



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

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

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia
Clinico-dinamica**

Tesi di laurea Magistrale

**Ricerca single-case in un'Intensive
Short-Term Dynamic Psychotherapy:
analisi del processo di cambiamento
tramite la Teoria del Codice Multiplo**

**Single-case research in an Intensive
Short-Term Dynamic Psychotherapy: analysis
of the process of change using Multiple Code Theory**

**Relatore:
Prof. Diego Rocco**

**Laureando: Lorenzo Grazian
Matricola: 2050436**

Anno Accademico 2022/2023

Per chi viaggia in direzione ostinata e contraria
col suo marchio speciale di speciale disperazione
e tra il vomito dei respinti muove gli ultimi passi
per consegnare alla morte una goccia di splendore,
di umanità, di verità.

(Smisurata Preghiera, F. De André)

INDICE:

INTRODUZIONE	1
1.1 LA RICERCA IN PSICOTERAPIA	1
1.1.1 BREVE STORIA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA	1
1.1.2 I DISEGNI DI RICERCA SINGLE CASE.....	6
1.2 LA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE.....	8
1.2.1 BREVE STORIA DELLA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE	8
1.2.2 GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI LE ODIERNE TERAPIE DINAMICHE BREVI.....	11
1.2.3 INTENSIVE SHORT TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY	13
1.3 LA TEORIA DEL CODICE MULTIPO.....	16
1.3.1 I CODICI MULTIPLI E LA FUNZIONE REFERENZIALE	16
1.3.2 GLI SCHEMI EMOTIVI E LE DISSOCIAZIONI	17
1.3.3 PROSPETTIVE SUL TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO	18
LA RICERCA	21
2.1 GLI STRUMENTI	21
2.2 IL CAMPIONE.....	25
2.3 LA PROCEDURA	28
2.4 IPOTESI DI LAVORO	30
I RISULTATI	33
3.1 RISULTATI RELATIVI ALL'IPOTESI 1	33
3.2 RISULTATI RELATIVI ALL'IPOTESI 2	44
DISCUSSIONE	51
4.1 DISCUSSIONE RELATIVA ALL'IPOTESI 1	51
4.2 DISCUSSIONE RELATIVA ALL'IPOTESI 2.....	56
CONCLUSIONE	61
5.1 UTILITA' CLINICA.....	63
5.2 LIMITI DELLA RICERCA E FUTURI SVILUPPI.....	64
BIBLIOGRAFIA	65

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

In questo capitolo verrà inizialmente presentata la ricerca in psicoterapia, facendo una disamina delle diverse fasi che l'hanno caratterizzata lungo la sua storia, per poi focalizzarsi sui disegni di ricerca single case, entro cui rientra la parte di ricerca di questo lavoro.

Successivamente verrà esposta la storia della psicoterapia dinamica breve, dalle origini fino ai giorni nostri, per poi presentare gli aspetti teorici e tecnici che caratterizzano l'ISTDP, il modello di terapia dinamica breve che è stato studiato in questa ricerca.

Infine, la trattazione volgerà sulla teoria del codice multiplo di Wilma Bucci, andando a evidenziare i contributi che essa apporta alla meta-psicologia e alla tecnica psicoterapeutica.

1.1 LA RICERCA IN PSICOTERAPIA

1.1.1 BREVE STORIA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA

La ricerca in psicoterapia è nata per indagare quale sia l'efficacia dei percorsi psicoterapeutici, operando anche confronti tra i diversi approcci, e comprendere quali processi prendano vita all'interno delle psicoterapie. Come vedremo essa assume grande rilevanza anche nello studio delle psicoterapie brevi, comprese quelle di approccio psicodinamico.

La nascita del movimento di ricerca in psicoterapia è preceduta da alcuni tentativi di comprensione operati da Abraham nella Berlino degli anni 20, da Glover a Londra negli anni 30 e dagli studi operati da Rogers in America negli anni 40, quando per primo introdusse la registrazione delle sedute di psicoterapia (Migone, 2006). Questa operazione venne avversata da molti esponenti del movimento psicoanalitico ma essa oggi rappresenta un aspetto consolidato di questo tipo di ricerche (Migone, 1996).

Dal 1950 al 1970 ha ufficialmente avuto origine questo ambito empirico. L'interesse dei ricercatori fu, in questa prima fase, rivolto a studiare il risultato delle psicoterapie.

Questo filone di ricerca nacque inizialmente per rispondere alla provocazione di Eysenck (1952), che affermava la mancanza di prove di una effettiva efficacia delle psicoterapie e imputava i miglioramenti a una “remissione spontanea” dovuta al mero passare del tempo. La ricerca sull’outcome nasce quindi per giustificazionismo scientifico e per legittimare socialmente le psicoterapie.

Questa corrente di ricerca è approdata alla conclusione che “le terapie psicologiche, comportamentali ed educazionali portano generalmente a effetti positivi” (Lipsey & Wilson, 1993, p.1198). Infatti, le metanalisi condotte con l’obiettivo di misurare l’effect size imputabile alla psicoterapia hanno rilevato un significativo punteggio di .60 (Lambert, 2004, Lipsey & Wilson, 1993).

In particolare, dalla ricerca di Lambert (2004), che si è focalizzata sulla psicoterapia nel trattamento della depressione, è emerso che la psicoterapia risulta efficace al pari o addirittura di più dei farmaci antidepressivi. Dati analoghi sono stati rilevati anche per i disturbi d’ansia, ma non per il disturbo ossessivo compulsivo.

Queste ricerche dimostrano, quindi, in modo incontestabile che l’effetto delle psicoterapie non è riducibile all’effetto placebo.

Nonostante ciò, le ricerche sull’outcome non sono riuscite a dimostrare quale tecnica psicoterapeutica sia la migliore, creando il così detto paradosso dell’equivalenza tra terapie di diverso orientamento (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Questa conclusione mostra come l’Outcome Research non sia sufficiente per comprendere il funzionamento della psicoterapia.

Dal 1960 al 1980, la ricerca la psicoterapia si orienta sullo studio del processo al fine di andare oltre il paradosso dell’equivalenza. Queste ricerche nascono quindi con l’obiettivo di classificare, descrivere e misurare ciò che accade tra paziente e terapeuta, al fine di indagare se gli interventi messi in atto nella pratica clinica differiscano veramente tra loro, al di là delle differenze teoriche di approccio. Questo filone di ricerca si è proposto inoltre di capire se vi siano elementi comuni a tutti i tipi di psicoterapia che possano spiegare l’equivalenza rilevata. Infine, si è provato ad attestare l’esistenza di differenze sistematiche tra i pazienti, in quanto l’interazione tra le caratteristiche dei pazienti e le diverse terapie potrebbero alterare l’efficacia degli interventi.

Per poter costruire ricerche comparative, si rende necessario poter garantire che le psicoterapie prese in considerazione negli studi siano condotte seguendo lo stesso processo. In questa fase, nasce quindi la necessità di manualizzare le tecniche psicoterapeutiche, in modo da poter fornire dei riferimenti condivisi ai terapeuti di uno stesso orientamento. In questi manuali vengono esposti i principi rappresentativi della tecnica psicoterapeutica, corredati da esemplificazioni concrete e una serie di scale utili per valutare il grado di concordanza di una porzione di psicoterapia (una seduta o un gruppo di sedute) con la tecnica manualizzata.

Anche grazie alla costruzione della manualistica, la process research ha segnalato differenze sistematiche nelle tecniche dei diversi approcci psicoterapeutici (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Stiles, 1987). Sono infatti ravvisabili diversi fattori terapeutici che concorrono al cambiamento. Essi possono essere divisi in fattori specifici (che sono caratterizzanti di un particolare modello terapeutico) e fattori aspecifici (trasversali a tutti i modelli). Per Lambert (2004), fattori aspecifici possono essere supportivi (ad esempio, l'identificazione con il terapeuta, il calore emotivo del terapeuta, l'empatia e l'alleanza terapeutica), fattori di apprendimento (come l'esperienza emotiva correttiva) o fattori di azione (come la regolazione del comportamento, le abilità cognitive e il test di realtà).

Una limitazione di questo tipo di ricerca sta nella formazione di quadri sperimentali complessi e descrittivi che risultano però troppo sintetici per permettere di formulare interpretazioni causali.

Una tipologia di ricerca che mira ad andare oltre i limiti delle ricerche sul processo e sul risultato è la Process-Outcome Research. Questo tipo di studi si occupa di indagare la relazione che sussiste tra i processi attivati nei percorsi terapeutici e il risultato che si ottiene al termine della terapia e nelle misurazioni di follow-up successive. Il legame che intercorre tra processo e risultato può avvenire a livelli differenti. Ad esempio, si può porre il focus su ciò che avviene in una unica seduta e valutare l'esito della seduta stessa, oppure si può porre l'attenzione su esiti specifici del processo, osservando l'impatto che si registra in ogni momento sulla variabile esaminata.

Queste ricerche hanno analizzato l'effetto dei fattori aspecifici e specifici rispetto all'outcome. Secondo Dazzi (2006), il paradosso dell'equivalenza sembra suggerire che i fattori specifici non siano responsabili del risultato di una psicoterapia. Una meta-analisi

di studi per componenti (ovvero studi costruiti appositamente per valutare quanto un elemento specifico sia responsabile dell'outcome) non ha evidenziato alcuna relazione tra fattori specifici e outcome (Ahn & Wampold, 2001). Dazzi (2006) riporta come le ricerche in questo ambito sembrano indicare che i fattori aspecifici contribuiscono al risultato in misura maggiore rispetto a quelli specifici. Però, analizzando i risultati di diversi studi, Dazzi (2006) riporta come né i fattori aspecifici, né quelli specifici possono spiegare totalmente la varianza rispetto all'outcome. La conclusione a cui si è giunti è che la reciproca influenza di fattori specifici e aspecifici determina l'outcome psicoterapico. (Beutler, Moleiro, Malik, & Harwood, 2000).

Nel 1970 si apre una nuova fase di ricerca in cui l'attenzione viene spostata ancora di più dai risultati ai microprocessi terapeutici, al fine di arrivare a una comprensione più completa e dettagliata dei macroprocessi in atto nelle psicoterapie.

La fase attuale in cui si trova la ricerca in psicoterapia è caratterizzata da uno stato di ripensamento e insoddisfazione, in cui si riconosce la necessità di ritornare al contesto di scoperta che aveva animato inizialmente la ricerca. Si identificano, infatti, due modi di condurre la ricerca in psicoterapia. Il primo è il contesto di scoperta, in cui la pratica clinica guida la ricerca verso intuizioni, scoperte e manualizzazioni. Il secondo è il contesto di verifica, di comparsa successiva rispetto a quello di scoperta, che snatura invece lo spirito della ricerca e obbliga a ridurre i dati e manipolarli in base al sistema di catalogazione utilizzato.

La odierna ricerca in psicoterapia è esposta a diversi problemi di carattere teorico e metodologico.

Un primo problema riguarda la difficoltà nel costruire delle ricerche in doppio cieco, a causa di diverse implicazioni morali e metodologiche. Infatti, assegnare dei pazienti sofferenti a un gruppo trattato con placebo o addirittura non trattato risulta una questione moralmente problematica. Inoltre, il placebo o la condizione di "non terapia" (per esempio, rimanere in lista di attesa, ricevere colloqui informali condotti da personale non qualificato) implica un contatto interpersonale che ha delle implicazioni sul piano emotivo e può andare a modificare lo stato psicologico del paziente e influire sulle valutazioni operate. Per ovviare a queste problematiche, la situazione sperimentale comunemente messa in atto consiste nel confronto tra un gruppo di pazienti che riceve il

trattamento oggetto di studio e un gruppo trattato con un diverso intervento psicologico (per esempio, un intervento meno formalizzato).

Un altro aspetto rilevante che ha importanti ricadute sulla costruzione dei disegni di ricerca è la definizione di outcome. A questo proposito esiste una diafrasi tra chi definisce l'outcome in termini di cambiamento sintomatologico e chi lo considera come un cambiamento della personalità che è alla base del sintomo. A causa di queste diverse considerazioni, sono stati messi a punto numerosi strumenti testistici da utilizzare nelle ricerche. Gli strumenti possono essere multitratto (utili quando si suppone che la popolazione oggetto della ricerca non sia omogenea, anche se risultano talvolta troppo lunghi, complicati e con una sensibilità ridotta ai cambiamenti), monotratto (che permettono un utilizzo più agile, ma puntano a delle rilevazioni talmente puntuali da non risultare sufficientemente interessanti al fine della valutazione dell'outcome), oppure possono essere strumenti che operano una valutazione globale del cambiamento.

Un altro aspetto fondamentale riguarda il complicato rapporto tra significatività statistica e significatività clinica. La significatività statistica riguarda il fatto che la differenza tra le variabili misurate prima e dopo il trattamento non sia aleatoria, mentre la significatività clinica riguarda il significato che la grandezza della differenza ha per il paziente o per il clinico, ovvero se il cambiamento rilevato sia percepito in modo significativo nella vita reale del paziente. L'aspetto problematico riguarda il fatto che i risultati ottenuti da ricerche costruite in modo metodologicamente ed epistemologicamente perfetto possono essere difficilmente esportabili nella pratica clinica di tutti i giorni. Ciò può avvenire, per esempio, a causa della rigorosa selezione e inclusione nella ricerca di pazienti psicopatologicamente puri, ovvero senza comorbidità, che sono difficilmente presenti nella clinica quotidiana.

Questo problema riguarda in particolar modo i Randomized Clinical Trials (RCT) che seguono la metodologia sperimentale che caratterizza la compilazione degli elenchi degli Empirically Supported Treatments (EST). Queste ricerche hanno l'obiettivo di valutare l'efficacia comparata di tecniche terapeutiche diverse, al fine di comprendere quale sia il trattamento più efficace. Questo obiettivo viene perseguito garantendo il massimo controllo sulle variabili indipendenti e assegnando in modo casuale i partecipanti alle condizioni sperimentali. I risultati ottenuti nel gruppo che riceve il trattamento oggetto di

studio vengono confrontati con quelli ottenuti nel gruppo di controllo trattato con un placebo o con un intervento già testato.

Queste ricerche sono caratterizzate da numerosi aspetti critici. Anzitutto, i pazienti vengono considerati come dei recettori passivi di un trattamento (e non come degli agenti che collaborano al processo di cambiamento) e le tecniche usate sono viste come erogabili in modo identico e standardizzabile. Infatti, i Randomized Clinical Trials sono fondati su una ipersemplicificazione della situazione clinica (Elliott, 2002), che non permette di operare inferenze causali (ovvero non permette di capire perché e come un trattamento funziona). Inoltre, le metodologie statistiche utilizzate generano delle distorsioni nei risultati che risultano essere statisticamente significativi, ma con una minima possibilità di ricaduta nella pratica clinica.

Questi aspetti problematici trovano un superamento nella filosofia di ricerca delle Empirically Supported Relationships. Questo approccio di ricerca considera la pratica clinica come un laboratorio iniziale di studio e non il destinatario finale, come avviene per gli Empirically supported treatments. Infatti, in queste ricerche, è grazie all'osservazione di pratiche terapeutiche nella clinica quotidiana, integrata con l'utilizzo di strumenti, che si ottengono correlazioni tra le strategie terapeutiche e le variabili di risultato.

1.1.2 I DISEGNI DI RICERCA SINGLE CASE

Le ricerche single case sono disegni sperimentali che fanno riferimento all'Empirically Supported Relationships. Esse sono caratterizzate da un'unica unità di osservazione (ovvero trascrizioni delle registrazioni di sedute di una psicoterapia) su cui vengono effettuate svariate osservazioni tramite misure operazionalizzate. L'analisi dell'andamento e delle fluttuazioni dei dati registrati nel corso del processo terapeutico permette di comprendere come avvengano i cambiamenti (Lingiardi, 2006; Kazdin, 1982).

Secondo Wallerstein (2002), questi disegni di ricerca sono il metodo privilegiato per la ricerca contemporanea in psicoterapia poiché garantiscono la possibilità di operare una analisi macro e microanalitica che esprime in misure confrontabili il funzionamento della personalità del paziente, il processo del trattamento e i risultati raggiunti.

Queste ricerche permettono di colmare i punti ciechi dei RCT. Infatti, esse non ipersemplicano la situazione clinica (permettendo, ad esempio, lo studio di psicoterapie con pazienti che presentano comorbidità) e hanno come obiettivo la ricerca di nessi causali responsabili del cambiamento. Inoltre, a differenza dei RCT che si focalizzano sui fattori specifici, le ricerche single case permettono di cogliere l'intreccio di fattori specifici e aspecifici coinvolti nel processo.

In questi disegni di ricerca sono possibili due tipi di analisi: un'analisi quantitativa e una qualitativa. Esse sono però da considerare due fasi dello stesso processo, poiché una non può prescindere dall'altra.

La ricerca qualitativa, per incrementare la propria attendibilità, deve basarsi su osservazioni da parte di fonti diverse.

La ricerca quantitativa permette invece la raccolta e l'analisi statistica di dati per poter stabilire una relazione tra due o più variabili. Però, dato che nelle psicoterapie non è realizzabile una manipolazione sperimentale, la relazione che si può ottenere è di natura solamente correlazionale (ovvero dimostrata dalla co-occorrenza delle variabili).

Un esempio di analisi quantitativa che si può condurre sulle trascrizioni delle sedute di psicoterapia è l'analisi linguistica del testo con metodi computerizzati, come accade per lo studio della funzione referenziale (Mariani, Maskit, Bucci, & De Coro, 2013).

Questi disegni sperimentali non sono esenti da punti deboli e problemi metodologici. In primo luogo, queste ricerche sono caratterizzate da una elevata selezione dei partecipanti. Inoltre, mancando il confronto con un gruppo di controllo, non è semplice capire se i dati ottenuti siano legati a fattori specifici o a fattori generici aspecifici, o ancora alla naturale fluttuazione di variabili psicologiche e biologiche.

Infine, i risultati ottenuti sono difficilmente generalizzabili a popolazioni cliniche più ampie.

A questo proposito, una strategia importante per migliorare la qualità dei risultati raggiunti tramite la ricerca single case è la replicazione. Secondo Sidman (1960), la replicazione può essere diretta, quando lo stesso terapeuta intraprende percorsi con pazienti diversi ma possibilmente accomunati dalla stessa diagnosi, o sistematica, se il trattamento è svolto da terapeuti diversi su pazienti simili.

1.2 LA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE

1.2.1 BREVE STORIA DELLA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE

LE ORIGINI DELLA PSICOTERAPIA: IL METODO CATARTICO

In “Studi sull’Isteria” (1892-1895), Freud e Breuer misero a punto il metodo catartico, nato per trattare le pazienti isteriche. Questo metodo è importante perché tra le sue tecniche si possono rintracciare degli elementi tipici della nascita della psicoterapia breve.

Lo scopo terapeutico di questa tecnica era quello di permettere l’emersione del ricordo traumatico rimosso, integrato con gli affetti connessi. Nel corso dei loro studi, Freud e Breuer avevano abbandonato gradualmente l’ipnosi (dato che non tutti i pazienti erano ipnotizzabili), finendo per far accomodare i pazienti sul lettino con gli occhi chiusi mentre veniva loro esercitata la pressione sulla fronte (al fine di aiutare a concentrarsi a ricordare).

Nei primi casi documentati, la durata del trattamento catartico è assimilabile a quella di una psicoterapia breve. Infatti, Lucy R. è stata trattata per 9 settimane con una seduta a settimana, Emmy Von N. per 16 sedute divise in due anni, mentre Anna O. era stata presa in carico per 18 mesi (Freud, 1892-1895).

In questi primi studi, i criteri necessari per una presa in carico erano il possesso di un certo livello di intelligenza, la fiducia nel metodo catartico, un atteggiamento positivo verso il terapeuta sin dall’inizio e, infine, un’alta motivazione necessaria per superare le resistenze che si sarebbero presentate (Freud, 1892-1895).

Nella terapia catartica, il terapeuta era molto attivo e insisteva perché si producesse materiale pertinente. In questa fase non si parlava ancora di un focus terapeutico, però il lavoro era in ogni caso limitato a un insieme circoscritto di associazioni che riguardavano i singoli sintomi posti all’attenzione clinica dal paziente.

In questo periodo iniziò la consapevolezza circa l’esistenza del transfert, anche se non assunse un’importanza centrale per il processo terapeutico. Anzi, appena si presentavano delle resistenze nel flusso associativo, il terapeuta le doveva attaccare immediatamente (Freud, 1892-1895).

Al termine del lavoro terapeutico, non veniva data importanza alla conclusione della terapia e ai processi di rielaborazione da favorire e di cui tenere conto (Freud, 1892-1895).

Con il Caso di Dora (Freud, 1901), Freud sviluppò il metodo delle libere associazioni, allontanandosi così dal metodo catartico. Infatti, la regola delle libere associazioni impone al terapeuta di tenere un atteggiamento inattivo, al fine di non interrompere il flusso ideativo (Semi, 2011). Questo favorisce la regressione e l'instaurarsi del transfert e determina quindi un significativo prolungamento della durata del trattamento (anche grazie al fatto che la nevrosi di transfert rende la conclusione problematica).

Malan (1963) ha operato una revisione delle terapie condotte prima del 1914 da Freud e dai suoi colleghi, rivelando come i percorsi terapeutici intrapresi da questi analisti fossero caratterizzati da metodi misti che comprendevano tecniche catartiche e analitiche. Risultavano così delle terapie focali, concentrate su degli insiemi di associazioni, ricordi e affetti legati a uno specifico evento traumatico. Secondo quanto riportato da Malan, dopo il 1914, questo tipo di trattamento scomparve.

LE AUDACI SPERIMENTAZIONI DI FERENCZI E RANK

Rank fu il primo a porre l'attenzione sull'importanza di mettere una limitazione temporale alle psicoterapie (Ferenczi & Rank, 1924). L'autore sosteneva che il limite temporale obbligava ad affrontare la realtà e a rinunciare agli aspetti irrealistici delle fantasie che erano state mobilitate e gratificate dalla relazione transferale.

Ferenczi (1919a, 1919b, 1920, 1924) attuò delle sperimentazioni tecniche che vedevano l'analista impegnato nell'utilizzo di tecniche attive al fine di vincere le resistenze che generavano un ristagno del flusso associativo. Per Ferenczi, era compito dell'analista dare indicazioni concrete su attività da svolgere o evitare, abbandonando la neutralità del modello classico, al fine di aumentare la frustrazione e riportare in superficie nuovo materiale.

In "The development of psychoanalysis" (1924), Ferenczi e Rank criticarono il fanatismo interpretativo della psicoanalisi classica che, secondo gli autori, indagava spesso più in profondità di quanto non si rendesse necessario. Infatti, secondo gli autori, un rischio in cui molti psicoanalisti cadevano era quello di prendere in analisi dei pazienti non per ragioni cliniche ma per ricercare conferme ricorsive delle teorie psicoanalitiche.

Per Ferenczi e Rank era necessario, non solo che avvenisse una comprensione intellettuale del conflitto originario presente nel transfert, ma anche che il paziente rivivesse gli affetti ad esso connessi. Per questo motivo, era necessario che il terapeuta provocasse attivamente un grado ottimale di tensione emotiva.

IL CONTRIBUTO DI ALEXANDER E FRENCH

Alexander, mentre era direttore del Chicago Institute, pubblicò i suoi risultati e le sue considerazioni cliniche in “Psychoanalytic therapy” (Alexander & French, 1946). In questo lavoro, l'autore contestò il postulato alla base della clinica psicoanalitica secondo cui la lunghezza del trattamento e la frequenza delle sedute era direttamente proporzionale alla qualità dell'outcome.

Al contrario, Alexander (1946) mise a punto delle tecniche volte ad analizzare solamente il focus relativo al trauma e a ridurre al minimo la regressione (come, ad esempio, l'utilizzo del setting vis a vis, la variazione della frequenza delle sedute e la conduzione del colloquio non basata sulle libere associazioni ma su uno scambio più diretto. Per il clinico, l'intensità del trattamento non doveva essere stabilita a priori, ma doveva dipendere dalla forza dell'Io del paziente. Nonostante queste attenzioni riguardo alla frequenza delle sedute, Alexander non poneva a inizio trattamento un limite alla durata della terapia.

Come Ferenczi, Alexander sosteneva l'importanza di adottare un atteggiamento terapeutico attivo, volto a tenere alta la tensione emotiva e ridurre la regressione. La componente emotiva era per Alexander un aspetto centrale della terapia, la quale risultava essere un ambiente protetto dentro cui poter vivere esperienze emotive correttive (Alexander & French, 1946). Infatti, per Alexander, l'esperienza traumatica che origina la sofferenza mentale riguardava non tanto il dolore vissuto, quanto più il fatto di non aver avuto nessuno vicino a sé che si sintonizzasse affettivamente (Alexander & French, 1946). La terapia si configura perciò come una serie di esperienze relazionali che riattualizzano l'esperienza traumatica originaria. Queste esperienze emotive però, ricevendo una risposta affettiva adeguata da parte del terapeuta, permettono di ristabilire un equilibrio nell'inconscio del paziente. Per questo motivo, il terapeuta doveva manipolare attivamente il transfert per provocare, nel minor tempo possibile, l'esperienza correttiva.

1.2.2 GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI LE ODIERNE TERAPIE DINAMICHE BREVI

Nella storia tratteggiata, si possono scorgere le evoluzioni della tecnica terapeutica psicodinamica e come vadano a tratteggiarsi le caratteristiche dell'attuale psicoterapia dinamica breve, per come è stata descritta da Flegenheimer (1977) nel suo manuale di psicoterapia analitica individuale a breve termine.

Anzitutto, sono ricercate delle caratteristiche fondamentali del paziente, requisito fondamentale per la presa in carico. Come aveva detto Alexander, un aspetto importante è la forza dell'Io, caratteristica di un buon funzionamento generale nella vita passata e presente (Alexander & French, 1946). Il paziente deve inoltre essere provvisto di una buona capacità di riflessione psicologica (ovvero la propensione all'introspezione e a vedere come gli avvenimenti passati influiscano nel presente), di una capacità di stare in relazione fin dalle prime sedute e, come diceva Freud (1892-1895), da una grande motivazione a intraprendere il percorso terapeutico e a impegnarsi in prima persona. È necessario, inoltre, che la vita attuale del paziente sia caratterizzata da stabilità e relativa tranquillità, in modo da non dover occupare il tempo a parlare dei problemi esterni, senza accedere ai conflitti sottostanti (Flegenheimer, 1977).

Come teorizzava Alexander (1946), è importante che all'inizio della terapia vi sia un accordo tra il terapeuta e il paziente per identificare il focus su cui si andrà a lavorare, ovvero una area delimitata di difficoltà (Flegenheimer, 1977). Questo focus deve avere rilevanza psicodinamica, ovvero deve essere una manifestazione attuale di un conflitto nucleare sottostante. Il focus può quindi essere edipico o preedipico, a seconda che la difficoltà riguardi le situazioni triadiche o bipersonali.

Per quanto riguarda il terapeuta, a partire dalle sperimentazioni di Alexander, l'accento viene posto sul suo atteggiamento attivo ma non direttivo (come era invece per Ferenczi), volto a mantenere la terapia all'interno del focus grazie all'interpretazione delle deviazioni, a mantenere nel paziente un livello ottimale di tensione emotiva e a prevenire la regressione (Flegenheimer, 1977).

Infatti, lo stesso Alexander (1946), aveva già affermato la necessità di evitare lo stabilirsi di una interminabile nevrosi di transfert che avrebbe sostituito il vecchio disturbo con una

relazione caratterizzata da gratificazione morbosa. Le psicoterapie dinamiche brevi prevedono, quindi, che il terapeuta sia impegnato, come avveniva nelle terapie catartiche, nell'interpretare le manifestazioni transferali appena si manifestano, in modo da farle vagliare dalla parte osservante dell'Io, prevenendo così la nevrosi di transfert (Flegenheimer, 1977). È importante, però, che il clinico interpreti solo le manifestazioni transferali che costituiscono un elemento di resistenza e che riguardano il focus scelto.

Oltre a ciò, per prevenire la regressione, molte delle modificazioni tecniche di Alexander sono state mantenute. Infatti, la terapia viene condotta in un setting vis a vis, con delle sedute la cui lunghezza e frequenza varia a seconda del modello adottato.

Al di là delle variazioni tecniche, tutti i modelli di terapie dinamiche brevi concordano sull'importanza di comunicare, prima che inizi il percorso terapeutico, che la terapia avrà una durata limitata nel tempo. Questo fa sì che il paziente sia spinto a perdere poco tempo e abbia meno timore della dipendenza.

Questo tipo di psicoterapia non garantisce un tempo di rielaborazione delle nuove consapevolezze e trasformazioni durante la terapia. Questo processo, invece, avviene in larga parte dopo la conclusione dell'intervento (Wolberg, 1980). In questo senso, il processo di trasformazione ed elaborazione continua anche dopo il termine del percorso psicoterapeutico. Esso ha quindi una durata indefinita e si caratterizza come un circuito retroattivo, secondo cui un nuovo modo di stare con gli altri ottiene risposte positive dall'ambiente esterno che rinforzano il cambiamento avvenuto e spingono verso ulteriori trasformazioni positive. Questa visione guarda all'individuo come un sistema aperto in continua interazione trasformativa con l'ambiente.

Secondo Flegenheimer (1977), è fondamentale che il terapeuta abbia una fiducia adeguata nel modello terapeutico che adotta. Infatti, il terapeuta deve essere convinto di poter raggiungere gli scopi prefissati senza condividere con il paziente alcun tipo di ambivalenza nei confronti del processo terapeutico. In ogni caso, questa fiducia non deve essere esagerata e non deve portare alla conduzione di una analisi selvaggia, in cui viene meno l'attenzione al paziente e alle sue più autentiche comunicazioni.

1.2.3 INTENSIVE SHORT TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY

L'Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) è una forma di psicoterapia breve formalizzata da Abbass (2015) e Abbass e colleghi (2014), sulla base del lavoro pionieristico di Habib Davanloo (Davanloo, 1980, 1990) iniziato nel 1962 al Montreal General Hospital.

Il modello psicoterapeutico dell'ISTDP è intensivo ed esperienziale e ha come obiettivo l'aiutare il paziente, grazie alla pressione esercitata attivamente dal terapeuta, a superare in breve tempo le sue difficoltà mediante la sperimentazione a livello cognitivo e viscerale delle emozioni inconsce bloccate o evitate. Sono proprio questi affetti bloccati ad essere alla base dell'ansia inconscia, della sintomatologia e del rigido pattern difensivo caratteristici del paziente.

La brevità di questa forma di psicoterapia è ben esemplificata nel recente lavoro di Rocco e colleghi (2021) dove le 22 psicoterapie brevi prese in esame hanno avuto una durata media di 23,95 ore.

L'efficacia di questo approccio è stata dimostrata per la depressione, i disturbi di personalità, il disturbo di panico e i disturbi da sintomi somatici (Abbass, Town & Driessen, 2012, 2013; Lilliengren, Cooper, Town, Kisely & Abbass, 2020).

Due studi recenti hanno affermato l'efficacia anche per il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo d'ansia sociale (Rahmani, Abbass, Hemmati, Ghaffari, & Razaei Mirghaed 2020, Rahmani, Abbass, Hemmati, Mirghaed, & Ghaffari, 2020b;)

Questo modello si discosta da tutte le altre forme di psicoterapia dinamica breve grazie alla rapidità della valutazione diagnostica. Infatti, il terapeuta è impegnato sin dai primi momenti della terapia a identificare le difese inconsce che il paziente adotta contro l'ansia e le emozioni coartate, oltre che a individuare le vie di scarico dell'ansia inconscia (Rocco et al., 2021).

Abbass (Abbass et al., 2013) ha infatti individuato 4 modalità con cui l'ansia inconscia si rende presente e a cui il terapeuta deve prestare attenzione: attraverso la muscolatura striata (ad esempio, stringere le mani e sospirare, tensione di tutto il corpo), la muscolatura liscia (ad esempio disturbi del tratto gastro-intestinale, dei vasi e delle vie respiratorie), i disturbi cognitivo-percettivi (confusione mentale, alterazione della vista o perdita di

coscienza) e la conversione (assenza di tensione nei muscoli striati e debolezza focale o generalizzata).

Identificare le vie di scarico preferenziali del paziente, permette di ottenere importanti informazioni riguardo la fragilità della struttura caratteriale. Infatti, l'ansia scaricata preferenzialmente attraverso la via cognitivo-percettiva dà indicazione di una struttura fragile che necessita di un rinforzo.

A tal proposito, l'ISTDP è un modello innovativo per la sua flessibilità che, grazie alle modificazioni della tecnica degli ultimi anni, permette una sua applicazione a quasi l'86% dei pazienti che si rivolgono ad uno psichiatra in contesto ambulatoriale (Abbass, 2002).

Come riporta Flegenheimer (1977), Davanloo inizialmente disponeva che l'iniziale fase di consultazione, oltre a essere un vero e proprio inizio di terapia grazie a cui formare l'alleanza terapeutica, permettesse la raccolta di materiale utile per formulare una diagnosi dinamica e genetica al fine di selezionare i pazienti. Era infatti necessario operare una selezione tra coloro che richiedevano una psicoterapia breve dinamica considerando vari aspetti intrapsichici ed interpersonali.

Per determinare se un paziente fosse adatto a questa forma di psicoterapia, bisognava valutare la sua motivazione al cambiamento, la sua intelligenza e capacità di elaborazione psicologica (ovvero la capacità di comunicare pensieri, sentimenti, fantasie e di collegare produzioni intrapsichiche a eventi passati). Oltre a questi aspetti, che si potevano valutare anche osservando come il paziente reagiva alle interpretazioni del terapeuta, bisognava prestare attenzione a come il paziente si poneva in relazione al terapeuta e con le altre persone significative (poiché lo stabilirsi di un cattivo contatto nella situazione terapeutica e nella vita era correlato un cattivo esito terapeutico). Infine, era fondamentale valutare la capacità di funzionamento dell'Io nell'area affettiva, ovvero la capacità di provare e tollerare un'ampia gamma di affetti, e l'organizzazione difensiva che non doveva essere rigidamente orientata su difese primitive.

A partire dagli anni 90, sono state apportate delle modifiche per allargare l'applicabilità dell'ISTDP anche ai pazienti con un funzionamento fragile dell'Io e con un apparato difensivo primitivo. Queste variazioni costituiscono il Modello Graduato (Davanloo 1990, Whittmore 1996) che prevede fasi di mobilitazione dell'ansia inconscia alternate a fasi di ricapitolazione a livello cognitivo. Questa alternanza favorisce nel paziente lo

sviluppo della tolleranza all'ansia inconscia e l'impiego di difese più evolute (Davanloo, 2005).

Il terapeuta deve quindi essere un bravo diagnosta psicodinamico, capace di riconoscere il funzionamento del paziente e di adottare le tecniche terapeutiche più adatte a quella specifica situazione.

Per orientarsi nelle dinamiche interpersonali e per riuscire a descrivere precisamente le dinamiche psichiche inconscie, in ISTDP vengono utilizzati il triangolo del conflitto e il triangolo della persona (Malan, 1963). Il triangolo del conflitto si compone di tre vertici (emozioni, ansia e difese) che permettono di mettere a fuoco le difese con cui il paziente si difende dall'ansia generata da emozioni conflittuali e intollerabili. Il triangolo della persona, invece, considera le relazioni in cui le dinamiche intrapsichiche messe a fuoco si presentano o si sono presentate; esse sono la relazione terapeutica, le relazioni attuali fuori dal setting e le relazioni con persone significative nel passato.

Il setting dell'ISTDP è vis a vis, con sedute di durata e frequenza variabile. Esse possono avere una durata di 60 o 90 minuti (talvolta anche 120 minuti) con cadenza settimanale o bisettimanale (Rocco et al., 2021).

Il processo terapeutico descritto da Davanloo (1990) si articola nella sequenza dinamica centrale. Essa si compone di diversi passaggi che garantiscono un rapido accesso agli affetti inconsci che sono rimasti bloccati per effetto di traumi emotivi o dell'interruzione di legami di attaccamento.

La prima fase della sequenza dinamica centrale è l'indagine. In questo passaggio, il paziente viene invitato a parlare di qualsiasi cosa gli venga in mente, al fine di esplorare le sue difficoltà. Successivamente si passa alle fasi della pressione e della sfida alle resistenze: il terapeuta, con gentile fermezza, fa domande incessanti al paziente riguardo i sentimenti provati, non accontentandosi di risposte ipotetiche e vaghe, e sfida direttamente le difese messe in atto nei confronti degli affetti evitati. Tutto ciò, nella fase della resistenza al transfert, attiva nel paziente dei complessi sentimenti transferali (ad esempio, grande apprezzamento e irritazione) che richiamano i vissuti traumatici passati. La successiva fase della svolta riguarda lo sblocco degli affetti (una crisi intrapsichica), grazie alla possibilità, che si realizza in seduta, di poter sperimentare questi sentimenti nelle loro componenti viscerali e cognitive. Questo primo sblocco dell'inconscio genera

un calo della tensione emotiva (riduzione dell'ansia inconscia e dell'impiego di difese) e una produzione di nuovo materiale. Le successive fasi riguardano l'analisi sistematica del transfert, un'ulteriore indagine per esplorare la storia di sviluppo e l'accesso diretto all'inconscio.

Questi passaggi del percorso terapeutico non si presentano sempre in questo ordine ed è frequentemente necessario ripeterne alcuni per giungere al superamento degli affetti conflittuali inconsci.

Il susseguirsi delle fasi della sequenza dinamica centrale muove nel paziente una forza interna curativa chiamata alleanza terapeutica inconscia (Davanaloo, 1987). Essa lavora contro le difese e, producendo legami e immagini dei contenuti mentali non risolti, è necessaria per permettere l'accesso agli affetti bloccati. (Davanaloo, 1990).

Quando i sintomi che avevano determinato la richiesta di aiuto sono stati eliminati, si entra nella fase conclusiva della terapia. Quando ciò avviene, il terapeuta chiede al paziente se ci sono altre problematiche su cui vuole lavorare per una o due sedute, altrimenti viene posto il termine al percorso terapeutico (Flegenheimer 1977)

1.3 LA TEORIA DEL CODICE MULTIPLIO

La teoria del codice multiplo di Wilma Bucci (Bucci, 1997a) è una teoria nata a partire da una critica mossa alla metapsicologia freudiana, in quanto fondata sulla teoria energetica che nei decenni è stata smentita ma che ha continuato ad essere la base per le teorizzazioni psicoanalitiche successive (Eagle, 1984). Questa teoria si propone come un tentativo di conciliare le teorie psicoanalitiche e le teorie cognitive e risulta per questo motivo estremamente rilevante nell'ambito delle psicoterapie dinamiche.

1.3.1 I CODICI MULTIPLI E LA FUNZIONE REFERENZIALE

Wilma Bucci tiene in considerazione il postulato a fondamento della psicoanalisi classica, secondo cui ci sono diverse modalità di funzionamento dell'attività mentale. Infatti, Freud (1940) teorizzò l'esistenza di due forme distinte di processi di pensiero: il processo di pensiero primario, tipico dell'Es e del lavoro del sogno, e il processo di pensiero secondario, caratteristico dell'Io. Per l'autrice, però, i diversi processi mentali, che lei chiama codici multipli, vanno disgiunti dalle topiche freudiane che sono fondate sulla teoria energetica (Bucci, 1997b).

Una prima differenza tra i codici multipli riguarda la distinzione tra il codice simbolico e quello non simbolico. Il codice non simbolico è una forma di pensiero razionale non caotico che riguarda modalità sensoriali, motorie e somatiche. Esso si caratterizza per un fluire continuo che può essere espresso solo in misura parziale attraverso linguaggio (Bucci, 2011a). In questo senso, il non simbolico risulta quella parte dei processi di pensiero che è intraducibile. I processi mentali subsimbolici sono coinvolti in numerose attività quotidiane, come praticare uno sport o guidare (Bucci, 2011b, 2018). Bucci afferma che questi processi non sono necessariamente impliciti, ma che al contrario le persone possono concentrarsi intenzionalmente sui processi subsimbolici (Bucci, 2021).

Il codice simbolico riguarda invece i simboli che sono “entità discrete con proprietà di legame e generatività”, ovvero entità esterne al soggetto che possono essere legate tra di loro per dare vita a una infinità di forme nuove (Bucci, 1997b, 2007a). I simboli possono essere immagini di qualsiasi campo sensoriale (visive, olfattive, uditive, gustative, tattili, cinestetiche) o parole.

Esiste una seconda distinzione tra codici multipli, ovvero tra quello verbale e quello non verbale. I processi di pensiero verbali sono necessariamente simbolici, in quanto le parole sono i simboli per eccellenza (Bucci, 2007a). I processi non verbali, invece, possono essere simbolici così come non simbolici (Bucci, 1997b).

La funzione mentale che permette il collegamento e il passaggio tra questi diversi livelli di pensiero è il processo referenziale (Bucci, 2007a). Questo meccanismo permette infatti la trasformazione di informazioni subsimboliche in simboli non verbali e poi in simboli verbali, ovvero in parole.

1.3.2 GLI SCHEMI EMOTIVI E LE DISSOCIAZIONI

In ambito clinico, gli schemi emotivi teorizzati da Bucci (2011a) assumono grande importanza nella comprensione delle patologie mentali. Questi schemi sono costruiti tramite le interazioni ripetute con altre persone significative e, analogamente ai modelli operativi interni (Bowlby, 1989) e alle rappresentazioni interne generalizzate (Stern, 1985), contengono aspettative verso gli altri e verso sé stessi e determinano la modalità con cui l'individuo legge la realtà. Gli schemi emotivi fanno riferimento a tutti i codici multipli che caratterizzano l'attività mentale, poiché contengono rappresentazioni verbali,

simboliche e non simboliche (Bucci, 2007a). In particolare, il nucleo affettivo dello schema riguarda le rappresentazioni sensoriali, somatiche e motorie, ovvero le componenti subsimboliche. Quando nell'individuo compare una emozione, significa che qualche stimolo ha attivato il nucleo affettivo (Bucci, 2011a).

Gli schemi emotivi hanno un carattere fortemente interpersonale, in quanto la percezione degli altri determina necessariamente l'attivazione del nucleo affettivo di uno schema emotivo (Bucci, 2011a). Ciò ribadisce fortemente il fatto che il ricordo è un atto relazionale.

La rilevanza clinica degli schemi emotivi sta nel fatto che le varie patologie mentali sono causate da dissociazioni dentro e tra gli schemi emotivi (Bucci, 2011a). Infatti, la funzione referenziale può subire una compromissione in risposta ad eventi traumatici esterni o a problemi persistenti della situazione di vita (Bucci, 2007b). Ad esempio, esistono casi in cui la persona riesce ad accedere al contenuto simbolico di un evento traumatico senza poter ricontattare gli aspetti subsimbolici; così come capita che delle persone avvertano l'attività di processi subsimbolici, senza riuscire a comprendere simbolicamente la ragione.

Per l'autrice (Bucci, 2002), le dissociazioni degli schemi emotivi possono determinare la messa in atto di forme di evitamento da parte del soggetto. Infatti, si può tentare di evitare l'attivazione del nucleo affettivo fuggendo dagli stimoli emotigeni. Oppure si può optare per dei tentativi compensativi di riparazione, provando a costruire una simbolizzazione sostitutiva a un intenso vissuto subsimbolico.

1.3.3 PROSPETTIVE SUL TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

Il trattamento psicoterapeutico si configura quindi come un tentativo di portare connessione all'interno e tra gli schemi dissociati, a differenza dell'obiettivo Freudiano di sostituire un processo di pensiero ad un altro (Bucci, 2002).

La psicoterapia, secondo Wilma Bucci (2021), deve porre molta enfasi sul ruolo dell'esperienza somatica alla base della comunicazione emotiva. Infatti, dato che la comunicazione emotiva tra due persone avviene subsimbolicamente, è necessario che i due partecipanti siano disponibili a una attivazione subsimbolica, generata dall'incontro interattivo.

La prima fase del processo terapeutico consiste quindi nell'arousal emotivo subsimbolico che si verifica sia nel paziente che nel terapeuta. Infatti, il terapeuta si presenta anch'esso con i suoi schemi emotivi dissociati e integrati, attraverso i quali legge e vive gli scambi relazionali.

Successivamente, emergeranno nella mente del paziente dei protosimboli che riguardano in qualche modo lo schema emotivo attivato. Infatti, potrà iniziare a parlare dell'esperienza di attivazione psicofisica o a verbalizzare simboli parziali (dettagli dell'hic et nunc dell'incontro terapeutico oppure oggetti ed eventi che fanno parte dello schema).

Questa fase protosimbolica lascia poi spazio a una fase simbolica narrativa in cui, se la funzione referenziale opera correttamente, le associazioni libere porteranno alla produzione di materiale che rappresenta metaforicamente aspetti degli schemi di emozione attivati.

La fase finale riguarda l'elaborazione e la riflessione, in cui possono essere scoperte nuove connessioni e possono essere costruiti nuovi schemi.

Queste fasi fanno parte del cosiddetto ciclo referenziale e, se la funzione referenziale è operativa, devono presentarsi e ripresentarsi ciclicamente nella seduta di psicoterapia (Bucci, 1993, 1997b).

I codici multipli sono quindi molto rilevanti in ambito psicoterapeutico poiché possono guidare la comprensione di ciò che avviene all'interno delle sedute. Questa teoria dà una importanza equivalente a processi di pensiero somatici e simbolici anche per quanto riguarda il loro coinvolgimento nel cambiamento psicoterapeutico. Infatti, secondo Wilma Bucci (2002), perché possa avvenire un cambiamento dello schema emotivo, deve avvenire l'attivazione simultanea nella memoria di lavoro (Baddley, 1986, 1994) dell'arousal del nucleo affettivo, di rappresentazioni simboliche riguardanti l'hic et nunc dell'incontro terapeutico così come rappresentazioni di eventi passati.

In considerazione degli obiettivi dell'ISTDP che, come abbiamo visto in letteratura, mira al superamento rapido delle difficoltà favorendo il contatto con le emozioni bloccate a livello contemporaneamente viscerale e cognitivo, in questo lavoro di ricerca si vuole valutare se realmente durante tutto il corso di una psicoterapia ISTDP che si è conclusa

con successo, il paziente sia intensamente impegnato a sperimentare le emozioni a livello sia corporeo che cognitivo (ovvero tramite verbalizzazione e riflessione).

La teoria del codice multiplo, per l'importanza equivalente che assegna ai processi di pensiero somatici e simbolici e per l'apparato sperimentale che a partire da essa è stato sviluppato, risulta essere il supporto teorico maggiormente indicato per guidare l'indagine sull'andamento dei processi di pensiero coinvolti nel cambiamento psicoterapeutico.

A tal fine, vista la necessità di operare un'analisi sul processo del trattamento e sui risultati raggiunti, è emersa la necessità di non cadere in una ipersemplicificazione della situazione clinica. Per tale motivo, il disegno di ricerca che è stato implementato è un single-case study.

CAPITOLO 2

LA RICERCA

In questo capitolo verranno presentati gli strumenti che sono stati impiegati nella ricerca, sia per la valutazione dell'outcome che del processo. Successivamente verrà presentato il single case su cui si è concentrata questa ricerca e la procedura che è stata seguita per ottenere le misurazioni che verranno presentate e discusse nei capitoli successivi. Infine, verranno descritte e argomentate le ipotesi che hanno motivato e guidato il presente lavoro di ricerca.

2.4 GLI STRUMENTI

Gli strumenti di valutazione dell'outcome che sono stati impiegati nella ricerca sono:

Symptoms Check List (SCL-90-R; Derogatis, 1983; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2012, Sarno, Preti, Prunas, & Madeddu, 2011). Si tratta di una checklist self report teorica che permette di ottenere un profilo delle aree sintomatologiche della persona. Lo strumento è stato sviluppato a partire da alcuni test messi a punto alla fine degli anni '40 ed è nato dall'esigenza di costruire uno strumento valido e affidabile utile ad individuare la sintomatologia caratteristica dei quadri psicopatologici dei pazienti.

Questo questionario si distingue dagli altri test psicologici in quanto si occupa di misurare sia i sintomi internalizzanti che quelli esternalizzanti.

L'SCL-90-R è composto da 90 item a cui si può rispondere attraverso una scala likert a 5 punti (da 0 a 4), a seconda di quanto l'affermazione proposta sia rappresentativa dell'esperienza del soggetto.

Il profilo dei sintomi che si può ottenere è composto da 9 dimensioni: Somatizzazione (riguarda il disagio relativo alla percezione di disfunzioni corporee), Ossessivo-Compulsività (include sintomi caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo sperimentati come persistenti e indesiderati), Sensibilità Interpersonale (riguarda i sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, specificatamente provati nel confronto con altre persone), Depressione, Ansia, Ostilità (comprende pensieri, comportamenti e sentimenti legati a uno stato affettivo di rabbia), Ansia fobica (relativa a una persistente reazione di

paura a uno stimolo specifico che conduce a evitamento o fuga e che il soggetto percepisce come irrazionale o spropositata), Ideazione paranoide e Psicoticismo (contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come sintomi di primo rango della schizofrenia). Sono presenti anche 7 item addizionali che valutano i Disturbi del sonno.

Una dimensione è statisticamente significativa se il valore ottenuto è di almeno 1,5. Questo strumento può essere usato in diversi momenti di una psicoterapia per valutare il cambiamento dei sintomi nel tempo.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP_32; Horowitz, Straub & Kordy, 2000; Lo Coco et al., 2018). Si tratta di uno strumento teorico sviluppato da Horowitz et al. (2000) per permettere l'autovalutazione dei problemi relazionali. Il funzionamento interpersonale è un importante indicatore che permette ai clinici e ai pazienti di determinare le problematiche su cui si deve lavorare e i risultati che sono stati raggiunti. Questo inventario è composto da 32 item a cui si può rispondere attraverso una scala likert a 5 punti (da 0 a 4), a seconda di quanto l'affermazione proposta descriva le relazioni interpersonali del soggetto. I comportamenti interpersonali possono essere descritti in base a due dimensioni: freddezza e autosacrificio, dominante e non assertivo. Da queste due dimensioni si possono poi derivare 8 scale: dominante/controllante, centrato su di Sé, freddo/distante, socialmente inibito, non assertivo, troppo accomodante, autogiustificante, intrusivo/bisognoso (di relazioni intime). I punteggi traformati variano da 36 a 99 e, come riportato da Rocco e colleghi (2021), un valore superiore a 70 indica la presenza di uno stile relazionale problematico.

Per la valutazione del processo, è stato invece utilizzato questo strumento:

Italian Discourse Attributes Analysis Program (IDAAP; Maskit & Murphy, 2011; Mariani et al, 2013). È un sistema computerizzato di analisi testuale implementato per tracciare il flusso di variabili psicologiche o linguistiche in una porzione di testo. Questo strumento è stato utilizzato per rilevare la presenza di attività referenziale e altre variabili formulate nella Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (Bucci & Maskit, 2007; Maskit & Murphy, 2011). Lo strumento si compone di diversi dizionari con pesi ponderati che contengono espressioni verbali che riconducono alla particolare variabile psicologica, non dal punto di vista contenutistico ma di stile linguistico.

Inserendo una porzione di testo codificata opportunamente, l'IDAAP riesce a valutare i diversi gradi di presenza della variabile in esame nel testo, producendo una linea di andamento medio. Nel caso di una seduta di psicoterapia, l'IDAAP restituisce un valore della variabile considerata per ogni oratore, per l'intera seduta o per ogni turno di parola. La validazione italiana operata da Mariani e colleghi (2013) ha comportato la creazione di nuovi dizionari, a partire dall'analisi di 151 produzioni testuali. Ciò si è reso necessario poiché i dizionari ottenuti dalla traduzione in lingua italiana dei dizionari validati in lingua inglese non avrebbero garantito la validità e l'affidabilità delle misure.

I dizionari con pesi ponderati riportati da Mariani e colleghi (2013) sono:

- a) *Weighted Referential Activity Dictionary* (WRAD): è un dizionario che permette la misurazione dell'attività referenziale. Questo dizionario contiene espressioni verbali usate per tradurre in parole la propria esperienza emotiva, viscerale e relazionale. Lo stile linguistico, essendo caratterizzato da concretezza, chiarezza e vividezza delle immagini, permette di evocare esperienze analoghe nell'ascoltatore.

I valori WRAD generati da IDAAP vanno da un valore minimo di 0 a un valore massimo di 1, con .5 come valore neutro. I punteggi anche leggermente superiori a .5 vengono considerati ad alta Attività Referenziale.

- b) *Weighted Reflection and Reorganization List* (WRRL): è un dizionario che permette la misurazione del grado di elaborazione delle esperienze emotive. Questo dizionario contiene espressioni verbali con cui l'oratore riconosce e capisce in modo non astratto il significato emotivo di eventi, sogni o fantasie che sono stati sperimentati in modo vivido.

I valori WRRL generati da IDAAP vanno da un valore minimo di 0 a un valore massimo di 1, con .54 come valore neutro. I punteggi anche leggermente superiori a .54 vengono considerati ad alta Attività di riflessione e riorganizzazione.

- c) *Reflection Dictionary* (RefD): è un dizionario che permette la misurazione della riflessione astratta. Questo dizionario contiene parole che fanno riferimento a funzioni cognitive o logiche, sostantivi astratti, funzioni comunicative verbali complesse (ad esempio: commentare, convincere, argomentare) e caratteristiche delle funzioni mentali (ad esempio: creativo, logico, etc.).

Se IDAAP rileva un valore elevato in riferimento al dizionario RefD e un valore basso per WRAD, può indicare che il paziente si sta difendendo dai contenuti emotivi tramite un certo grado di intellettualizzazione.

- d) *Disfluency Dictionary (DfD)*: è un dizionario che permette di misurare il grado di difficoltà nella comunicazione (spesso presente nella fase iniziale di attivazione di uno schema emotivo o in momenti di confusione o dissociativi). Questo dizionario contiene parole e intercalari che indicano fatica nel comunicare (per esempio: dunque, cioè, beh, insomma, mmh, come dire, non so bene), ripetizioni di parole, parole incomplete e pause.
- e) *Affect Dictionary (AffD)*: è un dizionario che permette di misurare l'emozione presente nel discorso, Questo dizionario contiene etichette emotive, parole con valenza affettiva esplicita o implicita. Se IDAAP rileva un valore elevato in riferimento al dizionario AffD, ciò può indicare un atteggiamento distanziante nei confronti di aspetti emotivi, dato che l'oratore usa parole astratte per descrivere l'attivazione emotiva invece che espressioni concrete e vivide.

Questo dizionario è diviso in tre sottoclassi:

- *Positive Affect Dictionary (PAffD)*: composto da parole che esprimono un affetto positivo (ad esempio: abbracci, affidabile, baciare, felice, innamorato, speranza, etc.)
 - *Negative Affect Dictionary (NAffD)*: composto da parole che esprimono un affetto negativo (ad esempio: abbandonato, depresso, impaurito, invidioso, odio, sofferenza, etc.)
 - *Neutral Affect Dictionary (ZAffD)*: parole legate all'attivazione di affetti ma senza una specifica valenza positiva o negativa (ad esempio: attesa, bisogno, coinvolto, eccitato, intensità, motivazione, sensazione)
- f) *Sensory Somatic Dictionary (SenSD)*: è un dizionario che misura l'attivazione degli schemi emotivi nella loro componente subsimbolica corporea. Questo dizionario contiene parole relative al corpo, alle sensazioni e alla descrizione di sintomi.
- g) *WRAD_RefD Covariation (WRAD_RefD)*: l'indice di covarianza tra i punteggi WRAD e RefD è una misura della qualità dell'elaborazione messa in atto nel parlante, ovvero della presenza di cicli referenziali all'interno della seduta di

psicoterapia. Infatti, più l'indice di covarianza è negativo, più il parlante alterna, in modo clinicamente proficuo, il racconto emotivamente vivido (WRAD alto) dalla riflessione su di esso (RefD alto).

2.2 IL CAMPIONE

Il materiale oggetto di questo studio consiste in una psicoterapia individuale condotta secondo il modello Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) da uno psicoterapeuta uomo, membro, didatta e supervisore della International Experiential Dynamic Therapy Association (IEDTA).

La psicoterapia, che si è svolta nel contesto di uno studio privato ed è stata completamente videoregistrata con il consenso informato del paziente, è durata 15 sedute della durata di 90 minuti. La terapia si è sviluppata nel corso di 10 mesi, con cadenza mediamente quindicinale, tranne che per qualche raro caso in cui, a causa delle ferie del terapeuta o di impegni personali della paziente, tra una seduta e la successiva sono intercorse circa tre settimane.

È importante riferire che durante il percorso di psicoterapia (precisamente tra la seduta 6 e la seduta 7) è avvenuto lo scoppio della pandemia di Covid-19. Per questo motivo le sedute 7, 8, 9 e 12 sono state effettuate in videochiamata.

Nel corso della terapia il clinico ha proposto alla paziente la compilazione di due questionari self-report: l'SCL-90-R e l'IIP_32. Questi strumenti sono stati somministrati all'inizio della prima seduta e al termine dell'ultima seduta della psicoterapia, al fine di poter operare un confronto tra i dati raccolti all'inizio e al termine dell'intervento.

La paziente, che qui chiameremo Claudia, all'inizio della psicoterapia ha 23 anni ed è una studentessa universitaria prossima al conseguimento della laurea triennale. Claudia arriva all'osservazione dello psicologo presentando una sintomatologia riconducibile a problematiche ansiose e ossessivo-compulsive.

In particolare, la sintomatologia della paziente satura i criteri del DSM-5 che permettono di delineare una diagnosi di Disturbo di Panico. Infatti, la paziente manifesta da più di un mese ricorrenti attacchi di panico inaspettati (che si presentano 1 o 2 volte al giorno), con la comparsa di tachicardia, tremori, sensazione di soffocamento, nausea e

derealizzazione. In aggiunta, Claudia presenta una preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi.

Inoltre, risultano soddisfatti anche i criteri del DSM-5 che permettono la diagnosi di Disturbo ossessivo-compulsivo. Tra i sintomi della paziente sono infatti presenti compulsioni legate all'igiene, ovvero comportamenti ripetitivi che Claudia si sente obbligata a mettere in atto secondo regole rigide. Per esempio, alcune compulsioni caratteristiche della paziente comprendono il lavarsi spesso le mani, farsi numerose docce insaponandosi più volte le gambe, lavare il telefono. Queste compulsioni causano a Claudia un disagio clinicamente significativo e una compromissione del funzionamento sociale, oltre ad averle provocato un'allergia specifica verso i tensioattivi del sapone.

Claudia giunge in terapia a causa di un notevolmente peggioramento della sintomatologia avvenuto un mese prima, a seguito della ricezione da parte del nonno materno di una diagnosi di neoplasia. Infatti, la paziente riporta che da quel momento i suoi attacchi di panico sono diventati più che quotidiani.

Claudia presentava però attacchi di panico e sintomi ossessivo-compulsivi già da 6 anni. Il primo esordio sintomatico era avvenuto al termine di una relazione sentimentale molto conflittuale con un ragazzo insieme cui Claudia aveva avuto dei rapporti sessuali durante i quali si era sentita forzata e umiliata. Inoltre, in quel periodo la nonna materna aveva ricevuto una diagnosi di neoplasia. La paziente riporta che, a causa dei suoi sintomi, aveva già ricorso in passato ad un intervento psicologico, in cui riferisce però di non essersi sentita compresa e aiutata.

In letteratura viene riportato da Faravelli e Pallanti (1989) e da Venturello, Barzega, Maina e Bogetto (2002) che l'esordio degli attacchi di panico è frequentemente preceduto da eventi stressanti connessi alla perdita del legame con una figura di riferimento. Ciò può essere interpretato come una vulnerabilità che questi pazienti presentano nei confronti di vissuti di perdita e di separazione. Questa vulnerabilità può essere osservata in Claudia, dato che sia l'esordio che l'acutizzarsi della sua sintomatologia sono avvenuti in corrispondenza di eventi stressanti di perdita.

Le origini di questa vulnerabilità, secondo Gabbard (2014), si possono ricercare nelle esperienze infantili di questi pazienti che sono spesso caratterizzate da una elevata conflittualità tra vissuti di rabbia e di dipendenza ostile e spaventata. Infatti, questi

pazienti sviluppano sin da piccoli la forte paura che le proprie fantasie aggressive portino alla distruzione o all'allontanamento dei genitori. Questi aspetti conflittuali determinano quindi in questi pazienti una repressione della rabbia, anche mediante all'impiego di una serie di meccanismi di difesa volti a prevenire una riflessione interna (somatizzazione ed esternalizzazione) e a disconoscere la rabbia (formazione reattiva, annullamento retroattivo e rivolgimento contro il sé).

I meccanismi di difesa appena citati sono caratteristici anche della sintomatologia ossessiva compulsiva, per come essa viene descritta e analizzata da Gabbard (2014).

Anche il funzionamento psicologico di Claudia, per come emerge nel corso della psicoterapia, è fortemente legato a questa conflittualità legata alla rabbia. In particolare, la paziente vive la sua vita affettiva con la certezza che la sua rabbia provocherà disapprovazione e la perdita dell'altro. Ciò porta Claudia a reprimere in modo automatico la propria rabbia e a cercare l'approvazione dell'altro, anche mettendo in atto dei comportamenti ambigui e sottilmente seduttivi nei confronti degli uomini.

Il trattamento psicodinamico ottimale per i pazienti con questa sintomatologia, secondo Gabbard (2014), ha come obiettivo il portare il paziente a sentire ed esprimere la propria rabbia, che è da lui vissuta come intollerabile. A tal proposito, per permettere al paziente di diventare consapevole riguardo al conflitto esistente tra la propria aggressività e il desiderio di dipendenza, si può sfruttare l'utilità clinica del transfert verso il terapeuta, all'interno del quale, secondo quanto riporta Gabbard, vengono ripetuti i conflitti relativi alla rabbia e alla separazione.

Inoltre, per aiutare il paziente ad esprimere la propria aggressività, può essere utile esplorare le fantasie di rabbia incontrollabile o omicida che popolano la sua mente.

È importante, infine, che il paziente acquisisca consapevolezza riguardo all'ansia che prova nei confronti dell'espressione della rabbia e del bisogno che prova di difendersi da questa. A tal proposito è utile effettuare un esame approfondito dei meccanismi di difesa utilizzati per proteggersi dagli affetti vissuti come intollerabili, poiché conflittuali.

2.3 LA PROCEDURA

Dalle sedute, come detto, videoregistrate con il consenso informato del paziente, sono state ricavate le audioregistrazioni. Queste sono state trascritte verbatim da 3 studenti universitari iscritti al corso di laurea di Psicologia Clinico-dinamica dell'Università degli Studi di Padova. Ogni giudice ha trascritto 5 sedute non consecutive della psicoterapia dopo essere stato formato grazie alla lettura di un documento contenente le linee guida per la trascrizione IDAAP.

Infatti, per poter analizzare con IDAAP un qualsiasi testo scritto, è necessario che le stringhe di testo vengano codificate secondo un protocollo molto preciso. Se la trascrizione verbatim non venisse condotta seguendo queste regole, il confronto tra il testo trascritto e i vocabolari con pesi ponderati potrebbe generare misure linguistiche errate.

In primo luogo, è fondamentale trascrivere le sedute distinguendo le stringhe di testo pronunciate dal paziente e dal terapeuta. Per questo motivo, gli interventi del paziente e del terapeuta vengono riportati separatamente e contrassegnati da precisi indicatori (/s 1 per il paziente, /s 2 per il terapeuta).

È inoltre importante trascrivere non solo i turni verbali (composti da tutte le parole e non parole che l'oratore pronuncia), ma anche quelli non verbali (per esempio, quando l'oratore ride, piange, tossisce, si soffia il naso, etc.). I turni non verbali vengono indicati inserendo tra parentesi tonde le espressioni che descrivono ciò che è accaduto, come ad esempio: "(tossisce)".

La trascrizione delle parole deve essere operata in modo meticoloso, assicurandosi di trascrivere correttamente sia le parole (seguendo le indicazioni ortografiche presenti nel dizionario della lingua italiana) che le non parole.

Una particolare attenzione deve essere posta nei confronti delle disfluenze, che sono una categoria in cui rientrano parole e intercalari che esprimono una fatica nel comunicare (come ad esempio: dunque, cioè, diciamo, boh, insomma, ehmm, etc.) e che vanno contrassegnati con "DX" alla fine della parola. In aggiunta a queste espressioni, sono considerate disfluenze anche le ripetizioni di parole (che devono essere quindi trascritte tutte le volte che vengono ripetute), le parole incomplete (al termine delle quali va aggiunto il segno "-") e le pause (indicate con il segno "/").

Anche le parole allungate sono considerate disfluenze e vengono indicate aggiungendo “DX” al termine della parola e inserendo successivamente le lettere che sono state ripetute (ad esempio, maiDXiii). Un’attenzione particolare va posta nell’indicare l’allungamento della parola “perché”, poiché gli accenti vanno inseriti in modo preciso (perchéDXèèè). Anche le frasi che non vengono completate dall’oratore devono essere indicate inserendo “/” al termine del turno verbale.

Per tutelare la privacy della paziente, è importante omettere delle trascrizioni delle sedute tutti i nomi propri di persone e luoghi e al loro posto viene usato il segno “XXX”. Ciò permette di garantire la non riconoscibilità dell’oratore e di tutte le persone di cui si parla all’interno delle sedute.

Successivamente, per poter essere analizzate le trascrizioni con IDAAP, si è reso necessario convertirle in formato txt. La conversione nel formato di codifica txt Europa occidentale (Windows) ha alterato alcuni caratteri all’interno della trascrizione (per esempio il carattere “è” veniva convertito in “Ä©”). Questa complicazione ha reso necessaria la correzione di tutte le trascrizioni in modo da poter ripristinare i caratteri originali e permettere la corretta elaborazione delle trascrizioni con lo strumento computerizzato.

Le trascrizioni opportunamente corrette sono state infatti analizzate tramite l’Italian Discourse Attributes Analysis Program (IDAAP). Ciò ha permesso di ottenere, per ogni seduta di psicoterapia, le misure linguistiche sia per la paziente che per lo psicoterapeuta. I valori ottenuti sono stati poi confrontati anche attraverso la creazione di grafici.

Per quanto riguarda le misurazioni testistiche, il terapeuta durante la prima e l’ultima seduta della psicoterapia ha fatto compilare alla paziente i questionari IIP_32 e SCL-90-R. Successivamente il clinico ha proceduto a compiere lo scoring dei test, trasformando opportunamente i punteggi grezzi in modo da ottenere dei valori confrontabili e rappresentabili graficamente. La trasformazione dei punteggi grezzi rilevati da IIP_32 è stata fatta operando un confronto sia con i punteggi di riferimento della popolazione generale che della popolazione femminile.

I punteggi trasformati sono stati poi elaborati e confrontati in modo da poter osservare la variazione dei valori registrati nei due momenti diversi della psicoterapia.

2.4 IPOTESI DI LAVORO

A partire dall'ipotesi generale che abbiamo visto nel precedente capitolo, sono state ricavate delle ipotesi di lavoro più specifiche:

1. *Ipotesi 1:* Poiché in letteratura vi sono molte prove dell'evidenza di efficacia dell'ISTDP con i disturbi d'ansia (Abbass et al., 2012, 2013; Rahmani et al., 2020a, 2020b; Rocco et al., 2021), abbiamo ipotizzato che il percorso psicoterapeutico considerato abbia portato da una parte a una significativa remissione sintomatologica, e dall'altra anche ad un cambiamento nelle problematiche interpersonali della paziente.

Inoltre, come riportato anche nello studio di Mariani e colleghi (2013) ipotizziamo che al termine del percorso psicoterapeutico si possa apprezzare impiego più efficace dei meccanismi del processo referenziale, osservando in particolare un miglioramento nella capacità della paziente di connettere e comunicare i propri vissuti emotivi. Infine, si ipotizza che al termine della psicoterapia si possa osservare un aumento di espressioni che veicolano affetti negativi, a fronte di un aumento di espressioni cariche di affetti positivi.

Ci si aspetta quindi di osservare al termine della psicoterapia:

- a. una riduzione dei valori rilevati dall'SCL_90, soprattutto per le dimensioni che ad inizio terapia hanno riportato valori al di sopra del cut-off;
 - b. una riduzione dei valori ottenuti nelle scale dell'IIP_32 che a inizio terapia hanno riportato punteggi elevati;
 - c. un aumento nel corso della psicoterapia della misura linguistica WRAD;
 - d. un aumento nel corso della psicoterapia della misura PAffD e una diminuzione della misura NAffD.
2. *Ipotesi 2:* Secondo Abbass (2013), l'ISTDP ha come obiettivo il rapido accesso agli affetti inconsci bloccati, sia a livello corporeo che cognitivo (sia nei termini di verbalizzazione che di riflessione e rielaborazione).

La lettura di questo processo terapeutico attraverso la teoria del codice multiplo di Wilma Bucci (1997a) evidenzia come l'ISTDP sia una terapia che punta, sin dall'inizio della terapia, a portare maggiore connessione tra le diverse

rappresentazioni che fanno parte dello schema emotivo dissociato (obiettivo che Abbass chiama sblocco degli affetti inconsci bloccati). Ciò viene raggiunto anzitutto grazie all'intensa attivazione del nucleo affettivo degli schemi emotivi dissociati (che Abbass chiama accesso a livello corporeo degli affetti inconsci bloccati). Contemporaneamente a questa attivazione, sempre grazie allo stile attivo e incalzante dello psicoterapeuta, il modello psicoterapeutico in esame punta a contattare tramite l'attività referenziale anche le rappresentazioni verbali dello schema (che l'autore chiama accesso a livello cognitivo degli affetti inconsci bloccati). Però, perché l'accesso alle diverse rappresentazioni abbia un effetto terapeutico, è necessario che avvenga anche una intensa attività di ricapitolazione e rielaborazione cognitiva. È perciò fondamentale, perché l'ISTDP generi una maggiore connessione all'interno dello schema emotivo e non determini solamente un'intensa e difficilmente gestibile attivazione della componente viscerale dello schema emotivo, che sin dall'inizio della psicoterapia vi sia anche una intensa attivazione a livello cognitivo, sia nei termini di una verbalizzazione emotiva che nei termini di riflessione e rielaborazione.

Abbiamo quindi ipotizzato che si debbano rilevare sin dalla prima seduta:

- a. Punteggi elevati della misura linguistica WRAD
- b. Punteggi elevati della misura linguistica WRRL
- c. Punteggi elevati della misura linguistica Ref
- d. Punteggi negativi della correlazione Ref_Wrad

CAPITOLO 3:

I RISULTATI

3.1 RISULTATI RELATIVI ALL'IPOTESI 1

Dati relativi all'SCL-90-R.

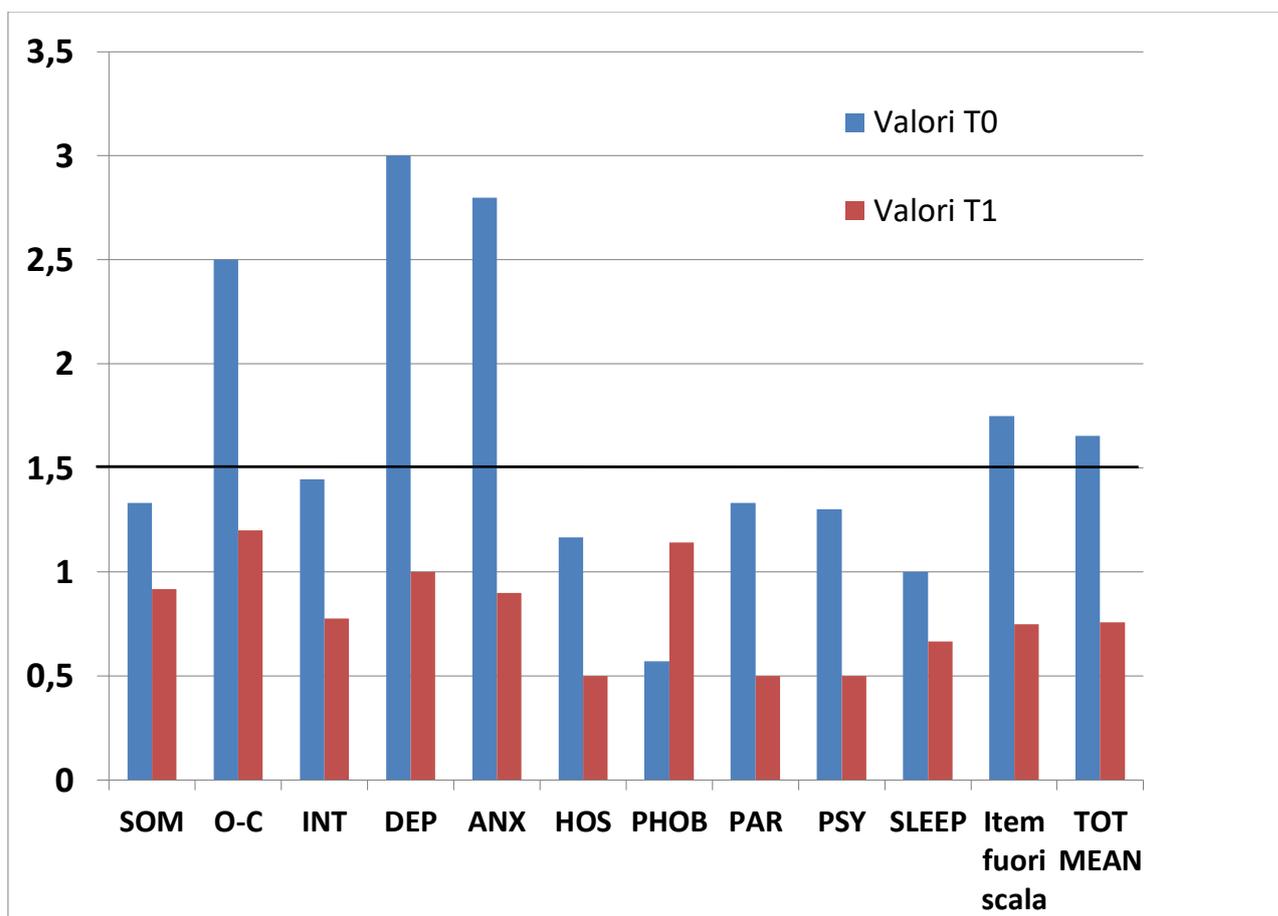
Relativamente all'ipotesi 1, che riguardava la valutazione dell'efficacia della psicoterapia di Claudia, i dati relativi all' SCL-90-R (Symptoms Check List-90-R) nel T₀ (inizio della psicoterapia) e nel T₁ (termine della psicoterapia), sono presentati in tabella 1 e riassunti nel grafico 1.

TABELLA 1: Dati rilevati con SCL-90-R nel T₀ e nel T₁

	Valori_T ₀	Valori_T ₁
Somatizzazione (SOM)	1,33	0,92
Ossessività-compulsività (O-C)	2,5	1,2
Sensibilità interpersonale (INT)	1,44	0,78
Depressione (DEP)	3	1
Ansia (ANX)	2,8	0,9
Collera e ostilità (HOS)	1,17	0,5
Ansia fobica (PHOB)	0,57	1,14
Ideazione paranoide (PAR)	1,33	0,5
Psicoticismo (PSY)	1,3	0,5
Disturbi del sonno (SLEEP)	1	0,67
Item fuori scala	1,75	0,75
Media totale punteggi (TOT MEAN)	1,65	0,76

I dati illustrati nella tabella 1 sono stati inseriti all'interno del grafico 1, attraverso il quale si può osservare anche graficamente le variazioni dei punteggi rilevati con SCL-90-R nella prima e nell'ultima seduta.

GRAFICO 1: Istogramma dei valori rilevati con SCL_90 R nel T₀ e nel T₁



Osservando la tabella 1 e il grafico 1, si può notare che le dimensioni che al T₀ presentano punteggi superiori del cut-off di 1.5 sono Ossessività-compulsività, Depressione, Ansia. La rilevazione al T₁ evidenzia come nessuna dimensione sia caratterizzata da punteggi superiori al cut-off, e che quindi al termine della psicoterapia non siano ravvisabili dimensioni sintomatologiche presenti in modo clinicamente significativo.

Inoltre, è possibile osservare come quasi tutti i valori delle dimensioni (anche di quelle che al T₀ non presentavano valori superiori al cut-off) presentano una riduzione del punteggio al T₁.

Dati relativi all'IIP_32.

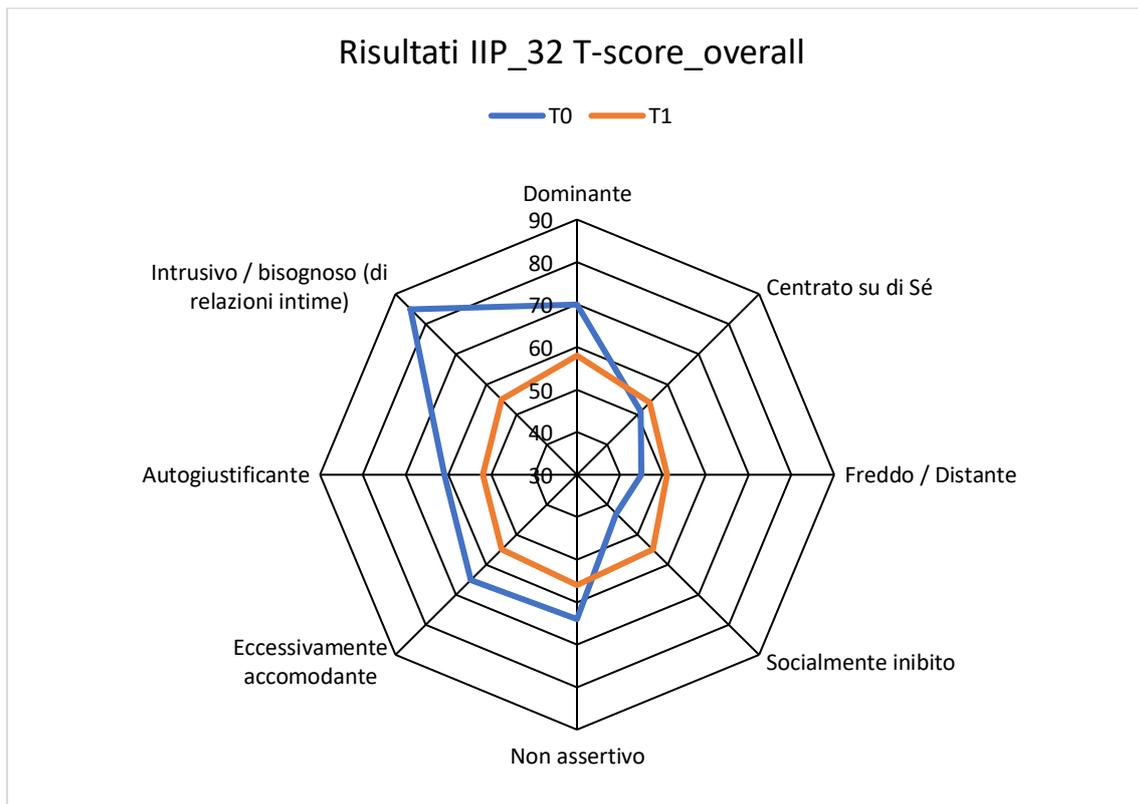
Successivamente abbiamo analizzato i dati ottenuti dalla somministrazione dell'IIP_32 (Inventory of Interpersonal Problems_32). I punteggi grezzi sono stati trasformati sia confrontandoli con i valori della popolazione generale che con i valori della popolazione femminile. Nella tabella 2 sono riportati i dati ottenuti dal confronto con la popolazione generale.

TABELLA 2: Dati rilevati con IIP_32 nel T₀ e nel T₁, trasformati rispetto alla popolazione generale (overall)

	T-score_T ₀	T-score_T ₁
Dominante /Controllante	70	58
Centrato su di Sé	51	54
Freddo / Distante	45	51
Socialmente inibito	43	55
Non assertivo	64	56
Eccessivamente accomodante	65	55
Autogiustificante	61	52
Intrusivo / bisognoso (di relazioni intime)	85	55
Totale	63	56

Impiegando i dati riportati nella tabella 2 è stato ottenuto il grafico 2, grazie al quale si può osservare la variazione dei punteggi trasformati (overall) rilevati dall'IIP_32 a inizio e fine della psicoterapia.

GRAFICO 2: Grafico radar dei valori rilevati con IIP_32 nel T₀ e nel T₁, trasformati rispetto alla popolazione generale (overall)



Osservando la tabella 2 ed il grafico 2, si può apprezzare una diminuzione dei valori registrati in T₁ rispetto a T₀ per le dimensioni Dominante, Non assertivo, Eccessivamente accomodante, Autogiustificante, Intrusivo/bisognoso di relazioni intime. In particolare, le dimensioni Dominante e Intrusivo/bisognoso di relazioni intime, che nel T₀ avevano registrato valori al di sopra del cut-off, nel T₁ presentano punteggi al di sotto del valore critico.

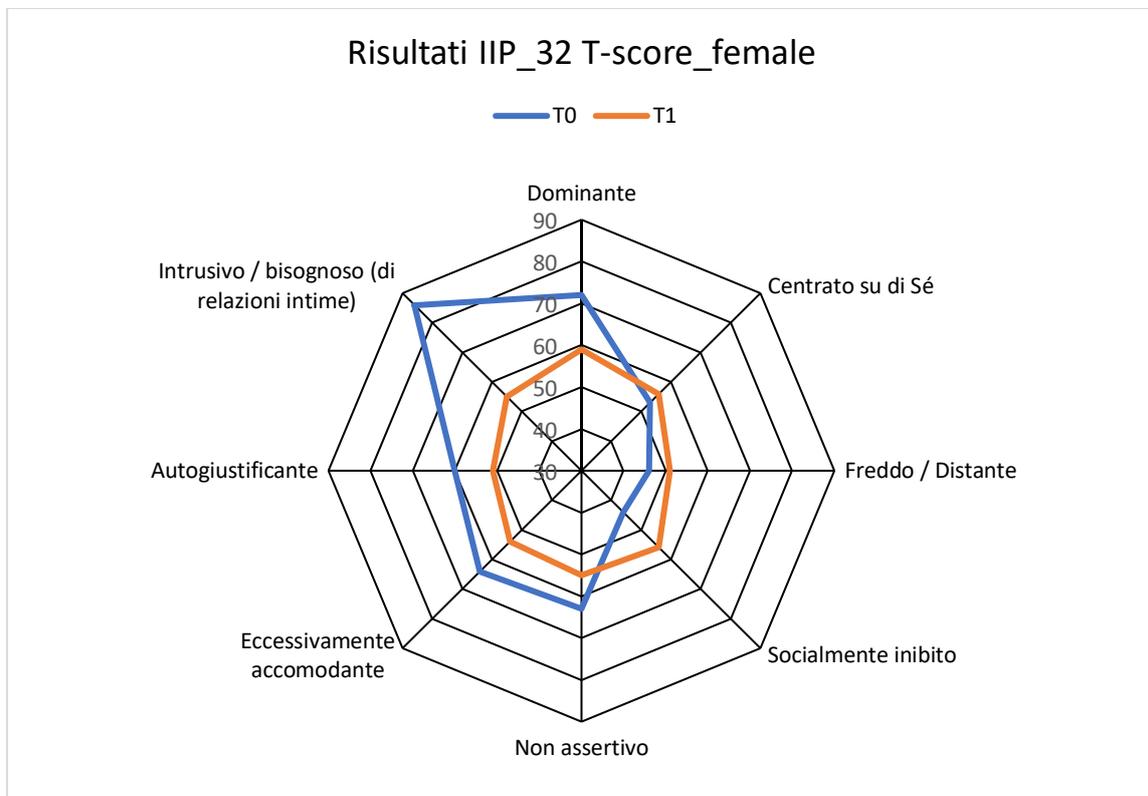
Successivamente i punteggi grezzi sono stati trasformati operando il confronto con i valori di riferimento della popolazione femminile. Nella tabella 3 che segue sono riportati i dati ottenuti.

TABELLA 3: Dati rilevati con IIP_32 nel T₀ e nel T₁, trasformati rispetto alla popolazione femminile (female)

	T-score_T ₀	T-score_T ₁
Dominante /Controllante	72	59
Centrato su di Sé	53	56
Freddo / Distante	46	51
Socialmente inibito	44	56
Non assertivo	63	55
Eccessivamente accomodante	64	54
Autogiustificante	60	51
Intrusivo / bisognoso (di relazioni intime)	86	55
Totale	64	56

A partire dai punteggi riportati della tabella 3, abbiamo costruito il grafico 3, nel quale si possono osservare le variazioni dei punteggi trasformati (female) registrati nel T₀ e T₁.

GRAFICO 3: Grafico radar dei valori rilevati con IIP_32 nel T₀ e nel T₁, trasformati rispetto alla popolazione femminile (female)



Anche i dati riportati nella tabella 3 e rappresentati nel grafico 3 sopra riportati confermano quanto emerso dall'osservazione dei dati ottenuti dalla trasformazione dei punteggi grezzi mediante il confronto con i valori di riferimento della popolazione generale.

Si può così concludere che, a prescindere dalla popolazione di riferimento, al termine della psicoterapia si osserva un miglioramento nel funzionamento interpersonale della paziente per quanto riguarda lo stile Dominante, Intrusivo/bisognoso di relazioni intime, Autogiustificante, Eccessivamente accomodante e Non assertivo. In particolare, viene confermata la riduzione al di sotto del cut-off delle dimensioni Dominante e Intrusivo/bisognoso di relazioni intime, che all'inizio della psicoterapia si presentavano al di sopra del valore critico.

Dati relativi all'IDAAP.

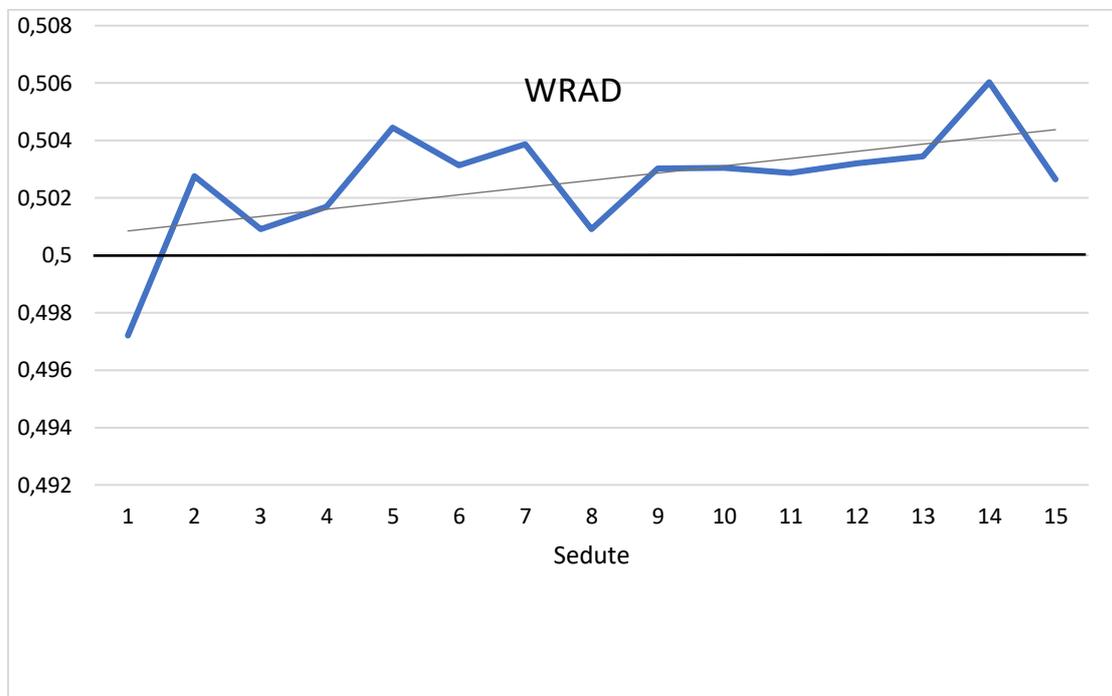
Per quanto riguarda invece i risultati ottenuti dall'analisi tramite IDAAP, nella seguente tabella 4 vengono riportati, per ogni singola seduta, i dati delle scale WRAD, AffP e AffN. relative alla produzione verbale della paziente.

TABELLA 4: Misure linguistiche rilevate dall'analisi testuale operata con IDAAP, analizzando la produzione verbale della paziente.

Seduta	WRAD	AffP	AffN
1	0,497203	0,009817	0,021756
2	0,502749	0,014034	0,020398
3	0,500917	0,01172	0,025115
4	0,501688	0,009325	0,029448
5	0,504454	0,010228	0,031963
6	0,503137	0,01292	0,026701
7	0,503879	0,01467	0,02291
8	0,500909	0,018662	0,021086
9	0,503024	0,013783	0,016318
10	0,503039	0,013461	0,021458
11	0,50286	0,015908	0,021968
12	0,503195	0,015453	0,014312
13	0,503442	0,013792	0,011178
14	0,506029	0,017064	0,017175
15	0,502644	0,015879	0,017508

A partire dai valori di WRAD riportati nella tabella 4 abbiamo costruito il grafico 4, nel quale si può osservare l'andamento della misura linguistica nel corso delle 15 sedute di psicoterapia.

GRAFICO 4: Grafico a linee dei valori di WRAD rilevati da IDAAP per ogni seduta analizzando la produzione verbale della paziente.



Come si evince dalla tabella 4 e dal grafico 4 sopra riportati, i punteggi di WRAD rilevati analizzando la produzione verbale della paziente hanno un andamento che oscilla durante il corso della psicoterapia. Osservando la linea di tendenza, si può però notare come i punteggi vadano incontro a una crescita non lineare nel corso della psicoterapia.

In particolare, la seduta 1 è l'unica seduta che presenta un valore di WRAD al di sotto del valore neutro (pari a .5).

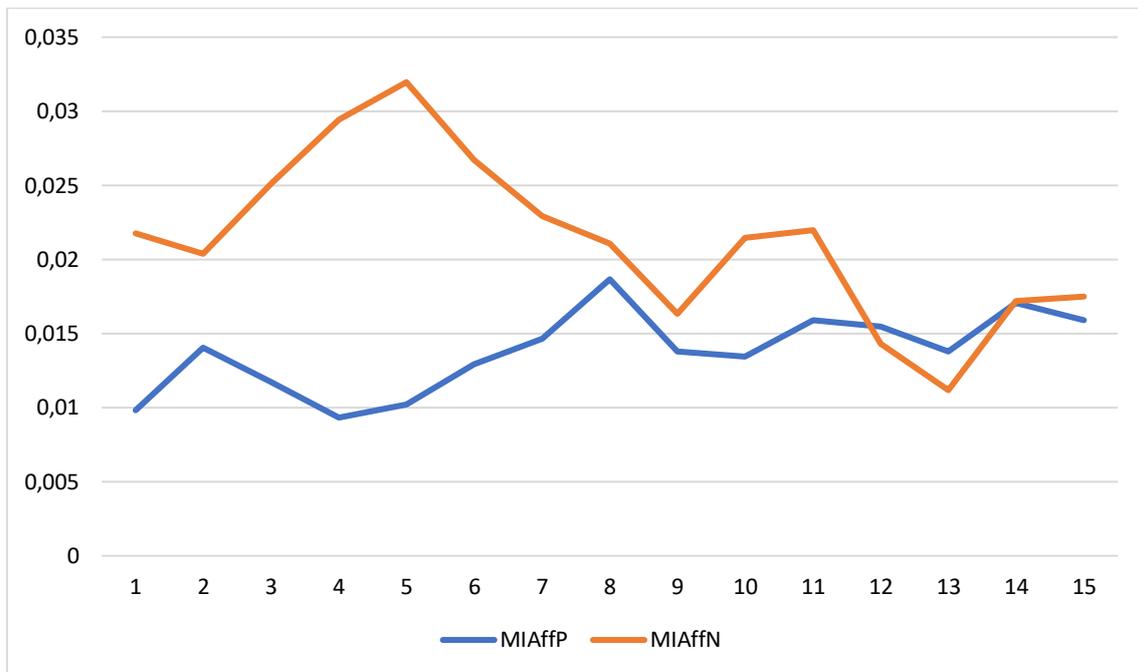
Infatti, dalla seduta 2 fino al termine della psicoterapia, i valori di WRAD oscillano mantenendosi al di sopra del valore neutro.

Inoltre, nelle sedute 2, 5, 6 e 7 si può osservare un incremento delle misure WRAD, che risultano infatti essere più elevate. Nelle sedute 3,4 e 8 si registra invece un decremento della misura linguistica che si avvicina maggiormente al valore di cut-off.

Dalla seduta 9 fino al termine della psicoterapia, i valori registrati si mantengono elevati senza mai diminuire.

A partire dai valori di AffP e AffN riportati nella tabella 4 abbiamo costruito il grafico 5, nel quale si può confrontare l'andamento delle due dimensioni nel corso della psicoterapia.

GRAFICO 5: Grafico a linee dei valori di AffP e AffN rilevati da IDAAP per ogni seduta analizzando la produzione verbale della paziente.



Osservando la tabella 4 e il grafico 5, si può osservare come i punteggi AffP e AffN si discostino in modo significativo dalla prima seduta fino alla seduta 8. Infatti, nelle prime 7 sedute, i punteggi AffP sono molto elevati, mentre i punteggi AffN sono decisamente bassi.

Successivamente, dalla seduta 8 fino al termine della psicoterapia, la produzione verbale della paziente è caratterizzata da valori di AffP e AffN molto vicini, se non addirittura uguali come avviene per le sedute 12 e 14.

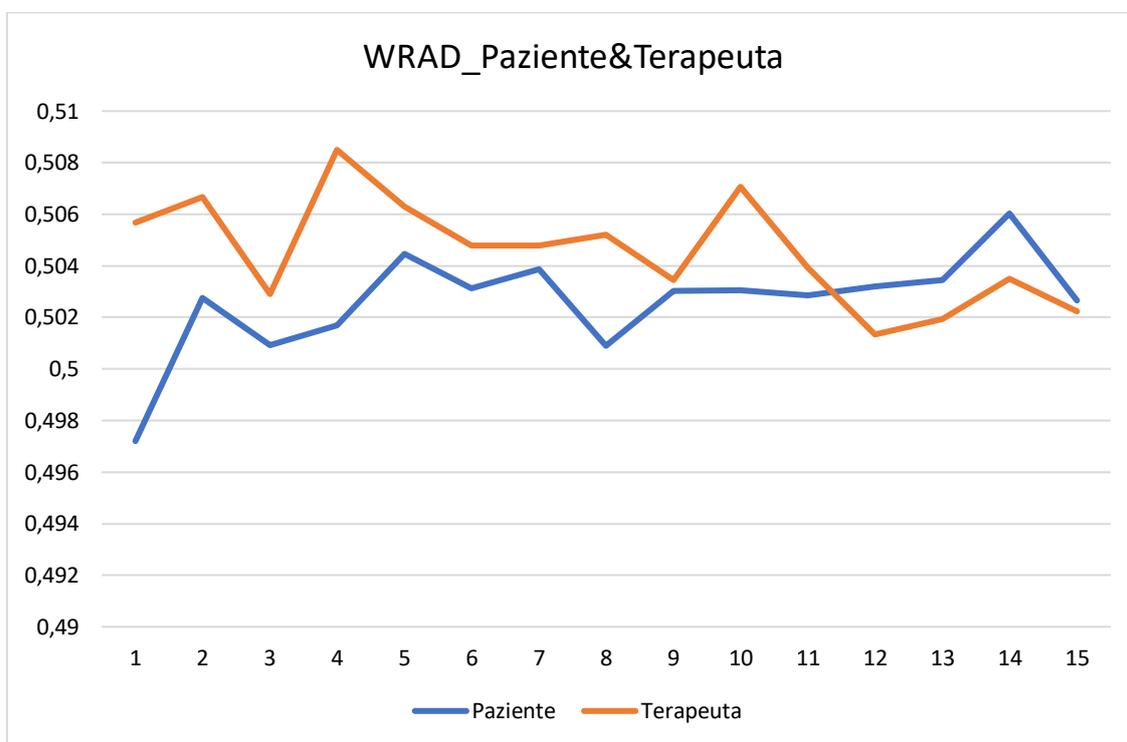
Sono stati inoltre messi a i punteggi delle misura WRAD rilevati per ogni seduta tramite l'analisi con IDAAP della produzione verbale della paziente e del terapeuta. Nella tabella 5 vengono riportati i risultati ottenuti.

TABELLA 5: Valori di WRAD rilevati da IDAAP analizzando la produzione verbale della paziente e del terapeuta.

Seduta	WRAD_Paziente	WRAD_Terapeuta
1	0,497203122	0,50566509
2	0,502749351	0,506671497
3	0,500917395	0,50289902
4	0,501688408	0,508496121
5	0,504454161	0,506288954
6	0,503137308	0,504778362
7	0,503879374	0,50477478
8	0,500908608	0,50519514
9	0,503023731	0,503450963
10	0,503039178	0,507063201
11	0,50286007	0,503914623
12	0,503194842	0,501336334
13	0,503441869	0,5019285
14	0,506029348	0,503491407
15	0,50264404	0,50224648

Impiegando i valori presentati nella tabella 5 abbiamo costruito il grafico 6 grazie a cui si può confrontare l'andamento nel corso della psicoterapia delle misure WRAD ottenute dall'analisi della produzione verbale della paziente e dello psicoterapeuta.

GRAFICO 6: Grafico a linee dei valori di IWRAD rilevati da IDAAP analizzando la produzione verbale della paziente e dello psicoterapeuta.



Il confronto tra le misure di WRAD della paziente e del terapeuta, osservabile nella tabella 5 e nel grafico 6, evidenzia come, dall'inizio della terapia fino alla seduta 11, i valori di WRAD del terapeuta siano maggiori dei valori di quella della paziente, pur non discostandosi di molto gli uni dagli altri.

Dalla seduta 12 fino alla 15, invece, i valori di WRAD della paziente sono maggiori dei valori di WRAD del terapeuta.

Si può notare, inoltre, come l'andamento del WRAD del terapeuta e l'andamento del WRAD della paziente siano sovrapponibili, nella misura in cui si osserva una medesima crescita e decrescita dei valori nel corso della psicoterapia.

3.2 RISULTATI RELATIVI ALL'IPOTESI 2

Punteggi relativi all'IDAAP.

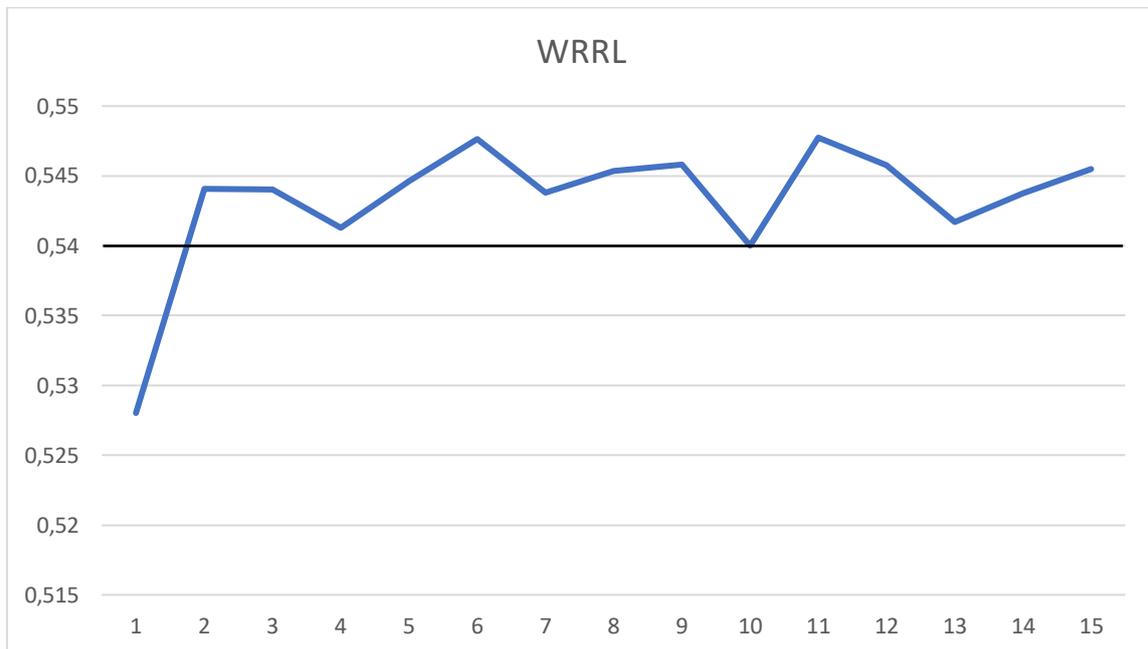
Relativamente all'ipotesi 2, che prevedeva di poter rilevare per tutta la durata della psicoterapia una intensa attivazione delle componenti sub-simboliche e verbali degli schemi emotivi dissociati, oltre che di una intensa riflessione di essi, nella tabella 6 vengono riportati, per ogni singola seduta, i dati delle scale WRRL, Ref, Ref_WRAD, MDF e SenS relative alla produzione verbale della paziente.

TABELLA 6: Misure linguistiche rilevate dall'analisi testuale operata con IDAAP analizzando la produzione verbale e non verbale della paziente.

Seduta	WRRL	Ref	Ref_WRAD	MDF	SenS
1	0,528022352	0,029716105	-0,08273	0,09021	0,055187
2	0,544079277	0,023009138	-0,07793	0,040633	0,052219
3	0,544019608	0,029719548	-0,08331	0,065718	0,040812
4	0,541284096	0,030920245	-0,10544	0,049816	0,059141
5	0,544604118	0,024109589	-0,12419	0,029406	0,059909
6	0,547641323	0,02377261	-0,12996	0,041171	0,06615
7	0,543792104	0,026326367	0,001182	0,049035	0,056069
8	0,545363287	0,040232671	-0,10244	0,042899	0,060834
9	0,545793064	0,029309252	-0,2163	0,048479	0,047212
10	0,539984757	0,023723844	-0,15256	0,04998	0,054512
11	0,547742012	0,024429505	-0,13629	0,036266	0,044882
12	0,545770254	0,024683676	-0,17852	0,051649	0,046671
13	0,541718592	0,023528351	-0,17193	0,053998	0,039665
14	0,543764336	0,022936288	-0,17589	0,032244	0,043102
15	0,545514343	0,026194354	-0,0907	0,048724	0,043431

A partire dai valori di WRRL riportati nella tabella 6 abbiamo costruito il grafico 7, nel quale si può osservare l'andamento della misura linguistica durante la psicoterapia.

GRAFICO 7: Grafico a linee dei valori di WRRL rilevati da IDAAP analizzando la produzione verbale della paziente.



Come si evince dalla tabella 6 e dal grafico 7 sopra riportati, i punteggi di WRRL rilevati analizzando la produzione verbale della paziente hanno un andamento oscillante nel corso della psicoterapia.

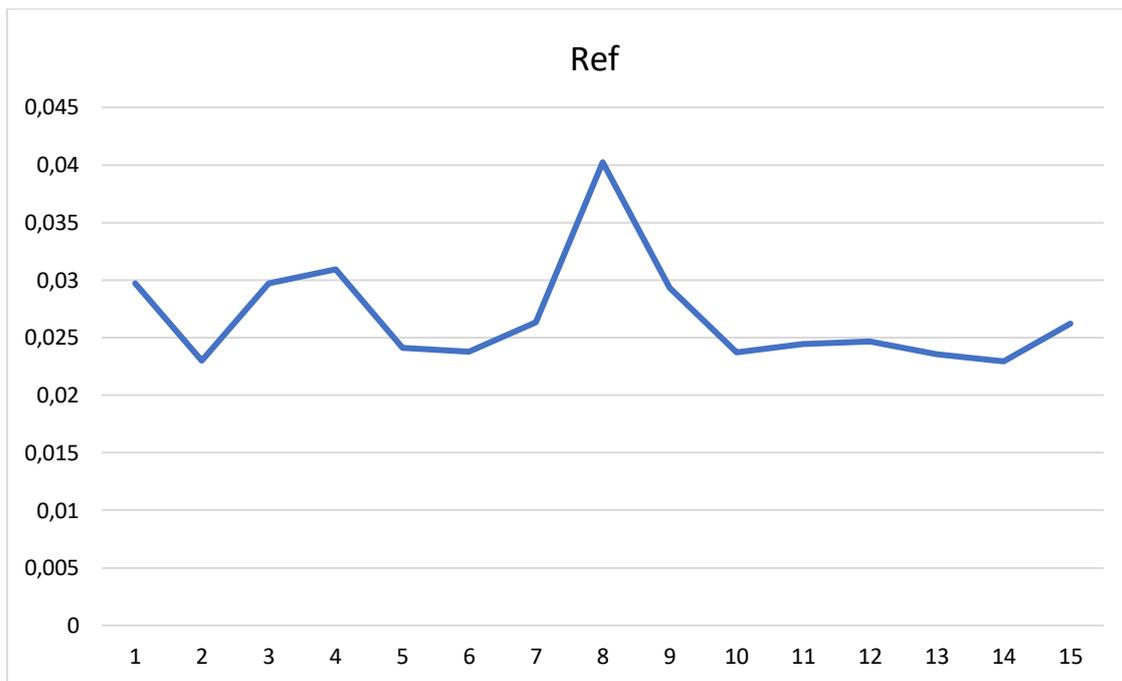
In particolare, la seduta 1 presenta un valore di WRRL molto al di sotto del valore neutro (pari a .54).

Dalla seduta 2 fino al termine della psicoterapia, i valori di WRAD oscillano mantenendosi tendenzialmente al di sopra del valore neutro, ad eccezione della seduta 10, nella quale viene registrato un valore di WRRL di poco inferiore al cut-off.

Si può inoltre osservare che nella seduta 4 e nella seduta 13 i valori della misura linguistica diminuiscono e si avvicinano al valore di cut-off.

Partendo dai valori di Ref presenti nella tabella 6 abbiamo costruito il grafico 8, nel quale si può osservare l'andamento della misura linguistica durante le 15 sedute della psicoterapia.

GRAFICO 8: Grafico a linee dei valori di Ref rilevati da IDAAP analizzando la produzione verbale della paziente.

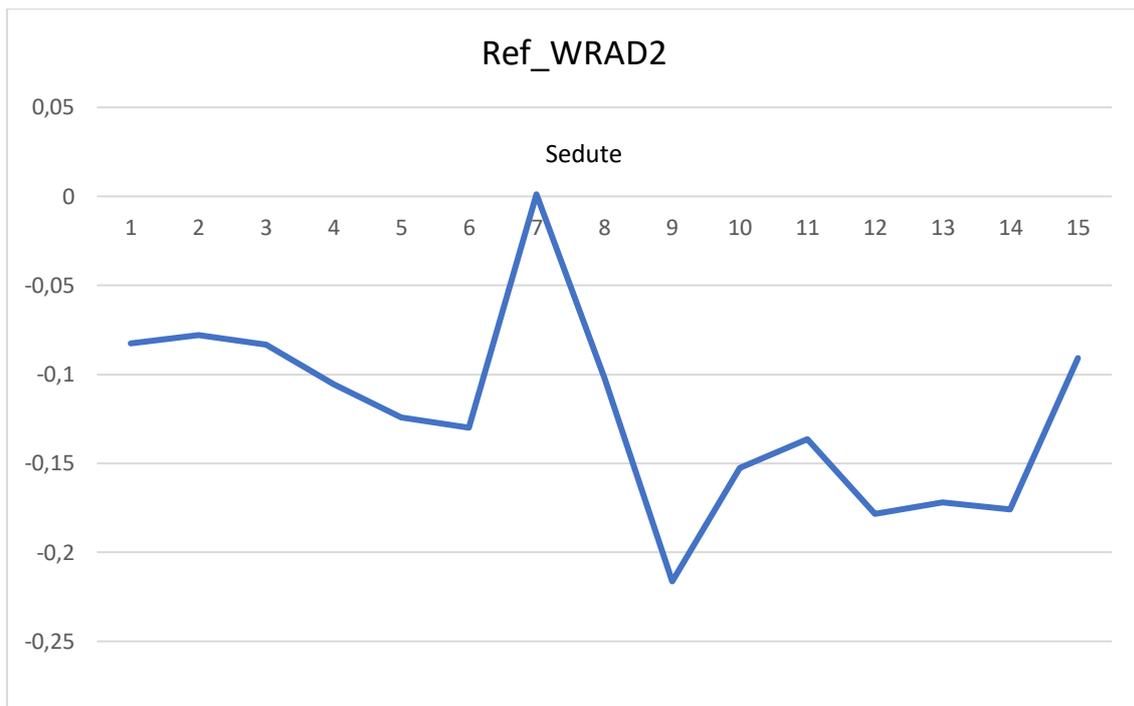


Osservando la tabella 6 e il grafico 8 appena riportati, si può notare che i valori Ref misurati da IDAAP si mantengono elevati per tutta la durata della psicoterapia, con dei valori in crescita in corrispondenza delle sedute 1, 3, 4 e 8.

Si può osservare inoltre che dalla seduta 10 alla 15 i valori si stabilizzano e non vanno incontro a sostanziali variazioni.

I valori della correlazione Ref_WRAD riportati nella tabella 6 hanno permesso di costruire il grafico 9, nel quale si può osservare l'andamento di valori della correlazione nel corso della psicoterapia.

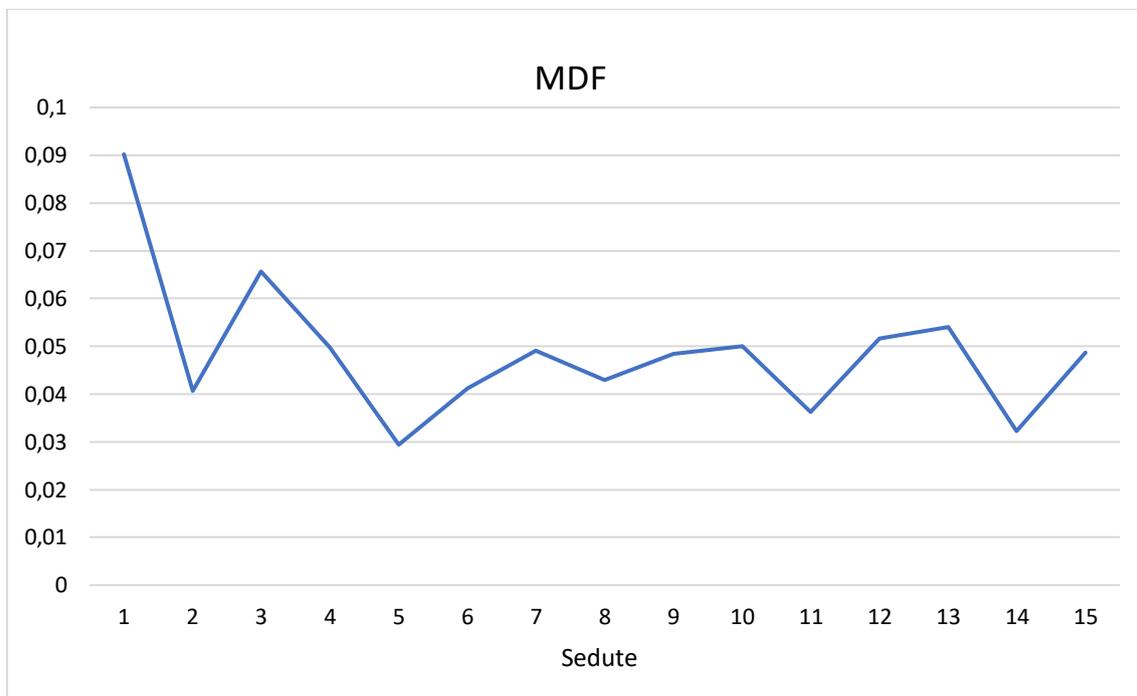
GRAFICO 9: Grafico a linee dei valori della correlazione Ref_WRAD misurati da IDAAP analizzando la produzione verbale della paziente.



Come si può evincere dalla tabella 6 e dal grafico 9 sopra riportati, la correlazione Ref_WRAD diminuiscono fino alla seduta 6, per poi andare incontro a un picco positivo alla seduta 7. Dalla seduta 8 in poi, i valori tornano ad essere negativi, con un picco negativo alla seduta 9. I punteggi oscillano nelle sedute successive mantenendosi comunque su valori negativi.

A partire dai valori di MDF presenti nella tabella 6 abbiamo ottenuto il grafico 10, nel quale si può osservare l'andamento della misura linguistica nel corso delle 15 sedute.

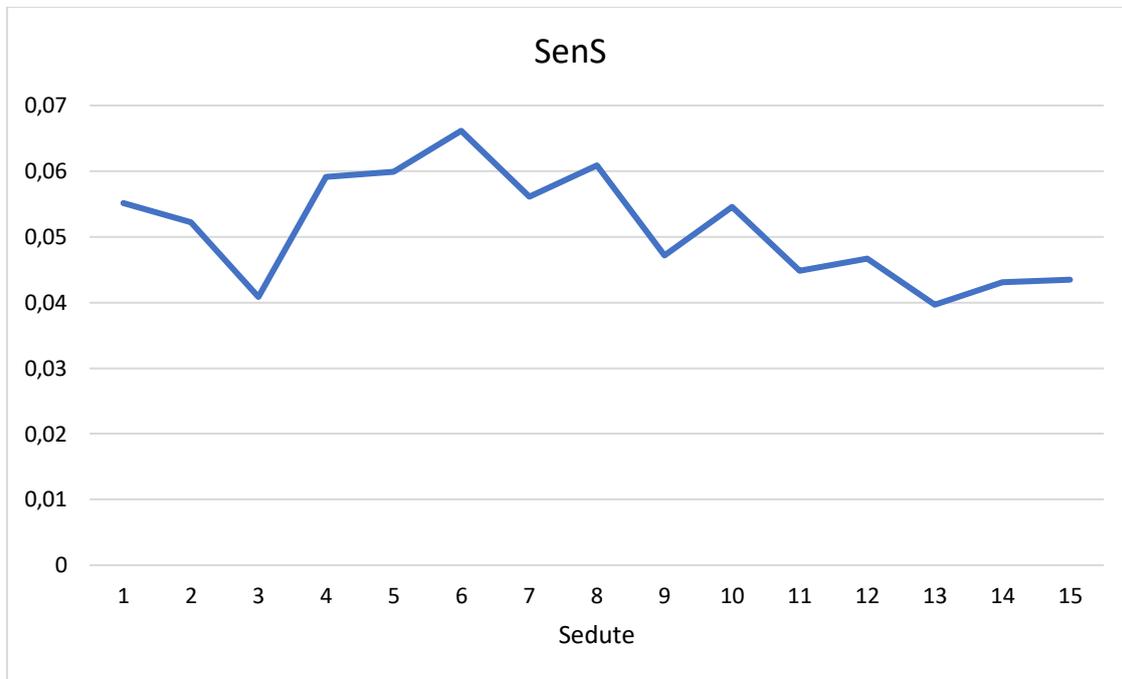
GRAFICO 10: Grafico a linee dei valori di MDF rilevati da IDAAP analizzando le produzioni verbali e non verbali della paziente.



Come si osserva nella tabella 6 e nel grafico 10 sopra riportati, i punteggi di MDF rilevati nei turni della paziente diminuiscono nel corso della psicoterapia. In particolare, mentre nella seduta 1 e 3 si registrano valori elevati di disfluenze, dalla seduta 5 si osserva una stabilizzazione dei punteggi su valori più moderati.

Utilizzando i valori di SenS presenti nella tabella 6 abbiamo costruito il grafico 11, nel quale si può osservare l'andamento della misura linguistica nel corso delle 15 sedute.

GRAFICO 11: Grafico a linee dei valori di SenS rilevati da IDAAP analizzando le produzioni verbali della paziente.



Come si evince dalla tabella 6 e dal grafico 11, i valori di Sens diminuiscono nelle prime tre sedute, per poi aumentare fino alla seduta 6, che rappresenta il valore più elevato di SenS che è stato misurato nella psicoterapia.

Dalla seduta 7 si osserva una decrescita non lineare dei valori che, dalla seduta 11 in poi si stabilizzeranno su valori moderati.

CAPITOLO 4:

DISCUSSIONE

In questo lavoro di tesi abbiamo analizzato gli esiti e il processo di una Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy della durata di 15 sedute, con l'intento di verificare l'efficacia di questa forma di psicoterapia, che la letteratura dimostra unire efficacia e brevità nel raggiungimento degli obiettivi, e di analizzare, a partire dalle teorizzazioni di W. Bucci relativamente alla Teoria del codice multiplo e dai relativi strumenti utili per rilevare i processi di pensiero implicati, l'andamento delle variabili psicologiche coinvolte nel processo di cambiamento.

In particolare, si è voluto accertare se, l'obiettivo dell'ISTDP di permettere sin dalla prima seduta l'accesso agli affetti inconsci bloccati, venga raggiunto non solo grazie a una intensa attivazione degli aspetti sub-simbolici degli schemi emotivi dissociati che sono alla base della psicopatologia, ma anche grazie a una altrettanto intensa attivazione delle rappresentazioni simboliche verbali dello schema, nonché da una intensa riflessione e rielaborazione.

4.1 DISCUSSIONE RELATIVA ALL'IPOTESI 1

La nostra prima ipotesi di lavoro riguardava l'attestazione dell'efficacia della psicoterapia di Claudia, nei termini di una remissione sintomatologica, di un miglior funzionamento interpersonale e di un impiego più efficace dei meccanismi del processo referenziale. Come abbiamo visto, i dati che abbiamo raccolto con la somministrazione dei questionari SCL-90-R e IIP_32 e le misure linguistiche rilevate con l'impiego di IDAAP hanno confermato pienamente l'ipotesi.

In particolare, l'analisi dei risultati ottenuti dalla somministrazione dell'SCL-90-R all'inizio della psicoterapia ha evidenziato la presenza di tre dimensioni sintomatologiche con punteggi al di sopra del cut-off, ovvero Ossessività-compulsività, Depressione, Ansia. Queste tre dimensioni confermano le informazioni che la paziente riporta riguardo la sintomatologia che l'ha condotta in consultazione e che hanno permesso di effettuare le diagnosi secondo i criteri del DSM-5 di Disturbo di panico e di Disturbo ossessivo-

compulsivo. Infatti, Claudia si presenta in psicoterapia lamentando attacchi di panico quotidiani e compulsioni legate all'igiene personale. La sintomatologia depressiva della paziente non soddisfa però i criteri per diagnosticare alcun disturbo dell'umore secondo il DSM-5, dato che, prima di tutto, Claudia non presenta una compromissione del funzionamento o un disagio clinicamente significativo legati ai sintomi depressivi. A tal proposito, si può osservare come all'inizio della psicoterapia le produzioni verbali della paziente siano caratterizzate da alti valori di NAffD (affetti negativi) e bassi valori di PAffD (affetti positivi), a indicare che i temi affrontati all'inizio della psicoterapia sono stati espressi con un maggiore impiego di affetti negativi rispetto a quelli positivi.

Le misure rilevate dall'SCL_90 R al termine della psicoterapia mostrano una riduzione al di sotto del cut-off di tutte le dimensioni dei sintomi che all'inizio della terapia si configuravano come problematiche.

Ad esempio, la sintomatologia ansiosa risulta molto ridotta al termine della psicoterapia. A questa diminuzione si accompagna, sin dall'inizio del trattamento, la rilevazione clinica di una minore presenza di una sintomatologia ansiosa per come riferita dalla paziente. Infatti, nelle due settimane che intercorrono tra la prima e la seconda seduta, gli attacchi di panico riportati dalla paziente sono stati 5, mentre la loro frequenza prima dell'inizio dell'intervento era quotidiana. A partire dalla seconda seduta, la paziente smetterà di avere attacchi di panico, salvo il loro ripresentarsi solo in due occasioni nel corso dei 10 mesi di psicoterapia (un attacco di panico avvenuto nelle settimane che intercorrono tra la seduta 4 e 5, e un altro tra la seduta 9 e 10).

Si può inoltre osservare la notevole riduzione del livello di sintomatologia ossessivo-compulsiva che al termine della psicoterapia si presenta anch'essa al di sotto del cut-off. Si può però osservare che, tra le tre dimensioni che il questionario rileva come significative all'inizio del trattamento, la sintomatologia ossessivo-compulsiva risulta al termine della psicoterapia quella più vicina al punteggio critico.

Si è osservato infatti che la paziente alla fine del percorso, nonostante sia riuscita a sviluppare strategie diverse di gestione dell'ansia, presenta ancora delle compulsioni legate all'igiene personale. Queste compulsioni non si presentano però più come automatismi, dato che Claudia ha imparato a fronteggiare l'ansia chiedendo e ottenendo il sostegno della sua rete sociale di riferimento (fidanzato e famiglia). Per esempio, nella seduta 12 la paziente riferisce di essere riuscita a fronteggiare l'impulso di lavarsi più

volte il corpo durante una doccia, chiedendo al fidanzato di assistere al suo lavaggio e di indicarle quando, secondo lui, avrebbe potuto smettere di insaponarsi le gambe.

Al termine dell'intervento, anche la dimensione della depressione risulta ridotta al di sotto del valore di cut-off. In aggiunta, osservando l'andamento delle misure PAffD (affetti positivi) e NAffD (affetti negativi), si può notare che nella seconda metà della psicoterapia (e soprattutto nelle ultime 4 sedute) i valori di PAffD e NAffD siano quasi sovrapponibili, ad indicare una presenza equivalente di espressioni cariche di affetti positivi e negativi nei discorsi della paziente.

Secondo i dati appena riportati, si può quindi affermare che la psicoterapia di Claudia ha portato a un cambiamento significativo nella sintomatologia della paziente.

Questo risultato va a inserirsi all'interno di un panorama di studi che attesta l'efficacia dell'ISTDP nei confronti dei disturbi d'ansia (Abbass et al., 2012, 2013; Rahmani et al., 2020a, 2020b; Rocco et al., 2021) e, se lo si legge in relazione al funzionamento psichico che Claudia presenta all'inizio della psicoterapia e a come il trattamento ISTDP è intervenuto su questo funzionamento, si possono formulare delle osservazioni e ipotesi dal significativo valore clinico.

Dal punto di vista clinico, è infatti utile sottolineare come già dalla prima seduta emerge che il funzionamento della paziente è caratterizzato da una conflittualità che coinvolge la rabbia e l'intensa paura di perdere l'altro.

Inoltre, per difendersi dal contatto con la rabbia inconscia, la paziente adotta dei meccanismi di difesa volti a distanziarsi dal proprio mondo affettivo. Per esempio, Claudia adotta la difesa della somatizzazione al fine di spostare l'attenzione sulla forte nausea che avverte quando si attivano in lei emozioni conflittuali. Inoltre, viene adottata la formazione reattiva, nella misura in cui la paziente, a fronte dell'attivazione della rabbia, sperimenta ed esprime affetti positivi (per esempio ridendo delle situazioni che le provocano rabbia). Anche l'annullamento retroattivo è una difesa che viene adottata ed è osservabile nello sforzo della paziente di controbilanciare il senso di colpa con degli atteggiamenti educati e corretti. Infine, Claudia usa in modo pervasivo il rivolgimento della rabbia contro il sé, una difesa che determina una serie di pensieri auto-svalutanti carichi di senso di colpa che l'aiutano a distogliere l'attenzione dal reale oggetto della rabbia.

Il conflitto e l'apparato difensivo appena descritti sono alla base della psicopatologia di Claudia e confermano gli aspetti intrapsichici che Gabbard (2014) ha individuato come centrali nella psicopatologia di cui è affetta la paziente.

Infatti, l'automatismo con cui alla paziente è impedito il contatto con la rabbia conflittuale fa sì che sperimenti alti livelli di ansia, che possono addirittura portare a veri e propri attacchi di panico.

Inoltre, le compulsioni vengono messe in atto per gestire l'ansia quando si presenta in quote elevate. La paziente arriverà infatti a riconoscere come, quando sperimenta elevati livelli di ansia, senta maggiormente il bisogno di insaponarsi più volte le gambe mentre si fa la doccia.

La sintomatologia depressiva, caratterizzata da un elevato senso di colpa e pensieri autocritici, è legata alla difesa di rivolgimento contro il sé, usata per impedire l'espressione eterodiretta dell'aggressività.

L'ISTDP, tramite le sue tecniche attive di sfida alle resistenze e di pressione per attivare le emozioni bloccate, ha permesso quindi alla paziente di contattare gli affetti conflittuali al fine di poterli esprimere.

Per favorire l'espressione dell'aggressività, è stata posta attenzione ai sentimenti complessi di transfert e alle fantasie aggressive e spesso omicide della paziente.

L'utilizzo degli affetti attivati nella relazione terapeutica e la pressione esercitata dal terapeuta per esplorare nei dettagli le fantasie cariche di rabbia, ha permesso di raggiungere diverse volte nel corso della psicoterapia l'obiettivo dello sblocco degli affetti, che ricordiamo essere uno dei passi fondamentali nella teoria della tecnica dell'ISTDP.

In aggiunta allo sblocco delle emozioni, è stato fatto anche un lavoro importante di riflessione per comprendere l'origine della conflittualità. Questo lavoro di riflessione ha portato Claudia a riconoscere il ripresentarsi degli aspetti intrapsichici sopra descritti non solo nella relazione terapeutica e nelle relazioni nel presente, ma anche nelle relazioni con figure di attaccamento passate. Infatti, nel corso della psicoterapia, la comprensione del funzionamento di Claudia è stata guidata dal triangolo delle persone (Malan, 1963) e ciò ha permesso di comprendere come questi aspetti del suo funzionamento, che si presentano nell'attualità della vita della paziente, si siano originati nelle relazioni con il nonno e i genitori. In particolare, durante le sedute è stato posto l'accento sulla percezione

e sulla reazione emotiva che Claudia da bambina può aver avuto nei confronti dello sguardo del nonno, vissuto a tratti come molto comprensivo e benevolo e a tratti molto critico, pieno di giudizio e minaccioso.

L'espressione e la comprensione degli affetti in tutta la loro intensità e conflittualità sono stati quindi i protagonisti di questa psicoterapia. Proprio per questo, al termine del percorso, Claudia ha definito la psicoterapia come una "terapia delle separazioni" che ha permesso una "legalizzazione della rabbia".

I risultati dell'IIP_32, ottenuti confrontando i dati grezzi sia con i punteggi della popolazione generale che femminile, hanno evidenziato una riduzione al di sotto del cut-off per le dimensioni che all'inizio della psicoterapia si erano configurate come problematiche, ovvero lo stile Dominante e Intrusivo/bisognoso di relazioni intime.

L'elevata presenza dello stile interpersonale dominante e intrusivo registrata a inizio terapia può essere spiegata facendo riferimento alla forte conflittualità tra la rabbia e la paura della separazione e del rifiuto. Questo conflitto, oltre ad impedire l'espressione della rabbia, determina in Claudia un bisogno di controllare le relazioni e di legarsi agli altri, con dei comportamenti messi in atto con l'obiettivo di piacere, anche in ottica sessuale nei confronti degli uomini, e con il bisogno di ricambiare i gesti di vicinanza.

L'IIP_32 ha registrato inoltre, all'inizio della terapia, dei valori vicini al cut-off per gli stili iper-accomodante, non assertivo e autogiustificante (che al termine dell'intervento, si presentano con valori ulteriormente ridotti). Anche questi stili possono essere considerati come legati alle emozioni conflittuali che caratterizzano il funzionamento di Claudia e che non trovano una via per l'espressione.

In particolare, la dimensione dell'autogiustificazione caratterizza lo stile interpersonale della paziente, nella misura in cui Claudia si mette in interazione con gli altri ponendosi come se dovesse difendersi o scusarsi per le proprie azioni. Si può ipotizzare che questo stile sia legato alle difese di rivolgimento contro il sé, formazione reattiva e annullamento retroattivo di cui si è parlato precedentemente.

Questi cambiamenti nella sintomatologia e nel funzionamento interpersonale, secondo la Teoria del codice multiplo, sono dovuti a una maggiore connessione all'interno dello schema emotivo precedentemente dissociato. Infatti, durante le sedute della psicoterapia,

il nucleo affettivo dello schema emotivo dissociato della paziente viene attivato numerose volte e il terapeuta, grazie alla pressione esercitata e alla sfida alle resistenze della paziente, aiuta quest'ultima a raggiungere il codice simbolico verbale, con l'obiettivo di ristabilire il nesso referenziale.

I miglioramenti clinici precedentemente riportati sono avvalorati anche dall'andamento della misura linguistica della Attività referenziale (WRAD) ottenuta dall'analisi tramite l'IDAAP delle trascrizioni delle sedute di psicoterapia.

Infatti, durante le 15 sedute, l'attività referenziale, che a partire dalla seduta 2 si presenta sempre a livelli elevati, aumenta seppur con una progressione non lineare. Ciò indica che al termine della psicoterapia, il paziente, a fronte dell'attivazione del nucleo affettivo dello schema emotivo, è maggiormente in grado, rispetto alle sedute iniziali, di trasformare gli elementi pre-simbolici in elementi simbolici verbali.

In particolare, si può osservare come a partire dalla seduta 12, i livelli di attività referenziali della paziente diventino maggiori di quelli dello psicoterapeuta. Questo dato può indicare la maggior capacità della paziente, al termine della psicoterapia, di stabilire nessi referenziali anche senza il sostegno da parte del terapeuta, che presenta dei livelli di verbalizzazione emotiva minori.

4.2 DISCUSSIONE RELATIVA ALL'IPOTESI 2

La nostra ricerca ha ipotizzato inoltre che il cambiamento terapeutico sia stato ottenuto tramite una intensa attivazione, osservabile per tutta la durata della psicoterapia, delle componenti sub-simboliche e simboliche verbali degli schemi emotivi inizialmente dissociati, oltre che della intensa riflessione su di essi.

L'andamento delle misure linguistiche ottenute mediante l'analisi IDAAP ha confermato la nostra ipotesi di rilevare una intensa attivazione del processo referenziale sin dall'inizio della psicoterapia.

L'unica eccezione riguarda la prima seduta, in cui non si rilevano alti livelli di attività referenziale (WRAD) e di attività riflessiva non astratta (WRRL). Infatti, nel corso della prima seduta si può osservare che i valori di WRAD sono al di sotto del valore neutro. Questo dato sta a indicare che durante questo incontro, a fronte dell'attivazione del nucleo affettivo (che viene registrata dalla misura SenS), non avviene il passaggio da queste

rappresentazioni sub-simboliche alle rappresentazioni simboliche verbali. La paziente, quindi, quando viene sollecitata a verbalizzare gli affetti che si sono attivati a livello sub-simbolico, va incontro a una grande difficoltà. Questa difficoltà è anche rappresentata dall'elevato punteggio registrato dalla misura delle disfluenze (MDF). Infatti, la paziente nella prima seduta presenta livelli elevati di espressioni verbali che riconducono a una difficoltà nella comunicazione. Le disfluenze diminuiranno poi sempre di più con l'avanzare della psicoterapia, a indicare la maggior facilità della paziente nel verbalizzare le rappresentazioni somatiche e simboliche dei propri schemi emotivi.

Inoltre, in questa prima seduta, sono stati registrati punteggi di WRRL al di sotto del valore neutro e punteggi elevati di Ref. Queste rilevazioni possono essere interpretate come una difficoltà della paziente, non solo a verbalizzare gli affetti che si sono attivati, ma anche a riflettere su di essi in modo non difensivo e distanziante. In particolare, i bassi livelli di attività referenziale (WRAD) e gli altri punteggi di riflessione astratta (Ref) indicano come la paziente, in questa prima seduta, si stia difendendo dallo stile incalzante del terapeuta e dalla conseguente attivazione emotiva, con uno stile intellettualizzante e distanziante.

Le osservazioni che sono state fatte osservando le misure linguistiche rilevate nella prima seduta possono essere interpretate come una difficoltà della paziente dovuta non solo alla dissociazione del suo schema emotivo, ma anche all'alleanza terapeutica che deve ancora stabilirsi in modo solido.

Dalla seconda seduta fino alla quindicesima, i punteggi dell'attività referenziale (WRAD) oscillano, mantenendosi però sempre al di sopra del valore neutro. Anche il valore della riflessione e rielaborazione non astratta (WRRL) si presenta al di sopra del valore neutro, così come il punteggio di riflessione astratta (Ref) che è elevato dalla prima all'ultima seduta. Si può quindi osservare un cambiamento importante nell'impiego delle funzioni del processo referenziale che già dopo la prima seduta si presentano a livelli elevati.

Nonostante le misure linguistiche sopra citate siano elevate già dalla seconda seduta, nel corso della psicoterapia si possono osservare delle oscillazioni che hanno delle importanti implicazioni cliniche.

Infatti, si può notare che a seguito delle sedute nelle quali si osserva un'intensa attivazione emotiva a livello sub-simbolico e verbale dello schema emotivo e un'efficace attività di riflessione su quanto emerso, le sedute che seguono sono caratterizzate da livelli minori di attività referenziale e da uno stile riflessivo più cognitivo e meno vivido, ad indicare una maggior attività difensiva e distanziante in opera nella paziente.

Infatti, si può notare come la seduta 2 sia stata caratterizzata da elevati livelli di attività referenziale (WRAD) e riflessione non astratta (WRRL), a fronte invece di una minor presenza di riflessione astratta (Ref). Questi risultati indicano che in questa seduta è avvenuta una buona attivazione delle rappresentazioni simboliche verbali dello schema emotivo e una riflessione non distanziante e intellettualizzante riguardo gli affetti provati ed espressi. In particolare, durante questa seduta, la paziente riesce a mettere a fuoco la conflittualità tra la rabbia e la paura di perdere l'altro. Infatti, esplorando i suoi sentimenti complessi di transfert e le sue fantasie aggressive, la paziente sente succedersi l'impulso di aggredire il terapeuta e di ricercare poi un abbraccio da lui. Nel corso della seduta, Claudia riuscirà poi a mettere a fuoco le situazioni presenti e passate in cui questi aspetti conflittuali si presentano o si sono presentati.

A seguito di questa seduta, si può osservare come le sedute 3 e 4 siano caratterizzate da una minore attività referenziale (WRAD), una diminuzione della riflessione non astratta (WRRL) a fronte di un aumento di quella astratta (Ref). Questo andamento delle misure linguistiche mostra come la paziente sembra essere impegnata in un'attività di interiorizzazione delle nuove consapevolezze raggiunte, diminuendo il lavoro di verbalizzazione emotiva e adottando uno stile di riflessione più intellettualizzante nei confronti delle emozioni che si attivano in seduta.

A conferma di ciò, si può osservare come i punteggi delle disfluenze (MDF), che nella seduta 2 erano presenti in minor misura, crescano durante queste due sedute. Ciò conferma l'ipotesi che durante questi incontri, la paziente abbia trovato più difficoltà nella verbalizzazione degli aspetti emotivi conflittuali.

Successivamente, le sedute 5, 6 e 7 sono caratterizzate da alti livelli di attività referenziale (WRAD) e riflessione non astratta (WRRL), mentre la riflessione astratta (Ref) si presenta in misura minore. In queste sedute, infatti, l'aggravarsi della malattia del nonno di Claudia attiva in lei una forte paura della perdita e separazione, insieme a una forte rabbia. Questa attivazione dello schema emotivo dissociato permette alla coppia terapeutica di mettere a

fuoco le emozioni conflittuali che fanno parte dello schema dissociato, le difese impiegate e il ruolo dell'ansia nel funzionamento della paziente. Nel corso di queste tre sedute che precedono la morte del nonno (che avverrà dopo la seduta 7), si affronta la paura della perdita e la rabbia che la paziente prova nei confronti del nonno da cui si sente abbandonata.

Le fantasie di rabbia omicida che la paziente riporta nelle sedute vengono utilizzate per permetterle di esprimere la sua aggressività, attivando anche le altre emozioni che sono in conflitto con la rabbia, tra cui l'amore e il senso di colpa. Nella seduta 7, Claudia, dopo aver espresso la sua rabbia verso il nonno, riuscirà, nella sua fantasia, a seppellirlo, dicendogli addio e affrontando la sua grande paura della perdita senza reprimere la rabbia. In questa seduta si registra l'unico valore positivo della correlazione WRAD_Ref, ad indicare la difficoltà della paziente a separare la funzione di attività referenziale da quella di riflessione. Questo dato può essere interpretato come dovuto all'intensa attivazione dell'emozioni conflittuali che avviene in corrispondenza della fantasia di sepoltura del nonno e della prospettiva concreta di perderlo a causa del tumore.

Questo difficile lavoro permetterà però alla paziente di affrontare la morte del nonno senza avere attacchi di panico, riuscendo a tollerare l'attivarsi del conflitto che comprende la rabbia e il dolore per la perdita.

Come era avvenuto per le sedute 3 e 4, anche la seduta 8 presenta livelli minori di attività referenziale (WRAD) e maggiori livelli di riflessione astratta (Ref), ad indicare che la paziente adotta uno stile maggiormente distanziante e intellettualizzante dopo queste sedute.

La seduta 10 presenta un valore anomalo di WRRL che non è concorde con le nostre aspettative. Infatti, in questa seduta, si registra un valore di riflessione non astratta leggermente minore del valore neutro. Nelle due settimane precedenti alla seduta, la paziente aveva avuto un attacco di panico legato a degli intensi e improvvisi sentimenti di rabbia che aveva provato verso i suoi parenti, a causa di alcuni torti subiti. Il contatto con questi affetti può aver generato nella paziente una difficoltà a riflettere non astrattamente sullo schema emotivo attivato dall'alterco con i parenti.

Nell'ultima parte della terapia si può osservare come le misure linguistiche rimangano elevate senza andare incontro a particolari oscillazioni, mentre la correlazione

WRAD_Ref assume valori sempre più negativi. Questo risultato può indicare la maggiore connessione che si è stabilita all'interno dello schema emotivo precedentemente dissociato. Infatti, la paziente continua a mostrare elevati livelli di attività referenziale (WRAD) e di riflessione astratta (Ref) e non astratta (WRRL), nonostante all'interno delle sedute avvenga una minore attivazione somatica elicitata dagli interventi dello psicoterapeuta (infatti la misura SenS riporta valori sempre più minori verso la fine della psicoterapia).

CAPITOLO 5:

CONCLUSIONE

La ricerca che abbiamo realizzato ha preso in considerazione un single case composto da un percorso di psicoterapia condotto secondo il modello Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.

Questo modello di psicoterapia dinamica breve ha come obiettivo terapeutico il conseguimento in tempi brevi dello sblocco degli affetti inconsci repressi che sono alla base della sintomatologia dei pazienti.

Il supporto teorico utilizzato per la comprensione del processo di cambiamento avvenuto nel single case è stato la Teoria del codice multiplo di W. Bucci. Questa teoria, proponendosi come un quadro capace di conciliare la psicoanalisi e le teorie cognitive, considera le psicopatologie come dovute alla dissociazione tra le diverse rappresentazioni di uno schema emotivo. Infatti, secondo questa teoria, esistono diversi codici caratterizzanti il funzionamento psichico: il codice non-simbolico, il codice simbolico non verbale e il codice simbolico verbale. L'attività referenziale è la funzione psichica che permette il passaggio tra questi codici e quindi, qualora lo schema emotivo non sia dissociato, tra le rappresentazioni sub-simboliche (somatiche, motorie, viscerali) e le rappresentazioni simboliche verbali degli schemi emotivi.

La lettura della teoria e della pratica clinica dell'ISTDP, grazie ai riferimenti teorici appena presentati, permette di considerare l'obiettivo dell'ISTDP dello sblocco degli affetti in tempi rapidi come un tentativo di portare maggiore connessione all'interno degli schemi emotivi dissociati che sostengono la sintomatologia dei pazienti. Questo obiettivo può essere perseguito, secondo Bucci, grazie all'attivazione delle componenti sub-simboliche e verbali dello schema emotive e alla riflessione compiuta su di esse.

La paziente del nostro single-case, che abbiamo chiamato Claudia, presentava dei sintomi tali da saturare i criteri diagnostici del DSM-5 per la diagnosi di Disturbo di panico e Disturbo ossessivo-compulsivo.

Questa sintomatologia si può considerare come dovuta alla dissociazione presente tra le rappresentazioni dello schema emotivo che coinvolgeva la rabbia, il senso di colpa e la paura di perdere l'altro. Infatti, quando la paziente si imbatteva in uno stimolo interpersonale che attivava il suo schema emotivo, nella sua rappresentazione sub-simbolica, la dissociazione entro lo schema non permetteva la creazione di un nesso referenziale e il raggiungimento dello stato di verbalizzazione dell'affetto, portando a un incremento dell'ansia inconscia e all'impiego di meccanismi di difesa.

Il nostro lavoro di ricerca si è quindi proposto di indagare anzitutto se la psicoterapia di Claudia sia stata efficace, nei termini della remissione dei sintomi e del miglioramento del funzionamento interpersonale. Per analizzare questa ipotesi sono state impiegate misurazioni fatte a inizio e al termine della psicoterapia con gli strumenti self-report SCL-90-R e IIP_32.

Una volta verificato l'outcome positivo della terapia, abbiamo analizzato il processo terapeutico per valutare se effettivamente il cambiamento sia stato promosso grazie all'intensa attivazione delle componenti sub-simboliche e verbali degli schemi emotivi dissociati della paziente, oltre che all'intensa attività di riflessione. Per verificare questa ipotesi è stato impiegato lo strumento computerizzato IDAAP, tramite cui sono stati analizzati i trascritti verbatim delle 15 sedute.

I risultati ottenuti hanno verificato entrambe le ipotesi.

Da una parte, infatti, i dati rilevati all'inizio e al termine della psicoterapia con SCL-90-R e IIP_32 hanno permesso di osservare una remissione dei sintomi e un significativo miglioramento nel funzionamento interpersonale della paziente. Infatti, le dimensioni sintomatologiche e gli stili interpersonali che si erano presentati come problematici all'inizio della psicoterapia, al termine dell'intervento non si presentano più come tali. Dall'altra, grazie all'analisi di alcune misure linguistiche ottenute grazie a IDAAP, si osserva inoltre al termine della terapia una maggiore capacità della paziente di stabilire nessi referenziali, rispetto all'inizio della terapia.

A tal proposito, le misure linguistiche, rilevate con IDAAP analizzando le produzioni verbali e non verbali della paziente, hanno permesso di osservare come, dalla seconda seduta fino al termine della terapia, vi sia una elevata attivazione della funzione

referenziale, della funzione di riflessione astratta e non astratta. Inoltre, per tutta la psicoterapia si osserva una corretta attivazione di cicli referenziali all'interno delle sedute.

Grazie alla possibilità offerta dal disegno di ricerca single-case di non cadere nel rischio di ipersemplicare la situazione clinica, l'analisi degli andamenti delle misure linguistiche nel corso delle sedute ha permesso fare delle ulteriori osservazioni dall'importante utilità clinica.

Si è ad esempio notato che la psicoterapia, fino alla seduta 10, è caratterizzata dall'alternarsi di sedute nelle quali la paziente presenta una buona attività di verbalizzazione emotiva e da una buona riflessione astratta e non astratta, e sedute in cui la paziente si presenta impegnata a far proprio il nuovo materiale emotivo emerso, denotando uno stile più distanziante e intellettualizzante nei confronti dell'attivazione degli schemi emotivi in seduta.

Nell'ultima parte della psicoterapia si può osservare invece come le misure linguistiche relative alle funzioni psichiche coinvolte nel processo referenziale si mantengano a livelli elevati senza particolari variazioni. Questi risultati possono indicare il raggiungimento di una maggiore connessione tra le rappresentazioni sub-simboliche, simboliche preverbal e verbali che costituiscono lo schema emotivo della paziente.

5.1 UTILITA' CLINICA

I risultati sull'outcome raggiunti in questa ricerca si inseriscono all'interno del nutrito panorama di studi che attestano l'efficacia dell'ISTDP per le psicopatologie presentate dalla paziente.

Inoltre, lo studio del processo ha evidenziato come la terapia considerata abbia portato al cambiamento terapeutico grazie all'intensa attivazione di tutte le rappresentazioni dello schema emotivo inizialmente dissociato della paziente, oltre che grazie a un altrettanto intensa attività di riflessione e rielaborazione cognitiva.

In particolare, l'andamento delle funzioni psicologiche che è stato registrato ha una importante ricaduta clinica. Infatti, si è osservato che nella psicoterapia in esame, il processo di cambiamento avviene tramite l'alternarsi di sedute in cui i livelli di attività referenziale e di riflessione astratta e non astratta sono, come appena visto, elevati ma oscillanti. Queste oscillazioni mostrano come durante la psicoterapia, le prime 10 sedute

sono caratterizzate dall'alternarsi di sedute in cui avviene una verbalizzazione e riflessione di importante materiale emotivo, e sedute in cui la paziente si presenta più distanziante e intellettualizzante, essendo impegnata a far proprio il materiale emerso nelle sedute precedenti. Le ultime sedute della psicoterapia sono invece caratterizzate da una maggior stabilità delle funzioni del processo referenziale che mostrano come, grazie al lavoro fatto nelle sedute precedenti, si sia stabilita una maggiore connessione all'interno dello schema emotivo.

5.2 LIMITI DELLA RICERCA E FUTURI SVILUPPI

Un limite di questa ricerca riguarda la scarsa generalizzabilità dei risultati ottenuti, poiché condotta secondo un disegno single-case.

Un ultimo limite della ricerca riguarda il fatto che gli strumenti impiegati per la valutazione dell'outcome esaminavano solamente la remissione sintomatologica e il miglioramento del funzionamento interpersonale. Non è stato previsto l'utilizzo di strumenti che potessero valutare eventuali cambiamenti strutturali nella personalità della paziente.

In futuro, sarà quindi opportuno implementare la ricerca su campioni più ampi di pazienti con la stessa sintomatologia di Claudia, al fine di poter verificare se i risultati ottenuti in questa ricerca si possano osservare anche in una popolazione clinica più ampia.

Infine, sarà opportuno inserire tra gli strumenti utilizzati per valutare l'outcome della psicoterapia la Shedler Westen Assessment Procedure (SWAP-200), al fine di poter valutare la presenza di cambiamenti strutturali della personalità della paziente tra l'inizio e il termine della psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- ABBASS, A. (2002). Office based research in intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP): data from the first 6 years of practice. *Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy*, 6(2), 5-13.
- ABBASS, A. (2015). *Reaching through resistance: advanced psychotherapy techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- ABBASS, A. A., KISELY, S. R., TOWN, J. M., LEICHSENRING, F., DRIESSEN, E., DE MAAT, S., ... CROWE, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Article CD004687. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- ABBASS, A., TOWN, J., & DRIESSEN, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Reviews of Psychiatry*, 20(2), 97-108.
- 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.
- AHN, H., & WAMPOLD, B. E. (2001). Where o where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257.
- ALEXANDER, F., & FRENCH, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- BADDELEY, A. D. (1986). *Working memory*. Oxford: Oxford University Press.

- BADDELEY, A. D. (1994). Working memory: The interface between memory and cognition. In D. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems 1994* (pp. 351–367). Cambridge, MA: MIT Press.
- BEUTLER, L.E., MOLEIRO, C., MALIK, M., & HARWOOD, T. M. (2000, June). *The UC Santa Barbara Study of fitting therapy to patients: First results*. A paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (international), Chicago, Ill.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- BUCCI, W. (1993). The development of emotional meaning in free association. In J. Gedo & A. Wilson (Eds.), *Hierarchical conceptions in psychoanalysis* (pp. 3–47). New York: The Guilford Press.
- BUCCI, W. (1997a). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: The Guilford Press.
- BUCCI, W. (1997b). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151–172.
- BUCCI, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 766–793.
- BUCCI, W. (2007a). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part 1: Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 43(2), 165–184.
- BUCCI, W. (2007b). Dissociation from the perspective of multiple code theory--Part 2: The spectrum of dissociative processes in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 43(3), 305–326.
- BUCCI, W. (2011a). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment: It takes two to tango—But who knows the steps, who's the leader? The choreography of the psychoanalytic interchange. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1), 45–54.

- BUCCI, W. (2011b). The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas; converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 247–266.
- BUCCI, W. (2018). The primary process as a transitional concept: New perspectives from cognitive psychology and affective neuroscience. *Psychoanalytic Inquiry*, 38, 198– 209.
- Bucci, W. (2021). *Emotional communication and therapeutic change: Understanding psychotherapy through multiple code theory*. (W. F. Cornell, Ed.). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- 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, 1355-1397.
- DAVANLOO, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- DAVANLOO, H. (1987). Clinical manifestations of superego pathology. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2(4), 225–254.
- DAVANLOO, H. (1990). *Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo*. Toronto: John Wiley and Sons.
- DAVANLOO, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Ed.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2628–2652). Lippincott: Williams and Wilkins.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 3-30). Milano: Raffaello Cortina.
- DEROGATIS, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures: Manual II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- EAGLE, M. N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis: A critical evaluation*. New York: McGraw- Hill.

- ELLIOTT, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1-21.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FARAVELLI C., & PALLANTI S. (1989). Recent life events and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(5), 622-626.
- FERENCZI, S. (1919a). Il problema dell'influsso sul paziente nel corso dell'analisi. In *Opere* (Vol. 2). Milano: Raffaello Cortina.
- FERENCZI, S. (1919b). Difficoltà tecniche nell'analisi di un caso di isteria. In *Opere* (Vol. 3). Milano: Raffaello Cortina.
- FERENCZI, S. (1920). Ulteriore estensione della tecnica attiva in psicoanalisi. In *Opere* (Vol. 2). Milano: Raffaello Cortina.
- FERENCZI, S. (1924). Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. In *Opere* (Vol. 3). Milano: Raffaello Cortina.
- FERENCZI, S., & RANK, O. (1924). *The development of psycho-analysis*. Madison, CT: International University Press.
- FLEGENHEIMER, W. V. (1977). *Technique of brief psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- FREUD, S. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. OSF, vol. 1.
- FREUD, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*. OSF, vol. 5.
- FREUD, S. (1940). *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11.
- GABBARD, G. O. (2014). *Psichiatria psicodinamica* (5th ed.) (F. Madeddu, Ed.) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- HOROWITZ, L. M., STRAUB, B., & KORDY, H. (2000). *Inventory of interpersonal problems (IIP)*. Gottingen: Hogrefe.

- KAZDIN, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.
- LAMBERT, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: John Wiley and Sons.
- LILLIENGREN, P., COOPER, A., TOWN, J.M., KISELY, S., & ABBASS, A. (2020). Clinical- and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for chronic pain in a tertiary psychotherapy service. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 414-417.
- LINGIARDI, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LIPSEY, M. W., & WILSON, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- 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.
- 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.
- MALAN, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London, Tavistock, New York: Reprint by Plenum Press.
- 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*, 23(4), 430-447.

- MASKIT, B., & MURPHY, S. (2011). The Discourse Attributes Analysis Program. Retrieved September 13, 2023, from <http://www.thereferentialprocess.org/the-discourse-attributes-analysis-program-daap>.
- MIGONE, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di ricerca, stato attuale degli studi su risultato e processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2, 182-238.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina.
- 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* 27(8), 591-597.
- RAHMANI, F., ABBASS, A., HEMMATI, A., GHAFARI, N., & REZAEI MIRGHAED, S. (2020a). Challenging the role of challenge in intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2123-2132.
- RAHMANI, F., ABBASS, A., HEMMATI, A., MIRGHAED, S. R., & GHAFARI, N. (2020b). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: randomized trial and substudy of emphasizing feeling versus defense work. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 245-251.
- ROCCO, D., CALVO, V., AGROSI, V., BERGAMI, F., Busetto, L. M., MARIN, S., PEZZETTA, G., ... ABBASS, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: Effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(1), 4-13.
- SARNO, I., PRETI, E., PRUNAS, A., & MADEDDU, F. (2011). *SCL-90 R symptom checklist-90-R Adattamento italiano*. Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- SEMI, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- SIDMAN, M. (1960). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books.
- STERN, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- STILES, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131–170). Plenum Press.
- STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., & ELLIOTT, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, *41*(2), 165–180.
- VENTURELLO S., BARZEGA G., MAINA G., & BOGETTO F. (2002). Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. *43*(1), 28-36.
- WALLERSTEIN, R. S. (2002). Psychoanalytic therapy research: An overview. *The American Psychoanalyst*, *36*, 10-13.
- WHITTMORE, J. W. (1996). Paving the royal road: An overview of conceptual and technical features in the graded format of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, *11*(1), 21–39.
- WOLBERG, L. R. (1980). *Handbook of Short-Term Psychotherapy*. New York: Thieme-Stratton.