto di vista erano dei limiti della pratica psicoanalitica. In particolare, nell’opera *The Development of Psychoanalysis* (1922), discussero la necessità di una maggiore attività del terapeuta per mantenere attivi gli affetti connessi al materiale emergente in seduta,

indispensabili per una conseguente adeguata elaborazione; inoltre, analizzarono il ruolo dei limiti temporali del trattamento, necessari, secondo Rank, ad evitare che il paziente, una volta sviluppata la nevrosi di transfert, indugi eccessivamente in fantasie gratificanti indotte dalla situazione transferale. Tale opera, tuttavia, venne interpretata dalla comunità psicoanalitica, oltre che dallo stesso Freud, come un tentativo di minare le fondamenta della psicoanalisi e, di conseguenza, fu aspramente criticata.

Diversi anni dopo, Alexander riprese e sviluppò le idee dell'opera, attraverso un importante progetto di ricerca realizzato al Chicago Institute of Psychoanalysis. I risultati della ricerca vennero pubblicati nell'opera *Psychoanalytic Therapy* (1946), scritta in collaborazione con French. Tale progetto aveva l'obiettivo di individuare "metodi psicoterapeutici più brevi ed efficaci", in contrasto con l'idea freudiana che la qualità della terapia fosse necessariamente proporzionale alla sua lunghezza. Anche Alexander, come Ferenczi e Rank, contestò l'immotivato prolungamento delle analisi che, spingendo l'esplorazione anche a stadi precedenti alle fissazioni del paziente, ne provocano un'inutile regressione. Gran parte delle tecniche proposte da Alexander, infatti, sono orientate a ridurre al minimo i meccanismi regressivi, attraverso espedienti tecnici volti ad intensificare il trattamento e a velocizzare la mobilitazione delle componenti emotive del trauma del paziente ("manipolazione del transfert"), fino a giungere, il prima possibile, ad una "esperienza emotiva correttiva". Le idee di Alexander ebbero enorme diffusione (Marmor, 1979), seppur attraverso vie non ufficiali e con scarsa risonanza in letteratura, sempre a causa dell'ostruzionismo derivato dalla strenua difesa della psicoanalisi classica da parte delle correnti più ortodosse.

Ad ogni modo, tra la fine degli anni '50 e i primi anni '60, dopo la diffusione e il consolidamento delle teorie psicoanalitiche, si generò un'enorme richiesta di trattamenti

psicoanalitici a lungo termine. Questo spinse numerosi clinici-ricercatori, in diversi centri urbani di psicoterapia, ad elaborare e sperimentare nuove tecniche di intervento, nel tentativo di ridurre la durata dei trattamenti. Sotto l'influsso degli scritti di Alexander, diversi autori contribuirono allo sviluppo delle psicoterapie dinamiche brevi: i più noti furono Balint, Malan, e Mann, attivi al Tavistock Institute di Londra, oltre a Wolberg, Sifneos e Davanloo. La maggior parte di essi, tuttavia, mantenne un approccio prevalentemente interpretativo, sviluppando tecniche brevi che risultavano efficaci solo per un esiguo numero di pazienti, che venivano preselezionati per il trattamento solo quando riportavano una problematica focalizzata, alta motivazione e basse resistenze.

Del tutto originale, invece, è il lavoro di Davanloo, il quale nella sua quarantennale attività di ricerca ha sempre mantenuto una costante tensione verso l'ampliamento della gamma di pazienti trattabili con la sua tecnica (Beeber, 2018), riuscendo a sviluppare una metodologia di trattamento in grado di aiutare, in tempi brevi, anche pazienti altamente resistenti e con problematiche multifocali.

1.2.2 Il lavoro pionieristico di Davanloo

Habib Davanloo iniziò la sua attività di ricerca sulla psicoterapia breve nel 1963, quando, insoddisfatto dei risultati ottenuti applicando il trattamento psicoanalitico classico, iniziò a videoregistrare le proprie sedute, presso il Montreal General Hospital, allo scopo di analizzare in dettaglio l'interazione coi pazienti, e comprendere quali elementi favorissero il progredire del processo terapeutico e quali invece ne causassero momenti di stallo (Davanloo, 2000).

Nella continua revisione del proprio lavoro clinico, egli analizzava retrospettivamente gli effetti dei propri interventi sui pazienti, e modificava la propria

tecnica in modo iterativo, allo scopo di anticipare sempre più l'accesso all'inconscio, e di conseguenza accelerare i tempi della terapia (Beeber, 2018).

Attraverso questa procedura per prove ed errori, Davanloo ha individuato una serie sistematizzata e coerente di interventi specifici, giungendo infine alla formulazione di una tecnica di trattamento altamente attiva, in grado di ottenere un "accesso diretto" alle emozioni conflittuali inconsce, da lui denominata Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – ISTDP).

1.2.3 L'impianto teorico dell'ISTDP

Il modello teorico alla base dell'ISTDP, chiamato da Davanloo "nuova metapsicologia dell'inconscio" (Davanloo, 2000), prevede che la dinamica patogena principale si instauri nel paziente in seguito a traumi infantili nelle relazioni di attaccamento (Bowlby, 1982). Tali traumi indurrebbero nel paziente intensi sentimenti conflittuali, in seguito bloccati e repressi: in particolare, secondo Davanloo, il paziente svilupperebbe, nei confronti delle figure di attaccamento, sentimenti di rabbia omicida inconscia, tanto più primitiva quanto più precoce è il trauma; per tale rabbia, tuttavia, egli proverebbe anche dolore e un intenso senso di colpa. A tale situazione emotiva fortemente conflittuale, il paziente reagirebbe in maniera fobica, allontanando sin dall'infanzia tali sentimenti dalla coscienza, fino a rendere il loro evitamento automatico e inconscio.

In successive situazioni relazionali, compresa quella terapeutica, tali sentimenti non elaborati possono riattivarsi, generando importanti quote di ansia e l'attivazione delle difese contro la loro riemersione. Il perpetrarsi di questo meccanismo può portare a manifestazioni sintomatologiche quali difficoltà relazionali o risposte disadattive e, nei casi più gravi, allo sviluppo di tratti masochistici, concettualizzati da Davanloo con il costrutto di "perpetratore dell'inconscio" (Davanloo, 2000).

Nell'ambito della relazione terapeutica, tali sentimenti patogeni possono essere esperiti ed elaborati, consentendo al paziente di migliorare la propria capacità relazionarsi alle proprie emozioni, e di ridurre l'espressione sintomatica responsabile della sofferenza.

1.2.4 La tecnica di Davanloo

Il trattamento ISDTP inizia con un colloquio di valutazione prolungato, che può durare fino a 2-3 ore, chiamato "Terapia di Prova". In essa, le tecniche principali del metodo vengono applicate sin da subito, allo scopo di consentire al clinico di valutare l'idoneità del paziente, e delle sue problematiche, all'approccio ISTDP. In particolare, il terapeuta valuta alcuni parametri relativi al funzionamento del paziente, quali il profilo di risposta al trattamento, i modelli di ansia somatica, i modelli di difesa, e la capacità di identificare e tollerare sentimenti complessi. Questi elementi consentiranno poi al clinico di adattare il trattamento alle esigenze del paziente, in modo tale da consentirgli di tollerarne l'intensità e trarne beneficio (Thoma & Abbass, 2022).

Inoltre, la terapia di prova può funzionare anche come un intervento autonomo, essendo in alcuni casi sufficiente una sola sessione per portare il paziente ad una svolta emotiva tale da ridurre drasticamente i sintomi (Abbass et al., 2017).

Nella tecnica ISTDP, il ruolo attivo del terapeuta è quello di aiutare il paziente a sperimentare le emozioni represses in periodi precoci della sua vita. Per farlo, egli agisce allo scopo di mobilitare i sentimenti inconsci del paziente all'interno del transfert, attivando un processo circolare che prevede confronti diretti col paziente, intervallati da specifiche tecniche di sostegno, utili a non far percepire la terapia come aggressiva o umiliante (Flegenheimer, 1986). Tale procedura mobilita nel paziente quote di ansia inconscia, le quali, secondo Davanloo (1990) possono avere tre differenti percorsi di scarica, a seconda del grado di solidità dell'Io del paziente: (1) la via somatica, che

coinvolge la muscolatura striata (volontaria), e può avere manifestazioni quali tensione nelle mani o sospiri nella respirazione; è tipica di pazienti senza deficit dell'Io e con una certa tolleranza all'ansia; (2) la via viscerale, che coinvolge la muscolatura liscia degli organi interni (involontaria), causando problemi quali emicrania, ipertensione o problemi gastrointestinali; è manifestata da pazienti senza deficit dell'Io ma con scarsa tolleranza all'ansia; (3) la via cognitivo-percettiva, che coinvolge le funzioni cognitive e può dar luogo a sintomi quali offuscamento visivo, stati confusivi e disorientamento, fino a vere e proprie allucinazioni; essa riguarda pazienti che presentano importanti fragilità nell'Io (Davanloo, 1990). L'utilizzo dell'una o dell'altra modalità di scarica dell'ansia fornisce al terapeuta indicazioni circa l'intensità e accelerazione da imprimere alla sequenza di interventi, e sull'eventualità di anteporre alla terapia vera e propria un lavoro di ristrutturazione delle difese dell'Io (Abbass et al., 2013).

In questa prima fase psicodiagnostica, chiamata da Davanloo *indagine*, il terapeuta esplora le difficoltà del paziente, esercitando *pressione* con domande inquisitorie circa i sentimenti che egli tenta di evitare; questo porta alla mobilitazione di sentimenti transferali complessi, relati ai sentimenti provati verso le figure di attaccamento, che inducono nel paziente l'attivazione delle difese e l'aumento della resistenza. In particolare, si tratta della "Resistenza nel Transfert", ossia il tentativo del paziente di erigere un muro tra sé e il terapeuta, impedendo che tra i due possa esserci una reale vicinanza emotiva.

Giunto alla cristallizzazione delle difese del paziente, il terapeuta le *sfida* in maniera diretta, evidenziandole al paziente ed invitandolo a non adoperarle, arrivando a quello che Davanloo ha definito uno "scontro frontale" (*head-on collision*), che consiste nel mostrare al paziente la dinamica relazionale disfunzionale in atto, e accompagnarlo

alla consapevolezza della valenza masochistica ed autolimitante delle proprie difese. Questo passaggio induce nel paziente una *crisi intrapsichica*, e porta all'attivazione, all'interno della relazione terapeutica, di una nuova forza dinamica, chiamata da Davanloo "Alleanza Terapeutica Inconscia": essa consiste nella contrapposizione attiva del paziente alle sue stesse resistenze, ormai percepite come distoniche, e nella sua maggiore collaborazione col terapeuta nel recupero di ricordi ed emozioni conflittuali passate, in qualche modo elicitate dall'attuale relazione di transfert (Davanloo, 1990).

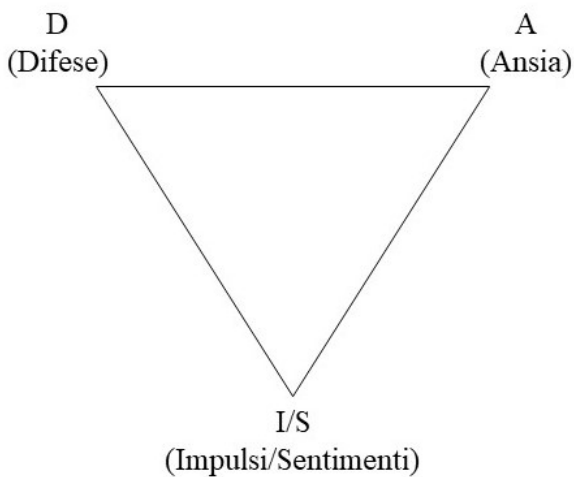
Si giunge, quindi, allo "sblocco dell'inconscio" (*unlocking of the unconscious*), che rende accessibili i sentimenti finora evitati dal paziente, e consente l'osservazione diretta delle dinamiche psicopatologiche responsabili dei sintomi. Grazie al materiale che emerge in questa fase, il paziente riesce a vivere un'intensa esperienza emotiva, che comprende lo sperimentare, anche a livello somatico, sentimenti di rabbia, colpa e amore nei confronti delle figure di attaccamento, fino a quel momento non accessibili. Questo consente una loro elaborazione ed integrazione, con conseguente riduzione dell'ansia e delle difese ad esse connesse.

Nei casi più gravi possono essere necessarie diverse ripetizioni di tale sequenza, che permettono al paziente di migliorare gradualmente la propria capacità di tollerare emozioni sempre più forti, fino ad elaborare completamente tutte le emozioni bloccate e represses in infanzia.

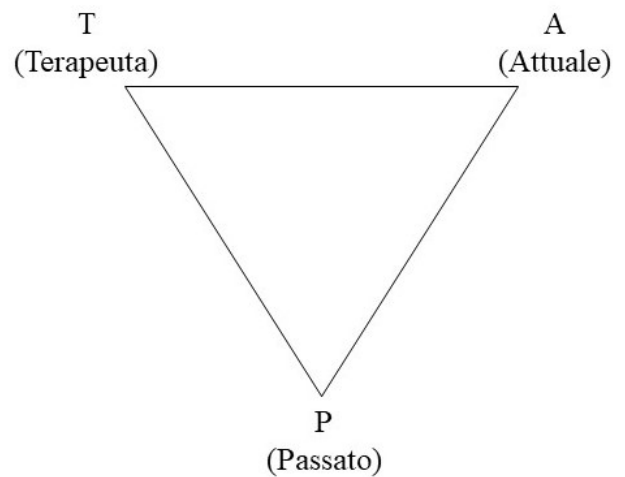
Infine, allo scopo di consolidare cognitivamente quanto esperito dal paziente, il terapeuta procede alla *ricapitolazione* estesa dell'intero processo terapeutico, con particolare enfasi su sentimenti e difese responsabili del disturbo, per promuovere nel paziente una comprensione consapevole dei collegamenti tra i fenomeni.

La successione di fasi appena descritta definisce la Sequenza Dinamica Centrale, (Abbass & Town, 2013; Davanloo, 2000) che può intendersi e adoperarsi anche come un utile strumento della pratica clinica, poiché in grado di servire al terapeuta come una griglia guidata del processo che conduce all'*unlocking* dell'inconscio.

Un ulteriore strumento utilizzato dal terapeuta per orientarsi nell'interazione col paziente, e monitorarne le comunicazioni verbali e non verbali, sono i triangoli di Malan (il "Triangolo del Conflitto" e il "Triangolo delle Persone"), descrittivi dei collegamenti psicodinamici intrapsichici alla base della psicopatologia (Malan, 1976). Essi permettono al terapeuta di "mappare" le difese attivate dal paziente (D) per proteggersi dalla consapevolezza degli impulsi o sentimenti conflittuali profondi (I/S), che gli generano ansia (A), in riferimento alla relazione col terapeuta (T), con le figure di riferimento attuali (A) e quelle del passato (P).



Triangolo del Conflitto (H. Ezriel)



Triangolo delle Persone (K. Menninger)

Figura 1: Triangoli di Malan (1976)

Una caratteristica fondante della tecnica ISTDP concerne l'importante funzione attribuita all'esperienza viscerale delle emozioni per una loro adeguata elaborazione. Il trattamento ISTDP, infatti, prevede che i sentimenti conflittuali inconsci vengano prima esperiti a livello corporeo e solo successivamente elaborati da un punto di vista cognitivo. Tale elemento richiama l'importante ruolo attribuito alle esperienze somatiche e viscerali nel processo di sviluppo del significato emozionale, aspetto che viene approfonditamente indagato nell'ambito della ricerca di Wilma Bucci, e all'interno della sua teoria del codice multiplo.

1.3 La teoria del codice multiplo di Wilma Bucci

La teoria del codice multiplo è stata sviluppata da Wilma Bucci a partire dal 1985, con l'intento di fornire una nuova teoria esplicativa ad alcuni concetti psicoanalitici ancora estremamente vitali nell'ambito della pratica clinica. In particolare, la sua teoria tenta di fornire una spiegazione empiricamente fondata all'ipotesi freudiana del "codice duale" di elaborazione mentale, ossia l'identificazione di una modalità di pensiero, che concerne l'Inconscio e l'Es, che è radicalmente diversa dalle modalità di pensiero della vita cosciente, razionale e vigile, nominando tali diversi processi "processo primario" e "processo secondario". Ritenendo che tali concetti manchino di validità costruttiva, Bucci evidenzia la necessità di ridefinirli nel contesto della ricerca attuale, rendendoli maggiormente coerenti e suscettibili di indagine empirica (Bucci, 1997a).

Partendo dai progressi introdotti nell'ambito delle scienze cognitive dal lavoro di Paivio (1986), che considerava organizzatori del pensiero le immagini e le parole, Bucci amplia le componenti di tale modello psicologico considerando anche il ruolo delle emozioni nell'organizzazione della cognizione umana, e incorpora i flussi delle esperienze sensoriali e corporee come ulteriori componenti del pensiero (Bucci, 2021b).

Inoltre, mentre Paivio postulava una connessione diretta tra rappresentazioni verbali e non verbali, Bucci sostiene che tali connessioni non avvengano in modo immediato e diffuso, ma al contrario, solo in modo limitato e parziale. A tale limitazione Bucci imputa le difficoltà sperimentate dagli individui nell'esprimere i propri sentimenti a parole, evidenziando come il divario tra esperienza e linguaggio diventi particolarmente profondo nel processo di verbalizzazione dell'esperienza emotiva.

Bucci analizza queste difficoltà nell'ambito della sua teoria del codice multiplo, che definisce come “una teoria psicologica generale delle interazioni fra i sistemi cognitivo, linguistico, emozionale e corporeo” (Bucci, 2000, p. 2), e che inquadra all'interno di una cornice teorica che afferisce alle scienze cognitive, alla psicologia delle emozioni e alle neuroscienze. In essa, il funzionamento mentale viene spiegato come un insieme di processi che si occupano di elaborare le informazioni su tre diversi livelli: subsimbolico, simbolico non verbale e simbolico verbale. Tali sistemi di elaborazione, inoltre, sono tra loro connessi attraverso il “processo referenziale”, che collega le esperienze sensoriali ed emotive subsimboliche con immagini e parole, e viceversa, consentendo agli individui di condividere la propria esperienza emotiva e di comprendere quella altrui.

1.3.1 Modalità di elaborazione delle informazioni

Secondo il modello della Bucci, dunque, esistono tre modalità principali con le quali gli esseri umani elaborano le informazioni: subsimboliche, simboliche non-verbali, e simboliche verbali (Bucci, 2022).

La modalità di elaborazione *subsimbolica* delle informazioni è automatica, costantemente attiva fin dalla nascita, e capace di influenzare la vita mentale dell'individuo sia a livello conscio che inconscio. È una elaborazione sistematica, che

avviene a livello motorio, viscerale e sensoriale, e che permette l'acquisizione di informazioni in formato "analogico" e globale, tramite processi connessioneistici continui e in parallelo. Essa consente all'individuo di compiere azioni intuitive e automatiche, utilizzando parametri di misurazione continui e impliciti, che non portano alla formazione di categorie discrete. È responsabile della nostra capacità di compiere movimenti complessi nella danza o nello sport, di anticipare la traiettoria di oggetti in movimento, di avvertire sottili differenze nella nostra percezione sensoriale. Inoltre, il sistema subsimbolico è coinvolto anche negli aspetti non verbali e involontari della comunicazione: ad esempio, permette di riconoscere lievi cambiamenti negli stati emotivi degli altri tramite piccoli cambi d'espressione o di postura, oppure di ravvisare modificazioni nel proprio stato d'animo in base ad esperienze somatiche e cinestetiche. Attraverso questa modalità di elaborazione, siamo in grado di formulare previsioni e giudizi impliciti, che interpretano la realtà anche al di fuori dalla nostra consapevolezza.

La modalità di elaborazione *simbolica*, invece, lavora attraverso la produzione di simboli, tramite i quali le informazioni continue possono essere ordinate in entità discrete. Tali entità sono dotate di proprietà di legame, ossia capacità di rappresentare altre entità, e proprietà generativa, ossia capacità di generare, se combinate secondo determinate regole, infinite nuove entità. I simboli possono essere immagini o parole, dunque entità non verbali o verbali.

Le *immagini* (simboli non verbali) sono rappresentazioni mentali che possono prodursi, in modo conscio o inconscio, in seguito ad esperienze sensoriali, motorie e organiche, sia interne che esterne al nostro corpo. Benché sia più facile pensare ad immagini visive, tali rappresentazioni possono riferirsi a tutti e cinque gli organi di senso, producendosi anche in forma di odori, suoni, sapori o esperienze tattili. In quanto simboli,

le immagini possiedono anch'esse proprietà di riferimento e generatività, e come le parole, possono essere costruite o scomposte, unendo o separando diversi elementi discreti.

Le *parole* (simboli verbali) sono le entità simboliche per eccellenza. Esse sono composte da unità elementari (fonemi) che, quando ricombinate, sono in grado di produrre infinite nuove parole; a loro volta le parole, quando ricombinate, possono produrre altrettanti infiniti significati, rendendo il linguaggio una fonte potenzialmente illimitata di creatività. Attraverso le parole, gli esseri umani sono in grado di comunicare esperienze emotive e sensoriali, riflettere sui propri stati interni, regolare azioni e pensieri, rendendone possibile la condivisione.

Il sistema simbolico verbale è l'unico appartenente esclusivamente agli esseri umani, e funziona tramite un processo monocanale sequenziale, ossia ci consente di generare o comprendere un solo messaggio verbale per volta. Esso è dominante principalmente, anche se non unicamente, nello stato cosciente.

1.3.2 Gli schemi emotivi

La nostra conoscenza del mondo e di noi stessi si basa sulla costruzione degli schemi di memoria, ossia strutture organizzate di ricordi relativi alle esperienze vissute, in grado di determinare le modalità con le quali sperimenteremo nuove esperienze future. Tali schemi iniziano a svilupparsi fin dall'infanzia, ben prima dell'acquisizione del linguaggio, e continuano a svilupparsi per tutta la vita. Essi sono strutturati come una rete di possibili connessioni, che può essere ampliata o modificata quando attivata in corrispondenza di nuove esperienze (Bartlett, 1932).

Gli schemi emotivi, nella definizione di Bucci, sono particolari tipi di schemi di memoria, che agiscono sia dentro che fuori dalla coscienza, e che si distinguono dagli altri schemi cognitivi per due principali caratteristiche:

- sono principalmente relazionali, ossia strutturati in base a esperienze interpersonali piuttosto che su conoscenze generali;
- sono organizzati e formati sulla base di ripetute esperienze subsimboliche sensoriali, somatiche e motorie, definite nel loro insieme “nucleo affettivo”, i cui processi risultano dominanti nel funzionamento dell'intero schema emotivo.

Tali schemi, dunque, sono caratterizzati principalmente da processi somatici e viscerali, piuttosto che da immagini simboliche e parole; in particolare, possono includere processi legati al mantenimento del benessere fisiologico – come modificazioni nel funzionamento degli apparati respiratorio, circolatorio ed endocrino – e processi motori associati a disposizioni all'azione.

Qualsiasi elemento di uno schema emotivo può essere attivato a partire da qualsiasi altro: immagini di persone, luoghi o oggetti presenti nella memoria, suoni o parole, odori, componenti somatiche, movimenti, ecc. Inoltre, tali schemi contengono rappresentazioni, in tutte le modalità sensoriali, di oggetti, o parti di essi, investiti emotivamente, e della nostra relazione con essi. Tali rappresentazioni sono connesse a modelli di attivazione motoria e viscerale associati alle esperienze con tali oggetti, ossia ciò che proviamo, o ci aspettiamo di provare, in determinate situazioni o con determinate persone.

Gli schemi emotivi si strutturano nei primi anni di vita, sulla base di ripetute esperienze di interazione con altri significativi. La reiterazione di un dato modello

relazionale, infatti, porta alla formazione di desideri, aspettative e credenze verso le altre persone, che possono influenzare in maniera sostanziale le modalità di interazione del soggetto. Essi sono definiti da Bucci “la base per le valutazioni emotive che guidano la nostra vita” (Bucci, 2003, p. 9), e hanno un importante ruolo nell’attivazione del processo referenziale.

1.3.3 Il processo referenziale

I tre sistemi subsimbolico, simbolico non-verbale, e simbolico verbale, coi loro rispettivi contenuti e principi organizzativi sono collegati dal processo referenziale, ossia il processo di sviluppo di significato emozionale, che avviene quando un soggetto connette, o tenta di connettere, l’esperienza emotiva al linguaggio. In esso, il flusso continuo dell’esperienza sub-simbolica, composta da contenuti analogici e in buona parte paralleli, viene trasformato in elementi simbolici trasmissibili attraverso il singolo canale discreto del codice verbale. È un processo complesso, che avviene solo in modo limitato e parziale, e può operare sia in momenti di interazione con altri che nel pensiero per sé stessi.

In termini generali, il processo è composto da tre funzioni principali, che possono susseguirsi regolarmente ma anche essere interrotte o ripetute:

- *Arousal*: il processo referenziale inizia con l’attivazione di uno schema emotivo, e delle relative componenti somatiche e sensoriali. In questa fase il soggetto può esperire sensazioni difficilmente descrivibili, poiché l’emozione che prova non è in forma simbolica, ed è dunque complessa da formulare verbalmente. Essa, tuttavia, può essere comunicata a livello subsimbolico attraverso movimenti, gesti o espressioni, anche senza che il soggetto sia consapevole di esperire tali sentimenti o di cosa li abbia generati.

- *Simbolizzazione*: in questa fase, le esperienze corporee e sensoriali generate dall'attivazione dello schema possono condurre il soggetto al recupero di ricordi autobiografici, o alla costruzione di fantasie o sogni ad occhi aperti. Questo passaggio consente la connessione dei contenuti subsimbolici ad elementi simbolici quali immagini e parole. Tali elementi simbolici possono essere generati dal soggetto ispirandosi alle sensazioni che esperisce, talvolta senza comprenderne appieno il significato emotivo o la motivazione per la quale sono emersi nella sua mente, in una procedura simile alle libere associazioni o alla creazione dei sogni.
- *Riflessione/Riorganizzazione*: dopo aver descritto e rivissuto quanto emerso nella precedente fase, l'attivazione corporea e sensoriale generata dalla narrazione viene attenuata, consentendo al soggetto di auto-regolarsi e assumere una nuova prospettiva di osservazione sui significati degli elementi emersi. Questo induce modalità più riflessive, che consentono al soggetto la riorganizzazione dei significati emotivi connessi all'esperienza. Inoltre, possono crearsi ulteriori connessioni sia tra sistema verbale e non verbale, che all'interno del sistema non verbale. Tali nuove connessioni possono diventare retroattive, consentendo una modifica degli schemi emotivi e, di conseguenza, lo sviluppo di nuovi significati dell'esperienza.

Sulla base di tali caratteristiche del processo referenziale, la teoria del codice multiplo interpreta la psicopatologia come una conseguenza della dissociazione fra i vari sistemi di elaborazione dei significati emotivi, e il lavoro terapeutico come un processo di riparazione di tali dissociazioni (Bucci, 2003).

1.3.4 Ruolo del processo referenziale in psicoterapia

L'esperienza ripetuta di interazioni traumatiche all'inizio della vita può portare alla formazione di schemi emotivi patologici, che alla loro attivazione generano vissuti dolorosi, minaccianti, o non controllabili. Di conseguenza, tali schemi emotivi vengono dissociati, non potendo più essere modificati o aggiornati, causando una mancata o ridotta integrazione tra i diversi sistemi di elaborazione. Tuttavia, tali schemi continuano ad influenzare le aspettative relazionali del soggetto e le sue modalità di attribuire significati, generando sofferenza emotiva e comportamenti non adattivi.

In particolare, Bucci (1997b) propone tre diversi livelli ai quali la dissociazione può operare: (1) dissociazione delle connessioni tra sistema verbale e non verbale, quindi tra schemi emotivi e parole; (2) dissociazione, all'interno del sistema non verbale, tra i vari canali delle modalità non verbali; all'interno dello schema emotivo, vengono distrutte o bloccate le connessioni tra i modelli somatici o motori subsimbolici di attivazione, e le immagini non verbali prototipiche necessarie per organizzarli; (3) fallimento iniziale della formazione delle connessioni (livello più profondo della dissociazione).

Il processo referenziale, attivato tramite gli scambi verbali e non verbali tra paziente e terapeuta, agirebbe quindi attraverso la riparazione delle disconnessioni e la strutturazione di nuove connessioni tra i diversi sistemi di codifica.

Durante il percorso terapeutico, infatti, il processo referenziale viene riattivato attraverso la narrazione di episodi della vita del paziente: ogni narrazione, ricordo o racconto porta all'attivazione degli schemi emotivi coinvolti, e alla loro progressiva modifica attraverso l'introduzione di nuove esperienze e la strutturazione di nuovi collegamenti, che promuovono nel paziente una sempre maggiore capacità di integrazione.

Inoltre, nella situazione terapeutica, anche il processo referenziale del clinico gioca un ruolo fondamentale: le sue capacità di ascolto e rispecchiamento potrebbero riattivare nel paziente antiche connessioni, facendo emergere immagini o rappresentazioni che sono frutto del campo relazionale creatosi tra i due. Inoltre, Bucci ipotizza che, nella misura in cui le narrazioni del paziente sono stimulate e contenute nella relazione col terapeuta, la riattivazione di schemi patologici e dolorosi può avvenire in maniera controllata e sopportabile per il paziente, in modo da ridurre l'automatico evitamento e consentirne una progressiva ri-organizzazione (Bucci, 2022).

La reiterazione di tale processo, infine, porta al graduale ripristino di un più efficace processo referenziale nel paziente, con una conseguente maggiore integrazione tra i suoi diversi sistemi di elaborazione (Bucci, 2001).

In considerazione dell'importanza attribuita, dalle teorie fin qui esposte, alle esperienze corporee ed emotive nei processi di cambiamento, l'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di analizzare, in termini quali-quantitativi, un trattamento di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (ISTDP) attraverso la teoria del codice multiplo di Wilma Bucci. In particolare, in questo lavoro di ricerca si vogliono analizzare specifici parametri linguistici dell'interazione tra terapeuta e paziente, allo scopo di individuare se e come le peculiari caratteristiche dell'approccio terapeutico adottato possano aver influenzato lo svolgimento del processo referenziale nel corso del trattamento. Infine, si vuole analizzare l'andamento di tali parametri anche in relazione all'outcome della terapia, con riferimento ai cambiamenti rilevati nella paziente, sia in termini di sintomatologia che di comportamento interpersonale.

Capitolo 2. Strumenti

2.1 *Symptom Checklist-90*

La *Symptom Checklist-90* (SCL-90; (Derogatis, 1977; Derogatis & Cleary, 1977) è una scala multidimensionale self-report composta da 90 item, che misura il livello di funzionamento clinico del soggetto nei sette giorni precedenti alla somministrazione dello strumento stesso.

Tale strumento venne costruito per la prima volta sulla base dell'*Hopkins Symptom Checklist* (Derogatis et al., 1974), che a sua volta si basava sul *Cornell Medical Index*, una misura originariamente creata alla fine degli anni '40. La prima versione originale della scala era un questionario composto da 41 item (SCL-41), aggiornato una prima volta ad una versione di 58 elementi, e poi progressivamente aggiornato fino a formare la versione più recente a 90 item. Ad oggi esiste una versione rivista e aggiornata della SCL-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1992), validata in lingua italiana per diverse popolazioni, sia cliniche che non cliniche (Calvo et al., 2004; Prunas et al., 2012a).

L'SCL-90 valuta la presenza e la gravità del disagio psicologico, nei termini di dieci dimensioni sintomatiche primarie, che sottendono alla maggior parte dei sintomi osservabili in pazienti psichiatrici, non gravemente psicotici. Tale strumento differisce dalla maggior parte degli altri questionari clinici, poiché include misure sia sui sintomi internalizzanti che esternalizzanti. In particolare, le dieci scale sintomatiche considerate sono:

- *Somatizzazione* (SOM): sintomi derivanti dalla percezione di disfunzioni somatiche;

- *Ossessività – Compulsività (O-C)*: sintomatologia legata alla presenza di pensieri, impulsi e azioni vissuti come fenomeni incoercibili ed egodistonici da parte del soggetto;
- *Sensitività o Ipervigilanza (INT)*: sentimenti di inadeguatezza e/o inferiorità, provati nei confronti delle altre persone e nelle relazioni sociali;
- *Depressione (DEP)*: presenza di demotivazione, anedonia, apatia, abulia, diminuzione delle attività, perdita di energia;
- *Ansia (ANX)*: sintomi caratterizzati da tensione, tremore, nervosismo, inquietudine, fino ad attacchi di panico o sintomi dissociativi;
- *Ostilità (HOS)*: sintomatologia caratterizzata da incapacità di controllo e/o modulazione degli affetti aggressivi, disregolazione emotiva, comportamenti iracondi o collerici;
- *Ansia Fobica (PHOB)*: presenza di paura irrazionale e/o non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifici, che conduce a comportamenti di evitamento/fuga, tipica in pazienti con agorafobia e/o ansia sociale;
- *Ideazione Paranoide (PAR)*: sintomi legati ad aspetti sociali, vissuti relazionali egocentrici, senso di persecuzione, con presenza di ostilità, dipendenza, svalutazione o delusione nelle relazioni;
- *Psicoticismo (PSY)*: presenza di comportamenti francamente o leggermente psicotici, esperienze allucinatorie o deliranti;
- *Disturbi del sonno (SLEEP)*: sintomatologia indicativa di sonno disturbato, insonnia, risveglio precoce.

La SCL-90 è uno strumento molto usato a livello internazionale, sia in ambito clinico che a scopi di ricerca. È uno strumento utile sia per la valutazione iniziale del

paziente, che per la misura dei progressi raggiunti durante e dopo il trattamento, poiché è in grado di rilevare le variazioni di intensità nei vari ambiti sintomatici; inoltre, risulta utile anche nella misurazione dei risultati a scopo di pianificazione del trattamento, e per effettuare bilanci clinici complessivi relativi al miglioramento dei sintomi.

Le istruzioni dello strumento richiedono al soggetto di esprimere in che misura soffra, o abbia sofferto, di alcuni sintomi o disturbi, rispondendo su di una scala Likert a 5 punti, che va da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Solitamente, la somministrazione dello strumento dura circa 15 minuti, e può essere adoperata su adulti e adolescenti dai 13 anni in poi, con livello di scolarizzazione minimo della licenza media.

Al termine della somministrazione, i punteggi relativi a ciascuna scala vengono calcolati dalla media delle risposte agli item appartenenti alla singola scala. In generale, vengono considerati di interesse punteggi delle scale che raggiungono valori medi maggiori o uguali a 1.00.

Oltre ai punteggi sulle 10 scale sintomatiche, la SCL-90 fornisce anche un punteggio riassuntivo, denominato *Global Severity Index* (GSI), indicativo dell'adattamento e del disagio generale del soggetto. Tale indice, calcolato come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test, valuta in modo globale la severità della sintomatologia, ed è utilizzabile come indicatore del livello corrente di stress nel soggetto.

Inoltre, quando utile, è possibile considerare ulteriori punteggi globali, quali:

- PSI – *Positive Symptom Index*: indice totale dei sintomi positivi, che indica il numero totale di item a cui il soggetto ha risposto con punteggi maggiori o uguali a 1;

- PSDI – *Positive Symptom Distress Index*: calcolato come rapporto tra GSI e PSI, indice del disagio complessivo a cui è sottoposto il soggetto.

2.2 Inventory of Interpersonal Problems

L' *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32; Horowitz et al., 2000) è uno strumento self-report utilizzato per valutare il funzionamento interpersonale degli individui, analizzandone le aree problematiche e indagando la presenza di specifiche difficoltà percepite dal soggetto nel rapportarsi agli altri.

Esso consente di descrivere i comportamenti interpersonali in base a due principali dimensioni: (1) *affiliazione*, che varia su un continuum da comportamenti ostili a comportamenti amichevoli; (2) *dominanza*, che varia su un continuum da comportamenti sottomessi a comportamenti dominanti.

È composto da 32 item, che consistono in un elenco di problemi comunemente riscontrati dalle persone nelle interazioni con gli altri, e che vengono di solito riportati nelle sedute iniziali di un percorso terapeutico. Per ognuno degli item, il soggetto deve valutare in che misura, nelle ultime due settimane, il problema considerato ha influenzato o riguardato le sue modalità di interazione con le persone significative della sua vita. Le risposte possono variare su una scala Likert da 0 (per niente) a 4 (molto), e i punteggi vengono calcolati su otto diverse dimensioni (ottanti):

- *Dominante/Controllante*: valuta la tendenza al mantenimento del controllo, l'incapacità di prendere in considerazione la prospettiva altrui, la tendenza a manipolare e ad esercitare influenza anche in modo ostile e aggressivo nei confronti degli altri;
- *Vendicativo/Autocentrato*: valuta problemi di ostilità, tendenza ad esprimere rabbia e irritabilità, desideri di vendetta e di scontro diretto con gli altri;

- *Freddo/Distante*: valuta problemi di distanza emotiva nei confronti degli altri, tendenza a essere solitari, difficoltà a mantenere impegni relazionali a lungo termine, scarsa capacità di sintonizzazione, empatia, amorevolezza, generosità, ecc.
- *Socialmente inibito/Evitante*: valuta problemi di inibizione sociale, difficoltà a iniziare le interazioni sociali, a esprimere sentimenti ad altre persone, a partecipare a gruppi, socializzare, ecc.; valuta anche la presenza di ansia, timidezza e imbarazzo in presenza di altre persone, la tendenza all'evitamento delle situazioni sociali, ad assumere atteggiamenti introversi e distaccati anche al fine di evitare critiche, umiliazioni e/o rifiuti;
- *Non assertivo*: valuta problematiche relative all'affermazione di sé, del proprio punto di vista e delle proprie emozioni, la mancanza di fiducia in sé stessi, la difficoltà nel prendere iniziativa o trovarsi al centro dell'attenzione, la tendenza ad evitare situazioni riguardanti la sfida sociale o che richiedono l'esercizio di potere o di influenza su altre persone;
- *Eccessivamente accomodante*: valuta problematiche relative alla sottomissione, alla tendenza a essere inoffensivi nel rapporto con gli altri, nel tentativo di compiacerli ed ottenere la loro approvazione; valuta anche la tendenza a lasciarsi convincere facilmente, l'eccessiva accondiscendenza, la riluttanza a dire "no", la difficoltà nel manifestare disaccordo e rabbia per non incorrere nell'ostilità altrui; la tendenza a mostrarsi rispettosi e gentili, mai polemici e facilmente sfruttati dagli altri;
- *Autosacrificante*: valuta problematiche relative all'eccessivo sacrificio di sé in favore degli altri, la difficoltà nel mantenimento dei limiti, l'essere

eccessivamente ansiosi nel dare agli altri, eccessivamente generosi, attenti, permissivi, empatizzanti con i bisogni altrui a scapito dei propri, troppo facilmente coinvolgibili dai bisogni e dalle esperienze degli altri;

- *Intrusivo/Bisognoso*: valuta problemi di dominanza amichevole, eccessi di estroversione e socievolezza, che si traducono nella tendenza a “prenderci” le attenzioni altrui, nella tendenza a rivelare cose inopportune e/o a intromettersi in questioni pertinenti alla vita di altre persone.

Oltre ai punteggi sulle otto sottoscale, lo strumento fornisce anche un punteggio globale, che indica il livello complessivo di problematicità nelle relazioni interpersonali.

Maggiori punteggi in ciascuna scala indicano la presenza di difficoltà interpersonali: si considerano indicatori della presenza di problematicità relazionali i punteggi T superiori a una deviazione standard dalla media ($T > 60$), e indicatori di gravi disturbi interpersonali e d’adattamento sociale (disturbi di personalità) i punteggi T superiori a due deviazioni standard dalla media ($T > 70$).

Oltre alla versione qui considerata, esiste anche una versione estesa dello strumento (IIP-64; Horowitz et al., 1988, 2000), sulla base della quale è stata sviluppata la versione breve da 32 item, con l’obiettivo di ridurre i tempi di compilazione in situazioni di valutazione e/o *screening*. La versione italiana dell’IIP-32 è stata validata, sia su popolazione clinica che non clinica, da Lo Coco e collaboratori (2018).

2.3 Misure linguistiche del processo referenziale

Nel contesto della sua teoria del codice multiplo, Wilma Bucci ha messo a punto uno strumento di valutazione delle narrative che consente di monitorare e analizzare l’andamento del processo referenziale nel corso dell’interazione tra terapeuta e paziente (De Coro & Mariani, 2006). Secondo Bucci, tramite l’analisi delle qualità strutturali del

linguaggio, è possibile misurare la capacità di un individuo di trasmettere in modo vivido la propria esperienza emotiva attraverso le parole. Tale misurazione può fornire indicazioni circa il grado di connessione tra i sistemi di elaborazione verbale e non verbale dell'individuo, rivelando, di conseguenza, la qualità del suo processo referenziale (Negri et al., 2022).

Come evidenziato in precedenza, il processo referenziale prevede tre principali fasi (arousal, simbolizzazione, riflessione/riorganizzazione), la cui apparizione ordinata, ben organizzata e reiterata caratterizza le sessioni terapeutiche più efficaci. Al contrario, quando il processo referenziale non si svolge, o si svolge in modo incompleto, le sessioni risultano meno proficue (Bucci, 1997a, 2002a, 2002b, 2005; Bucci et al., 2016). Allo scopo di analizzare le fluttuazioni del processo referenziale, Bucci ha introdotto il concetto di "Attività Referenziale" (RA; Bucci & Freedman, 1978; Bucci, 1984), definendola come una variabile psicologica che rappresenta il grado di attivazione del sistema di connessioni referenziali tra il linguaggio e l'esperienza non verbale.

In particolare, basandosi su parametri verbali derivati dallo studio del linguaggio letterario e poetico (Strunk & White, 1972), Bucci ha concettualizzato la RA nei termini di una variabile operativa dipendente da quattro sottovariabili, che stimano altrettante diverse caratteristiche espressive del linguaggio:

- *Concretezza*: misura il livello di qualità percettive o sensoriali delle parole utilizzate, includendo i riferimenti a immagini in tutte le modalità di senso, ad esperienze somatiche o viscerali, al movimento e all'esperienza corporea;
- *Specificità*: rileva la ricchezza di dettagli del trascritto, misurando il grado di specificazione nella descrizione di personaggi, luoghi, tempi e oggetti di un episodio, oppure dei diversi elementi di una serie di pensieri o vissuti;

- *Chiarezza*: si riferisce al livello di comprensibilità con cui le scene, gli eventi e/o i pensieri sono espressi nel linguaggio; in particolare, valuta la messa a fuoco del tema, l'articolazione dei passaggi e la consapevolezza della prospettiva dell'ascoltatore/lettore, al quale consentono di seguire più o meno facilmente il discorso;
- *Immaginazione*: è intesa come la vivacità e l'efficacia complessiva con cui il linguaggio genera esperienze emotive e attiva la produzione di immagini; misura le qualità evocative della narrazione, cioè quanto le parole e il racconto nel suo insieme riescano a suscitare risonanza emotiva nell'ascoltatore attraverso le immagini (Bucci et al., 2004).

Tali variabili, pur essendo tra loro relativamente indipendenti, risultano tuttavia interrelate, in quanto interpretabili come aspetti diversi di una stessa dimensione d'interesse, ossia l'intensità della comunicazione dell'esperienza emozionale nel linguaggio.

Originariamente, il metodo di valutazione dell'RA si basava sulla codifica manuale dei trascritti delle sedute da parte di giudici adeguatamente addestrati. In particolare, in questo metodo, il testo della seduta veniva segmentato in "Unità Ideative", ossia segmenti di testo dotati di un proprio focus e una coerenza narrativa, alle quali poi venivano attribuiti punteggi da 0 a 10 su ognuna delle quattro scale. Dalla media dei quattro punteggi attribuiti, veniva ricavato il punteggio globale di RA di ciascuna Unità Ideativa. Benché tale metodo fosse affidabile e facilmente adoperabile dopo una breve formazione dei giudici (Bucci et al., 2004; De Coro & Caviglia, 2000), risultava di complessa applicazione negli studi longitudinali o su grandi campioni. Inoltre, la valutazione dell'RA tramite punteggi sulle Unità Ideative non consentiva di tener conto

delle qualità specifiche dei singoli elementi lessicali, non potendo dunque fornire informazioni dirette sul loro ruolo nell'incrementare o ridurre il valore dell'RA del segmento.

2.3.1 Le misure computerizzate

Negli ultimi 20 anni sono state sviluppate diverse misure linguistiche computerizzate del processo referenziale, in diverse lingue. Tali misure consentono di valutare la RA e altre caratteristiche del linguaggio tramite un confronto automatizzato del testo con specifici dizionari. L'applicazione delle misure è effettuata tramite il *Discourse Attributes Analysis Program* (DAAP; Maskit, 2011; Maskit & Murphy, 2011), un software in grado di calcolare la proporzione di parole dei dizionari presenti nel testo, e valutare la media dei pesi che esse hanno rispetto a un determinato costrutto. Il DAAP non richiede alcuna segmentazione del testo, ma codifica direttamente i punteggi per ogni dizionario, per ogni parlante, ogni turno di parola e per ogni sessione.

Si riportano di seguito i dizionari e le misure da essi derivate, costruiti e validati per la lingua italiana (Mariani et al., 2013; Negri et al., 2018), e applicabili ai testi tramite la versione italiana del DAAP (IDAAP):

L'*Italian Weighted Referential Activity Dictionary* (IWRAD) è una misura computerizzata della RA per la lingua italiana (Mariani et al., 2013). Contiene un elenco di 9.596 parole italiane di uso frequente, a ciascuna delle quali è stato assegnato un peso compreso tra 0 e 1, con .5 come valore neutro, discriminante tra valori di alta e bassa RA. Tale dizionario misura la capacità del parlante di tradurre in parole la propria esperienza emotiva, viscerale e relazionale, in modo da evocare esperienze corrispondenti nell'ascoltatore (Bucci, 1984, 2021a; Bucci et al., 2004; Bucci & Freedman, 1978; Maskit, 2021). Un elevato punteggio IWRAD corrisponde ad un alto livello di concretezza,

specificità, chiarezza e immaginazione nella narrazione, e segnala una buona capacità del parlante di tradurre l'esperienza emotiva in modo immediato per l'interlocutore. Al contrario, quando il linguaggio rimane astratto, vago e generico, è probabile che il parlante rimanga scollegato dalla propria esperienza, con minore probabilità di coinvolgere l'ascoltatore nel proprio vissuto. Attraverso l'IWRAD, è possibile rilevare e monitorare la fase di narrazione/simbolizzazione del processo referenziale.

L'*Italian Weighted Reflection and Reorganization List* (IWRRL) è una misura computerizzata della Funzione di Riflessione e Riorganizzazione per la lingua italiana (RRF; Negri et al., 2018; Zhou et al., 2021). Contiene un elenco di 1.633 parole italiane, ponderate con valori da 0 a 1, e con .54 come valore neutro, che distingue tra valori di alto e basso WRRL. Tale strumento misura il livello di elaborazione personale delle esperienze emotive, ossia la capacità del parlante di riconoscere e comprendere il significato emotivo di eventi, sogni o fantasie, riferendosi non ad una riflessione astratta, ma piuttosto ad un ragionamento personale inerente all'esperienza emozionale (Bucci, 2021a; Maskit, 2021; Negri et al., 2018; Zhou et al., 2021). Attraverso l'IWRRL, è possibile rilevare e monitorare la fase di riflessione/riorganizzazione del processo referenziale.

Il *Mean High – Italian Weighted Referential Activity* (MH-IWRAD - *Media dell'IWRAD Alto*) è una misura dell'intensità del coinvolgimento emotivo nel discorso (Mariani et al., 2013). È calcolato come la media dei punteggi IWRAD delle sole parole con punteggi IWRAD superiori al valore neutro (.5).

La *High Italian Weighted Referential Activity Proportion* (HP-IWRAD - *Proporzione dell'IWRAD Alto*) è una misura della percentuale di tempo in cui il parlante è impegnato nella fase di narrazione/simbolizzazione del processo referenziale, e consiste

nella proporzione delle parole per le quali il punteggio IWRAD è superiore al valore neutro (Mariani et al., 2013).

La *Mean High – Italian Weighted Reflection and Reorganization List* (MH-IWRLL - *Media dell'IWRLL Alto*) è una misura dell'intensità della Funzione di Riflessione e Riorganizzazione presente nel discorso (Negri et al., 2018). È calcolato come la media dei punteggi IWRLL delle sole parole con punteggi IWRLL superiori al valore neutro (.54).

L'*Italian Reflection Dictionary* (IRefD - *Dizionario Italiano della Riflessione*) è una misura della riflessione astratta presente nel discorso, ed è costituito da parole italiane che si riferiscono a funzioni cognitive o logiche, e a processi comunicativi che implicano l'uso di funzioni cognitive. Talvolta, se non associato a una narrazione con elevato IWRAD, può indicare un eccesso di intellettualizzazione, utilizzata dal paziente allo scopo di allontanarsi difensivamente dall'esperienza emotiva (Bucci, 2021a; Mariani, 2009; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).

La *Covarianza IWRAD_IRefD* è una misura della qualità del processo di elaborazione emozionale effettuato dal paziente. In particolare, una covarianza *negativa* indica la presenza sequenziale, piuttosto che concomitante, di valori significativi di IWRAD e IRefD: quando il paziente è immerso nella narrazione di un ricordo, di una fantasia o di un sogno, IWRAD sarà alto, mentre IRefD sarà basso; nella fase successiva, quando il paziente fa un passo indietro e riflette sul significato emotivo di quanto è emerso, IRefD sarà alto, mentre IWRAD sarà basso. Più negativa è la covarianza, maggiore sarà la separazione tra queste due fasi, migliore sarà il processo di elaborazione. Questa covarianza, infatti, è l'indicatore più diretto del funzionamento del processo referenziale (Bucci, 2021a; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).

L'*Italian Disfluency Dictionary* (IDFD - *Dizionario Italiano delle Disfluenze*) è una misura percentuale delle parole disfluenti presenti in un discorso, e consiste in un piccolo insieme di parole, ripetizioni di parole, parole incomplete e pause piene, che le persone tendono a usare quando sono in difficoltà nell'esprimersi verbalmente (Bonfanti et al., 2008; Maskit et al., 2012). Punteggi elevati in questo indice caratterizzano tipicamente la fase di *Arousal* del processo referenziale.

L'*Italian Affect Dictionary* (IAffD - *Dizionario Italiano degli Affetti*) è una misura dell'emotività presente nel discorso, rilevata dal grado in cui il parlante usa le parole per nominare sentimenti ed emozioni; tuttavia, può anche indicare una difesa o un distanziamento nei confronti del coinvolgimento emotivo, dato dall'uso preferenziale di parole astratte per nominare gli affetti, piuttosto che termini vividi, specifici e concreti, che richiamerebbero maggiormente una diretta esperienza delle emozioni (Bucci, 2021a; Bucci et al., 2016; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021; Negri & Ongis, 2021). Tale dizionario contiene un elenco di parole italiane che riguardano i sentimenti e la loro comunicazione ad altri, etichette di emozioni, funzioni associate all'attivazione emotiva o alla motivazione, e valutazioni che indicano risposte affettive, positive o negative. Il dizionario IAffD è ulteriormente sottoclassificato in *Dizionario degli Affetti Positivi* (IPAffD), *Dizionario degli Affetti Negativi* (INAffD) e *Dizionario degli Affetti Neutri* (IZAffD). Infine, un ulteriore indice (ISAffD) è calcolato dalla somma delle precedenti misure.

L'*Italian Sensory Somatic Dictionary* (ISensSD - *Dizionario Senso-Somatico Italiano*) è una misura dell'attivazione degli aspetti corporei subsimbolici degli schemi emotivi, e consiste in un elenco di parole italiane relative al corpo, alle attività corporee,

ai processi sensoriali e alle descrizioni dei sintomi (Bucci, 2021a; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).

Come in precedenza accennato, i punteggi di alcuni dizionari caratterizzano in maniera peculiare le fasi del processo referenziale; dunque, attraverso di essi è possibile verificare che si stiano svolgendo e in che misura. In particolare:

- la fase di *Arousal* è caratterizzata dall'attivazione dello schema emozionale, con conseguente difficoltà del paziente nell'esprimere sentimenti e ricordi dolorosi, segnalata anche l'esperienza di vissuti somatici e viscerali. Tale fase, dunque, può riportare alte misure di disfluenza e comunicazione affettiva, seppur non connotata da valenza specifica; di contro, i punteggi relativi all'RA e alla riflessività rimarranno bassi;
- la fase di *Simbolizzazione* è caratterizzata dall'emersione di rappresentazioni simbolizzate dell'esperienza emotiva, che possono essere verbalizzate dal paziente attraverso la narrazione di eventi, ricordi, sogni o fantasie. Se il paziente è emotivamente coinvolto nell'esperienza, si rileveranno elevati punteggi di RA, mentre le misure della riflessività e della disfluenza riporteranno punteggi più bassi;
- la fase di *Riflessione/Riorganizzazione* è caratterizzata dalla rielaborazione emotiva dei vissuti sperimentati, con l'acquisizione di maggiori consapevolezza e la costruzione di nuove connessioni tra i sistemi di elaborazione. Tale fase è contraddistinta dall'uso di linguaggio riflessivo e comunicazioni relative agli affetti sperimentati, i quali, in funzione della qualità del materiale emerso, saranno connotati positivamente o negativamente. D'altra parte, si osserverà un decremento dei punteggi dell'RA, con possibile presenza di linguaggio disfluente.

Capitolo 3. Materiale

Nel presente lavoro di tesi è stato analizzato un intero trattamento di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (ISTDP), sia in termini di processo che di risultato. Il materiale principalmente utilizzato sono le audioregistrazioni delle sedute di psicoterapia (ottenute previo consenso informato della paziente), delle quali è stata fatta una trascrizione *verbatim*, allo scopo di applicarvi misure linguistiche computerizzate del processo. Inoltre, per lo studio del risultato, si sono utilizzati i punteggi ottenuti dalle somministrazioni di SCL-90 e IIP-32, alla prima e all'ultima seduta del trattamento.

La psicoterapia analizzata è stata erogata da uno psicoterapeuta esperto, specializzato in ISTDP, in modalità mista (sia online che in presenza), e ha avuto una durata complessiva di dieci mesi. Il percorso terapeutico si è sviluppato in un totale di quindici sedute, ognuna della durata di circa 90 minuti, somministrate a cadenza variabile, inizialmente quindicinale, ma in seguito incrementata a tre settimane, fino ad arrivare alla cadenza mensile nella fase finale del trattamento.

Una particolare caratteristica del percorso terapeutico qui considerato è stata la proposta, fatta dal terapeuta alla paziente, di audioregistrare lei stessa ogni seduta, tramite un suo dispositivo, e di riascoltarla nei giorni successivi, prima della seduta seguente. L'intento di tale pratica, che è stata accettata e adottata dalla paziente, era quello di massimizzare l'efficacia di ogni incontro e di procedere, tramite il riascolto in autonomia del colloquio avvenuto, ad una ulteriore rielaborazione del materiale emerso.

La paziente C. è una studentessa universitaria di 23 anni, giunta all'attenzione clinica per ricorrenti episodi di panico, e la presenza di frequenti e prolungati stati ansiosi. In merito a tale sintomatologia, inquadrabile come "Disturbo di Panico" (Asse I, 330.01, DSM-5), la paziente riporta che la prima insorgenza è avvenuta diversi anni prima, con

alcuni periodi di lieve o totale remissione; tuttavia, nelle ultime settimane vi è stata una riacutizzazione dei sintomi, a causa di forti preoccupazioni della paziente circa la salute del nonno materno, figura alla quale riferisce di essere particolarmente legata. A seguito dell'aggravarsi delle condizioni di salute del nonno, infatti, la paziente ha iniziato ad avere attacchi di panico quotidiani, con la presenza di sintomi di somatizzazione dell'ansia quali iperacidità, nausea, e conseguente riduzione dell'appetito.

Inoltre, la paziente riferisce di soffrire, da circa sei anni, di condotte compulsive della tipologia "Washing/Cleaning", autodefinendosi "germofobica". In particolare, racconta della necessità di frequenti e ripetuti lavaggi di alcune parti del corpo, e della presenza di rituali relativi all'igienizzazione di alcuni oggetti di uso quotidiano. Pur vivendo tali comportamenti in modo distonico, la paziente riferisce di non riuscire a smettere di attuarli, e che la loro ripetizione le porta via molto tempo, oltre a influenzare la qualità della sua relazione con il fidanzato e con i membri della sua famiglia. Per tali motivi, è possibile ipotizzare una diagnosi "Disturbo Ossessivo-Compulsivo" (Asse I, 300.3, DSM-5), in comorbidità con il "Disturbo di Panico".

Nonostante tale situazione sintomatologica, la paziente è riuscita a portare avanti gli studi, e a coltivare diversi interessi, tra i quali il canto e attività cinofile. Al momento della presa in carico, la paziente riporta di trovarsi in una relazione da cinque anni.

La paziente appare molto legata alla famiglia, sulla quale cerca di non pesare economicamente, impegnandosi in lavori saltuari di vario tipo; inoltre, appare molto dedita alla cura del nonno, della cui malattia si è fatta carico assieme alla madre.

I genitori della paziente sono descritti come amorevoli e presenti, pur essendo, tuttavia, percepiti da lei come molto giudicanti, e poco propensi a comprendere e accettare i suoi comportamenti e sintomi. La madre viene descritta come molto provata dai

problemi di salute del padre, e non in grado di farsi carico delle problematiche della figlia, che, al contrario vengono svalutate e fortemente criticate. Il padre viene descritto come più comprensivo, pur essendo poco presente in casa; tuttavia, la paziente percepisce nel padre anche delusione nei suoi confronti, dovuta alla sua “incapacità” di affrontare i suoi problemi. Tali modalità relazionali hanno generato nella paziente sentimenti di colpa e inferiorità, sfociati nella tendenza ad autogiudicarsi e a sentirsi “stupida” e inadeguata nell'affrontare le preoccupazioni che l'attanagliano e che continua a minimizzare.

Capitolo 4. Procedura

Gli strumenti SCL-90 e IIP-32 sono stati somministrati dal clinico alla paziente in due occasioni, ossia al termine della prima e dell'ultima seduta della terapia. Tutte le quindici sedute del trattamento sono state videoregistrate e trascritte *verbatim* da tre persone, ognuna delle quali ha trascritto 1/3 delle sedute (cinque sedute ciascuno). Le trascrizioni sono state effettuate seguendo delle specifiche regole di trascrizione, adottate allo scopo di poter in seguito applicare i dizionari dell'IDAAP al testo delle sedute. In particolare, le regole di trascrizione prevedevano l'uso di sole parole presenti nel vocabolario italiano, traducendo dunque le espressioni gergali o dialettali, e riportando le parole con la corretta ortografia anche se non pronunciate correttamente dalla paziente. È stato inoltre necessario prestare particolare attenzione ad apostrofi, accenti e punteggiature, sempre allo scopo di consentire al programma IDAAP la corretta codifica delle parole del testo.

Infine, una ulteriore accortezza adottata nella trascrizione, necessaria alla corretta misurazione della scala IDF (disfluenze), è stata la segnalazione nel testo degli elementi di disfluenza, quali le parole ripetute o interrotte, le pause nel parlato, le esitazioni, gli intercalari, o le parole allungate.

Capitolo 5. Ipotesi di lavoro

La tecnica terapeutica ISTDP qui considerata differisce notevolmente dalla psicoanalisi e dalla psicoterapia classicamente intesa. Il comportamento del clinico nei confronti della paziente, in particolare durante l'applicazione della Sequenza Dinamica Centrale, appare radicalmente diverso da quello che ci si aspetterebbe in una psicoterapia classica, caratterizzata dai noti canoni di astinenza, neutralità e riservatezza (Gabbard, 2018), e si connota viceversa per l'attività, il lavoro sul transfert sin dalla prima seduta, e le modalità incalzanti e "interventiste" che caratterizzano gli scambi con la paziente.

Nei termini della teoria del codice multiplo, tali elementi possono configurarsi come sollecitazioni sostenute del clinico verso la riattivazione dello schema emotivo "congelato" della paziente, allo scopo di consentirle di rivivere, soprattutto a livello somatico e viscerale, emozioni antiche, dolorose, e rimosse.

Alla luce delle particolarità di questa tecnica di intervento, tesa ad attivare velocemente ed intensamente le componenti del processo terapeutico che conducono al cambiamento, ci si attende che:

- 1) La terapia abbia avuto esito positivo, e che l'efficacia del trattamento sia evidenziabile, sia nell'esito che nel processo, dagli strumenti di valutazione adoperati; in particolare, ci aspettiamo un cambiamento nei punteggi delle scale SCL-90 ed IIP-32 che mostri i miglioramenti della paziente sul profilo sintomatologico e interpersonale, e una configurazione di punteggi delle misure linguistiche computerizzate che indichi il buon funzionamento del processo referenziale, e la conseguente buona riuscita del trattamento (Andrei, 2011; Bucci & Maskit, 2007);

2) Considerate le specifiche caratteristiche della tecnica terapeutica ISTDP, siano riscontrabili particolari configurazioni di punteggi delle scale IDAAP; in particolare, ci aspettiamo che i punteggi delle scale IWRAD, IWRRL, e della Covarianza IRef_IWRAD mostrino un cambiamento repentino, già dopo la prima seduta (Abbass et al., 2017b), differenziando così tale approccio dagli approcci terapeutici tradizionali, nei quali ci si aspetta che il cambiamento di tali punteggi avvenga in maniera più graduale.

Capitolo 6. Risultati

6.1 Le misure di *Outcome*

Allo scopo di valutare il profilo sintomatologico della paziente nelle condizioni pre e post trattamento, è stata somministrata la SCL-90 in due occasioni, ossia al termine della prima e all'ultima seduta, in seguito denominate rispettivamente T1 e T2.

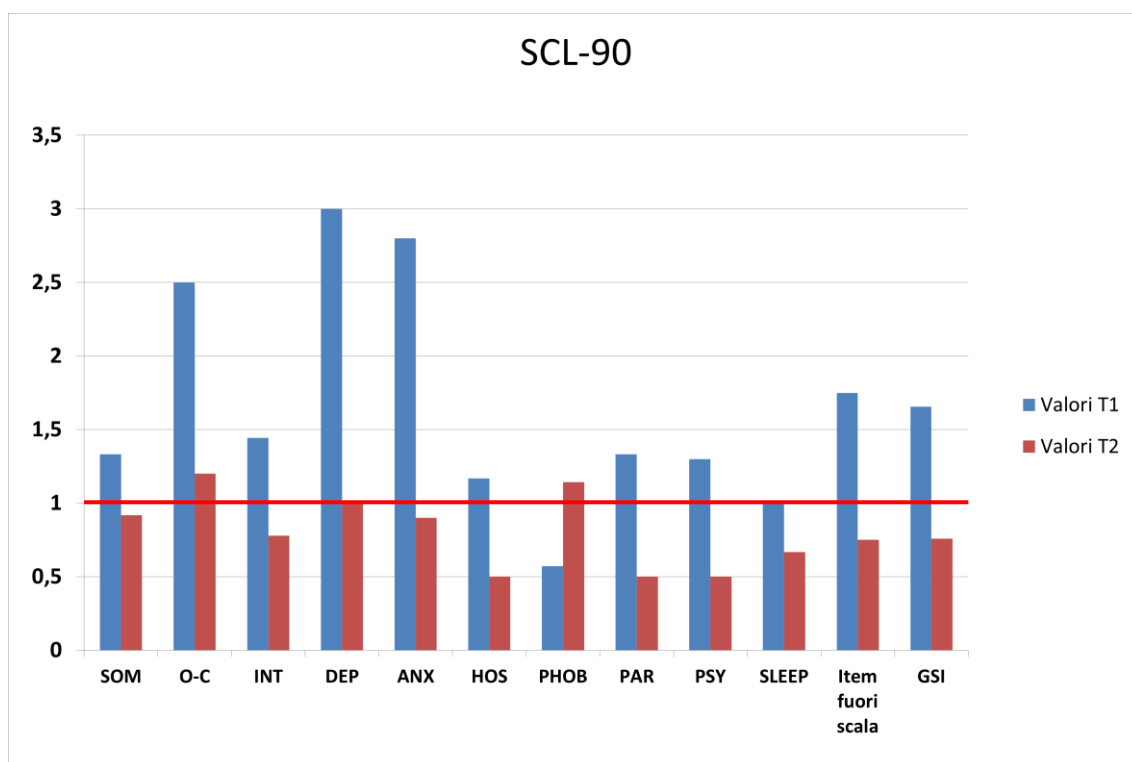


Figura 2: Punteggi delle scale SCL-90 a T1 e T2

Come si può osservare dal grafico, al tempo T1 la paziente presenta un profilo sintomatologico articolato e diffuso; sono numerose, infatti, le scale sintomatologiche che superano il valore di *cut-off* pari ad 1. Questo è segnalato anche dal GSI (*Global Severity Index*), che raggiunge il valore di 1.65. Tra le altre, le scale che raggiungono punteggi particolarmente elevati sono le scale DEP (*Depressione*), ANX (*Ansia*) e O-C (*Ossessività – Compulsività*).

Al tempo T2, la maggior parte dei punteggi delle scale si è notevolmente ridotto, come anche il valore del GSI (*Global Severity Index*). Gli unici due punteggi superiori al

cut-off sono O-C (*Ossessività – Compulsività*) e PHOB (*Ansia Fobica*). Quest'ultima scala sintomatica, curiosamente, risulta avere al tempo T2 un punteggio maggiore che al tempo T1.

In merito al funzionamento interpersonale della paziente, misurato tramite IIP-32 al tempo T1 e al tempo T2, si riportano di seguito i punteggi relativi alle otto sottoscale:

	SCALE	T1	T2
1	Dominante/Controllante	72	59
2	Vendicativo/Autocentrato	53	56
3	Freddo/Distante	46	51
4	Socialmente inibito/Evitante	44	56
5	Non assertivo	63	55
6	Eccessivamente accomodante	64	54
7	Autosacrificante	60	51
8	Intrusivo/Bisognoso	86	55
	Punteggio Globale	64	56

Tabella 1: Punteggi delle scale dell'IIP-32

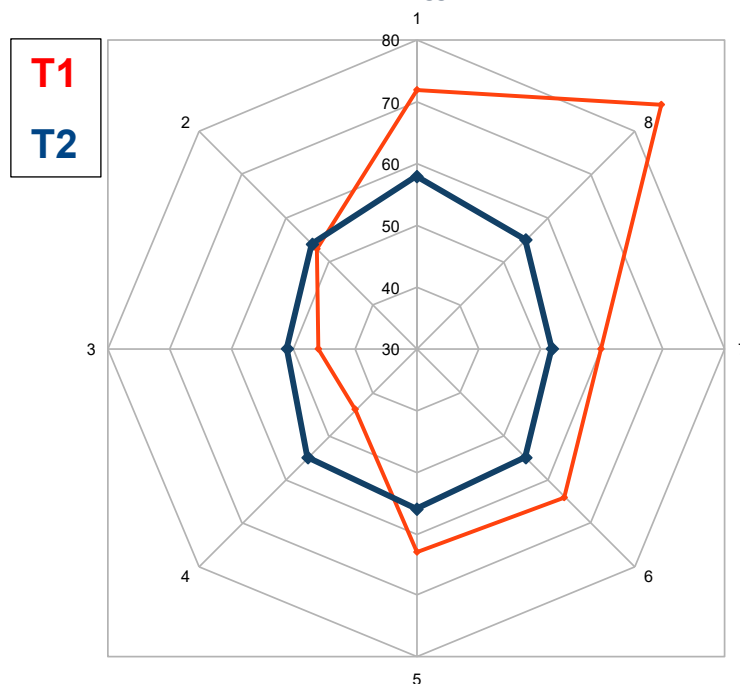


Figura 3: ottanti delle scale dell'IIP-32

Come è possibile osservare dalla tabella e dal grafico riportati, al tempo T1 vi sono numerose scale, compresa la scala globale, che raggiungono o superano il valore di *cut-off* indicativo della presenza di problematicità relazionali ($T > 60$); inoltre, in due scale, *Dominante/Controllante* e *Invadente/Bisognoso*, i punteggi superano anche il *cut-off* indicativo di gravi disturbi interpersonali e di adattamento sociale ($T > 70$). Tale configurazione di punteggi risulta sbilanciata in favore della dimensione della *affiliazione*, mentre, relativamente alla dimensione della *dominanza*, lo strumento riporta punteggi elevati su entrambi i poli del *continuum* (*dominanza VS sottomissione*), segnalando la possibilità che le risposte della paziente allo strumento possano riferirsi a diverse modalità relazionali attuate in diversi ambiti della sua vita.

Al tempo T2, invece, tutte le scale mostrano una riduzione dei punteggi, tanto che nessuna di esse supera più i punteggi di *cut-off*. Questo comporta che, complessivamente, le modalità relazionali della paziente appaiano maggiormente equilibrate, sia nella dimensione di *affiliazione* che di *dominanza*.

6.2 Le misure del *Process*

Dall'applicazione dell'IDAAP alle trascrizioni delle 15 sedute del trattamento, sono emersi i risultati di seguito riportati:

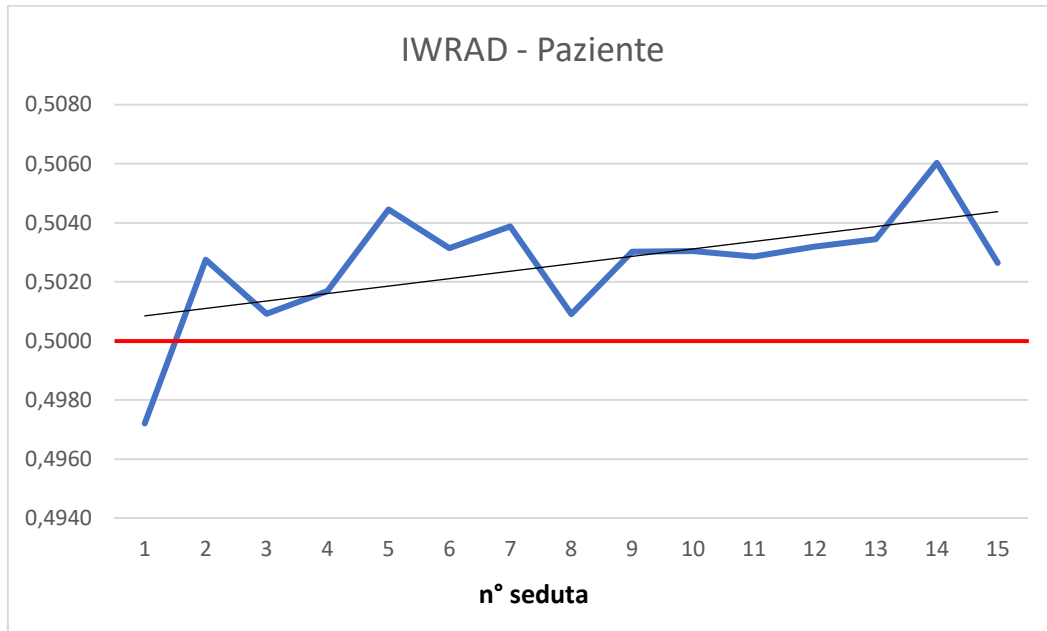


Figura 4: Punteggi IWRAD della Paziente

I punteggi dell'IWRAD della paziente mostrano complessivamente un trend di crescita, seppur con alcune oscillazioni, come il calo della seduta 8 e il picco della seduta 14. L'unica seduta il cui valore IWRAD risulta inferiore a .5 è la prima (.4972), mentre tutte le sedute successive riportano un punteggio di alta RA.

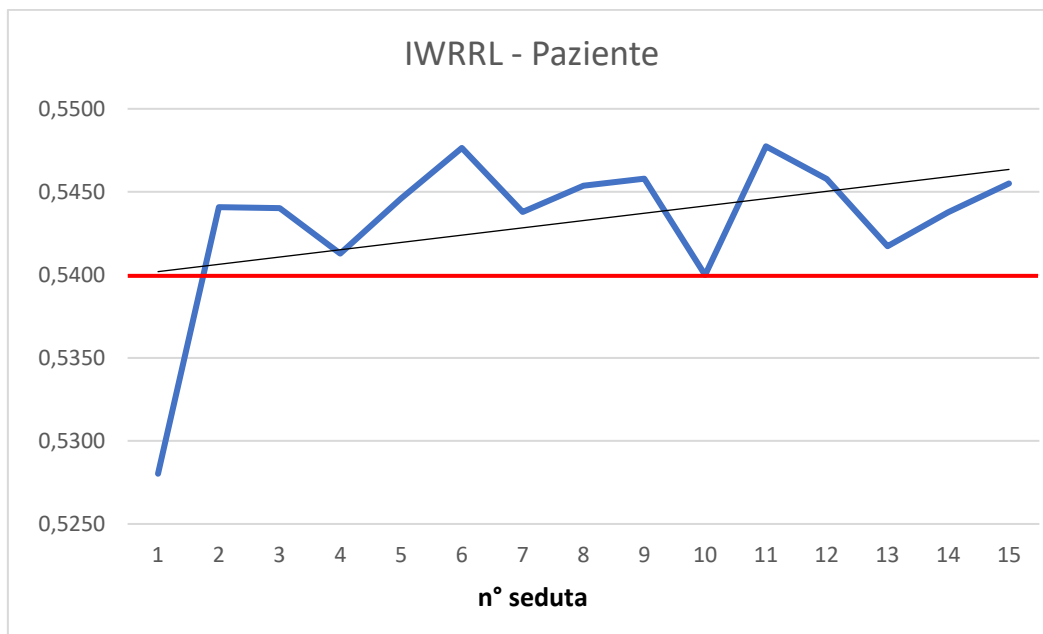


Figura 5: Punteggi IWRRL della Paziente

I punteggi relativi alla misura IWRRL della paziente, similmente all'IWRAD, mostrano anch'essi una tendenza positiva, con un unico valore al di sotto del *cut-off* (.54), relativo alla prima seduta del trattamento (.528)

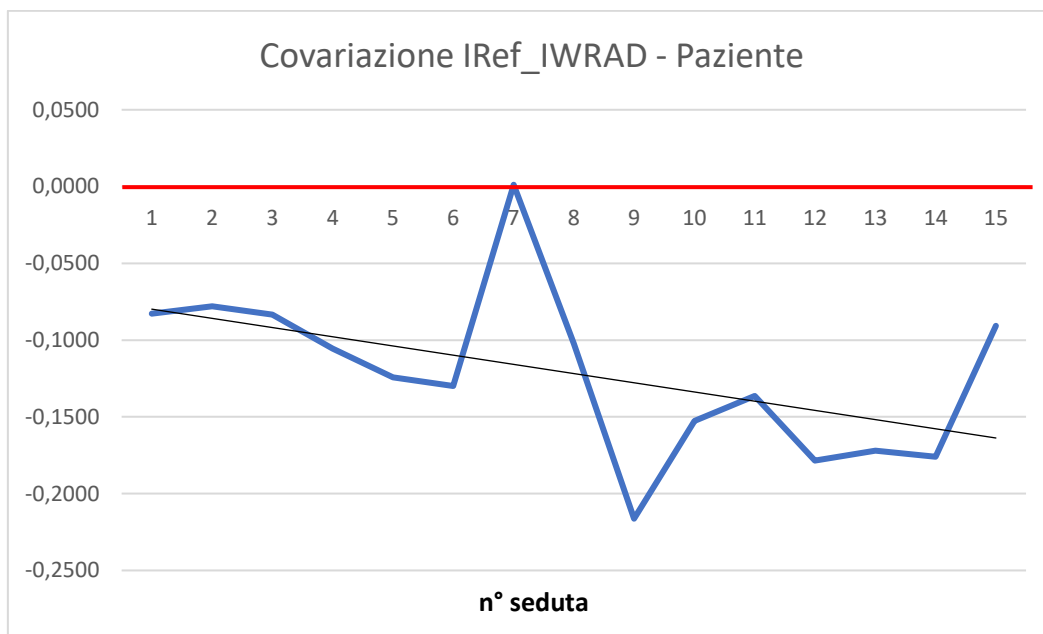


Figura 6: Covariatione Iref_IWRAD della paziente

I valori della covariatione tra i dizionari IRef e IWRAD evidenziano complessivamente una tendenza negativa. Anche in questo caso, vi è una sola seduta che

presenta un valore positivo, in controtendenza con l'andamento generale della misura; nella seduta 7, infatti, tale covariazione assume un valore leggermente positivo (.0012).

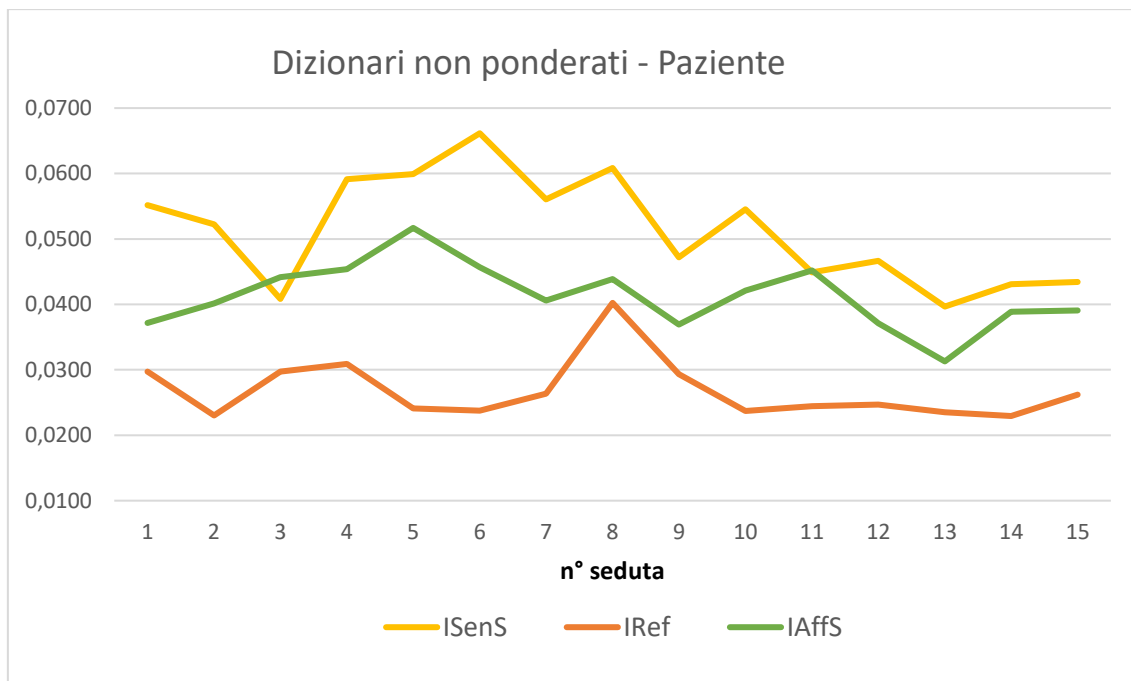


Figura 7: Dizionari non ponderati della paziente – Dizionari Senso-Somatico, Riflessivo e degli Affetti

In riferimento ai punteggi della paziente sui dizionari non ponderati (ISens, IRef e IAffS), è possibile osservare come i valori relativi al Dizionario Senso-Somatico siano, nella quasi totalità delle sedute, superiori ai valori relativi agli altri dizionari non ponderati. Di tale grafico, inoltre, si vuole evidenziare che i punteggi della scala IRef tendono ad oscillare in misura minima, mantenendosi vicini ad un valore medio circa costante (.0268), tranne nella seduta 8, in riferimento alla quale è presente un picco corrispondente al valore massimo della scala IRef (.0402).

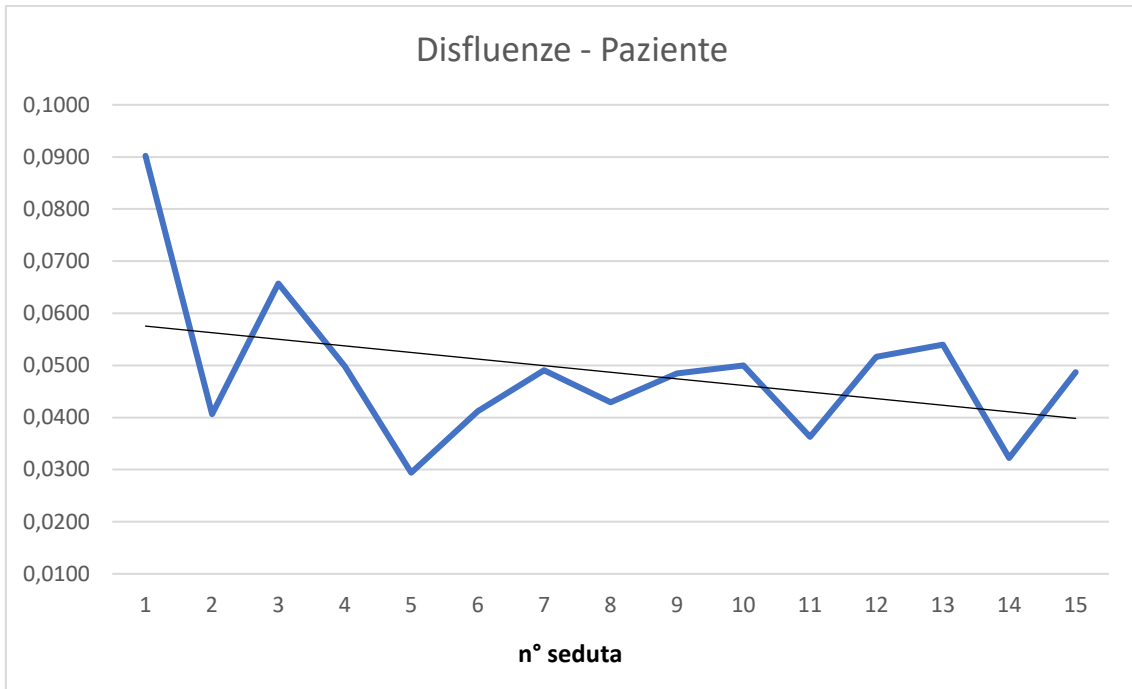


Figura 8: Punteggi IDFD della paziente

I punteggi del dizionario IDFD della paziente mostrano un trend complessivamente decrescente, con la presenza di importanti oscillazioni, e valore massimo corrispondente alla prima seduta (.0902).

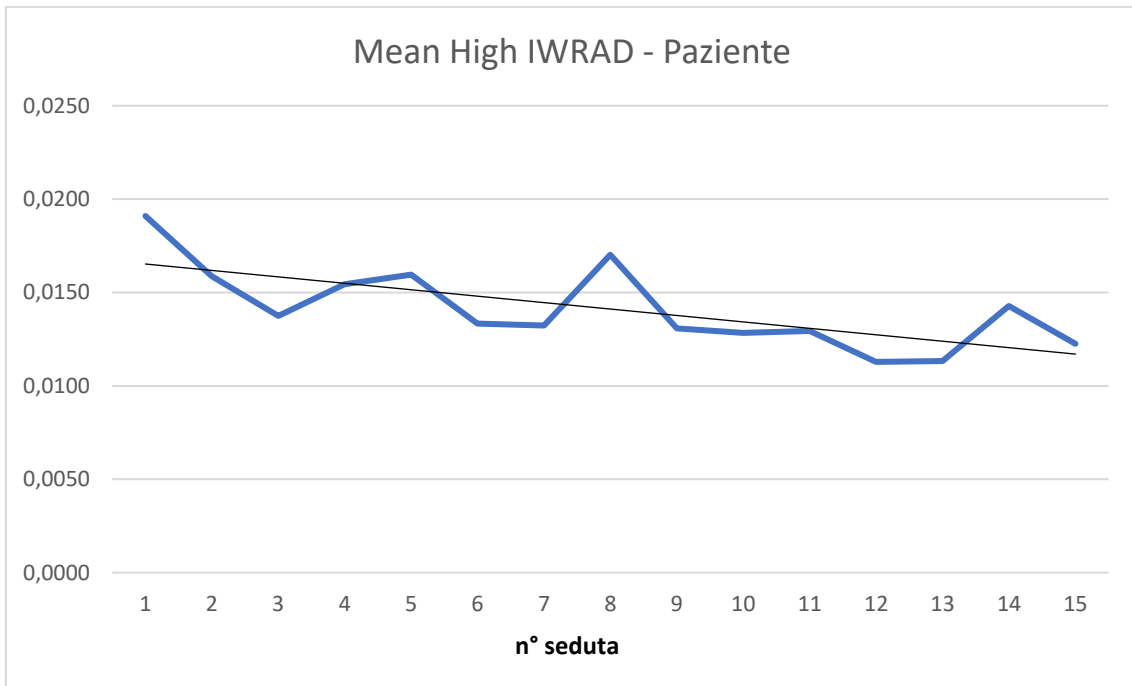


Figura 9: Punteggi Mean High IWRAD della paziente

I valori della Media dell'IWRAD Alto della paziente mostrano una tendenza decrescente, segnalando che, nel corso della terapia, vi è stata una graduale riduzione dell'intensità del coinvolgimento emotivo nel discorso.

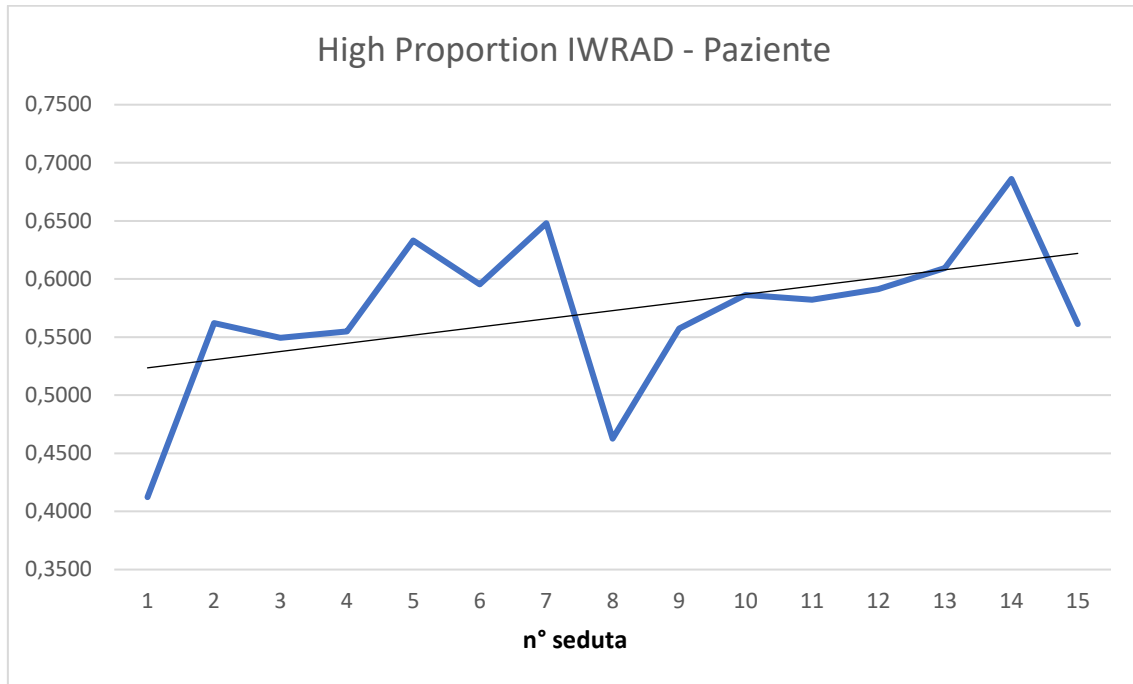


Figura 10: Punteggi High Proportion IWRAD della paziente

I punteggi relativi alla Proporzione di IWRAD Alto mostrano complessivamente un trend positivo, indicando un aumento, nel corso del trattamento, della percentuale di tempo in cui la paziente è impegnata nella fase di narrazione/simbolizzazione.

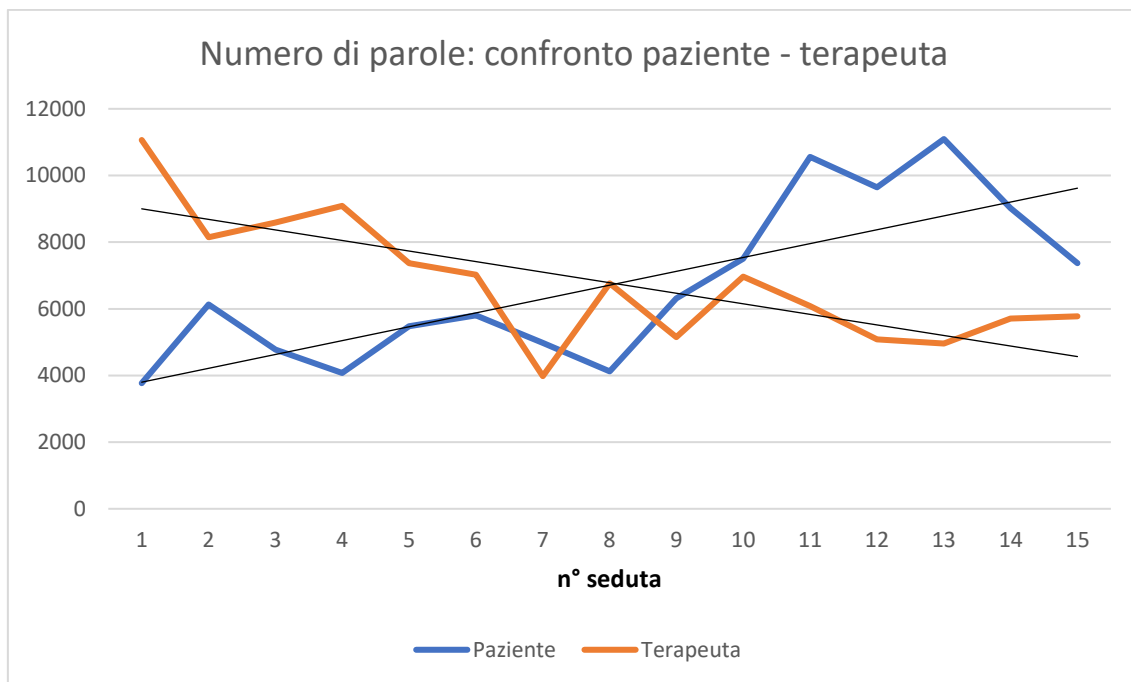


Figura 11: Numero delle parole pronunciate da paziente e terapeuta

Infine, da tale grafico può osservarsi il confronto tra il numero di parole pronunciate, in ogni seduta, dalla paziente e dal terapeuta: mentre nelle fasi iniziali della terapia, il numero maggiore di parole era pronunciato dal terapeuta, col prosieguo del trattamento i valori tendono man mano ad avvicinarsi, fino ad una inversione di tendenza in corrispondenza delle sedute centrali, proseguendo verso la fine del trattamento, a cui corrisponde un numero di parole pronunciate dalla paziente maggiore di quello del terapeuta.

Capitolo 7. Discussione

Il principale obiettivo del presente lavoro di tesi era quello di analizzare, in termini quali-quantitativi, un intero trattamento di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve (ISTDP), esaminandone le caratteristiche attraverso la prospettiva teorica del codice multiplo di Wilma Bucci. A tale scopo, si sono indagati sia l'esito del trattamento, che gli elementi del processo coinvolti nel determinarlo, inscrivendo di fatto questa trattazione nell'ambito della ricerca sul *process-outcome*. Sono stati utilizzati gli strumenti self-report SCL-90 e IIP-32 per la costruzione del profilo diagnostico e interpersonale della paziente; inoltre, le quindici sedute del trattamento, una volta trascritte secondo specifiche procedure, sono state analizzate tramite il software IDAAP, uno strumento di valutazione delle narrative messo a punto dalla stessa Bucci nel contesto della sua teoria. Dai risultati ottenuti da tali strumenti si è valutato l'outcome della terapia, e si sono analizzate le caratteristiche del linguaggio del terapeuta e della paziente, allo scopo di indagare se e come le peculiarità della tecnica ISTDP avessero influenzato l'andamento del processo terapeutico.

La prima ipotesi di lavoro prevedeva un esito positivo del trattamento; inoltre, prevedeva che tale esito fosse riscontrabile dai risultati degli strumenti sia di *outcome* che di *process*.

Allo scopo di confermare tale ipotesi, vengono di seguito analizzati, nell'ordine, i punteggi ottenuti con gli strumenti di outcome SCL-90 e IIP-32 nelle condizioni di pre-trattamento, poi confrontati coi punteggi ottenuti dagli stessi strumenti nelle condizioni post-trattamento, evidenziando da tale confronto il buon esito del percorso terapeutico. Successivamente, verranno analizzati i risultati ottenuti tramite l'applicazione

dell'IDAAP alle trascrizioni, evidenziando le configurazioni di punteggio che confermano l'outcome positivo della terapia.

Dallo scoring della SCL-90 pre-trattamento (T1) emerge come, al momento della presa in carico, la paziente presenti un quadro sintomatologico complesso e multidimensionale, con valori particolarmente elevati nelle scale di *Depressione*, *Ansia* e *Ossessività – Compulsività*. Le ultime due scale, in particolare, risultano coerenti col profilo diagnostico scaturito dai resoconti della paziente (“Disturbo di Panico” e “Disturbo Ossessivo-Compulsivo”), segnalatasi all'attenzione clinica per violenti attacchi di panico, sintomi di natura ansiosa e somatica, e comportamenti compulsivi di “Washing/Cleaning”. In merito a tali sintomi, la paziente specifica che la loro insorgenza risale a diversi anni prima, ed è scaturita dalla co-occorrenza di diverse esperienze stressanti in ambito relazionale; inoltre, specifica che tale sintomatologia si è mantenuta nel tempo alternando intensità variabili, ma che, nell'ultimo mese e mezzo, si è acuita drasticamente, a seguito del peggioramento delle condizioni di salute del nonno.

Per quanto riguarda la scala della *Depressione*, invece, i punteggi molto elevati non sono riconducibili ad una specifica diagnosi di disturbo depressivo, ai cui criteri diagnostici la paziente corrisponde solo parzialmente. Tale scala, infatti, indagando sintomi tipicamente connessi anche alla sintomatologia ansiosa e somatizzante, risulta particolarmente indicativa più della presenza di disturbi psicologici in generale che di uno specifico disturbo depressivo (Pedersen & Karterud, 2004). In ogni caso, in quadri sindromici estesi come quello considerato, la presenza di sintomi di natura depressiva è frequentemente riscontrabile.

Relativamente al funzionamento interpersonale, i punteggi dell'IIP-32 al T1 segnalano marcate difficoltà interpersonali nelle scale *Intrusivo/Bisognoso* e

Dominante/Controllante, con valori oltre il *cut-off* anche nelle dimensioni *Non Assertivo*, *Eccessivamente accomodante* ed *Autosacrificante*.

Un elemento curioso di tale profilo di risposte è la presenza di punteggi elevati in poli opposti del *continuum* della dominanza, che possono segnalare sia variabilità nelle modalità relazionali della paziente in vari ambiti della propria vita, sia la presenza di forte ambivalenza relativamente a questioni di potere/sottomissione, per altro frequentemente relate ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo. Vi è, inoltre, eccessiva tendenza sia alla sottomissione che all'accudimento degli altri. Complessivamente, tali caratteristiche di personalità possono ricondursi a tratti di dipendenza e di istrionismo, peraltro denotabili anche da preoccupazioni, riportate dalla stessa paziente, circa le proprie modalità relazionali nei confronti delle persone di sesso maschile. Anche nell'ambito della relazione terapeutica, la paziente mostra modalità relazionali sottilmente seduttive, aspetti di idealizzazione del clinico, e tentativi di presentazione di sé orientate ad apparire come una "brava paziente".

Passando all'analisi dei risultati ottenuti nel post-trattamento (T2), è possibile notare un netto miglioramento sia in termini di sintomatologia che di comportamento interpersonale. Tutti i punteggi rilevati dai due strumenti, infatti, rientrano nei valori di *cut-off*, ad eccezione di due scale dell'SCL-90 relative all'*Ossessività-Compulsività* e all'*Ansia Fobica*. Tali risultati sono coerenti con quanto riportato dalla paziente in merito all'evoluzione del proprio quadro sintomatologico: per quanto concerne gli attacchi di panico, la paziente riferisce che, dopo essersi drasticamente ridotti già in seguito alla prima seduta, sono andati via via sparendo, con le sole e rare eccezioni relative a periodi particolarmente stressanti, dovute al progressivo aggravarsi delle condizioni di salute del nonno. In ogni caso, al termine della terapia, la paziente riporta di non sperimentare un

attacco di panico ormai da diversi mesi, e di sentirsi maggiormente in grado di gestire i propri stati d'ansia. Meno drastico, invece, appare il cambiamento relativo alla sintomatologia compulsiva di "Washing/Cleaning", in merito alla quale, tuttavia, la paziente racconta di percepire maggior controllo e capacità di inibizione. A tali elementi può ricondursi la riduzione notevole, seppur non radicale, della scala relativa all'*Ossessività-Compulsività*, il cui punteggio, tuttavia, resta ancora superiore al *cut-off*. L'aumento del punteggio relativo alla scala dell'*Ansia Fobica*, invece, può essere ascritto all'imminente trasferimento della paziente in una nuova città dove vivrà da sola, cambiamento dal quale racconta di sentirsi attratta ma al contempo spaventata. Infine, in ambito relazionale, la paziente sembra aver acquisito maggiori capacità di rapportarsi adeguatamente agli altri, raggiungendo un maggiore equilibrio nel proprio funzionamento interpersonale.

In definitiva, il percorso terapeutico della paziente, benché poco lineare e caratterizzato da alcuni periodi di riacutizzazione dei sintomi, ha infine portato ad un esito positivo, confermato, per giunta, anche dalla graduale comparsa, nella vita della paziente, di elementi che ne segnalano un'importante evoluzione e maturazione emotiva; tra questi vi è il completamento gli studi universitari, il miglioramento delle relazioni sia in ambito lavorativo, che familiare, che relazionale, e lo sviluppo di nuovi progetti e direzioni, quali la decisione di coltivare la passione per il canto anche a livello accademico e professionale.

Si procede ora all'analisi dei risultati dal punto di vista del processo. Dall'applicazione dell'IDAAP, ci aspettavamo una configurazione dei punteggi delle misure linguistiche che confermasse la qualità nel lavoro terapeutico già evidenziata dal risultato positivo del trattamento. In letteratura, l'evoluzione positiva del percorso

terapeutico risulta essere associata a tre principali indicatori relativi al linguaggio del paziente (Andrei, 2011; Bucci & Maskit, 2007; Rocco et al., 2022):

- 1) trend positivo della scala IWRAD;
- 2) trend positivo della scala IWRRL;
- 3) trend negativo della Covarianza IRef_IWRAD.

Come evidenziato dai grafici, tali indicatori risultano chiaramente presenti, indicando un buon funzionamento del processo referenziale, e confermandone l'influenza positiva sul buon esito del trattamento.

In dettaglio, i punteggi della scala IWRAD, superata la prima seduta, si mantengono costantemente superiori al valore di soglia (.5), segnalando una crescente capacità della paziente di utilizzare la funzione simbolizzante. Il valore massimo di tale misura viene raggiunto nella penultima seduta del trattamento (.506), caratterizzata da un importante lavoro di ricapitolazione del percorso terapeutico in vista della sua preannunciata conclusione, che impegna la paziente in un'intensa attività di simbolizzazione dei sentimenti di rabbia e paura connessi all'imminente separazione dal terapeuta.

Un calo rilevante dell'IWRAD, seppur non al di sotto della soglia, è presente invece nella seduta 8 (.5009), nella quale si registra anche un contemporaneo incremento significativo dei valori del dizionario IRef (.0402). Tali elementi potrebbero indicare la preminenza, all'interno della seduta, della fase di riflessione/riorganizzazione; tuttavia, considerato il repentino e ragguardevole aumento del punteggio IRef rispetto alle precedenti sedute, tale configurazione potrebbe anche essere associata ad un aumento delle difese intellettualizzanti nella paziente, dovute all'orientarsi del lavoro clinico verso

l'analisi dei sentimenti di transfert erotico manifestati dalla paziente verso il clinico, e per i quali mostra di provare estremo imbarazzo.

Similmente all'IWRAD, anche i punteggi della scala IWRRL, a partire dalla seconda seduta, non scendono mai al di sotto del valore di *cut-off* (.54), indicando un'elevata capacità della paziente di riflettere in modo "caldo" sull'esperienza emotiva vissuta o raccontata, consentendone una adeguata riorganizzazione e rielaborazione personale.

Infine, esaminando il grafico della Covariazione IRef_IWRAD, si può osservare come i valori registrati risultino sempre negativi, evidenziando una crescente qualità nell'elaborazione terapeutica della paziente. L'unica anomalia di tale trend è rappresentata dalla seduta 7, in corrispondenza della quale l'indice subisce una drastica inversione di tendenza, che ne aumenta il punteggio fino a renderlo positivo (.0012), anche se in modo molto contenuto. Tale valore può essere ascritto, più che ad un distanziamento della paziente dall'esperienza emotiva (a cui non corrisponderebbe l'alto valore di IWRRL che invece si registra), ad una contemporanea presenza di attività simbolizzante e riflessiva. Tale seduta, in effetti, appare differente da tutte le altre per numerose caratteristiche: si tratta, infatti, della seduta che precede di qualche giorno la morte del nonno della paziente, oltre ad essere la prima seduta del trattamento svolta online e non in presenza, a causa del lockdown dovuto alla pandemia da COVID-19. Tali condizioni hanno reso la paziente particolarmente debilitata, rendendo necessaria una sessione "diversa", e di natura prettamente supportiva.

In sintesi, al di là delle fisiologiche oscillazioni dei valori di tali indici, la configurazione generale dei punteggi delle scale IWRAD, IWRRL e della Covariazione

IRef_IWRAD indica il buon funzionamento del processo referenziale della paziente, confermandone quindi l'influenza sull'esito positivo del trattamento.

In riferimento alla prima ipotesi di lavoro, dunque, si può concludere che il trattamento abbia riportato un *outcome* positivo, riscontrabile sia dagli strumenti di esito che di processo.

La seconda ipotesi di lavoro prevedeva che, date le differenti caratteristiche dell'approccio ISTDP rispetto all'approccio tradizionale, la configurazione di punteggi ottenuta dall'IDAAP rispecchiasse gli effetti del diverso processo terapeutico messo in atto, mostrando, in particolare, un precoce e repentino aumento dei punteggi di IWRAD, IWRRL e della Covariazione tra IRef e IWRAD.

Allo scopo di confermare tale ipotesi, si sono analizzati i punteggi ottenuti nelle prime sedute del trattamento, dai quali è possibile osservare come i valori di IWRAD e IWRRL raggiungano punteggi inferiori al *cut-off* solo nella prima seduta, mentre tendano ad aumentare considerevolmente già nella seconda seduta, per poi mantenersi al di sopra del *cut-off* per tutta la successiva durata del trattamento. La Covariazione IRef_IWRAD, invece, benché riporti valori negativi sin dalla prima seduta, mostra un cambiamento di punteggi meno radicale, nella fase iniziale del trattamento, rispetto alle fasi successive della terapia, nelle quali, difatti, è possibile osservare maggiori oscillazioni nei punteggi registrati.

In ogni caso, tali valori confermano che, nel trattamento analizzato, il cambiamento è avvenuto più rapidamente rispetto a quanto atteso da un trattamento tradizionale, e che tale fenomeno può essere attribuito essenzialmente all'applicazione delle tecniche ISTDP.

Il clinico, difatti, procede all'applicazione della Sequenza Dinamica Centrale sin dalla prima seduta, spingendo immediatamente la paziente al contatto con i propri sentimenti preconsoci dolorosi. Per agevolare l'accesso a tali sentimenti, egli assume un atteggiamento insistente, che può essere percepito come "fastidioso", ricentrando l'attenzione della paziente sull'ascolto delle proprie emozioni, ogniqualevolta lei tenta di cambiare argomento o di "decomprimere" la conversazione. Inoltre, alla paziente vengono ripetutamente fatte notare le difese che frappongono tra le emozioni e la loro consapevolezza, e le modalità con le quali non consente al clinico di avvicinarvisi ed esplorarle. Come previsto dalla tecnica ISTDP, tale approccio ha da subito generato nella paziente quote di rabbia verso il clinico, le quali, raggiunta una adeguata intensità, sono state sperimentate dalla paziente anche a livello corporeo e viscerale. Nonostante ciò, nel corso della prima seduta, la paziente non raggiunge l'*unlocking* dell'inconscio, ma risulta perlopiù impegnata nel tentativo di etichettare le emozioni esperite, che tuttavia fatica a riconoscere ed elaborare, segnalando così una possibile disconnessione tra i sistemi di elaborazione. Inoltre, i bassi valori di IWRAD, connessi alla scala DF al suo valore massimo, possono indicare una preminenza, in questa prima seduta, della fase di *Arousal*.

Tuttavia, la sollecitazione emotiva vissuta dalla paziente nella prima seduta, unita al lavoro di rielaborazione effettuato tramite il riascolto dell'audioregistrazione, potrebbe aver "smosso" nella paziente antiche connessioni referenziali sopite, la cui riattivazione ha indotto notevoli cambiamenti, visibili, già dalla seconda seduta, oltre che dall'importante aumento dei punteggi nelle scale IWRAD e IWRRL, soprattutto dalla drastica riduzione dei sintomi riportata dalla paziente; ella, infatti, racconta che, a seguito della prima seduta, il numero di attacchi di panico si è nettamente ridotto, riferendo, inoltre, di essere riuscita, in alcune occasioni, ad evitare che si innescassero, grazie alla

focalizzazione sulla natura dei sentimenti sperimentati, piuttosto che sullo stato d'ansia crescente. Tale risultato risulta coerente con quanto riportato in letteratura da Abbass e colleghi (2017), secondo cui, in alcuni casi, una sola sessione di ISTDP è sufficiente per produrre un'importante riduzione dei sintomi.

Tuttavia, è importante sottolineare che il miglioramento dei punteggi registrato non ha riguardato la sola scala IWRAD, ma anche la scala IWRRL e la Covariazione IRef_IWRAD: tale elemento indica che il trattamento, oltre a spingere la paziente a contatto con emozioni dolorose, le ha anche fornito gli strumenti per elaborarle, riducendo così il rischio di risvolti iatrogeni che la inducessero al drop-out.

Un aumento della sola scala IWRAD nelle prime sedute, infatti, avrebbe segnalato la sola riattivazione delle componenti emotive, aspetto che, benché necessario, non è sufficiente alla generazione di un cambiamento, e che avrebbe potuto, al contrario, produrre eccessivo disagio nella paziente, rinforzandone i meccanismi di evitamento dell'esperienza (Murphy et al., 2021). L'intervento, invece, risulta essere efficace, sia perché il clinico monitora costantemente il livello di angoscia della paziente, evitando che raggiunga livelli estremi o non controllabili, ma anche e soprattutto perché i momenti di intenso coinvolgimento emotivo della paziente sono alternati e accompagnati da componenti di riflessività – ravvisabili dagli alti punteggi della scala IWRRL e della Covariazione IRef_IWRAD – che le consentono di rinforzare le proprie capacità di elaborazione, e di ristrutturare cognitivamente il significato emotivo del dolore che sperimenta.

Un elemento aggiuntivo, in grado di discernere un trattamento ISTDP da altri trattamenti più classici, è l'importante ruolo attribuito all'esperienza corporea delle emozioni: l'elevato punteggio raggiunto dalla scala ISenS in quasi tutte le sedute può

essere connesso al continuo coinvolgimento degli aspetti corporei nelle tecniche adoperate; tale valore, infatti, come evidenziato anche graficamente, raggiunge valori superiori agli altri dizionari non ponderati in quasi tutte le sedute.

Infine, un ulteriore elemento che differenzia nettamente il trattamento ISTDP dalle psicoterapie tradizionali, è il gran numero di parole pronunciate dal clinico nella prima seduta del trattamento (11064); tale valore, infatti, supera di circa tre volte il numero di parole pronunciate dalla paziente (3769), e risulta caratteristico poiché, solitamente, nelle sedute di consultazione classiche, l'intervento del clinico risulta meno pronunciato, lasciando maggiore spazio al racconto anamnestico del paziente per scopi diagnostici. Tale elemento non risulta presente nei trattamenti ISTDP, nei quali, di fatti, gli aspetti anamnestici del paziente emergono gradualmente, col procedere delle sedute.

La tendenza osservata, tuttavia, tende a ridursi, fino ad invertirsi a metà trattamento circa, giungendo, in conclusione del percorso, ad una configurazione di punteggi diametralmente opposta, nella quale le parole della paziente superano quelle del clinico. Tale evoluzione può anch'essa ascrivarsi alle caratteristiche del trattamento ISTDP qui considerato e, in particolar modo, al fatto che, all'inizio del trattamento, la paziente risulti maggiormente impegnata a controllare gli stati angosciosi generati dall'attivazione di schemi emotivi patogeni; la maggiore difficoltà sperimentata nelle prime sedute, infatti, potrebbe aver portato la paziente a coinvolgersi nella fase di narrazione e simbolizzazione in un numero minore di momenti, ma con una maggiore intensità, come denotabile anche dai grafici riferiti all'HPIWRAD e MHIWRAD.

Con lo scorrere delle sedute, tuttavia, la paziente migliora gradualmente la propria capacità lavorare col clinico sugli aspetti corporei dell'esperienza emotiva, riuscendo, anche grazie alle ripetizioni della Sequenza Dinamica Centrale, ad esplorare numerosi

“nuclei emotivi” dissociati, e giungendo infine a coinvolgersi nel processo terapeutico e a collaborare alla produzione di materiale. È anche grazie al lavoro dell’Alleanza Terapeutica Inconscia, infatti, che la paziente riesce, sempre più e sempre meglio, a lasciar emergere, e dunque a simbolizzare, ricordi, vissuti e sogni connessi ad esperienze relazionali traumatiche o negative, relate a numerose figure significative della sua vita, potendo a questo punto esplorarle e riviverle nell’ambiente contenuto e controllato della relazione terapeutica. Questo comporta che la paziente tenda a simbolizzare in modo meno intenso ma più prolungato (minore MHIWRAD, maggiore HPIWRAD), raccontandosi molto di più e con un numero maggiore di parole, “apprendendo” sempre meglio come riuscire, anche da sola, a tradurre aspetti subsimbolici in rappresentazioni simboliche e linguaggio verbale.

In sintesi, con riferimento alla seconda ipotesi di lavoro, è possibile affermare che diversi sono gli indici IDAAP in grado di differenziare il trattamento ISTDP considerato dagli approcci terapeutici tradizionali; tra questi, la caratteristica configurazione dei punteggi IWRAD, IWRRL in particolare, e della Covariazione IRef_IWRAD in misura minore; inoltre, caratteristico dell’approccio ISTDP, è anche l’utilizzo di un linguaggio particolarmente orientato sugli aspetti corporei e, infine, il numero significativamente maggiore di parole pronunciate dal clinico nelle prime sedute della terapia.

Capitolo 8. Conclusioni

Lo scopo del presente lavoro di tesi era quello di analizzare un intero trattamento di Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve attraverso la teoria del codice multiplo, al fine di comprendere se e come le peculiari caratteristiche dell'approccio terapeutico considerato abbiano influenzato lo svolgimento del processo referenziale e, di conseguenza, l'outcome della terapia. Dall'analisi dei risultati ottenuti dalla somministrazione della SCL-90 e dell'IIP-32 prima e dopo il trattamento, e dall'applicazione del software IDAAP alle trascrizioni delle sedute, abbiamo evidenziato l'esito positivo della terapia; inoltre, abbiamo constatato come tale esito sia riscontrabile sia dai cambiamenti accorsi nel profilo sintomatologico e interpersonale della paziente, sia dalla configurazione di punteggi ottenuta nelle misure linguistiche IWRAD, IWRRL e Covariazione IRef_IWRAD, le quali segnalano, in accordo con la letteratura, un adeguato funzionamento del processo referenziale e, conseguentemente, un'evoluzione positiva del percorso terapeutico. Infine, abbiamo evidenziato come, dalla stessa configurazione di punteggi IDAAP, sia ravvisabile una repentina e intensa attivazione delle componenti del processo terapeutico, la quale, insieme ad ulteriori specifici attributi del linguaggio, consente di differenziare il trattamento ISTDP dagli approcci terapeutici tradizionali.

Tale ricerca, tuttavia, presenta anche diverse limitazioni. In particolare, da un punto di vista metodologico, l'utilizzo del disegno single-case non consente la generalizzabilità dei risultati ottenuti, se non cumulandoli con risultati di ricerche analoghe, svolte su casi clinici diversi (Roth & Fonagy, 2005). Inoltre, l'utilizzo di soli strumenti *self-report* per la valutazione dell'outcome (SCL-90 e IIP-32) non scongiura il rischio, legato ai tratti isterici e dipendenti della paziente, che i risultati ottenuti siano

influenzati dal suo desiderio di compiacere il clinico. Benché i punteggi dell'IDAAP ci rassicurino comunque sul generale esito positivo del trattamento, l'eventualità di un risultato deformato da tale aspetto sarebbe stato ulteriormente controllato utilizzando, in aggiunta a tali strumenti, anche delle misure *clinician-report*. Inoltre, SCL-90 e IIP-32 sono entrambi strumenti che misurano lo stato e non il tratto; i loro risultati, dunque, necessiterebbero di una ulteriore conferma al *follow-up* per avvalorare l'esito positivo del trattamento. Sempre in merito al *follow-up*, infine, sarebbe stato interessante indagare se i risultati positivi raggiunti dalla paziente nel trattamento, oltre a mantenersi nel tempo, abbiano continuato a migliorare anche dopo il termine della terapia, confermando quanto evidenziato in letteratura a sostegno dell'efficacia delle terapie brevi (Abbass et al., 2006; Leichsenring et al., 2004).

In ogni caso, i risultati di questa ricerca si allineano alla letteratura sull'efficacia generale della tecnica ISTDP, e aggiungono prove a sostegno dell'ipotesi circa la capacità delle misure computerizzate del processo referenziale di identificare i fattori specifici che portano al cambiamento, oltre a permettere un'analisi del processo terapeutico nel suo complesso. Inoltre, tali risultati confermano che lo sviluppo del processo referenziale può riscontrarsi in tutti i tipi di terapie (Bucci, 2013), e individuano, nella fattispecie del trattamento ISTDP, una configurazione di punteggi IDAAP in grado di identificare e differenziare tale tecnica di trattamento dalle tecniche terapeutiche tradizionali.

Negli sviluppi futuri di questa ricerca, l'analisi del linguaggio verbale del terapeuta e della paziente potrebbe essere corredata da indagini relative sia agli aspetti paraverbali della comunicazione, quali frequenza, velocità e volume del parlato (Rocco et al., 2018), sia agli aspetti non verbali, rilevabili tramite le videoregistrazioni delle sedute, che la tecnica ISTDP già prevede di effettuare.

Inoltre, ai trascritti delle sedute qui considerate potrebbero essere applicati numerosi altri strumenti di analisi del processo, quali il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1990), il *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS, Perry, 1990), e molti altri, i cui risultati potrebbero essere confrontati con quanto emerso dal presente lavoro.

Infine, un ulteriore interessante sviluppo potrebbe prevedere un'analisi, a livello di micro-processo, delle oscillazioni delle misure linguistiche all'interno delle singole sedute, con particolare attenzione alle modalità con le quali i punteggi mutano in relazione alle diverse fasi della Sequenza Dinamica Centrale, valutando, per ognuna di esse, il grado di preminenza delle fasi di arousal, simbolizzazione e riflessione/riorganizzazione del processo referenziale.

BIBLIOGRAFIA

- ABBASS, A. A., HANCOCK, J. T., HENDERSON, J., & KISELY, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004687.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub3>
- ABBASS, A., KISELY, S., & KROENKE, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265–274.
<https://doi.org/10.1159/000228247>
- ABBASS, A., TOWN, J. M., & DRIESSEN, E. (2013). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A review of the treatment method and empirical basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 6–15.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.84>
- ABBASS, A., TOWN, J., OGDONICZUK, J., JOFFRES, M., & LILLIENGREN, P. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy: Effectiveness and Role of «Unlocking the Unconscious». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(6), 453–457. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000684>
- ABBASS, & TOWN, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(3), 433–437.
<https://doi.org/10.1037/a0032166>
- ALEXANDER, F., & FRENCH, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. Ronald Press.
- ANDREI, C. (2011). *A multi-dimensional analysis of a psychoanalytic treatment*. Doctoral dissertation, Adelphi University, Derner Institute of Advanced Psychological Studies.
- BARTLETT, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- BEEBER, A. R. (2018). A brief history of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Current Psychiatry Reviews*, 14(3), 131–140.
- BERGIN, A. E., & GARFIELD, S. L. (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. John Wiley.

- BONFANTI, A. A., CAMPANELLI, L., CILIBERTI, A., GOLIA, G., & PAPINI, S. P. (2008). *Speech Disfluency in spoken language: The Italian computerized dictionary (I-Df) and its application on a single case*. Paper presented at the SPR International Meeting, Barcelona, Spain.
- BOWLBY, J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- BRAAKMANN, D. (2015). Historical paths in psychotherapy research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (A c. Di), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 39–65). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_3
- BUCCI, W. (1984). Linking words and things: Basic processes and individual variation. *Cognition*, 17(2), 137–153. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(84\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0010-0277(84)90016-7)
- BUCCI, W. (1997a). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- BUCCI, W. (1997b). Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151–172.
<https://doi.org/10.1080/07351699709534117>
- BUCCI, W. (2000). *Feelings, Actions and Symbols; Working with Multiple Unconscious Processes in Treatment*. Unpublished Manuscript. Washington School of Psychiatry.
- BUCCI, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(1), 40–70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- BUCCI, W. (2002a). Multiple code theory and the referential process. Applications to process research. In P. Fonagy (A c. Di), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (pp. 192–195). London, UK: International Psychoanalytical Association.
- BUCCI, W. (2002b). Referential activity (RA): Scales and computer procedures. In P. Fonagy (A c. Di), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (pp. 192–195). London, UK: International Psychoanalytical Association.
- BUCCI, W. (2003). Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of «William». *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 542–557. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.3.542>

- BUCCI, W. (2005). Basic concepts and methods of psychoanalytic process research. In E. Person, A. Cooper, & G. O. Gabbard (A c. Di), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 339–355). Washington, D.C., US: American Psychiatric.
- BUCCI, W. (2013). The referential process as a common factor across treatment modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 16–23. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.86>
- BUCCI, W. (2021a). Development and validation of measures of referential activity. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 17–27. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09760-9>
- BUCCI, W. (2021b). Overview of the Referential Process: The Operation of Language Within and Between People. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 3–15. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09759-2>
- BUCCI, W. (2022). *Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- BUCCI, W., & FREEDMAN, N. (1978). Language and hand: The dimension of referential competence. *Journal of Personality*, 46(4), 594–622. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1978.tb00188.x>
- BUCCI, W., KABASAKALIAN-MCKAY, R., & THE REFERENTIAL ACTIVITY RESEARCH GROUP. (2004). Instructions for scoring Referential Activity (RA) in transcripts of spoken narrative texts. Retrieved from <http://www.thereferentialprocess.org>.
- BUCCI, W., & MASKIT, B. (2007). Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1355–1397. <https://doi.org/10.1177/000306510705500412>
- BUCCI, W., MASKIT, B., & MURPHY, S. (2016). Connecting emotions and words: The referential process. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(3), 359–383. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9417-z>
- CALVO, V., PISTELLI, S., & BATTISTELLA, M. (2004). *Aspetti di validazione della scala SCL-90-R*. Paper presented at the meeting «Il Servizio di Consulenza Psicologica per gli Studenti Universitari», Cagliari. <https://www.research.unipd.it/handle/11577/187627>

- DAVANLOO, H. (1990). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo*. John Wiley and Sons.
- DAVANLOO, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Selected papers of Habib Davanloo*. John Wiley & Sons.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- DE CORO, A., & CAVIGLIA, G. (2000). *La valutazione dell'attività referenziale*. Edizioni Kappa.
- DE CORO, A., & MARIANI, R. (2006). L'attività referenziale. Un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- DEL CORNO, F., & LANG, M. (2006). Empirically Supported Treatments VS Empirically Supported Relationships. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- DEROGATIS, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring & Procedures Manual for the R(evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research Incorporated.
- DEROGATIS, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R(evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research Incorporated.
- DEROGATIS, L. R., & CLEARY, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981–989. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- DEROGATIS, L. R., LIPMAN, R. S., RICKELS, K., UHLENHUTH, E. H., & COVI, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7(0), 79–110. <https://doi.org/10.1159/000395070>

- ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., & DOCHERTY, J. P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982; discussion 983.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>
- ELLIOTT, R. (2002). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/713869614>
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. L., FLEISS, J. L., & COHEN, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- FERENCZI, S., & RANK, O. (1922). *The Development of Psychoanalysis*. Nervous & Mental Disease Publishing Company, New York.
- FLEGENHEIMER, W. V. (1986). *Psicoterapia breve. Teorie e tecniche di trattamento*. Raffaello Cortina Editore.
- FONAGY, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
- FRANK, J. D. (1978). *Effective ingredients of successful psychotherapy* (pp. xv, 220). Brunner/Mazel.
- FREUD, S. (1895). Studi sull’Isteria. *O.S.F. Vol. I*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1937). Analisi Terminabile e Interminabile. *O.S.F. Vol. XI*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GABBARD, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.
- GELO, O. C. G. (2012). On research methods and their philosophical assumptions: «Raising the consciousness of researchers» again. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft: Zeitschrift für Qualitative Forschung und klinische Praxis*, 14(2), 111–130.

- GRÜNBAUM, A. (1986). The placebo concept in medicine and psychiatry. *Psychological Medicine*, 16(1), 19–38. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002506>
- HOROWITZ, L. M., ALDEN, L. E., WIGGINS, J. S., & PINCUS, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32/IIP-64)*. London: Psychological Corporation.
- HOROWITZ, L. M., ROSENBERG, S. E., BAER, B. A., URENO, G., & VILLASENOR, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 885–892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- HOWARD, K. I., KOPTA, S. M., KRAUSE, M. S., & ORLINSKY, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- KÄCHELE, H., ALBANI, C., & POKORNY, D. (2015). From a Psychoanalytic Narrative Case Study to Quantitative Single-Case Research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (A c. Di), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 367–379). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_19
- KERNBERG, O. F. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation’s psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36(1–2), 275–275.
- LAMBERT, M. J. (2004). *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons.
- LEICHSENRING, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 841–868. <https://doi.org/10.1516/RFEE-LKPN-B7TF-KPDU>
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S., & LEIBING, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208–1216. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
- LINGIARDI, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.

- LO COCO, G., MANNINO, G., SALERNO, L., OIENI, V., DI FRATELLO, C., PROFITA, G., & GULLO, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, 9, 341.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>
- LUBORSKY, L., & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990a). *Capire il transfert*. Raffaello Cortina Editore.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MINTZ, J., & AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?: Predicting therapeutic outcomes*. Basic Books.
- 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.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- MALAN, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. Plenum Medical Book Co.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2220-7>
- MARIANI, R. (2009). *Il dizionario delle parole riflessive (I-REF): Una misura linguistica nello studio del processo referenziale su tre casi singoli*. Tesi di Dottorato: Università «La Sapienza», Roma.
- 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>
- MARMOR, J. (1979). Short-term dynamic psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 136(2), 149–155. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.2.149>
- MASKIT, B. (2011). DAAP Math I: Word Count Base. Retrieved from <http://www.thereferentialprocess.org>.
- 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>
- MASKIT, B., BUCCI, W., & MURPHY, S. (2012). Computerized Language Measures—The Referential Process. Retrieved from <http://www.thereferentialprocess.org>.

- MASKIT, B., & MURPHY, S. (2011). The Discourse Attributes Analysis Program. Retrieved from <http://www.thereferentialprocess.org>.
- MIGONE, P. (2001). La dicotomia tra clinica e ricerca in psicoterapia: Due scienze separate. *Il Ruolo Terapeutico*, 88, 57–64.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.
- MURAN, J. C., CASTONGUAY, L. G., & STRAUSS, B. (2010). A brief introduction to psychotherapy research. In *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 3–13). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12137-001>
- MURPHY, S., MELANDRI, E., & BUCCI, W. (2021). The Effects of Story-Telling on Emotional Experience: An Experimental Paradigm. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 117–142. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09765-4>
- NATHAN, P. E., & GORMAN, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
- NEGRI, A., BEI, F. D., CHRISTIAN, C., & ROCCO, D. (2022). Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3442>
- NEGRI, A., ESPOSITO, G., MARIANI, R., SAVARESE, M., BELOTTI, L., SQUITIERI, B., & BUCCI, W. (2018). The Italian weighted reflection and reorganization list (I-WRRL): A new linguistic measure detecting the third phase of the referential process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(1), 5–6.
- NEGRI, A., & ONGIS, M. (2021). Stimulus Features of the Object Relations Technique Affecting the Linguistic Qualities of Individuals' Narratives. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 65–83. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09764-5>
- NORCROSS, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

- ORLINSKY, D. E., & RUSSELL, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In *Reassessing psychotherapy research* (pp. 185–214). Guilford Press.
- ORLINSKY, RØNNESTAD, & WILLUTZKI (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 307–390.
- ORTU, F. (2007). Psychoanalysis and empirical research. *Rivista Psicologia Clinica*, 1.
- PAIVIO, A. (1986). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press; Clarendon Press.
- PEDERSEN, G., & KARTERUD, S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 215–224. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00321.x>
- PERRY, J. C. (1990). *The Defense Mechanism Rating Scales Manual, 5th edition*. Boston: The Cambridge Hospital.
- PIPER, W. E., DEBBANE, E. G., BIENVENU, J. P., & GARANT, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 268–279. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.2.268>
- PRUNAS, A., SARNO, I., PRETI, E., MADEDDU, F., & PERUGINI, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(8), 591–597. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.006>
- ROCCO, D., PASTORE, M., GENNARO, A., SALVATORE, S., COZZOLINO, M., & SCORZA, M. (2018). Beyond Verbal Behavior: An Empirical Analysis of Speech Rates in Psychotherapy Sessions. *Frontiers in Psychology*, 9, 978. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00978>
- ROCCO, D., RIZZI, L., DELL'ARCIPRETE, G., & PERRELLA, R. (2022). The Functional Psychotherapy Approach: A Process-Outcome Multiple Case Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
- ROGERS, C. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12(3), 429.
- ROTH, A., & FONAGY, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research, 2nd ed.* Guilford Publications.

- SHADISH, W. R., COOK, T. D., & CAMPBELL, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton, Mifflin and Company.
- SHAPIRO, D. A., & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., MAGURN, R. S., YORKSTON, N. J., & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy Versus Behavior Therapy*. Harvard University Press.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V., & MILLER, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press.
- STRUNK, W., & WHITE, E. B. (1972). *The Elements of Style*. New York: The Macmillan Co.
- STRUPP, H. H., & HADLEY, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125–1136. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780100095009>
- STRUPP, H. H., & HOWARD, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 309–334). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-008>
- THOMA, N. C., & ABBASS, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.003>
- WALLERSTEIN, R. S., ROBBINS, L. L., SARGENT, H. D., & LUBORSKY, L. (1956). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: Rationale, method and sample use. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20(5), 221–278.
- WALLERSTEIN, S. (1986). Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. In *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy* (pp. 1–768). Guilford Press, New York.
- ZENNARO, A., CRISTOFANELLI, S., & VOTTERO RIS, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Linguardi, & A. Colli (A c. Di), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.

ZHOU, Y., MASKIT, B., BUCCI, W., FISHMAN, A., & MURPHY, S. (2021). Development of WRRL: A New Computerized Measure of the Reflecting/Reorganizing Function. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 51–64.
<https://doi.org/10.1007/s10936-021-09762-7>