



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Il processo di cambiamento nel modello ISTDP: un'analisi
single-case con la Teoria del Codice Multiplo**

**The Process of Change in the ISTDP Model: A Single-Case Analysis Using
the Multiple Code Theory**

Relatore:

Prof. Diego Rocco

***Laureando: Matteo Rigo
Matricola: 2050433***

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1	
Rassegna teorica	7
1.1 Introduzione alla Psicoterapia	7
1.2 Fasi, tipologie ed evoluzione della ricerca in psicoterapia	8
1.3 La ricerca <i>single-case</i>	14
1.3.1 <i>Aspetti generali</i>	14
1.4 La psicoterapia dinamica breve a focus ampliato di Davanloo	16
1.4.1 <i>La selezione dei pazienti</i>	17
1.4.2 <i>La tecnica: la fase iniziale</i>	18
1.4.3 <i>La tecnica: la fase centrale</i>	21
1.4.4 <i>La tecnica: la fase conclusiva</i>	22
1.4.5 <i>Aspetti generali</i>	22
1.5 La Teoria del Codice Multiplo. Wilma Bucci	26
1.5.1 <i>Storia e concetti fondamentali</i>	26
1.5.2 <i>Aspetti generali</i>	28
1.5.3 <i>Funzioni del pensiero e processo referenziale</i>	30
1.5.4 <i>Il processo referenziale e il circolo della comunicazione emozionale</i>	32
1.6 <i>Razionale dell'elaborato di Tesi</i>	34
Capitolo 2	
Sezione Metodo	35
2.1 Strumenti	35
2.1.1 <i>Misure di valutazione dell'outcome</i>	35
2.1.2 <i>Misure di valutazione del process</i>	38
2.2 Il caso clinico	47
2.3 Procedura	49
2.4 Ipotesi di lavoro	51
2.5 I risultati	53
2.5.1 <i>Misure dell'outcome</i>	53
2.5.2 <i>Misure del process</i>	56
Capitolo 3	
Discussione dei Dati	63
3.1 <i>Outcome</i>	63
3.2 <i>Process</i>	65
Conclusioni	75
Bibliografia	77

Introduzione

L'indagine dei fattori che conducono al cambiamento in psicoterapia sta assumendo un ruolo sempre più cruciale nel contesto della ricerca, principalmente con il fine di migliorare l'efficacia degli interventi, ottimizzandoli, per adattarli alle specifiche caratteristiche e necessità dei pazienti. Il presente studio rappresenta un contributo proprio in questo senso, in particolare per quanto riguarda l'esigenza di indagare gli aspetti di processo che generano delle trasformazioni e poter così garantire un'esperienza che sia sempre più "su misura" nella relazione tra paziente e terapeuta.

Il primo capitolo si focalizzerà su una rassegna teorica approfondita, dapprima esplorando l'evoluzione del movimento della ricerca in psicoterapia, dalla sua genesi fino ai giorni odierni. Successivamente, saranno indagati i concetti chiave del disegno *Single-Case*, la metodologia di ricerca impiegata in questo studio. L'attenzione, quindi, sarà posta sulla psicoterapia psicodinamica breve a focus ampliato di Davanloo (*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy; ISTDP*), ovvero la modalità di trattamento analizzata in questo lavoro. Infine, sarà introdotta la Teoria del Codice Multiplo (*TCM*) di Wilma Bucci, da cui deriva la metodologia impiegata per analizzare il processo nell'*ISTDP*.

Il secondo capitolo sarà dedicato agli aspetti metodologici. Qui verranno descritti gli strumenti utilizzati, poi presentato il caso clinico, la procedura seguita, le ipotesi di lavoro formulate e, infine, i risultati ottenuti.

In ultimo, il terzo capitolo si concentrerà sulla discussione dei dati, al fine di interpretare i risultati, valutare le implicazioni delle scoperte e collegarle al contesto teorico esistente.

Capitolo 1

Rassegna teorica

La Ricerca in Psicoterapia, la ricerca *single-case*, la Psicoterapia Psicodinamica Breve a Focus Ampliato di H. Davanloo (*ISTDP*) e la Teoria del Codice Multiplo di W. Bucci

1.1 Introduzione alla Psicoterapia

La psicoterapia ha mostrato un considerevole sviluppo – dalle sue origini, all’inizio del XX secolo, fino ai giorni odierni – manifestandosi come un dominio caratterizzato da mutevoli accenti e controversie aspre e significative.

La psicoterapia è ampiamente considerata come una forma efficace di trattamento per una varietà di problemi di salute mentale e complessità personali, e si colloca come un’attività in cui un insieme sempre più considerevole di professionisti e para-professionisti sono attivamente coinvolti (Lambert, 2013).

Al contrario, l’ambito della ricerca in psicoterapia – in modo particolare sui processi (*process*) e sui risultati (*outcome*) – si configura come dominio sicuramente meno vivace. Ma, allo stesso tempo, il campo della ricerca rimane un’impresa essenziale e mutevole, che integra le attività teoriche dei terapeuti, ed è prontamente diventata la base per le linee guida di trattamento e le “migliori pratiche” (*best practice*) comuni nel mondo di oggi, volgendo nella direzione di una comprensione precisa dei fattori che portano al miglioramento complessivo del paziente (Lambert, 2013).

Il percorso che paziente e terapeuta affrontano insieme viene raccontato, di consueto, secondo la metafora del viaggio (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2017). Un esempio significativo ci giunge direttamente da Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, il quale, nel dichiarare la regola fondamentale, si riferiva ai pazienti con queste parole: «Dica tutto ciò che Le passa per la mente. Si comporti [...] come un viaggiatore che segga al finestrino di una carrozza ferroviaria e descriva a coloro che si trovano all’interno il mutare del panorama dinanzi ai suoi occhi» (Freud, 1913-1914, p. 19).

Prima di cominciare questo viaggio ogni individuo risulta, senza dubbio, già in possesso di vissuti personali, competenze e stili di personalità che lo contraddistinguono. Ciò significa che paziente e clinico possiedono, entrambi, un

mondo interno ricco e multiforme da cui il ricercatore non può prescindere, sia per comprendere da che cosa eventualmente derivi un buon esito nella psicoterapia, sia per comprendere le motivazioni alla base di una buona “alleanza terapeutica”. Lo studio di ciò che accade durante il viaggio in relazione alla sua destinazione prende il nome di ricerca *process-outcome* (Dazzi et al., 2017).

1.2 Fasi, tipologie ed evoluzione della ricerca in psicoterapia

La storia della ricerca in psicoterapia è caratterizzata da fasi eterogenee, in successione tra loro ma anche parzialmente sovrapposte, che si possono intendere come periodi differenti nel continuum dello sviluppo culturale della stessa (Shapiro;1990; Kächele, 1992; Strupp & Howard, 1992). Inoltre, il campo della ricerca in psicoterapia viene suddiviso, per consuetudine, in due principali aree: *Outcome Research* e *Process Research*.

Inizialmente, nell’ambito della ricerca, è possibile riscontrare una “preistoria” nella quale spiccano, tra gli anni 1920 e 1940, le figure di Abraham, Glover e Rogers. Quest’ultimo, in particolare, introduce negli Stati Uniti l’uso del registratore per l’analisi delle sedute in psicoterapia. Tale strumento rappresenta a tutti gli effetti un significativo cambiamento, soprattutto se si considera che l’*establishment* psicoanalitico proprio di quel periodo storico e culturale giudicava, ed ancora almeno in parte giudica, con diffidenza questo mezzo (Migone, 1996).

Nella *prima fase*, sviluppatasi tra il 1950 e il 1970, l’attenzione è rivolta soprattutto alla prima macro-area, riguardante l’*Outcome Research*. Essa si occupa della ricerca sul risultato che si misura, quindi, al termine della psicoterapia (e.g. valutare cambiamenti e modificazioni nel paziente prima e dopo il trattamento, attraverso strumenti standard). La domanda che in primo luogo si pone è: «la psicoterapia è efficace?» preminentemente in seguito alle provocazioni di Eysenck (1952), il quale sosteneva l’assenza di prove di efficacia di qualsiasi forma di psicoterapia. Egli, inoltre, attribuiva i miglioramenti dei pazienti solo alla “remissione spontanea”, cioè unicamente come conseguenza dello scorrere del tempo. I tentativi di rispondere al quesito sull’efficacia della psicoterapia risentono di una certa complessità, soprattutto perché appare fondamentale tenere in considerazione molteplici aspetti (Migone, 2017). Stabilire la reale efficacia di un trattamento implica, innanzitutto, la presenza di

un gruppo di controllo di pazienti che presentino determinate caratteristiche: (1) non siano sottoposti al trattamento la cui efficacia si intende verificare; (2) non siano consapevoli del fatto che prima o dopo saranno sottoposti al trattamento; (3) non siano a conoscenza dell'esistenza del trattamento (Rocco, 2003). In effetti, in psicoterapia, diversamente da altre indagini di tipo scientifico, le ricerche in "doppio cieco" risultano di difficile realizzazione, in quanto il placebo (lista d'attesa, colloqui informali o di *routine*, oppure condotti da personale non qualificato) sarebbe in grado di agire già da sé come fattore terapeutico (Grünbaum, 1986). La sola consapevolezza di dover iniziare un percorso terapeutico crea inevitabilmente una complessa condizione emotiva che può modificare lo stato psichico del paziente ed influire sugli esiti della ricerca oggetto di studio. Si ricorda inoltre che esistono differenti scuole di pensiero in psicoterapia e ciò che potrebbe risultare agente terapeutico specifico per alcune, potrebbe essere ritenuto aspecifico o alla stregua di un placebo per altre. Come sottolinea Parloff (1985, p. 25) «progettare terapie controllate dal placebo richiederebbe escludere tutti gli elementi ritenuti aver valore curativo da tutte le scuole di psicoterapia esistenti; il che è praticamente impossibile». Alla luce delle considerazioni di cui sopra, per quanto concerne la ricerca in psicoterapia si è ritenuto opportuno, nei contesti di studio sperimentale, confrontare due tipi diversi di intervento psicologico, piuttosto che confrontare un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo non trattato (Migone, 2017).

Tornando alla domanda critica della prima fase – concernente l'efficacia della psicoterapia – è possibile accertare che la stessa ha ottenuto, nel corso del tempo, diverse repliche. Nello specifico, lo scopo è quello di valutare se la psicoterapia è un metodo di cura valido per il disagio psicologico, indipendentemente dalla scuola di pensiero e dal modello teorico di riferimento. La letteratura, in tale ambito, si presenta assai eterogenea ed i metodi per la valutazione molteplici. Indubbiamente le ricerche di tipo meta-analitico sono uno degli strumenti più utilizzati e presentano numerosi vantaggi, ma anche alcuni limiti. La meta-analisi viene definita come «una modalità di ricerca che permette di sintetizzare i risultati di studi differenti sul medesimo argomento in un indice di misura comune, l'*effect size*» (Durlank, 1999, p. 420). Le diverse meta-analisi condotte nel corso degli anni hanno portato alla conclusione che le terapie di tipo psicologico e comportamentale producono generalmente effetti positivi (Lipsey,

& Wilson, 1993). A questo proposito una soluzione risolutiva ci giunge da Smith, Glass e Miller (1980) e da Shapiro e Shapiro (1982) che hanno analizzato oltre cinquecento studi riguardanti l'*outcome* in psicoterapia. Da questi studi emerge un primato della psicoterapia, la quale ha raggiunto risultati migliori sia rispetto ai controlli non trattati, sia rispetto al placebo; inoltre, questi effetti si sono mostrati continuativi e consistenti nel corso del tempo (Migone, 2017). La psicoterapia, alla luce di questi studi, si può quindi dichiarare un metodo efficace di trattamento (Migone, 2017). Grissom (1996) stabilisce, inoltre, che la psicoterapia – indipendentemente dal disturbo in questione – produce un risultato migliore nel 70% dei casi rispetto al gruppo di controllo, e del 66% rispetto ad un gruppo trattato con il placebo.

La ricerca sull'*outcome* si propone altresì di comprendere e valutare l'efficacia dei diversi trattamenti (comportamentale, dinamico, strategico ecc.). Si è osservato che nessun trattamento risulta significativamente più efficace di un altro, confermando il cosiddetto “verdetto di Dodo”, postulato da Luborsky (Luborsky, et al., 1975) ed il relativo paradosso dell'equivalenza. Esso sostiene che la differenza nell'efficacia dei diversi tipi di trattamento è nulla o non significativa. Successive meta-analisi hanno confermato la veridicità del verdetto di Dodo sebbene uno studio di Wampold (2001) dichiara la possibilità che esso non sia definitivo: esistono, infatti, una serie di variabili e limitazioni che non permettono di esprimere verità risolutive (Dazzi, 2017).

In riferimento all'*outcome*, un altro aspetto essenziale nella ricerca in psicoterapia, è quello che concerne due categorie di fattori che concorrono a determinare, in modo più o meno prominente, il cambiamento nel processo terapeutico: i *fattori specifici* ed i *fattori aspecifici* (Dazzi, 2017).

Per *fattore specifico* si intende uno specifico intervento o condizione relazionale che si colloca all'interno di un trattamento – ma più in generale di una cornice teorica – che giustifichi le motivazioni secondo le quali quell'intervento o quella situazione relazionale siano efficaci (Rocco, 2003).

Per *fattore aspecifico* si intende l'esistenza di una serie di fattori, comuni a tutte le terapie psicologiche, responsabili dei benefici del paziente e del cambiamento in psicoterapia, piuttosto che elementi caratteristici di ogni singolo approccio (Rosenweig, 1936). Infine, si rammenta che il modello dei fattori aspecifici sembra poter chiarire il verdetto di Dodo (Rocco, 2003).

Un'ulteriore direzione di ricerca, intimamente associata a quella sull'*outcome*, riguarda lo studio dell'efficacia della psicoterapia (*psychotherapy efficacy and effectiveness research*)¹ che si propone di capire se la psicoterapia – e non i fattori extra-terapeutici – sia responsabile del miglioramento (Haaga & Stiles, 2000).

La seconda macro-area, la *Process Research*, si occupa della ricerca sui vari aspetti del “processo”, misurabili in qualsiasi momento della terapia ed indipendenti dai risultati ottenuti (e. g. il rapporto che occorre tra la misurazione dell'alleanza terapeutica in vari momenti del percorso terapeutico ed altre variabili di processo come la quantità delle sedute o la durata complessiva della terapia, oppure le caratteristiche personali del clinico). Essa si sviluppa nell'arco di un ventennio, tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta del Novecento. Questo tipo di ricerca nasce dal desiderio di comprendere il paradosso dell'equivalenza, il quale sostiene che diversi approcci terapeutici, con differenti teorie di riferimento, siano in realtà equivalenti negli *outcome*. A questo proposito gli studi comparativi hanno dimostrato l'inutilità di indagare il risultato o paragonare psicoterapie diverse senza l'accortezza di accertare che a ciascuna di esse corrisponda realmente lo stesso “processo”.

La ricerca sul processo tenta di rispondere, in particolare, a tre domande (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999):

- Gli interventi messi in atto nella pratica clinica differiscono veramente tra di loro?
- Esistono delle differenze reali tra i pazienti o in realtà essi godono di una certa omogeneità?
- Esistono elementi comuni a tutte le psicoterapie?

Si tratta quindi di “classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Stiles et al., 1999, p. 365). I ricercatori hanno quindi impiegato numerose risorse per costruire molteplici sistemi di misurazione. Esistono a tal proposito diversi criteri di classificazione degli strumenti per la valutazione del *process*, che pongono ciascuno l'enfasi su aspetti differenti (focus sulla valutazione, aspetti del processo, fondamenti teorici, unità di studio ecc.; Lambert, 2004).

¹ L'*efficacy research* si riferisce a studi controllati di laboratorio, l'*effectiveness research* si riferisce a studi in contesto clinico meno controllato ma più valido dal punto di vista ecologico; si tratta dei poli di un continuum lungo il quale il ricercatore deve trovare equilibrio (Dazi et al., 2017).

In questa fase è vivo l'interesse nel comprendere quali siano i reali fattori di efficacia, allo scopo di giungere ad esiti psicoterapici favorevoli. La comprensione degli stessi implica, però, una serie di condizioni: in primo luogo, una raccolta caratteristica dei fondamenti di una specifica tecnica psicoterapeutica; in secondo luogo, una sintesi attraverso esempi concreti di applicazione, di ogni specifica tecnica, in modo da non incorrere in dubbi sulla stessa; in terzo luogo, avere a disposizione strumenti efficaci (ad esempio le *rating scales*) che misurino il grado con cui un campione della terapia rientra nei principi di quella tecnica (Dazzi, 2017). La seconda fase è anche caratterizzata da una florida produzione di "manuali" di psicoterapia, caratterizzati dalle tre componenti sopra-descritte. Questi manuali risultano particolarmente rilevanti perché si prefigurano come dei riferimenti teorico-pratici che consentono di confrontare una determinata tecnica (con le sue implicazioni teorico-pratiche e processi definiti), con un'altra. Non è comunque possibile raggiungere una definizione inter-modello dei fattori di efficacia ma ogni manuale rileva degli aspetti di processo che si considerano efficaci e caratteristici di quell'approccio (Rocco, 2003). È possibile concludere che non esistono modelli (e tecniche psicoterapiche) più efficaci di altri, ma processi differenti attivati dalle diverse tecniche psicoterapiche che possono risultare più o meno adatti per i diversi tipi di pazienti (McWilliams, 1999)

La *terza fase* comincia nel 1970 e si protrae ancora oggi. Vi è un interesse sempre maggiore riguardo lo studio del processo, cui fa seguito un disinteresse per la ricerca sull'*outcome*. In particolare, gli sforzi dei ricercatori si concentrano sui micro-processi terapeutici, ovvero le componenti che organizzano i processi più ampi, che si realizzano all'interno del *setting* clinico. Un esempio è quello di Luborsky (1992), il quale ha studiato i fattori di cura in una psicoterapia psicodinamica, riscontrando sei aspetti principali ad alto valore prognostico positivo: (1) alleanza terapeutica, fin dalle prime sedute; (2) la comprensione e formulazione del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (*CCRT*; una misura del transfert) da parte del terapeuta; (3) l'accuratezza delle interpretazioni in considerazione del *CCRT*; (4) la comprensione che il paziente raggiunge in riferimento al sé; (5) l'elaborazione e l'interiorizzazione dei risultati conquistati, cosicché persistano anche al termine della terapia; (6) la "scala salute-malattia", ovvero un fattore curativo pre-terapia. Infatti: più è alto il funzionamento del

paziente, maggiore sarà il vantaggio che se ne potrà trarre in termini di guarigione (Migone, 2017).

All'interno della ricerca sui processi e sui micro-processi, è possibile altresì individuare tre differenti aree di ricerca: la prima riguardante le tecniche utilizzate dal terapeuta; la seconda relativa ai comportamenti del paziente; la terza si concentra, infine, sulla qualità e quantità di interazione paziente-terapeuta. Tutte e tre queste aree di ricerca portano con sé differenti sviluppi futuri ed elementi utili da poter approfondire (Rocco, 2003). Da quanto dichiarato si evince che è stato possibile rilevare nel corso del tempo una tendenza su studi che interessano precipuamente il processo, a discapito di quelli sul risultato (Migone, 2017).

La sola ricerca sul processo non è però sempre in grado di coniugare ciò che avviene in seduta con i risultati di una terapia (Dazzi, 2017). A questo limite prova a rispondere la ricerca *Process-Outcome*. Infatti, sia *Outcome* che *Process Research* sono considerate due entità concatenate ed interdipendenti tra loro.

In ultimo, la *fase presente* è caratterizzata da un certo grado di malcontento, evidenziato dal bisogno di tornare al "contesto della scoperta" tipico degli inizi del movimento psicoterapico (Orlinsky & Russell, 1994). D'altra parte, sono stati ottenuti dei risultati, emersi dalla ricerca in psicoterapia, ritenuti oggi delle conquiste indubbie. I principali sono: (1) le verifiche rigorose che dimostrano effetti maggiori della psicoterapia rispetto alla remissione spontanea; (2) l'attestazione che gli effetti della psicoterapia sono consistenti e vantaggiosi; (3) la prova che gli esiti delle psicoterapie superano quelli dei gruppi di controllo; (4) una nuova definizione del concetto di placebo, che risulta maggiormente precisa ed adeguata; (5) il primato della relazione tra paziente e terapeuta a discapito delle tecniche usate; (6) la veridicità del verdetto di Dodo e del paradosso dell'equivalenza; (7) il riconoscimento dell'efficacia di alcune tecniche specifiche per disturbi distinti; (8) l'integrazione positiva tra gli psicofarmaci e la psicoterapia in determinate condizioni; (9) l'alleanza terapeutica come predittore delle modificazioni di personalità del paziente; (10) la scoperta e dimostrazione dei possibili effetti negativi della psicoterapia e degli eventi che portano al peggioramento del paziente. Questi dieci punti attestano anche l'importanza che rivestono i fattori aspecifici in psicoterapia ed in particolare la persona del terapeuta, indipendentemente dalle tecniche che egli utilizza (Migone, 2017)

1.3 La ricerca *single-case*

La ricerca in psicoterapia è un terreno di incessante ricerca di un equilibrio che oscilla tra la complessità clinica e l'inflessibilità metodologica. Questo equilibrio è rappresentato, in modo distinto, nell'applicazione di due differenti metodologie di ricerca: i disegni *single-case* e i *Randomized Clinical Trials (RCT)*; Lingiardi & Fontana, 2003).

I *Randomized Clinical Trials* tentano di rispondere al quesito sull'efficacia comparata di diversi trattamenti: i pazienti sono assegnati casualmente a differenti gruppi con modalità di trattamento e condizioni di controllo difformi, quali liste d'attesa, forme di non trattamento, ecc. (Fonagy, 2002). Un effetto non favorevole degli *RCT* è che sono validati i trattamenti, ma non esaminati i protagonisti – pazienti e terapeuti – a partire dall'assioma dell'omogeneità dei pazienti (e dei terapeuti; Kiesler, 1996). Il cambiamento del singolo soggetto non viene quindi analizzato.

A differenza di questo approccio, il disegno *single-case* si avvicina maggiormente alla pratica clinica quotidiana, in quanto può essere condotto in contesti privati; naturalmente, per questo motivo, essi vengono criticati per la loro limitata generalizzabilità. Nonostante ciò, risultano fondamentali per esaminare aspetti tecnici e peculiari nel contesto clinico. Infine, è importante sottolineare che la ricerca *single-case* attribuisce una notevole importanza alle misure del processo terapeutico (Fonagy & Moran, 1993).

Le espressioni "studio del caso singolo" e "disegno *single-case*" hanno significati differenti. Mentre lo studio del caso singolo implica un'indagine empirica che non necessariamente adotta un disegno di tipo sperimentale, il disegno sperimentale *single-case* utilizza sistematicamente tale approccio metodologico. È quindi possibile affermare che la ricerca sul caso singolo – il cui fine è identificare una relazione tra interventi del terapeuta, outcome e/o altre variabili tramite osservazioni sistematiche ripetute – può essere intesa come la metodologia più adeguata per succedere al resoconto clinico "classico" (Fonagy, Moran, 1993).

1.3.1 Aspetti generali

Il termine *single-case* può essere impiegato in una molteplicità di strategie di ricerca, purché condividano la caratteristica per cui l'unità osservazione ($n = 1$)

non può essere disgiunta in modo ulteriore (Yin, 1994). La modalità di ricerca presente prevede che il focus sia posto su un solo soggetto, entro il quale si realizzano molteplici osservazioni attraverso misure operationalizzate, con l'intento di determinare la consistenza e la qualità dei cambiamenti raggiunti in un periodo di tempo stabilito in precedenza. Il contesto psicoterapico è un laboratorio ottimale per questo tipo di valutazioni, che possono essere compiute sul paziente, sul terapeuta o su variabili della loro relazione.

Il disegno *single-case* è il metodo d'elezione della ricerca contemporanea in psicoterapia (Wallerstein, 2002) poiché permette una micro e macroanalisi del paziente. Infatti, ne esprime il suo funzionamento di personalità, il processo del trattamento ed i risultati raggiunti (Strupp, Schacht & Henry, 1988).

Davison e Lazarus (1994) hanno delineato i punti di forza dei disegni empirici *single-case*. Tra questi: (1) la capacità di mettere in discussione una teoria generale, (2) la possibilità di fornire validità euristica a ricerche successive e meglio controllate, (3) lo studio di fenomeni clinici importanti e l'applicazione di nuovi principi, (4) un sufficiente controllo sperimentale per fornire informazioni "scientificamente accettabili" su fenomeni legati al processo, (5) un aiuto nel "rimpolpare" lo "scheletro teorico", (6) immediatezza della lettura dei risultati e evidenti implicazioni con la realtà clinica, che facilitano la comunicazione con i "non addetti ai lavori" e sono più vicini all'esperienza, (7) la flessibilità, utile per lo studio dei trattamenti a lungo termine, (8) i costi contenuti e l'immediata applicabilità clinica.

Al contrario, Roth e Fonagy (2004), muovono alcune critiche di ordine metodologico ai disegni *single-case*: (1) problemi di generalizzazione dei risultati a popolazioni cliniche più ampie, se non attraverso un lento accumulo di casi clinici, (2) difficoltà di interpretazione dei risultati, dovuta al fatto che, mancando il paragone con un altro tipo di trattamento, non è facile capire se i dati siano comunque legati all'applicazione di una specifica tecnica oppure siano effetti generici aspecifici, (3) elevato livello di "selezione" dei pazienti e la loro assegnazione non casuale come avviene invece nei *Randomized Clinical Trials (RCT)*.

La differenza sostanziale tra gli *RCT* ed i disegni *single-case* è che questi ultimi non si pongono solo l'obiettivo di capire se, ma anche perché e come un trattamento funziona; inoltre, gli effetti di un intervento vengono valutati sul

singolo individuo piuttosto che sul gruppo, favorendo un criterio di tipo idiografico (Fonagy, 2002; Roth & Fonagy, 2004; Kazdin, 2002).

Qualsiasi approccio empirico è un tentativo di trovare un compromesso tra validità esterna e validità interna della ricerca (Fonagy, 2002); i disegni *single-case* sembrano raggiungere un miglior equilibrio tra questi due aspetti, ovvero il bilanciamento tra rigore scientifico e fedeltà alla realtà dell'incontro clinico. Infine, il problema della validità esterna dei disegni *single-case* può essere risolto con la replicazione diretta e sistematica tra soggetti, per escludere l'influenza di altre variabili.

1.4 La psicoterapia dinamica breve a focus ampliato di Davanloo

La metapsicologia dell'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)* si sviluppa nell'ambito delle psicoterapie dinamiche brevi, basandosi sui principi fondamentali della psicoanalisi e integrando elementi della teoria dell'attaccamento. Questo modello terapeutico è supportato da un'ampia base di ricerche scientifiche che ne dimostrano l'efficacia nel trattamento di diverse patologie, tra cui disturbi di personalità, depressione e *Medical Unexplained Symptoms* (MUS; Abbass, 2015).

Sin dagli '50 e '60 del Novecento, i mutamenti sociali ed i bisogni delle istituzioni sanitarie hanno richiesto l'adozione di approcci terapeutici a breve termine che fossero efficaci, al fine di rispondere meglio alle necessità della collettività. In questo contesto, la psicoanalisi ha vissuto il pericolo di essere esclusa dai servizi sanitari pubblici. Queste dinamiche hanno stimolato sforzi per rendere la tecnica psicoanalitica in maggior misura appetibile nei termini di tempo e costi, affinché divenisse più accessibile in vari contesti (Osimo, 2001).

La brevità dell'analisi è stata una sfida affrontata da molti analisti, a cominciare dal suo fondatore Sigmund Freud, che è noto per aver risolto alcuni casi con poche sedute. Successivamente, analisti più contemporanei come Balint, Malan e Mann, provenienti dal Tavistock Institute, e più recentemente Sifneos, hanno concorso allo sviluppo delle psicoterapie dinamiche brevi (Osimo & Stein, 2012). La maggior parte di questi modelli è stata abbandonata perché presentava limiti

significativi, come il fatto di essere d'aiuto solo a una percentuale molto ridotta di pazienti ritenuti idonei (Osimo & Stein, 2012).

Negli anni Sessanta, Habib Davanloo – psichiatra e psicoanalista canadese – presso la McGill University di Montreal, ha intrapreso un accurato studio del processo terapeutico che, alla fine degli anni '80, ha condotto all'istituzione e programmazione dell'indagine scientifica dell'*ISTDP* (Osimo & Stein, 2012). Provenendo da una formazione di tipo medico, Davanloo ha cercato di applicare tali conoscenze alla psicoterapia, proponendo il rigore empirico caratteristico di quel campo. Lo psichiatra canadese, inoltre, ha introdotto la registrazione video delle sedute con finalità di studio e apprendimento. Grazie a questi cambiamenti ha potuto ottenere dati oggettivi sulle dinamiche effettive della relazione terapeutica che hanno quindi consentito di osservare, sperimentare e sistematizzare gli interventi più efficaci che potessero generare opportune risposte nei pazienti. L'idea di Davanloo ha portato alla formulazione di una metodologia di intervento altamente precisa, efficace e in grado di accelerare il processo terapeutico, cambiando sostanzialmente le modalità classiche della psicoterapia.

1.4.1 La selezione dei pazienti

Nell'impiego della metodologia *ISTDP*, la selezione dei pazienti è un aspetto sostanziale.

Durante la fase di valutazione, Davanloo impiega una terapia di prova che consiste nell'applicazione delle principali tecniche del suo metodo fin dal primo contatto con il soggetto. Ciò allo scopo non solo di determinare se il paziente sia adatto a questo tipo di trattamento, ma anche per avviare il processo terapeutico fin dagli esordi istituendo, in questo modo, un'alleanza terapeutica precoce e generando abbondante materiale clinico sin dai primi colloqui (Flegenheimer, 1986).

In questa fase il terapeuta valuta diverse funzioni dell'Io, considerate da Davanloo (1978) come elementi rilevanti per il processo di selezione.

In particolare: (1) qualità dei rapporti interpersonali. A questo proposito si genera una specifica rilevanza alla relazione che si costituisce durante il colloquio; infatti, la capacità di stabilire un buon contatto correla in modo positivo con la capacità di costruire rapporti positivi anche in altre aree di vita; (2) capacità di

funzionamento dell'lo nell'area affettiva. Essa è una condizione sostanziale per lo psichiatra canadese in quanto vi è una mobilitazione vivace di affetti specifici durante la terapia; oltre a ciò, egli comprende se il paziente è in grado di sostenere tale affetto una volta che è stato mobilitato; (3) motivazione, in particolare la motivazione al cambiamento. Davanloo ha rilevato un aumento di tale costrutto, a seguito di un'interpretazione, come un elemento prognostico favorevole; (4) capacità di elaborazione psicologica. In tal senso vengono individuate le risorse del soggetto e la sua motivazione ad utilizzarle, oltre alla capacità di comunicare pensieri, sentimenti e fantasie. Si determina inoltre quanto il paziente sia in grado di capire la modalità con cui le produzioni intrapsichiche si collegano alle esperienze del passato; (5) risposta alle interpretazioni. Si tratta di uno dei criteri di selezione più importanti: a seguito di un'interpretazione Davanloo attende, per il buon esito della terapia, una modalità di risposta non solo cognitiva ma anche emozionale; (6) intelligenza. Infatti, il soggetto deve essere dotato di un'intelligenza superiore alla media per padroneggiare gli elementi cognitivi che fanno parte del trattamento; (7) organizzazione delle difese dell'lo. Affinché la terapia sia efficace, si auspica una non rigidità delle difese, dal momento che l'uso privilegiato e rigido di meccanismi di difesa primitivi costituisce una controindicazione per questo tipo di trattamento, mentre non lo è una loro comparsa transitoria.

1.4.2 La tecnica: la fase iniziale

L'*ISTDP*, generalmente, è caratterizzato da una prima seduta di circa tre ore, per acconsentire al terapeuta ed al paziente di svolgere una vera e propria "prova di relazione", una riproduzione di quelle che saranno le sedute della terapia e valutare in modo approfondito le difficoltà del paziente. Con pazienti scarsamente resistenti o senza nuclei di fragilità specifici può risultare soddisfacente quest'unica seduta. In caso contrario, le 4-5 sedute successive durano abitualmente un'ora e mezza, mentre poi è possibile proseguire con sedute da 50-60 minuti settimanali o mantenere l'ora e mezza ogni quindici giorni. Nel corso degli ultimi dieci anni l'*ISTDP* è stata organizzata anche in blocchi di sedute (*Block-Therapy*) di 6-8 ore suddivise in due giorni consecutivi (3-4 ore a seduta), replicabili a distanza di settimane o mesi (Abbass, Town & Driessen, 2012).

Durante le fasi iniziali del colloquio, oltre all'analisi delle funzioni dell'io, il terapeuta individua le reazioni transferali del paziente e si impegna ad essere consapevole delle difficoltà relative agli aspetti contro-transferali (Flegenheimer, 1986).

Al termine della fase di valutazione, le due parti – implicate nel processo terapeutico – concordano gli obiettivi del trattamento. Il clinico presenta una formulazione completa del problema, che comprende il transfert, il contesto di vita attuale e le figure significative del passato. Viene comunicata al cliente solo un'indicazione approssimativa della durata del trattamento, senza un limite di tempo specifico. Durante la fase iniziale della terapia, l'attenzione del professionista si concentra sui sentimenti del soggetto, in particolare quelli che riguardano sé stesso (Flegenheimer, 1986). La principale tecnica utilizzata consiste nella richiesta reiterata, alla persona in cura, di esprimere i propri sentimenti nel momento presente. Il professionista adotta un atteggiamento neutrale, pur esprimendo confronti decisi nei suoi confronti (Flegenheimer, 1986). L'utilizzo di questi confronti diretti, cordiali ma persistenti, rappresentano uno dei principali contributi di Davanloo alla psicoterapia breve e hanno lo scopo di favorire una consapevolezza dei modi in cui l'individuo sperimenta e manifesta i sentimenti, in particolare quelli di rabbia.

Nei momenti iniziali del trattamento, il terapeuta presta anche attenzione a segnali che, seppur sottili, indicano la presenza di resistenza da parte dell'altro. Questi segnali possono essere pause, variazioni affettive, cambiamenti nel contenuto o movimenti del corpo.

Grazie alla sua abilità e sensibilità, il clinico è in grado di riconoscere tali indicatori e di portarli all'attenzione del paziente, agevolando così l'emergere degli affetti correlati e promuovendo un sollievo dalla tensione emotiva e un aumento della motivazione (Flegenheimer, 1986).

Quando il terapeuta chiede ripetutamente al soggetto cosa stia provando in un determinato momento, è comune che egli risponda in modo vago, evasivo o ambiguo. Tuttavia, egli non accetta queste risposte, ma, all'opposto, richiede al cliente di specificare con accuratezza il sentimento esatto che sta provando in quel preciso istante. Vengono esaminate le parole e le frasi attenuanti (come "probabilmente", "credo", "mi pare", "forse") e viene chiesto al paziente di

identificare i propri pensieri e sentimenti in modo specifico e preciso, senza riserve (Flegenheimer, 1986).

Il processo terapeutico descritto da Davanloo si sviluppa attraverso un ciclo circolare nel quale le domande inquisitorie del terapeuta generano irritazione o rabbia nel cliente, che a sua volta si difende dal prendere coscienza e dall'esprimerle apertamente. Il clinico continua a provocare il paziente attaccando le sue difese, finché egli riesce ad esprimere liberamente la propria rabbia all'interno del contesto terapeutico (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). Ciò gli consente anche di sperimentare e comunicare la propria rabbia senza conseguenze negative per sé stesso o per il terapeuta, creando un'esperienza di rassicurazione e desensibilizzazione. L'espressione e l'accettazione della collera migliorano l'alleanza terapeutica e aumentano la motivazione del paziente per il trattamento (Abbass, 2015; Davanloo, 2000).

Davanloo, nella sua teorizzazione, adotta un tono di gentile fermezza sia durante la fase iniziale che per l'intero trattamento. Oltre ad impiegare continui confronti per coinvolgere il paziente, l'autore fa anche uso di tecniche di sostegno. Sottolinea l'importanza di generare nel soggetto la massima responsabilità nel percorso di cura ed elevarlo allo stesso livello del terapeuta. Inoltre, man mano che emergono gli affetti e i meccanismi di difesa correlati nella situazione terapeutica, gli stessi vengono delineati al paziente. Si cerca di favorire l'emersione di sentimenti e difese analoghe a quelle che si sono sviluppate nelle relazioni con persone significative nella vita attuale del cliente e, successivamente, anche del passato (Flegenheimer, 1986).

Come quadro psicodinamico della comunicazione verbale e non verbale dei pazienti, l'*ISTDP* utilizza il triangolo della persona (T-C-P; transfert, persone significative della vita attuale e passata) e il triangolo del conflitto (F-A-D; sentimenti, ansia, difese) che Malan (1963) ha impiegato con l'obiettivo di permettere al terapeuta di orientarsi nelle interazioni con il paziente. Questi triangoli consentono la descrizione della dinamica intrapsichica in cui il paziente si difende dall'ansia generata da impulsi o emozioni in conflitto nella relazione attuale, nella relazione con il terapeuta e anche con persone importanti del passato. La tecnica principale consiste in una serie continua di domande, finalizzate a ottenere dal paziente il materiale più dettagliato possibile sulla sua vita attuale e sulle esperienze passate. Man mano che egli fornisce informazioni

il terapeuta le impiega, collegandole alle formulazioni dinamiche già sviluppate, per rispondere con "parole cariche di significato" che possano parlare, in modo diretto, all'inconscio dell'altro (Davanloo, 1980, p. 63). A questo punto, la tensione diminuisce e si produce nuovo materiale, ma ciò implica anche un aumento delle resistenze. Pertanto, è necessario ripetere più volte il processo di sfida delle resistenze stesse, al fine di rendere consapevole il paziente della rabbia che prova nei confronti del terapeuta e delle difese caratteristiche che utilizza contro questa rabbia. Solo dopo che questa sequenza è stata riproposta molte volte, la resistenza "gradualmente scompare" e si osserva una ricca produzione di materiale, tipica della fase centrale del trattamento (Davanloo, 1980, 1990).

In conclusione, Davanloo utilizza la sua tecnica già durante l'incontro di valutazione come terapia di prova per valutare chi possa trarre beneficio dal trattamento (Flegenheimer, 1986).

1.4.3 La tecnica: la fase centrale

Nella fase centrale del trattamento, il ruolo del transfert diviene meno rilevante rispetto alle fasi precedenti della terapia. Infatti, l'attenzione si concentra sul flusso di materiale clinico, che solitamente si presenta in modo abbondante in questa fase. L'alleanza terapeutica è generalmente positiva e il paziente partecipa attivamente al processo di guarigione.

Qualora emerga una resistenza, la tecnica più comunemente adottata consiste nell'impiego di una serie di domande incessanti. Un'altra pratica molto utilizzata consta nella ripetizione frequente di alcune interpretazioni, affinché il paziente possa accoglierle ed accettarle in uno spazio di sicurezza e non sperimentate come una penetrazione fallica (Gabbard, 2015). Inoltre, qualora emergano resistenze transferali durante questa fase del trattamento, le stesse vengono esplicitate ed interpretate. Quando Davanloo interpreta le manifestazioni transferali negative, adotta un atteggiamento più assertivo rispetto alle manifestazioni positive, in particolare quelle sessualizzate (Flegenheimer, 1986).

Le tecniche di trattamento applicate ai pazienti più complessi e gravi sono le stesse utilizzate nei casi meno complessi, sebbene i pazienti più disturbati presentino resistenze molto più intense.

Infine, Davanloo applica le sue tecniche con fermezza e perseveranza, cercando di superare le resistenze per facilitare la produzione di materiale clinico e promuovere il progresso terapeutico (Flegenheimer, 1986).

1.4.4 La tecnica: la fase conclusiva

A partire dalla quinta o sesta seduta, nel caso di esito positivo della terapia, diventano evidenti nel paziente segni tangibili di cambiamento – non solo nel rapporto con il terapeuta – ma anche nella sua vita quotidiana. Questi miglioramenti, generalmente, proseguono lungo tutto il percorso terapeutico. Una volta che i sintomi che hanno portato il paziente a cercare il trattamento sono stati eliminati, il terapeuta chiede se vi siano altre problematiche su cui desidera lavorare, suggerendo una o due sedute aggiuntive. Se il paziente non propone ulteriori argomenti, si avvia la fase conclusiva (Flegenheimer, 1986).

Secondo Davanloo, entro la fine del trattamento, è necessaria una prova specifica della "risoluzione della struttura nevrotica di base dei problemi del paziente", che si manifesta attraverso la sostituzione completa di un modello di disadattamento nevrotico con un modello adattivo e un raggiungimento da parte del paziente di una comprensione cognitiva ed emotiva della struttura dinamica delle sue difficoltà (Davanloo, 1979, p. 21).

Nel caso in cui il conflitto principale sia di natura edipica, la fase conclusiva tende ad essere breve, e di solito richiede solo una seduta. Tuttavia, se il conflitto principale riguarda la perdita o se vi sono più obiettivi terapeutici, le ultime sessioni, da due a sei, sono dedicate all'argomento della conclusione (Flegenheimer, 1986).

Durante i colloqui di *follow-up*, i pazienti spesso ricordano la terapia come un'esperienza piacevole e utile. Ritengono di aver svolto la maggior parte del lavoro terapeutico e spesso affermano di sentirsi "persone libere" o "nuove".

Ciò indica un significativo senso di cambiamento e miglioramento nella loro vita (Flegenheimer, 1986).

1.4.5 Aspetti generali

L'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP) rappresenta un approccio innovativo che acclude conoscenze psicoanalitiche, teoria dell'attaccamento, elementi neurobiologici delle emozioni e metodo scientifico.

Questa integrazione permette all'*ISTDP* di essere compatibile con diverse metodologie di lavoro (Rocco, Calvo, Agros, Bergami, Busetto, Marin, Pezzetta, Rossi, Zuccotti & Abbass, 2021a). Questo modello considera la psicopatologia come l'effetto di traumi emotivi e interruzioni dei legami con le figure di attaccamento. Questi eventi provocano emozioni così intense e complesse che il soggetto è costretto a bloccarle o evitarle, specialmente quando si verificano nelle prime fasi dello sviluppo. Eventi successivi possono mobilitare emozioni simili a quelle del passato, attivando così l'ansia inconscia e contemporaneamente le difese che alimentano i disturbi comportamentali e sintomatici sperimentati dai pazienti (Abbass, 2021a).

Uno degli obiettivi principali di questa tecnica psicoterapica è quello di aiutare i pazienti a superare queste difficoltà in tempi brevi. Per questo motivo vengono impiegati interventi attivi per consentire al paziente di sperimentare i propri sentimenti genuini – precedentemente inespressi e patogeni – nel più breve tempo possibile all'interno del processo di trattamento. Questi processi prevedono che il terapeuta favorisca il paziente a superare direttamente i meccanismi di blocco emotivo. Le complesse emozioni che vengono mobilitate in seduta aiutano il paziente a capire, a livello esperienziale, come di solito arguisce ciò che sente.

In questo modo terapeuta e paziente esaminano sentimenti complessi precedentemente repressi istante per istante. Una volta superate l'ansia e le difese, si attivano le forze curative dell'alleanza terapeutica inconscia (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). Davanloo ha descritto una serie di eventi tipici che portano a un rapido accesso alle emozioni inconsce, che ha chiamato sequenza dinamica centrale. Ha scoperto che concentrandosi attivamente sulle emozioni inconsapevoli e sulle difese utilizzate per evitarle, venivano attivate un insieme di affetti complessi. Essi includevano un profondo apprezzamento, ma anche irritazione nei confronti degli sforzi del terapeuta: questi sentimenti di transfert complessi richiamavano legami e sentimenti associati a interruzioni degli stessi nel paziente. Quando questi affetti eterogenei venivano attivati, l'ansia e le difese intervenivano per bloccare la consapevolezza del paziente. Con sforzi specifici – inclusa la sfida e il colludere con le resistenze – il paziente veniva indirizzato contro le proprie difese e queste emozioni venivano quindi vissute con componenti viscerali e cognitive. Una volta vissute le emozioni, l'ansia per le

emozioni diminuiva bruscamente e le difese venivano quindi ridotte. Davanloo ha scoperto che questo processo mobilizzava una forza di guarigione nel paziente, che chiamava l'alleanza terapeutica inconscia, che produceva collegamenti e immagini mentali di contenuti inconsci irrisolti (Davanloo, 1980, 1990). Questo processo è stato chiamato sblocco dell'inconscio, un termine che molti pazienti usano per descrivere questo accesso a emozioni precedentemente non elaborate. Il processo di esperienza di queste emozioni e lo sviluppo di una comprensione del rapporto tra emozioni, ansia e difese è ciò che consente la riduzione dei sintomi e il cambiamento comportamentale.

Spesso un solo sblocco porta alla riduzione dei sintomi con un'unica seduta (Abbass, Joffres, & Ogrodniczuk, 2008, 2009; Abbass, Town, Ogrodniczuk, Joffres & Lilliengren, 2017). Solitamente, sono necessari più accessi all'inconscio (*unlocking of the unconscious*) per ottenere cambiamenti più stabili. Dopo aver sbloccato le emozioni riposte, il terapeuta, attraverso tecniche specifiche, aiuta il paziente a consolidare cognitivamente le intuizioni attraverso una ricapitolazione dettagliata.

L'*ISTDP* è quindi un metodo sia intensivo – poiché il processo terapeutico è accelerato grazie alla pressione terapeutica sull'esperienza emotiva e all'intensificazione delle resistenze trasferite – sia esperienziale, poiché consente un'esperienza diretta dei sentimenti coinvolti.

Il processo psicoterapeutico è articolato in diverse fasi che Davanloo ha chiamato sequenza dinamica centrale: I) indagine: esplorazione delle difficoltà del paziente; II) pressione: che porta alla resistenza sotto forma di una serie di difese; III) sfida: identificazione, chiarificazione e sfida alle difese; IV) resistenza trasferita: chiarificazione e sfida alla resistenza trasferita; V) sblocco: crisi intrapsichica e forte aumento delle complesse emozioni trasferite; primo sblocco dell'inconscio; VI) analisi sistematica del transfert; VII) ulteriore indagine esplorativa sulla storia evolutiva; VIII) fase di accesso diretto all'inconscio.

Queste fasi non compaiono sempre in questa sequenza e spesso è necessario ripetere alcune di esse prima di ottenere lo sblocco delle emozioni conflittuali inconscie. Il risultato principale di tutto questo lavoro terapeutico focalizzato è che il tempo necessario per il trattamento psicodinamico è notevolmente ridotto.

Dopo i pionieristici lavori di Davanloo (1980, 1990), il modello di trattamento dell'*ISTDP* ha abbracciato non solo il tradizionale metodo di apprendimento della

psicoterapia basato sulla trasmissione orale o scritta della conoscenza (Freud, 1905, 1909a, 1909b), ma ha adottato anche un approccio di formazione più tecnologico. Grazie all'utilizzo della tecnologia video nell'insegnamento, nella pratica dei casi e nella supervisione, è possibile non solo leggere o ascoltare resoconti della terapia, ma anche vedere e ascoltare direttamente la psicoterapia in tempo reale attraverso la revisione dei video (Abbass, 2004; Abbass et al., 2013b). I benefici di questo metodo di apprendimento sono evidenti: il *setting* psicoterapico viene presentato e reso disponibile ad altri terapeuti che possono imparare direttamente osservando una psicoterapia in azione (Rocco et al., 2021a). La revisione video offre un'esplorazione approfondita dei casi, comprese le comunicazioni non verbali tra terapeuta e paziente (Abbass, 2004).

Un punto di forza di questa metodologia è la significativa quantità di studi condotti, soprattutto in Canada, dove l'*ISTDP* è stato incluso nei piani di cura della sanità pubblica grazie all'opera di A. Abbass. Studi recenti ne dimostrano l'efficacia nel trattamento della depressione, del disturbo di panico, dei disturbi da sintomi somatici e dei disturbi di personalità (Abbass, Town & Driessen, 2012, 2013; Lilliengren, Cooper, Town, Kisely & Abbass, 2020). Uno studio recente ha evidenziato l'efficacia e l'efficienza economica dell'*ISTDP* nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato, mentre due studi controllati hanno dimostrato la sua efficacia nel trattamento del disturbo d'ansia sociale (Rahmani, Abbass, Hemmati, Ghaffari, & Rezaei Mirghaed, 2020a; Abbass, Hemmati, Mirghaed, & Ghaffari, 2020b).

La flessibilità dell'approccio, la rapidità della diagnosi ottenuta attraverso l'identificazione dei percorsi d'ansia inconsci e delle principali difese utilizzate dal paziente, insieme agli sviluppi tecnici degli ultimi anni, consentono l'applicazione dell'*ISTDP* a quasi l'86% dei pazienti ambulatoriali che si rivolgono a uno psichiatra (Abbass, 2002).

Nel corso degli anni, sono state sviluppate diverse terapie dinamiche esperienziali a partire da questo modello. In questo contesto, esiste una comunità scientifica internazionale molto attiva e aperta che si occupa dello studio e dello sviluppo delle terapie dinamiche esperienziali, rappresentata dalla *IEDTA* (*International Experiential Dynamic Therapy Association*).

In conclusione, si menzionano le parole di David Malan, psicoterapeuta e psicoanalista britannico, che, dopo aver esaminato il lavoro di Davanloo, disse:

«Freud ha scoperto l'inconscio, Davanloo ha scoperto come accedervi rapidamente» (Malan., 1979), esplicitando l'importanza dell'approccio rapido e penetrante dell'*ISTDP* nell'esplorazione dell'inconscio.

1.5 La Teoria del Codice Multiplo. Wilma Bucci

1.5.1 Storia e concetti fondamentali

Il punto di partenza per l'elaborazione della metodologia di ricerca proposta da Wilma Bucci, ricercatrice presso l'Adelphi University di New York e psicoanalista dell'*International Psychoanalytical Association* (IPA), prende le mosse dal suo interesse per gli avanzamenti nel campo delle scienze cognitive negli anni Ottanta. Particolarmente rilevanti sono state le indagini di Paivio (1986) sulla memoria e sull'associazione tra parole e immagini, che hanno contribuito a spiegare la microstruttura dei processi cognitivi (Rumelhart, et al., 1986) e hanno influenzato significativamente la sua prospettiva di studio.

In aggiunta, anche le neuroscienze affettive assumono un ruolo di prim'ordine nella teoria di Bucci. In particolare, questo ambito riconosce sempre più l'interconnessione tra emozione e cognizione e la ridefinizione dell'una in relazione all'altra al punto da ritenere quasi fuorviante l'impiego di termini disgiunti per definire i due processi (Pessoa, 2008; Phelps, 2006).

La ricerca e le osservazioni cliniche attuali mettono in discussione i tradizionali confini accettati tra funzioni emotive, mentali e somatiche. Emergono dubbi sull'utilità di separare nettamente i concetti di "emozione", "mente" e "corpo" (Bucci, 2021a). Basti pensare che sin dai tempi di Freud, la relazione tra mente e corpo è stata una delle principali preoccupazioni della metapsicologia, nonché una questione filosofica di grande rilievo già per i primi pensatori. Anche Winnicott (1954) ha supportato la reciprocità tra funzioni cosiddette "mentali" e quelle "somatiche". Infatti, descrive l'attività mentale come un caso particolare del funzionamento di ciò che chiama psiche-soma. Ha, inoltre, posto l'enfasi sulla distinzione tra la definizione di questi concetti e l'esperienza soggettiva che ne deriva: «Siamo abbastanza abituati a considerare le due parole, mentale e fisico, come contrapposte l'un l'altra, e questo non costituirebbe di certo un problema se ci riferissimo soltanto al modo di parlare nella vita di tutti i giorni. Tutt'altra cosa

è invece quando esse sono messe in contrapposizione in ambito scientifico» (Winnicott, 1954, p. 201).

Questa nuova prospettiva dell'organizzazione psicologica include anche una rivisitazione dei concetti di "sé" e "altro". Ad esempio, secondo Winnicott (1960), l'unità madre-bambino incorpora lo "psiche-soma" di entrambi. Le teorie dello psicoanalista britannico hanno trovato supporto e ulteriori sviluppi attraverso decenni di ricerca sui neuroni specchio e i processi correlati. Queste ricerche sono state particolarmente significative poiché forniscono una base fisica e neurologica alla teoria dell'accesso diretto all'esperienza di un'altra persona (Di Pellegrino et al., 1992).

Le nuove scoperte sull'integrazione dell'emozione e della cognizione, e sullo sviluppo dello "psiche-soma", possono essere applicate anche ai processi di comunicazione tra il sé e l'altro. Ne derivano implicazioni potenzialmente molto importanti per capire come l'individuo operi in un mondo interpersonale e quali conflitti debba affrontare per comprendere in che modo la psicoterapia possa intervenire affinché generi un cambiamento.

Non sono però da meno le intuizioni di Breuer, Freud e dei loro pazienti che hanno dato origine all'intero campo della psicoterapia. In sostanza, si è scoperto che la comunicazione verbale da sola, senza l'impiego di terapie fisiche, comporta già effetti diretti sul corpo. Tuttavia, all'epoca di Freud, non si comprendeva completamente – e ancora oggi non si ha una conoscenza totale – di come il linguaggio sia collegato alle emozioni e ai sistemi corporei. Non è chiaro quale tipo di linguaggio funzioni meglio, in quali condizioni e in che modo, e se siano le parole o altre componenti dell'interazione terapeutica a causare il cambiamento (Bucci, 2021a).

L'intento di W. Bucci, quindi, è di operazionalizzare – avvalendosi del contributo dei modelli cognitivisti – vari costrutti della psicoanalisi classica. Concetti come "simbolizzazione", "processo primario" e "processo secondario", pur dimostrando valore euristico nella pratica clinica, oggi mostrano limitazioni a causa del loro fondamento nella teoria pulsionale basata sul concetto di "energia". La proposta teorica di Bucci rappresenta un tentativo di riformulare questi concetti metapsicologici per allinearli con i processi terapeutici e i progressi delle ricerche sperimentali in merito ai processi cognitivi. L'obiettivo, in sostanza,

è quello di favorire un'integrazione tra psicologia cognitiva e psicoanalisi (Bucci, 1997).

Bucci (1985) ha introdotto la teoria del doppio codice proprio nell'intento di prendere in esame alcuni elementi di questa problematicità concettuale. La sua teoria, infatti, si è interessata principalmente all'immagine e al linguaggio, considerandoli come modi caratteristici di pensiero che operano dentro e fuori la consapevolezza e nelle reti della memoria. Mentre la concezione proposta da Paivio presupponeva la connessione diretta tra le rappresentazioni verbali e quelle non verbali, la teoria della doppia codifica, così come è stata modificata da Bucci (1985) pone l'attenzione sia sul fatto che le connessioni non avvengono in modo diffuso tra le due modalità in esame, sia sulle difficoltà che le persone sperimentano nell'esprimere a parole le proprie emozioni.

Sulla base degli ulteriori progressi compiuti dalle neuroscienze, dalla psicologia cognitiva e da tutti i campi a esse correlati, Bucci ha introdotto poi la teoria del codice multiplo includendo in essa le forme di pensiero subsimboliche, oltre alle già conosciute modalità simboliche, agli schemi di emozione e al processo referenziale (Bucci 1997). Questa teoria del codice multiplo si è spinta quindi oltre la codifica duale al fine di individuare forme di rappresentazione e comunicazione definite come subsimboliche. Queste forme implicano un flusso continuo di esperienze sensoriali e corporee, contrapponendosi all'elaborazione simbolica che si basa invece su immagini e parole discrete (Bucci, 2021a).

1.5.2 Aspetti generali

Per ottenere progressi favorevoli nella ricerca in psicoterapia, è fondamentale superare la separazione tra pratica clinica e ricerca empirica. Troppo spesso si osserva una scissione tra coloro che considerano la metodologia di ricerca inconciliabile con la soggettività dell'osservazione clinica e coloro che ritengono necessario un approccio oggettivo nello studio del processo terapeutico. Questa situazione è particolarmente evidente nell'ambito dell'influenza psicoanalitica, che comprende diverse forme di psicoterapia dinamica, nonostante la ricerca sul processo terapeutico abbia radici solide da oltre vent'anni (Dahl et al., 1988).

Di conseguenza, si verifica la mancanza di un collegamento esplicito tra le teorie sulla patologia, il cambiamento e le tecniche utilizzate nella cura. Inoltre, mancano criteri condivisi per valutare i cambiamenti nel corso del processo

terapeutico. Spesso nei resoconti dei casi clinici si possono notare sia l'uso di ipotesi teoriche implicite che una carenza di alternative ipotetiche per spiegare i fenomeni clinici descritti (De Coro & Mariani, 2013).

Sarebbe estremamente vantaggioso promuovere una maggiore integrazione tra pratica clinica e ricerca empirica. Ciò consentirebbe lo sviluppo di un approccio più completo e basato sulle evidenze (*evidence-based treatment*), in cui le teorie sulla patologia e sul cambiamento risultano strettamente legate alle tecniche terapeutiche impiegate. Inoltre, l'adozione di criteri condivisi per valutare i cambiamenti nel processo terapeutico favorirebbe una valutazione più accurata dell'efficacia delle diverse modalità di trattamento (De Coro & Mariani, 2013).

È fondamentale che i professionisti della psicoterapia mantengano un atteggiamento aperto alla ricerca e siano disposti a integrare le scoperte empiriche nella loro pratica clinica. Solo attraverso un dialogo continuo tra ricerca e pratica sarà possibile migliorare costantemente l'efficacia e la qualità della psicoterapia (Bucci & Maskit, 2005).

W. Bucci ha elaborato una metodologia che incarna le caratteristiche descritte in precedenza. Questa metodologia si applica allo studio del processo terapeutico ed ha rilevanti implicazioni per la riflessione clinica. Essa mira, inoltre, a fornire criteri guida per regolare gli interventi interpretativi da parte dei terapeuti orientati all'approccio analitico (Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992; Bucci, 1997, 2001).

Il concetto centrale su cui si basa questa metodologia è l'attività referenziale, la quale rappresenta la capacità della mente di stabilire connessioni tra l'esperienza sensoriale, le emozioni e il pensiero (che può essere espresso attraverso le parole). Inoltre, essa si focalizza sull'analisi delle narrazioni del paziente. Queste narrazioni possono essere considerate come libere associazioni o come interpretazioni e altre forme di intervento verbale da parte dell'analista (Bucci, 1997). Nell'ambito della cura psicoanalitica, si ipotizza che la verbalizzazione delle emozioni attraverso i racconti autobiografici – insieme alle interpretazioni fornite da un analista empatico e attento all'esperienza emotiva reale del narratore – possa consentire al paziente di elaborare i significati affettivi conflittuali o dissociati. Ciò avviene attraverso una maggiore integrazione tra l'esperienza emotiva e il pensiero verbale, aprendo nuove modalità di

organizzazione dell'esperienza sia durante la seduta che nei comportamenti al di fuori di essa (De Coro & Mariani, 2017).

Il processo di rielaborazione di storie, ricordi e pensieri personali – insieme a un terapeuta che ascolta, condivide e riscrive a sua volta, confrontando la prospettiva del paziente con la propria – può avere un effetto terapeutico significativo. Questo processo può favorire il cambiamento dei sintomi e dei comportamenti se si raggiunge una modifica della prospettiva soggettiva e si acquisisce una diversa modalità di percepire sé stessi nelle relazioni con gli altri significativi (De Coro & Mariani, 2017).

L'approccio di Bucci fornisce uno strumento di valutazione dettagliato per analizzare il processo terapeutico, concentrandosi sulle narrazioni del paziente e sul ruolo dell'interpretazione empatica da parte dell'analista. Tale metodo mira a promuovere una maggiore consapevolezza e integrazione emotiva, favorendo così il cambiamento e il benessere psicologico. Altresì, misurare l'attività referenziale nelle narrazioni del paziente durante una seduta terapeutica può fornire dati quantitativi che riflettono le variazioni nella capacità di collegare emozioni e parole (Bucci, 1997). Tali misurazioni possono essere utili per distinguere le narrazioni “ingannevoli” da quelle che sono più autenticamente in contatto con i significati emotivi. Infatti, attraverso l'analisi delle narrazioni, è possibile ottenere una comprensione più approfondita del modo in cui il paziente si relaziona alle proprie emozioni e le esprime verbalmente (De Coro & Mariani, 2017).

In conclusione, secondo Bucci (1997, 2000) gli individui utilizzano tre modi fondamentali per elaborare informazioni e costruire rappresentazioni: la modalità sub-simbolica, la modalità simbolica non-verbale e la modalità simbolica verbale, i quali saranno discussi nel successivo paragrafo.

1.5.3 Funzioni del pensiero e processo referenziale

L'esperienza subsimbolica è in maggioranza non verbale, ma è connessa al linguaggio attraverso qualità paralinguistiche, come per esempio i ritmi del discorso, i modelli di intonazione, e le caratteristiche dell'onomatopea. Infatti, tutte le modalità di pensiero, sia subsimboliche che simboliche possono manifestarsi in forme coscienti. Questo significa che sia le sensazioni fisiche e le emozioni viscerali – tipiche dei processi subsimbolici – che il pensiero razionale

e il linguaggio verbale – associati ai processi simbolici – possono diventare consapevoli. Tuttavia, di solito, i processi subsimbolici operano al di fuori della consapevolezza, manifestandosi attraverso reazioni automatiche e sensazioni fisiche, mentre i processi simbolici, come il linguaggio verbale, sono tipicamente consapevoli e possono essere espressi verbalmente (Bucci, 2021a).

L'innovazione sostanziale, contrariamente al passato, sta nell'importanza attribuita al pensiero subsimbolico. Infatti, si è scoperto che esso è altrettanto complesso e organizzato al pari delle forme simboliche, sebbene generalmente non venga riconosciuto come pensiero a pieno titolo e non sia ancora completamente compreso dal punto di vista teorico. Tuttavia, sia nelle interazioni tra individui, ma soprattutto nella terapia, la modalità subsimbolica gioca un ruolo essenziale. La teoria del codice multiplo propone quindi una nuova prospettiva basata sulla natura sistematica di questo tipo di pensiero, sull'organizzazione dell'esperienza che "non ha trovato ancora espressione in forma simbolica", e che esiste accanto alle forme simboliche non verbali e verbali, a livello cosciente o al di fuori della consapevolezza (Rumelhart, McClelland & PDP Research Group, 1986).

Al contrario, i sistemi simbolici operano su unità discrete, sia a livello non verbale (come le immagini mentali) che verbale. Il sistema simbolico non verbale, denominato "attività immaginativa" (*Imagery*), si estende a tutte le modalità sensoriali, incorporando rappresentazioni non verbali di suoni o sensazioni tattili, oltre alle più comuni immagini visive (Bucci, 2021a).

Il sistema simbolico verbale è invece un'esclusività dell'uomo e rappresenta il mezzo ideale per generare processi logici, grazie alla sua capacità di differenziare, generalizzare, includere ed escludere. Il linguaggio è per eccellenza una forma di espressione simbolica. La lingua è il codice della comunicazione e della riflessione, con il quale l'esperienza privata e soggettiva, compresa quella emotiva può essere condivisa, e attraverso il quale le conoscenze che provengono dalla cultura possono essere trasferite sui contenuti del pensiero individuale. La lingua è anche il codice a cui facciamo appello per dirigere e regolare noi stessi, per attivare immagini ed emozioni, per stimolare l'azione e per controllarla. Il codice verbale è principalmente un processore monocanale e sequenziale; generiamo o comprendiamo solo un messaggio

verbale alla volta. Il linguaggio è principalmente dominante nello stato cosciente, anche se non presente unicamente in esso (Bucci, 2021a).

Questi tre sistemi sono collegati dal "processo referenziale", che connette ogni forma di esperienza sensoriale ed emotiva alle rappresentazioni non-verbali ed alle parole. Bucci propone una spiegazione, per tali interazioni, indicando tre differenti effetti che si generano dai collegamenti tra questi tre modalità: la loro integrazione nel funzionamento adattivo, la loro dissociazione in psicopatologia e, infine, la loro re-integrazione nel processo terapeutico (Bucci, 2021a).

Inoltre, grazie al processo referenziale, è anche possibile comunicare esperienze emotive all'altro relazionale, comprenderne l'esperienza attraverso il linguaggio e regolare il proprio stato emotivo utilizzando sia parole proprie che altrui. Le immagini, in particolare, risultano essere il mezzo ottimale per il processo referenziale poiché incorporano elementi sia dalla fase subsimbolica, come sensazioni sensoriali ed emotive, sia dalla fase verbale. Queste immagini sono anch'esse discrete e combinatorie, simili alle parole (Bucci, 2021a).

1.5.4 Il processo referenziale e il circolo della comunicazione emozionale

Nella teoria del codice multiplo, le emozioni sono definite come schemi di azioni e immagini operanti sia all'interno, che al di fuori della coscienza e, diversamente dagli altri schemi cognitivi, sono maggiormente caratterizzati da modificazioni fisiologiche viscerali, piuttosto che da simboli o immagini (Bucci, 1997b). Il concetto di "schema emozionale" è in linea con le principali ipotesi sulle emozioni formulate dalle neuroscienze (LeDoux, 1989; Siegel, 1999).

In termini più generali, si possono considerare gli schemi emozionali come costituiti da desideri, aspettative e credenze sulle persone che si sviluppano attraverso ripetute interazioni con altri significativi, in particolare le figure di accudimento nell'infanzia. Gli schemi, in questo modo, possono includere rappresentazioni di oggetti o di caratteristiche di oggetti e delle loro relazioni, ove sono presenti tutte le componenti: motorie, viscerali e somatiche. Una qualsiasi emozione, cioè, comporterà un'attivazione neurofisiologica, che sarà in relazione a specifiche azioni motorie e a uno specifico pattern somatico (De Coro & Mariani, 2017).

In termini clinici, facendo riferimento agli attuali modelli psicodinamici, l'obiettivo della cura all'interno del processo di psicoterapia sarebbe determinato

da un cambiamento degli schemi cognitivo-affettivi e dei modelli di interazione interpersonale, i quali regolano il senso di sé e modulano le emozioni nelle transizioni con gli altri (Lichtenberg, 1989; Stern, 1995; Mitchell, 2000; Beebe & Lachmann, 2002). In particolare, il cambiamento in uno schema emotivo avviene attraverso la ripetizione di tre fasi principali, nel setting terapeutico: (1) attivazione, (2) simbolizzazione nella narrazione e (3) riorganizzazione; queste fasi si ripetono all'interno e tra le sedute (Bucci, 1997). In Bucci e Maskit (2007, p. 1364) queste fasi sono descritte come "attivazione dell'emotività del 'nucleo affettivo'".

In primo luogo, nel paziente avviene un'attivazione e riattualizzazione di alcune componenti sub-simboliche corporee e/o sensoriali di uno schema emotivo problematico. Durante questa fase, si osserva un elevato livello di disfluenze, che si manifestano con interruzioni o esitazioni nel discorso. Inoltre, è presente un'alta presenza di affetti non valutativi e un basso livello di attività referenziale (Mariani & De Coro, 2013). La fase successiva è quella della simbolizzazione attraverso la narrazione: avendo accesso a uno schema emotivo problematico, il paziente collega l'esperienza affettiva sub-simbolica a immagini e parole, sotto forma di storie, fantasie, sogni o altro materiale narrativo che servono a rappresentare lo schema, ma il cui significato emotivo potrebbe non essere compreso. In questa fase, l'attività referenziale è elevata, mentre la riflessione e le disfluenze sono caratterizzate da bassi valori (Mariani & De Coro, 2013).

L'ultimo passaggio è quello della riorganizzazione: nel contesto duale della seduta questo materiale narrativo viene esaminato, promuovendo una comprensione emotiva e, infine, il cambiamento nello schema problematico (Bucci & Maskit, 2007). Durante questa fase, i valori di riflessione sono alti, così come gli affetti, mentre l'attività referenziale diminuisce (Mariani & De Coro, 2013).

Ogni narrazione ripercorrerebbe quindi più e più volte i circuiti neurali, modificati dalle nuove esperienze, promuovendo una capacità di integrazione sempre maggiore. In questo modo, la "*talking-cure*" facilita una «connessione bidirezionale fra le forme subsimboliche in cui sono percepiti gli stati del sé, e i simboli che veicolano le nostre relazioni interpersonali» (Bucci, 2001), favorendo

l'integrazione tra i diversi sistemi che si compie attraverso il processo referenziale.

Nella sezione "Metodo" verrà descritta la metodologia *DAAP* (*Discourse Attributes Analysis Program*; Maskit, 2011; Maskit, & Murphy, 2011) e il dizionario *WRAD* (*Weighted Referential Activity Dictionary*; Bucci & Maskit, 2005; Maskit, 2011; Roussos, Etchebarne, & Waizmann, 2009; Roussos & O'Connell, 2005), che permettono, a partire dalle trascrizioni delle sedute, di ottenere delle misure linguistiche plasmate sulla base delle verbalizzazioni della coppia terapeutica.

1.6 Razionale dell'elaborato di Tesi

La presente ricerca si propone di analizzare quindici sedute di uno studio di caso singolo (*single-case study*) – condotte mediante la tecnica *ISTDP* – analizzandone sia gli *outcome* che il *process*, quest'ultimo con il fine di comprendere come avvenga il cambiamento analizzando le sessioni terapeutiche attraverso la metodologia teorizzata da W. Bucci.

Mentre l'efficacia dell'*ISTDP*, come metodo di cura, è stato dimostrato in diversi studi sull'*outcome* (Abbass et al., 2014; Andersson, 2016; Lilliengren, Johansson, Lindqvist, Mechler, & Andersson, 2016; Rocco et al., 2021), sia per quanto riguarda la remissione dei sintomi (Rahmani et al., 2020a; 2020b) che per quanto concerne i cambiamenti a livello strutturale e personale (Abbass et al., 2012; Abbass et al., 2013; Lilliengren et al., 2020), gli aspetti di processo che concorrono al cambiamento non sono ancora stati sufficientemente indagati in letteratura.

Pertanto, l'obiettivo di questa ricerca è analizzare – utilizzando un *software* dedicato (*IDAAP*) che genera misure linguistiche specifiche sulla base delle teorizzazioni di W. Bucci – i dati ottenuti dalle trascrizioni *verbatim* delle sedute psicoterapiche, condotte con il modello dell'*ISTDP*. In particolare, si promette di identificare gli elementi di concordanza nelle teorizzazioni del modello *ISTDP* e della teoria del codice multiplo (*TCM*; con le relative misure linguistiche) così da poter operazionalizzare gli aspetti di processo. Ciò ha lo scopo di comprendere quali aspetti concorrano al cambiamento in psicoterapia e quindi ad una sintonizzazione ed integrazione tra sistemi cognitivi, linguistici, emotivi e somatici e, eventualmente, quali elementi ostacolano questa integrazione.

Capitolo 2

Sezione Metodo

2.1 Strumenti

A supporto dello studio sono stati impiegati i seguenti strumenti di valutazione e indagine: (1) *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)*, (2) *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*, (3) *RA* e metodologia *IDAAP (Italian Discourse Attributes Analysis Program)*.

2.1.1 Misure di valutazione dell'outcome

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)

Data l'ampia considerazione attribuita all'analisi delle difficoltà nelle relazioni interpersonali – in quanto fattori da considerare per valutare l'esito delle psicoterapie – è emersa la necessità valutarne il cambiamento operazionalizzandole.

Gli stili di interazione interpersonale possono emergere come un'area disfunzionale rilevante in molte condizioni psichiatriche (Arcelus et al., 2012; Hilsenroth et al., 2007; Petty et al., 2004). Di conseguenza, l'esistenza di uno strumento per rilevare le difficoltà interpersonali stabili e persistenti può risultare preziosa per i terapeuti, aiutandoli a identificare le sfide sostenute ed a delineare i progressi ottenuti attraverso il trattamento.

L'*Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)*; Horowitz et al., 2000; Lo Coco et al., 2018) è uno strumento di autovalutazione utilizzato per misurare i problemi nelle relazioni interpersonali. Il paziente valuta 32 *item* che caratterizzano i suoi legami sociali su una scala *Likert* a 5 punti (0=per niente; 4=estremamente). Questo strumento è a-teorico e consente la descrizione della condotta interpersonale su due dimensioni principali: (1) *affiliazione*, che varia da comportamenti ostili a comportamenti amichevoli; (2) *dominanza*, che varia da comportamenti di sottomissione a condotte di controllo/dominanti (Horowitz et al., 1988).

I *valori t* convertiti possono variare da 36 a 99, e un valore superiore a 70 è considerato significativo, indicando la presenza di problemi relazionali specifici su quella dimensione.

A livello di valutazione, l'IIP-32 fornisce sia un punteggio globale che 8 punteggi parziali. Questi ultimi corrispondono alle sotto-scale, che sono le seguenti: [1] Dominante/Controllante. Indica un comportamento troppo controllante o manipolatorio nelle interazioni interpersonali; [2] Vendicativo/Centrato su di sé. Riflette un atteggiamento egocentrico e ostile verso gli altri; [3] Freddo/Distante. Rappresenta sentimenti di affetto limitati e una connessione ridotta con l'altro; [4] Socialmente Inibito. Indica evitamento sociale, ansia e difficoltà nell'approcciarsi agli altri; [5] Non assertivo. Descrive difficoltà nell'esprimere i propri bisogni all'altro; [6] Eccessivamente Accomodante. Si riferisce a comportamenti ingenui e alla tendenza a essere facilmente sfruttati dalle persone; [7] Protettivo/Che si sacrifica. Rappresenta un eccesso di altruismo, generosità, fiducia e premura verso gli altri; [8] Invadente/Bisognoso di relazioni intime. Indica l'atteggiamento di chi impone i propri bisogni e la difficoltà a rispettare i confini personali altrui (Alden et al., 1990).

Lo sviluppo di una versione breve (32 item) è stato principalmente motivato dalla necessità di effettuare valutazioni rapide in contesti clinici (*screening*).

La ricerca psicometrica sullo strumento ha costantemente dimostrato la sua validità e affidabilità. Sia Alden et al. (1990) che Horowitz et al. (2000) hanno riportato valori accettabili di affidabilità interna, con coefficienti *alpha* che vanno da 0.72 a 0.85 per l'IIP-64, oltre a una buona affidabilità test-retest (con valori che variano da $r = 0.50$ a 0.84 ; Horowitz et al., 2000). La validità dell'IIP è stata supportata dall'analisi delle sue associazioni con diverse forme di disturbi mentali, come l'ansia (Salzer et al., 2008), la depressione (Grosse Holtforth et al., 2014), i disturbi alimentari (Hartmann et al., 2010), oltre al disagio psicologico e al funzionamento complessivo (Horowitz et al., 2000; Vittengl et al., 2003; Vanheule et al., 2006; McEvoy et al., 2013), l'attaccamento insicuro (Haggerty et al., 2009) e la bassa autostima (Salerno et al., 2015).

Symptom CheckList-90-R (SCL-90R)

Il *Symptom CheckList-90-R (SCL-90-R*; Derogatis, 1994; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu & Perugini, 2011) è uno strumento di autovalutazione utilizzato per l'esplorazione e la valutazione di una vasta gamma di sintomi psicologici e disturbi psichiatrici in individui adulti, riferiti dai pazienti nella settimana precedente.

Questo strumento è costituito da 90 item e, ciascuno di essi, viene valutato su una scala *Likert* a 5 punti, che varia da "Assente" (0) a "Estremamente presente" (4). Viene spesso utilizzato come misura dell'*outcome* nelle ricerche in ambito psicoterapeutico (Lambert & Hill, 1994) e in contesti di cure primarie (Derogatis & Savitz, 1999). La scala è composta da nove sotto-scale e tre indici globali di distress. Le 9 sotto-scale sono le seguenti (Derogatis, 1994): [1] Somatizzazione (SOM; 12 item). Riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee; [2] Ossessioni/Compulsioni (O-C; 10 item). Pensieri, impulsi e azioni sperimentati come incoercibili e non graditi dal soggetto; [3] Sensibilità Interpersonale (I-S; 9 item). Sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone; [4] Depressione (DEP; 13 item). Riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva; [5] Ansia (ANX; 10 item). Insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta; [6] Ostilità (HOS; 6 item). Pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità e risentimento; [7] Ansia Fobica (PHOB; 7 item). Persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento/fuga; [8] Ideazione Paranoica (PAR; 6 item). Disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura e perdita di autonomia mista ad ostilità e idee di riferimento; [9] Psicotismo (PSY; 10 item). Pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero ecc.), è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide. Vi sono anche sette elementi aggiuntivi (OTHER) che indagano disturbi dell'appetito e del sonno.

Per ogni sotto-scala è necessario calcolare la media delle risposte agli item appartenenti alla singola scala (i. e. per la prima sottoscala, "somatizzazione", si sommano i punteggi di ognuno dei 12 item e si divide il risultato per il numero di item (12).

Gli indici globali includono: l'Indice di Gravità Globale (GSI); il Totale dei Sintomi Positivi (PST); e l'Indice di Distress dei Sintomi Positivi (PSDI).

Ogni dimensione è clinicamente significativa se il punteggio ottenuto è uguale o superiore ad 1.5. Infine, il tempo necessario per la sua compilazione è normalmente di circa 10/15 minuti.

Studi di analisi fattoriale recenti (Olsen, Mortensen & Bech, 2004) hanno rilevato una scarsa concordanza riguardo alla dimensionalità della *SCL-90-R*. Negli studi che coinvolgono campioni sia clinici che della comunità, il numero di fattori proposti varia notevolmente, da uno a dieci (Arrindell, et al., 2006; Zack, Toneatto & Streiner, 1998).

In conclusione, l'utilizzo di questa scala deve essere attentamente ponderato e interpretato considerando la specificità della popolazione a cui viene applicata.

2.1.2 Misure di valutazione del process

Bucci e Maskit (2005) al fine di osservare, nel corso dell'andamento terapeutico, in che modo il processo referenziale prenda vita e come la sua espressione possa costituire una chiave di lettura di quanto avviene tra paziente e terapeuta, hanno messo a punto diverse metodologie. La valutazione della "quantità" di attività referenziale (*RA*) presente nelle comunicazioni del paziente e del terapeuta, insieme alla localizzazione dei momenti critici in cui tale attività cresce o decresce, si configura quindi come uno dei metodi di indagine per lo studio empirico del processo terapeutico. Questa valutazione risponde all'esigenza di misurare una variabile che è ritenuta significativa per verificare la presenza di micro-cambiamenti nella mente del paziente e, successivamente, comprenderli alla luce degli scambi comunicativi nella coppia terapeutica.

Lo studio del processo referenziale si basa sull'analisi formale del testo, poiché è interessato a cogliere le qualità strutturali del linguaggio utilizzato dai parlanti. Essi, a loro volta, fornirebbero un'indicazione della misura in cui l'esperienza non verbale risulta attivata nella mente di chi parla, nel momento in cui sta pronunciando il discorso.

Secondo Bucci (1997) la seduta efficace, cioè quella in cui si verifica una buona sintonizzazione tra paziente e terapeuta, è caratterizzata da un "ciclo referenziale" in cui le diverse fasi del processo terapeutico presentano una "curva normale" della variabile *RA* all'interno della seduta. Da una fase iniziale di "preparazione", caratterizzata da bassi valori di *RA*, si procede – attraverso una fase di "incubazione" dei significati emozionali – verso la fase referenziale dell' "illuminazione", caratterizzata da punteggi alti di *RA*, i quali indicano che si sta realizzando, in modo consapevole, una connessione; infine un decremento della

RA, verso una fase di “*riflessione e verifica*”, che tende a supportare ed estendere la consapevolezza dei risultati raggiunti (De Coro et al., 2002).

Le metodologie di valutazione della *RA* hanno subito un’evoluzione nel corso del tempo. In una prima fase spiccavano misure standardizzate la cui rilevazione era affidata a giudici indipendenti; solamente in un secondo tempo sono emerse le misure computerizzate (*DAAP*) per la valutazione del processo referenziale.

Misure rilevate da giudici

Fin dalle prime ricerche, è emerso che esistono delle differenze significative nello stile narrativo individuale (Bucci, 1984), misurabili su una scala come alta o bassa *RA*. Per costruire uno strumento che misuri tali discrepanze, è indispensabile definire l’attività referenziale in termini di una variabile materiale, di cui si possano osservare le modificazioni dello scambio terapeuta-paziente. Bucci definisce la *RA*, in termini operativi, come la media dei punteggi di quattro sotto variabili, indicate come caratteristiche qualitative del linguaggio verbale: (1) concretezza, (2) specificità, (3) chiarezza e (4) immaginazione.

(1) La concretezza (*Concreteness*) misura il livello di qualità sensoriali percettive delle parole utilizzate, includendo i riferimenti a tutte le modalità sensorie, al movimento e all’esperienza corporea. (2) La specificità (*Specificity*) rileva la quantità di dettagli presenti nel trascritto e quindi misura il grado di specificazione nella descrizione di personaggi, luoghi e oggetti di un episodio, oppure dei diversi elementi. (3) La chiarezza (*Clarity*) si riferisce al livello di comprensibilità con cui le scene, gli eventi e/o i pensieri appaiono espressi nel linguaggio; in particolare, valuta la messa a fuoco del tema e l’articolazione dei passaggi, i quali permettono a chi ascolta (o legge) di seguire più o meno facilmente il discorso. (4) L’immaginazione (*Imagery*) è intesa come attività di produzione di immagini; misura il grado di capacità evocativa del linguaggio usato, cioè quanto le parole e il racconto nel suo insieme riescano a suscitare risonanza emotiva nell’ascoltatore attraverso le immagini (Bucci et al., 1992). Tali variabili sono tra loro relativamente indipendenti, ma nello stesso tempo risultano interconnesse, in quanto misurano aspetti diversi di una stessa caratteristica espressiva: l’intensità della comunicazione dell’esperienza emozionale nel linguaggio. In particolare, le scale di concretezza e immaginazione misurano le

caratteristiche sensoriali, mentre la specificità e la chiarezza ne riflettono il grado di articolazione e la qualità comunicativa.

Le persone presentano una variabilità di *RA* sia a livello di “tratto individuale”, con una significativa stabilità nel tempo, sia a livello di “stato”, il quale dipende da fluttuazioni interpersonali e intrapsichiche (Dubé & Bucci, 2007). L'uso delle misure di *RA* nella ricerca sul processo terapeutico riguardano le fluttuazioni di “stato”.

Le prime misure di *RA* erano scale valutate da giudici seguendo procedure descritte all'interno di manuali (Bucci 1984; Bucci et al. 1992, 2005). Queste scale erano applicate ai trascritti *verbatim* del paziente e del clinico; nello specifico, si trattava di griglie per la lettura degli scambi verbali. Infatti, esse valutavano nella coppia terapeutica «il grado in cui chi parla o scrive è capace di tradurre tali esperienze in parole, così da evocare esperienze corrispondenti nell'ascoltatore o nel lettore [...]» e richiedevano dunque un certo livello di inferenza (riducibile, comunque, attraverso un *training* adeguato). Un aspetto svantaggioso è che la valutazione della *RA* da parte di giudici limitava necessariamente la dimensione del campione, oltre al rischio di una bassa affidabilità *inter-rater*.

Nel manuale che teorizza i concetti della *RA* viene riportato il seguente esempio di attività referenziale elevata:

«Non sopporto la frutta con le chiazze marce. Mi fa rabbrivire. Così ho preso quell'ananas ed era così bello, e poi il mio dito è entrato proprio dentro, in questa roba marrone, viscida e molle, e il mio stomaco si è rivoltato» (Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992, p. 47).

In questo esempio, l'oratore sta descrivendo un'esperienza in modo che sia facilmente evocata nell'immaginazione: l'immagine visiva del frutto, la consistenza dell'interno, persino la repulsione fisica provata. Vi è una sensazione di una connessione robusta e vivida al ricordo.

L'esempio di bassa attività referenziale, invece, è il seguente:

«Amo le persone e mi piace stare in compagnia. E adesso mi sento molto male perché non posso stare con loro e fare le cose che vorrei fare. Ma attendo un futuro più felice e più sano e – non so cos'altro dire. Di cosa altro posso parlare? Beh – ho avuto una vita molto movimentata, credo. Ho lavorato praticamente tutta la mia vita e amo le persone» (Bucci & Kabasakalian-McKay, 1992, p. 54).

In questo esempio, ci sono molti riferimenti vaghi e si ha la sensazione che l'oratore non sia connesso alle proprie emozioni.

Misure computerizzate del processo referenziale

Negli ultimi anni, con l'ampliamento delle metodiche per l'analisi del testo, è stata sempre più viva la necessità di poter applicare le stesse in modo rapido e veloce ad ampi campioni di testo (De Coro, Andreassi, Mariani, Ibernì, Crisafulli & Matarrese, 2010; Bucci & Maskit 2006). Una misura computerizzata, infatti, possiede il vantaggio di accelerare le procedure per la codifica e il calcolo dei punteggi, consentendo l'applicazione di uno strumento – come quello per la valutazione della *RA* – ad ampi campioni e a studi longitudinali. Benefici addizionali interessano la prospettiva psicolinguistica, in quanto diviene possibile distinguere le tipologie degli *item* lessicali che compaiono nel testo (e.g. le qualità evocative o l'astrazione, la vaghezza ecc.). Infine, le procedure computerizzate eliminano il problema dell'affidabilità delle valutazioni dei giudici e hanno il vantaggio di applicare uno standard significativo a popolazioni differenti.

Bucci e colleghi (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021; Negri et al., 2020; Zhou et al., 2021) hanno quindi sviluppato e convalidato alcune misure linguistiche computerizzate del processo referenziale. Esse consistono in liste di parole o dizionari che vengono confrontati con i testi e consentono di valutare varie componenti dello stile linguistico degli interlocutori.

La prima misura computerizzata di *RA*, in lingua inglese, è il *Computerized Referential Activity (CRA) Dictionary*, sviluppato empiricamente mediante l'analisi dei punteggi delle scale di *RA* su ampi campioni di testo (Mergenthaler & Bucci, 1999).

La seconda generazione di misura di *RA computerizzata*, sviluppata a partire dai primi anni del 2000, è il *Weighted Referential Activity Dictionary (WRAD)*; Bucci & Maskit, 2005; Roussos, Etchebarne, & Waizmann, 2009; Roussos, & O'Connell, 2005), disponibile anche in lingua italiana. Come il *CRA*, è stato sviluppato empiricamente calcolando la media complessiva di *RA* basata sulle valutazioni dei giudici relativamente alle quattro scale ma, in aggiunta, è stato applicato un criterio di ponderazione complesso, che assegnava pesi specifici alle parole o agli elementi all'interno del dizionario. Esso ha consentito una corrispondenza più accurata con i punteggi assegnati dai giudici. (Bucci & Maskit,

2006; Mariani, Maskit, Bucci, & De Coro, 2013; Maskit, 2011, 2012; Maskit, Bucci, & Murphy, 2012).

Il *Discourse Attributes Analysis Program (DAAP)* è un *software* basato su *Windows* ed utilizzato per l'applicazione delle misure linguistiche (incluso *WRAD*) che analizza i testi delle sedute e confronta ogni parola con quelle incluse nel suo dizionario (Maskit, 2010, 2011; Maskit, & Murphy, 2011). Inoltre, esso realizza una media ponderata dei punteggi di ciascun vocabolario, rispettivamente per ogni oratore, turno di discorso, testo e sessione e consente l'applicazione simultanea di più dizionari, generando delle medie per un'analisi micro e macro delle sessioni. *DAAP*, infine, produce anche misure derivate, come le covariazioni – ovvero degli indicatori del grado in cui i processi rappresentati da due dizionari risultino direttamente proporzionali o meno – e un indice specifico di *RA*. Anche le misure non ponderate, rappresentate da elenchi di parole aventi una tematica comune, sono comunemente implicate nelle analisi effettuate con *DAAP* (Maskit, Bucci & Murphy, 2012).

Le scale IDAAP

Nello studio di ricerca è stata applicata la versione italiana (Mariani et al., 2013) delle seguenti misure linguistiche connesse al processo referenziale:

- **Mean Italian Weight Referential Activity Dictionary (MIWRAD2;** Mariani, Maskit, Bucci, & De Coro, 2013). Il dizionario *IWRAD* contiene 9.596 voci che coprono circa il 95% del materiale testuale utilizzato per costruirlo e testarlo. Ecco alcuni esempi di parole del dizionario italiano, con i loro pesi relativi: “che” peso .00423; “non” peso - .0357; “è” peso .0162; “e” peso .0542; “mi” peso .0208; “a” peso .0450; “di” peso .0034; “perché” peso -.01653. Questo dizionario è una misura della *RA* che può essere definita come il grado in cui il soggetto è in grado di tradurre la propria esperienza emotiva, viscerale e relazionale in parole ed evocare così le medesime esperienze nell'altro (Bucci, 1984, 2021b; Bucci & Freedman, 1978; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021). Livelli più elevati di concretezza, chiarezza, specificità e immaginazione, all'interno di una narrazione, sono indice di migliori esiti nella capacità di tradurre l'esperienza emotiva in modo immediato per l'interlocutore, come compreso dalla *TCM*.

Il *WRAD* è specificamente progettato per individuare gli intervalli nei quali il linguaggio produce collegamenti con i sistemi sub-simbolici, principalmente attraverso la descrizione di immagini ed episodi. I processi che le persone utilizzano per stabilire questi collegamenti sono incorporati nei loro sistemi di elaborazione linguistica (Bucci 1997) e non possono essere diretti intenzionalmente. Il vocabolario *WRAD* include vocaboli come pronomi, preposizioni e altre parole ausiliarie e di funzione, che le persone usano in modo variabile, senza necessariamente avere una consapevolezza o un'intenzione specifica, a seconda dei diversi compiti linguistici che stanno svolgendo e dei loro stati emotivi e cognitivi. I punteggi *WRAD* variano da 0 (minimo valore RA) a 1 (massimo valore RA) con .5 come valore neutro.

- **Mean Italian Reflection (MIRef;** Mariani & De Coro, 2009). Il dizionario *IRef* contiene tutte le parole che esplorano le modalità attraverso cui le persone pensano e comunicano i loro pensieri. Esso include parole di base della logica (e.g. “se” e “ma”); parole che si riferiscono a funzioni cognitive o logiche (e. g., supporre, pensare, pianificare) o entità logiche (e.g., ragione, causa, conseguenza); parole legate a problemi o fallimenti delle funzioni cognitive o logiche (e.g., confondere); parole legate a funzioni comunicative complesse (e.g., offuscare e convincere); e parole legate a caratteristiche del funzionamento mentale (e.g., creativo, logico). Se non è associato a una narrazione con un’alta RA, il dizionario *IRef* è spesso indicativo di uno stile intellettualizzante e difensivo del parlante (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021). Il totale delle parole *IRef* è 908 e copre il 3-4% del linguaggio parlato (Mariani & De Coro, 2009).
- **Mean Italian Disfluency (MIDF;** Bonfanti, Campanelli, Ciliberti, Golia, & Papini, 2008). Il dizionario *IDF* contiene un numero limitato di elementi, esattamente 11 vocaboli, tra cui 2 suoni (“mm” e “ehmm”), che indicano delle disfluenze, o interruzioni, all’interno di un discorso (e.g. ripetizioni, parole incomplete e pause da colmare). Questi elementi sono spesso utilizzati quando le persone trovano difficoltà nell’esprimere l’esperienza verbalmente. In alcuni casi, ciò può derivare dalla fatica di esprimere

l'esperienza in parole, mentre in altri casi può essere dovuto all'evitamento di tale espressione. Di seguito sono elencate 11 espressioni che rappresentano circa il 3% del linguaggio italiano: “quindi”, “cioè”, “ehmm”, “comunque”, “allora”, “insomma”, “niente”, “magari”, “mm”, “vabbe”, “boh”. Questi termini possono essere considerati come gesti verbalizzati, situati a metà strada tra la vocalizzazione e la verbalizzazione. In genere, punteggi elevati di disfluenze caratterizzano la fase iniziale dell'attivazione di uno schema emotivo o momenti di confusione e dissociazione (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021), come indicato nella *TCM*.

- ***Mean Italian Affective Positive (MIAffP)***; Rivolta, Mariani, & Tagini, 2009). Il dizionario *Aff* contiene parole legate all'affetto, concordando le modalità attraverso cui le persone esprimono e comunicano i loro sentimenti in modo diretto. Questo strumento misura il grado in cui un parlante utilizza parole che comunicano sentimenti ed emozioni. Il dizionario misura quindi il grado di “emozionalità” presente nel discorso e l'utilizzo di parole astratte per nominare gli affetti; quest'ultimo aspetto può indicare azioni difensive e di distanziamento che si contrappongono al coinvolgimento emotivo. Il dizionario degli Affetti (*Aff*) è ulteriormente suddiviso in dizionario degli Affetti Positivi (*AffP*), dizionario degli Affetti Negativi (*AffN*) e Dizionario degli Affetti Neutrali (*AffZ*). Il Dizionario dell'Affetto è composto da 1786 parole e copre il 5% del linguaggio parlato. Nel presente lavoro si impiegherà particolarmente il dizionario *AffP*.
- ***Mean Italian Somatic Sensory (MISenS)***; Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021). *ISenS* è una misura dell'attivazione degli aspetti corporei sub-simbolici degli schemi emotivi. Si tratta di una lista di parole legate al corpo, alle attività corporee e ai processi sensoriali, oltre che a descrizioni di sintomatologie (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).
- ***Mean Italian Weighted Reflection and Reorganization List (MIWRRL)***. La misura verbale di riflessione e riorganizzazione si riferisce alle modalità

e all'intensità attraverso cui il parlante cerca di comprendere e restituire significati a uno o più eventi della sua vita (o alla vita di qualcun altro), o addirittura in un sogno o fantasia. Non si tratta di una riflessione astratta, ma associata a un'esperienza vissuta intensamente. Il *IWRRL* è una lista di parole italiane ponderate (con valori che vanno da 0 a 1 e 0,54 come valore neutro) che si riferiscono alla suddetta funzione di riorganizzazione e riflessione; la lista comprende 1.633 parole che coprono circa l'89% della lingua italiana (Negri et al., 2018). Punteggi elevati in questa misura indicano una riflessione/riorganizzazione intensa, come teorizzato nella *TCM*. Con il *IWRRL*, è possibile individuare e descrivere questo processo di riorganizzazione.

- **Covarianza *IRef_IWRAD2*** (Bucci & Maskit, 2007). La covarianza *IRef_IWRAD2* è una misura del livello con cui contemporaneamente si usano parole ad elevato valore *WRAD* (e.g. raccontando il ricordo di un evento personale) mentre vi è una riflessione (*Ref*) riguardo l'esperienza; questa covarianza è indice della qualità dell'elaborazione terapeutica del parlante – paziente o clinico – in seduta. Le due misure sono i principali indicatori della fase di simbolizzazione (*WRAD*) e di riorganizzazione (*Ref*) del processo referenziale di Bucci. I risultati di diversi studi hanno dimostrato che l'*IWRAD* tende a muoversi in direzione opposta rispetto all'*IRef*; inoltre, questo modello mostra una robusta coerenza. Alti valori negativi nella covarianza indicano una migliore elaborazione terapeutica, dove il parlante riesce a separare la narrativa (alto *WRAD*) dalla riflessione (alto *Ref*); maggiore è il valore negativo della covarianza, maggiore è questa separazione (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021). Infatti, il processo referenziale è indicato in generale da un alto valore negativo di questa covarianza nella produzione verbale del paziente.

Ciascuna di queste scale può avere un punteggio compreso tra 0 e 1.

Per la scala *MIWRAD2* .5 rappresenta un punteggio neutro. Ciò è significativo perché se il valore supera .5, è un'indicazione dell'estensione in cui il parlante è coinvolto in una *RA*; se il valore è inferiore a .5, è un'indicazione dell'estensione

in cui il parlante si sta dedicando ad altro. La scala MIWWRL assume invece valori compresi tra 0 e 1 e .54 come *cut off*.

La covarianza di due punteggi è una misura statistica simile al coefficiente di correlazione, ma con un diverso significato statistico. Essa è infatti una misura del grado in cui le parole appartenenti a una data coppia di dizionari sono considerate in movimento insieme o in direzioni opposte e forniscono informazioni importanti per comprendere il processo terapeutico (Mariani & De Coro, 2013). L'indice di covariabilità tra le scale varia tra -1 e +1.

I dati ottenuti con il *WRAD*, completo degli altri tre dizionari (*Reflection*, *Disfluency* e *Affective*), hanno permesso di descrivere operativamente le quattro fasi del processo referenziale, concettualizzate ora dalla Bucci (2021) come segue:

- I Fase: *Arousal* (attivazione di uno schema emozionale dissociato), caratterizzata da alta *Disfluency*, alto *Affect*, bassa *RA*, bassa *Reflectivity*, clinicamente riconoscibile come fase di tipo Z;
- II Fase: Processo immaginativo (trasformazione dei contenuti sub-simbolici in elementi simbolici attraverso la produzione di narrative), caratterizzata da alta *RA*, bassa *Disfluency*, bassa *Reflectivity*, oscillazione nei punteggi di *Affect*, anche questa clinicamente riconoscibile come fase di tipo Z;
- III Fase: Riflessione emozionale (processo di scoperta e integrazione dei significati affettivi, con la creazione di nuove connessioni),s caratterizzata da alta *Reflectivity*, alto *Affect*, bassa *RA*, oscillazioni nei punteggi di *Disfluency*, clinicamente riconoscibile come fase di tipo A;
- IV Fase: Processo di cambiamento (ripetizione del pericolo di dissociazione, con nuove soluzioni che portano al consolidamento del processo di integrazione), caratterizzata da alto *Affect* e incrementi della *Disfluency*, mentre i punteggi di *RA* e di *Reflectivity* tendono a decrescere per poi raggiungere livelli più alti; nella valutazione clinica, tale fase dovrebbe essere riconoscibile come una fase di passaggio dalla seduta produttiva a quella improduttiva, nella quale predominano le difese (Bucci, 2003).

2.2 Il caso clinico

La ricerca mirava ad indagare l'*outcome* e il *process* all'interno di una psicoterapia dinamica breve. Nello specifico sono stati considerati quindici incontri, ciascuno della durata di 90 minuti, seguendo il modello *ISTDP*. Inoltre, una volta acquisito il consenso informato – sia da parte del clinico che della paziente – le sedute sono state integralmente video-registrate. Le sessioni sono state successivamente trascritte generando così dei testi per ogni singolo incontro.

Sia prima che dopo il trattamento, al soggetto dello studio sono stati somministrati due test psicodiagnostici, rispettivamente l'*IIP32* e la *SCL 90-R*, per valutare l'*outcome*.

Il clinico era uno psicologo psicoterapeuta esperto nel campo delle psicoterapie dinamiche brevi, con particolare competenza nel modello *ISTDP*.

La paziente era una giovane adulta, studentessa universitaria impegnata in una relazione stabile. Per preservare l'anonimato e la riservatezza della partecipante, sarà identificata con lo pseudonimo "A."

A. giunge in consultazione a causa di uno stato di disagio non meglio precisato, associato ad attacchi di panico frequenti che si sono manifestati nel corso dell'ultimo trimestre. Questi attacchi si accompagnano anche a somatizzazioni, principalmente nausea ricorrente e scarso appetito. La paziente era già stata in cura presso un altro terapeuta anni addietro, riferendo la medesima sintomatologia che si era comunque ridotta sia in intensità che in frequenza una volta concluso il trattamento terapeutico. Tuttavia, nei mesi a venire, rilevava un nuovo incremento dei sintomi ansiosi e degli attacchi di panico, anche se correlavano soprattutto con periodi di forte stress.

Dalla valutazione del contesto familiare emerge un ambiente invischiato/invischiante, caratterizzato da ruoli confusi tra i vari membri e fenomeni di parentificazione (Schaefer & Martinussen, 2023) che si reiterano fin dall'infanzia.

L'evento precipitante – che sembra correlare con il nuovo incremento degli attacchi di panico di A. – risiede nella diagnosi di cancro comunicata al nonno, figura alla quale la paziente è intimamente legata. Infatti, gli estesi impegni lavorativi del padre lo costringevano ad allontanarsi dalla famiglia, talvolta per

lunghi periodi, e così A. trascorreva intervalli prolungati con questa figura parentale, che è divenuto per lei come «*un secondo padre*».

Il mondo interiore di A. è costellato da sentimenti di critica nei confronti di sé stessa e di angoscia per il giudizio altrui. Essa sperimenta, inoltre, intense sensazioni di colpa quando si sente in disaccordo e non permette quindi che il suo stato di collera possa emergere – provocandole rabbia repressa – tanta è la preoccupazione di poter deludere gli altri significativi. A. possiede un alto funzionamento cognitivo, ma al contempo sperimenta difficoltà nella regolazione affettiva, particolarmente nel riconoscere e gestire le proprie emozioni. Per esempio, risponde frequentemente «*non lo so*» o «*non sono in grado*» se le viene chiesto di confrontarsi con le stesse e/o comunicarle, generando in lei alti livelli di ansia. Infine, gli affetti ambivalenti che manifesta nelle relazioni intime (come la coesistenza di amore e odio) le generano profondi conflitti interni e preoccupazione per il giudizio; quest'ultimo è un tema profondamente significativo nella terapia della paziente.

Queste indicazioni permettono di ipotizzare una diagnosi secondo il *DSM-V*; in particolare sono soddisfatti tutti i criteri diagnostici per il Disturbo di Panico. Essi includono la presenza di attacchi di panico ricorrenti e improvvisi, accompagnati da una paura intensa o disagio, spesso associati a sensazioni di perdita di controllo, palpitazioni, sudorazione e tremori (*Cluster A*). Inoltre, la paziente mostra preoccupazione persistente riguardo a ulteriori attacchi di panico e comportamenti di evitamento legati a situazioni o luoghi in cui potrebbero verificarsi tali attacchi, indicando così un significativo impatto nella sua vita quotidiana (*Cluster B*).

A. soddisfa anche i criteri di inclusione del Manuale per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (*DOC*) che comportano la presenza di ossessioni, compulsioni e il riconoscimento del carattere irrazionale dei propri pensieri o comportamenti, nonché l'interferenza significativa nelle attività quotidiane a causa del disturbo.

2.3 Procedura

La ricerca aveva lo scopo di analizzare un intervento terapeutico a breve termine, dinamicamente orientato, per valutarne gli aspetti sia di *outcome che di process*.

È stato adottato un disegno di ricerca con metodo misto che combinava approcci metodologici qualitativi e quantitativi al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati per lo studio.

La prima parte della ricerca era finalizzata alla trascrizione *verbatim* delle sedute della paziente A. La registrazione è avvenuta mediante un *recorder* digitale posizionato in modo che garantisse una buona qualità vocale da entrambi i soggetti.

Sia prima che durante il processo di trascrizione i tre ricercatori si sono confrontati sulle modalità di scrittura e su eventuali problematiche al fine di garantire la qualità e l'omogeneità delle sedute stesse.

Le sessioni sono state quindi trascritte integralmente dai ricercatori in oggetto, i quali hanno ascoltato le registrazioni audio. Per lo svolgimento del lavoro sono state applicate le indicazioni tecniche di trascrizione *IDAAP*, in particolare applicando le norme italiane (Mergenthaler, Freni, Giampieri & Ferrari 1998).

Per l'audio-ascolto delle sessioni è stato utilizzato il programma multimediale *VLC*, il quale ha semplificato le operazioni di riproduzione e trascrizione dei file audio sul programma di videoscrittura *Word*. Al termine della trascrizione le sedute sono state adattate al formato *“.txt”*.

Nella seconda parte della ricerca le trascrizioni delle sessioni sono state analizzate tramite il sistema *IDAAP*, impiegando quindi una misura *computerizzata* per la valutazione del processo referenziale. *IDAAP* ha generato un punteggio medio per ciascuna scala derivata dai quattro dizionari, oltre alle valutazioni di covarianza. In questo modo, sono state ottenute le misure linguistiche per ciascuna sessione.

Una volta acquisiti i dati che sono emersi, è stata effettuata una selezione di quelli più rilevanti per il presente studio al fine di comprendere quali aspetti del processo terapeutico fossero pertinenti. Infine, sono stati prodotti grafici e tabelle per visualizzare l'andamento dei singoli indici e delle covarianze tra le variabili, sempre nella diade paziente-terapeuta.

Per quanto riguarda i due test somministrati dal clinico, questi sono stati consegnati al paziente prima dell'inizio della terapia e alla sua fine.

2.4 Ipotesi di lavoro

L'obiettivo dello studio è quello di esplorare i cambiamenti negli aspetti di *outcome* e *process* in una terapia *ISTDP*, al fine di aumentare la comprensione e contribuire al corpo di conoscenze in questo campo. Nello specifico, sono state formulate due ipotesi di lavoro:

- **Prima ipotesi.** È atteso un miglioramento negli *outcome* della paziente valutati attraverso l'analisi di alcuni indicatori psicodiagnostici. In particolare, l'ipotesi è che si rilevi una:
 - Diminuzione dei valori nelle dimensioni di *SCL-90-R*, che sono indice di un miglioramento nella sintomatologia e nei disturbi psicologici;
 - Diminuzione dei valori nelle dimensioni di *IIP-32*, indice di un miglioramento delle difficoltà a livello interpersonale e relazionale.
 - Aumento della misura linguistica *WRAD* nel corso della terapia.

- **Seconda ipotesi.** Essa si ripromette di analizzare quali aspetti del processo psicoterapico conducano all'*outcome* riscontrato. Per indagare quest'ipotesi è stata valutata la quantità di attività referenziale (*RA*) nel paziente e nel terapeuta, in associazione alle altre misure linguistiche del processo referenziale. L'obiettivo è analizzare sia le micro-interazioni che le macro-variabili in gioco durante le sedute, che sono state condotte seguendo il metodo della *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Poiché l'*ISTDP* è un modello terapeutico "intensivo" e breve, è attesa l'attivazione di alcuni indici di processo. Più nel dettaglio, l'ipotesi è che si rilevino, già a partire dalla prima seduta:
 - a) Valori positivi ed elevati di *WRAD*;
 - b) Valori positivi ed elevati di *Ref*;
 - c) Valori positivi ed elevati di *WRRL*;
 - d) Valori negativi ed elevati della covarianza *Ref_WRAD*.

Questi valori attesi sono indice di una riorganizzazione degli schemi emotivi dissociati, ma anche di un'attivazione degli elementi di: *arousal*, simbolizzazione (nei termini immaginativi e di verbalizzazione), e riorganizzazione (rielaborazione cognitiva e riflessione nella paziente); ciò implica un'attivazione sia delle modalità

sub-simboliche ma anche di quelle simboliche, sia verbali che non verbali. In conclusione, questi indicatori, integrandosi tra loro, descrivono una modalità di funzionamento adattivo, come teorizzato da Bucci (1997).

2.5 I risultati

2.5.1 Misure dell'outcome

Gli strumenti adottati per la valutazione della *prima ipotesi* sono l'*IIP-32* e la *SCL-90-R*.

IIP-32

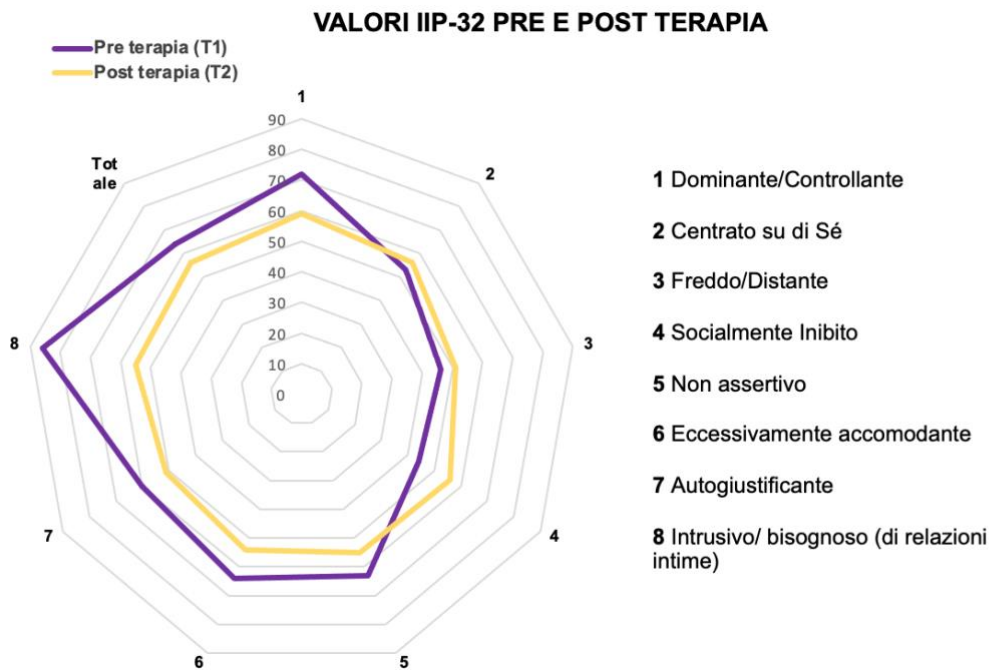
L'*IIP-32* è stato somministrato sia prima che dopo la terapia *ISTDP*, allo scopo di valutare la presenza di aree specifiche di complessità interpersonali e relazionali nel soggetto. I valori ottenuti sono presentati in Tabella 1 e nel Grafico 1. Al fine di ottenere una maggiore comprensione si attesta che punteggi standard superiori a 70 indicano il *cut off* patologico, che determina la presenza di problemi relazionali specifici per quella dimensione.

Si osserva un punteggio *t* pari a 72 per quanto riguarda il dominio controllante e un punteggio *t* pari a 86 per quanto riguarda il dominio intrusivo/bisognoso di relazioni intime. Tutti gli altri domini sono al di sotto del *cut off* patologico e non presentano aspetti di rilevanza. Infine, si nota una modesta diminuzione di molte dimensioni al termine della terapia, e un lieve incremento di altre; solo l'area del dominio socialmente inibito ha un incremento più robusto, passando da uno score di 44 a uno di 56. In ogni caso non vi è alcun aumento di pertinenza clinica al di sopra del *cut off*.

Tabella 1. Valori *t* standardizzati IIP-32 di A. pre e post terapia.

Dimensioni	Valori Pre-terapia (T1)	Valori Post-terapia (T2)
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

Grafico 1. Valori IIP-32 pre e post terapia.



SCL 90-R

L'*SCL-90-R* è stato somministrato pre e post intervento. I valori ottenuti sono riportati in Tabella 2 e nel Grafico 2.

È possibile osservare che i valori rilevati al termine della terapia (*T2*) sono tutti inferiori rispetto al pre-terapia (*T1*). L'unico valore che aumenta riguarda la dimensione "fobia", anche se rimane sotto il *cut off*, e non assume quindi rilevanza clinica. È possibile asserire che la condizione sintomatologica si è decisamente modificata al *T2* rispetto al *T1*.

Scale	Pre terapia	Post terapia
Somatizzazione	1.33	0.91
Ossessività-compulsività	2.50	1.20
Ipersensibilità interpersonale	1.44	0.77
Depressione	3	1
Ansia	2.80	0.90
Ostilità	1.66	0.50
Ansia fobica	0.57	1.14
Ideazione paranoide	1.33	0.50
Psicoticismo	1.30	0.50
Disturbi del sonno	1	0.66
Item fuori scala	1.75	0.75
Totale	1.65	0.75

Tabella 2. Valori *t* standardizzati pre e post terapia

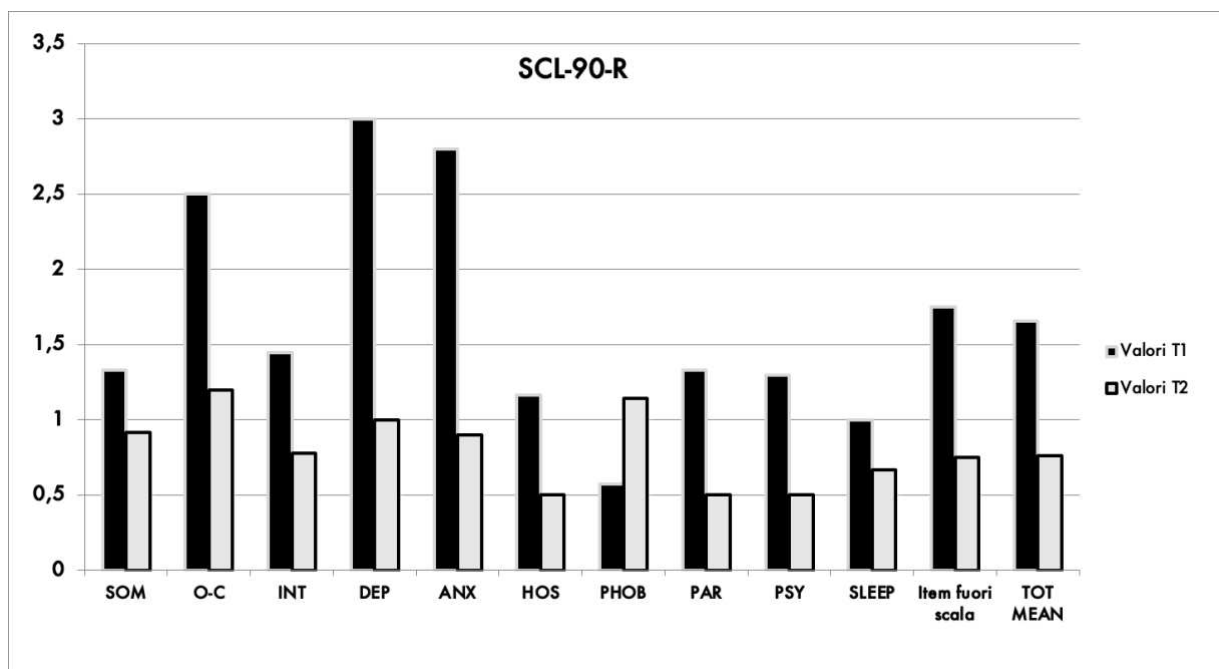


Grafico 2. Valori SCL-90-R pre e post terapia.

Valori medi, calcolati su A, per ognuna delle 9 scale ad inizio e a fine terapia. SOM= Somatizzazione; O-C= Ossessività-Compulsività; INT= Ipersensibilità interpersonale; DEP= Depressione; ANX= Ansia; HOS= Ostilità; PHOB= Ansia fobica; PAR= Ideazione paranoide; PSY= Psicoticismo.

2.5.2 Misure del process

Le misure linguistiche prese in considerazione per indagare la *seconda ipotesi* sono: *MIWRAD2*, *MIRef*, *MIWRRL* e *Covarianza IRef_IWRAD2*.

Dizionario ponderato IWRAD

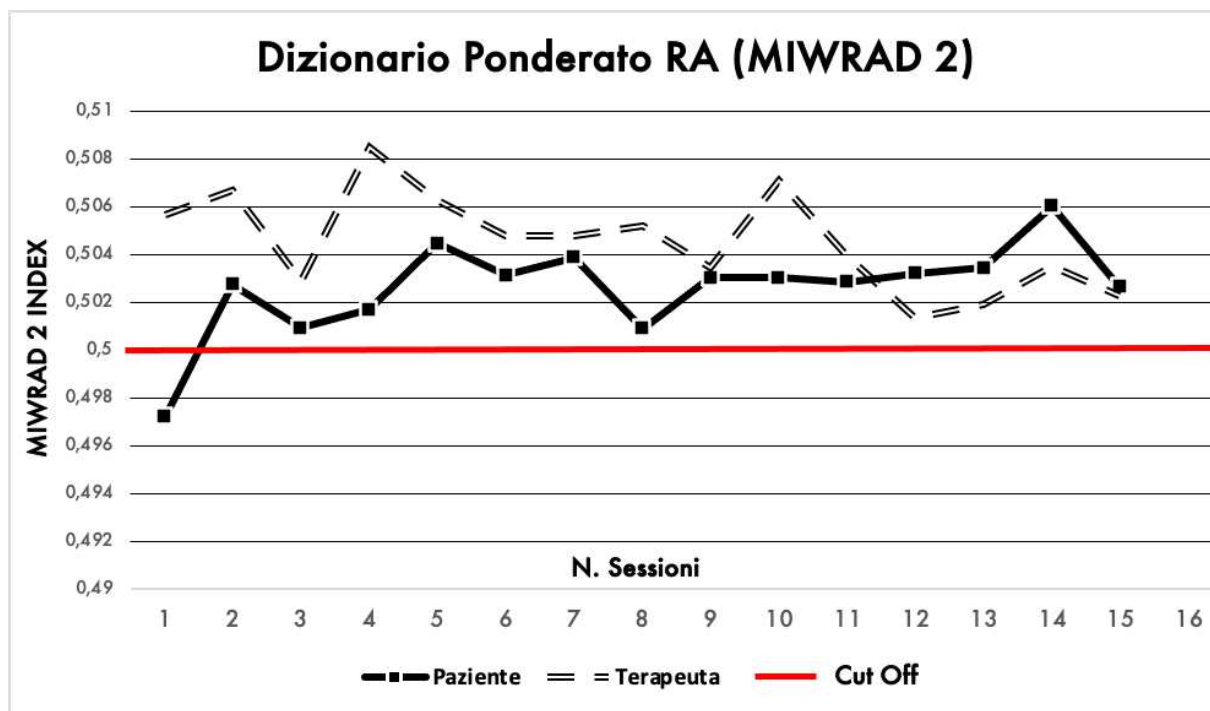


Figura 1. Variazioni RA nel paziente e nel terapeuta.

La prima misura (vedi *Figura 1*) corrisponde alla quantità di *RA*, ovvero la capacità del soggetto di verbalizzare le proprie emozioni. Il grafico mostra che la *RA* ha dei picchi di crescita seguiti da altri di decrescita, con un andamento intermittente, durante le 15 sessioni.

Inoltre, si osserva che, ad eccezione della prima seduta, i valori di *RA* sono costantemente superiori al valore neutro di .5, indicando quindi che il paziente è in grado di tradurre le proprie emozioni in parola. Infine, i valori sono sempre più alti nel terapeuta, tranne nelle tre sedute finali.

Dizionario Riflessioni IRef

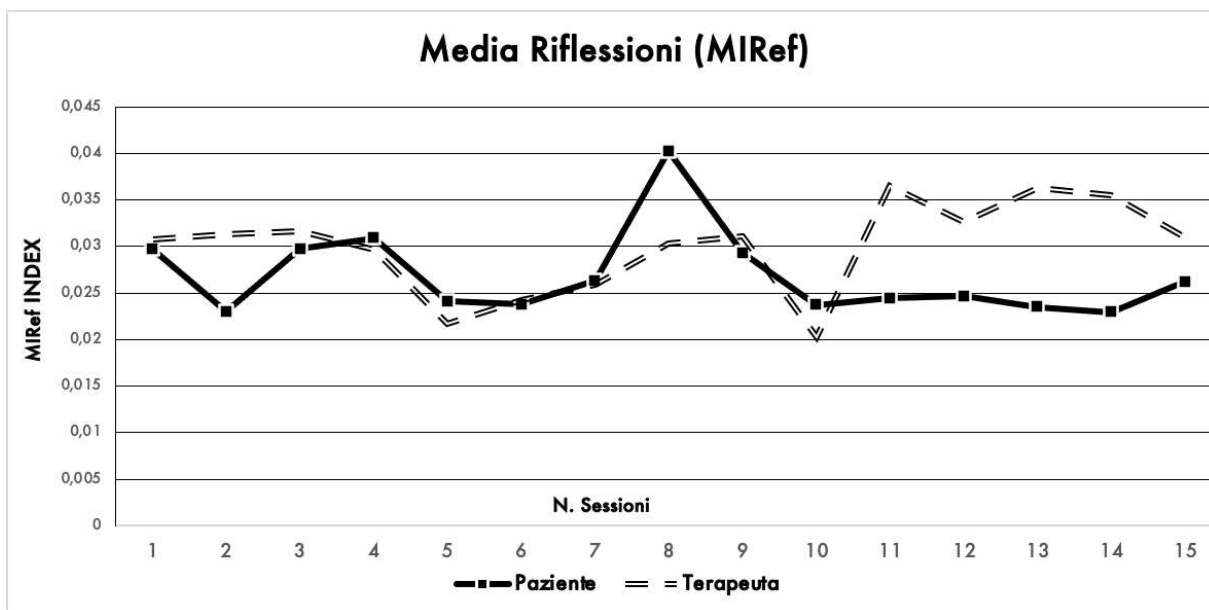


Figura 2. Variazioni *Reflection* nel paziente e nel terapeuta.

La seconda misura (vedi Figura 2), il dizionario *IRef*, contiene tutte le parole che esplorano le modalità attraverso cui le persone pensano e comunicano i loro pensieri.

I valori sono compresi tra 0 e 1. Si osserva un picco nei valori (.4) alla seduta 8.

Riflessione e ristrutturazione ponderata MIWRRL

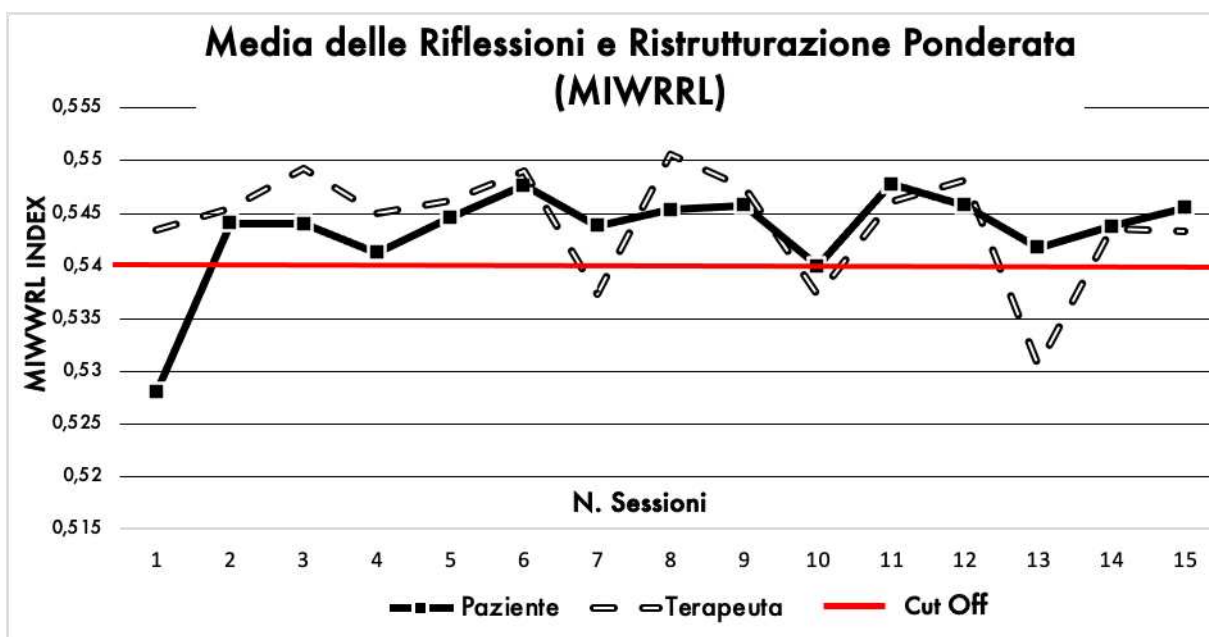


Figura 3. Variazioni *MIWRRL* nel paziente e nel terapeuta.

La terza misura (vedi *Figura 3*) si riferisce alle modalità che impiega il parlante per comprendere e restituire senso emotivo a uno o più eventi di vita, in sogno o fantasia.

I valori sono compresi tra 0 e 1, con un valore di *cut off* di .54. I valori ottenuti risultano per la quasi totalità superiori a .54, tranne nella prima seduta (paziente) e nella tredicesima seduta (terapeuta). Punteggi elevati di questa misura indicano una riflessione intensa, come teorizzato dalla *Teoria del Codice Multiplo*. Ciò è indice della riorganizzazione degli schemi emotivi e quindi della produzione di nuove connessioni tra i diversi sistemi referenziali.

Covarianza IRef- IWRAD2

La quarta misura (vedi *Figura 4*) è indice della qualità dell'elaborazione terapeutica del parlante nelle sedute, che è maggiore per valori della variabile negativi (Bucci, 2021a, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).

L'indice di covarianza assume valori compresi tra -1 e 1. Il grafico mostra che la covarianza risulta sempre negativa, se non per un'eccezione avvenuta nella seduta 7, dove la covarianza della paziente è prossima allo 0.

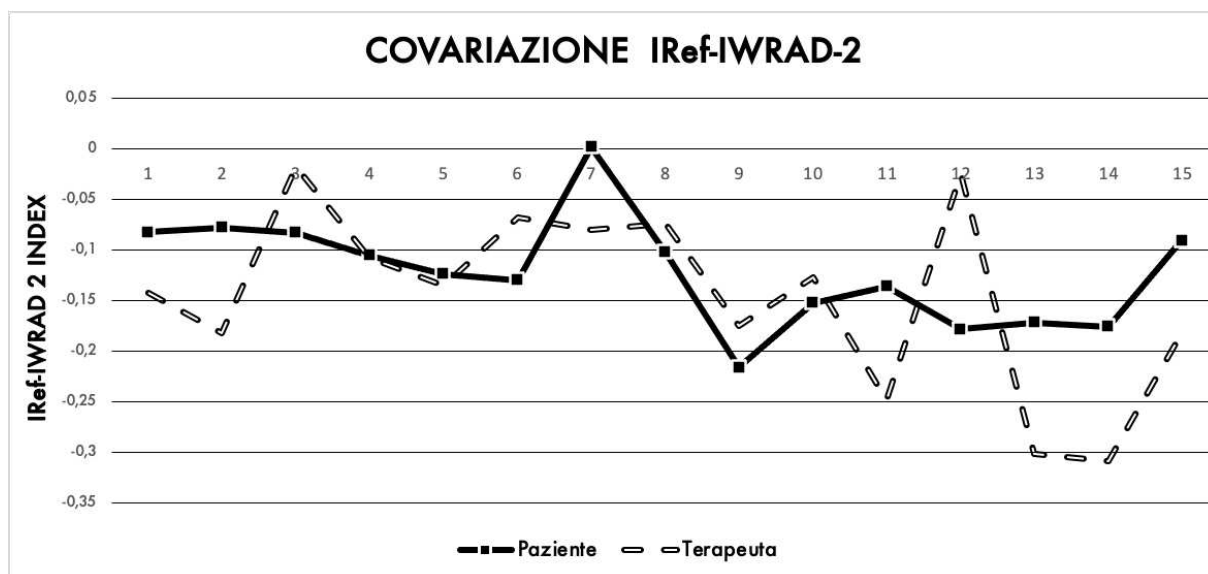


Figura 4. Covarianza IRef-IWRAD2 nel paziente e nel terapeuta.

Altre misure linguistiche utili alla valutazione del processo: MDF, MIAffP, MiAffN, MiAff e MISenS

Disfluenze MDF

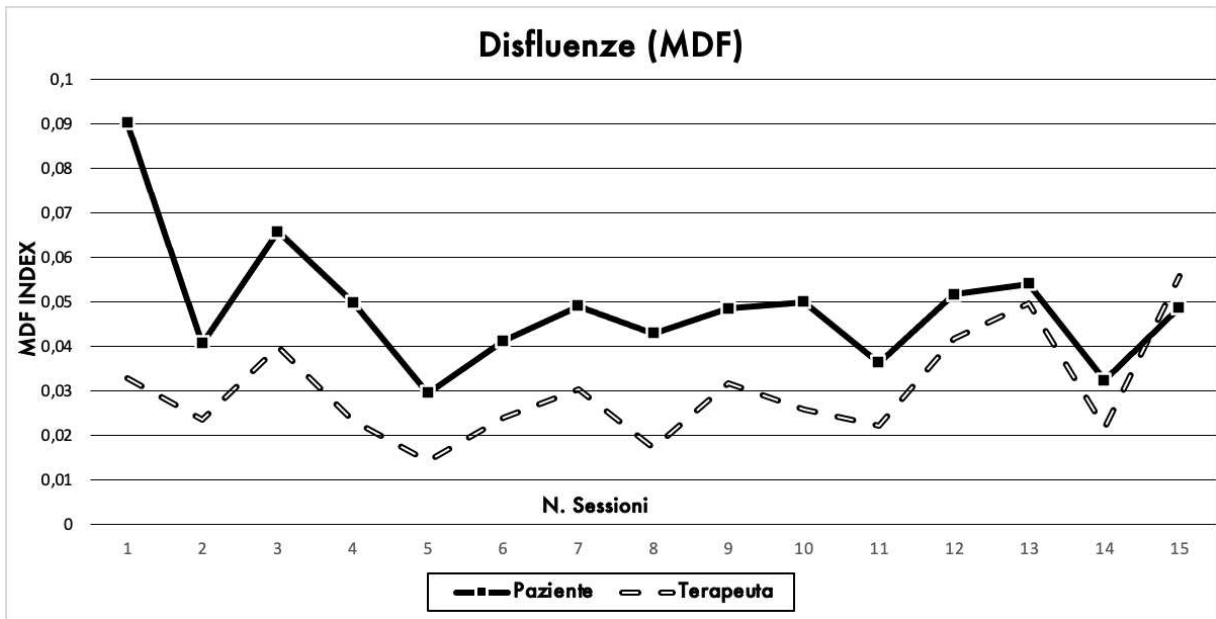


Figura 6. Valori disfluenze nel paziente e nel terapeuta.

Il grafico (*Figura 6*) mostra la quantità di disfluenze nel paziente e nel terapeuta. Generalmente, punteggi elevati di disfluenze caratterizzano la fase iniziale dell'attivazione di uno schema emotivo o momenti di confusione e dissociazione.

Affetti Positivi MIAffP

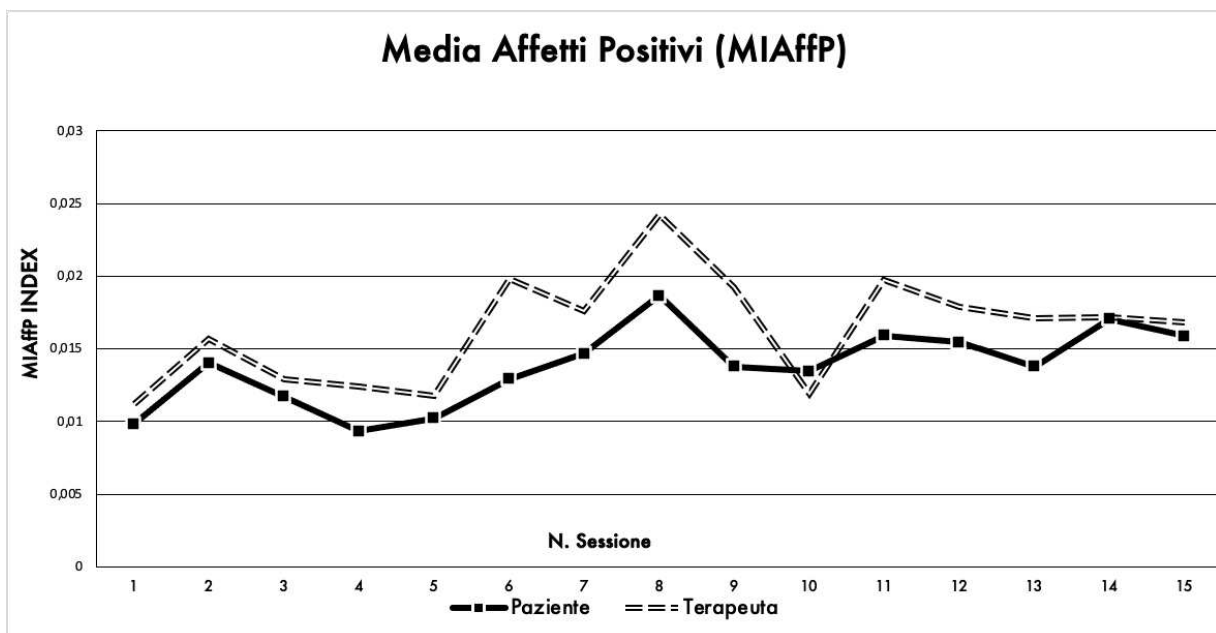


Figura 7. Media affetti positivi nel paziente e nel terapeuta.

Il grafico (*Figura 7*) mostra il grado di “emozionalità” presente nel discorso e l'utilizzo di parole astratte per nominare gli affetti positivi.

I valori sono compresi tra 0 e 1. Si osservano, generalmente, valori più bassi di AffP nella paziente rispetto al terapeuta

Affetti Negativi MiAffN

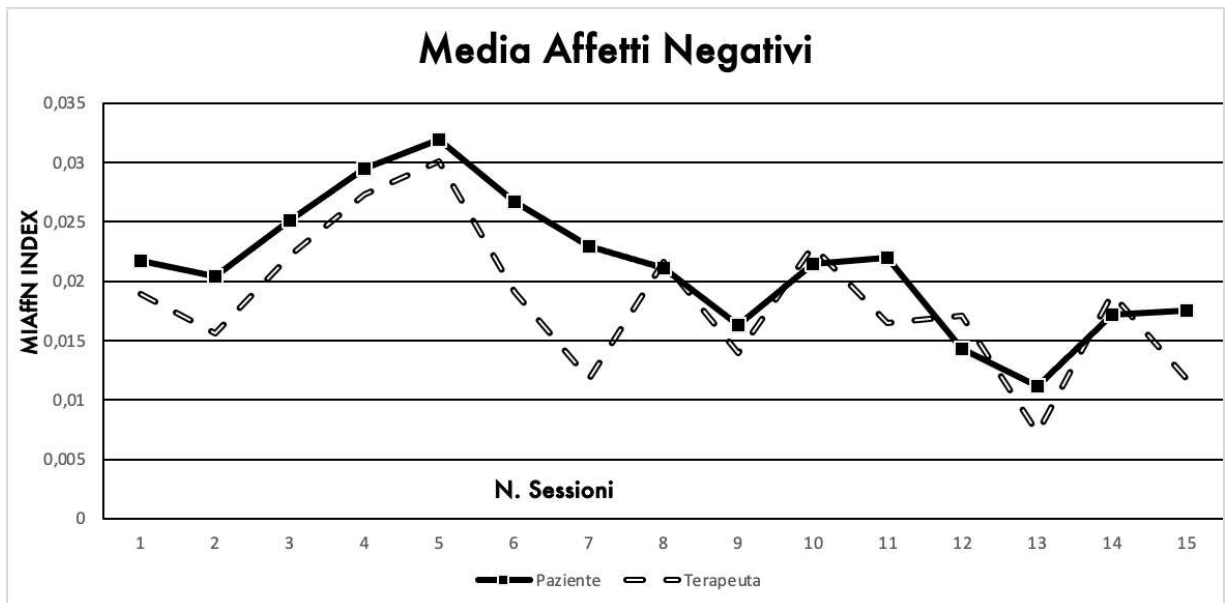


Figura 8. Media affetti negativi nel paziente e nel terapeuta.

Il grafico (*Figura 8*) mostra il grado di “emozionalità” presente nel discorso e l'utilizzo di parole astratte per nominare gli affetti negativi.

I valori sono compresi tra 0 e 1. Si osservano, generalmente, valori più elevati di AffN nella paziente rispetto al terapeuta, tranne nella seduta finale.

Affetti Totale MiAffS

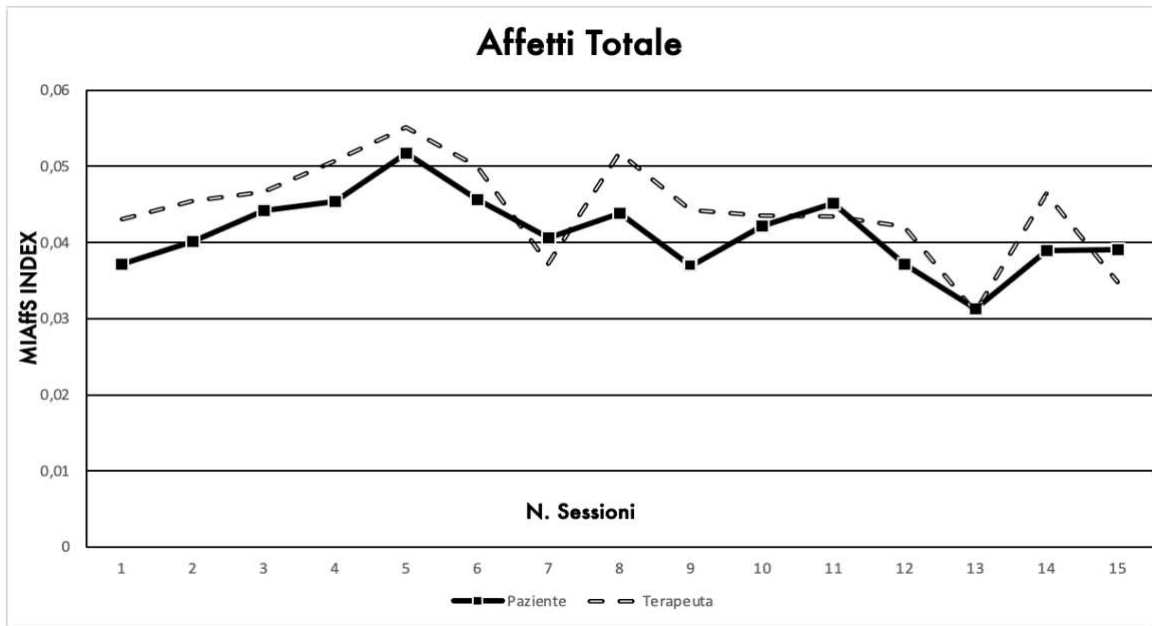


Figura 9. Media affetti totale nel paziente e nel terapeuta.

Il grafico (Figura 9) mostra il grado di “emozionalità” presente nel discorso e l'utilizzo di parole astratte per nominare gli affetti totali.

I valori sono compresi tra 0 e 1. Si osservano, generalmente, valori più elevati di AffS nel terapeuta rispetto alla paziente.

Senso-somatica MISenS

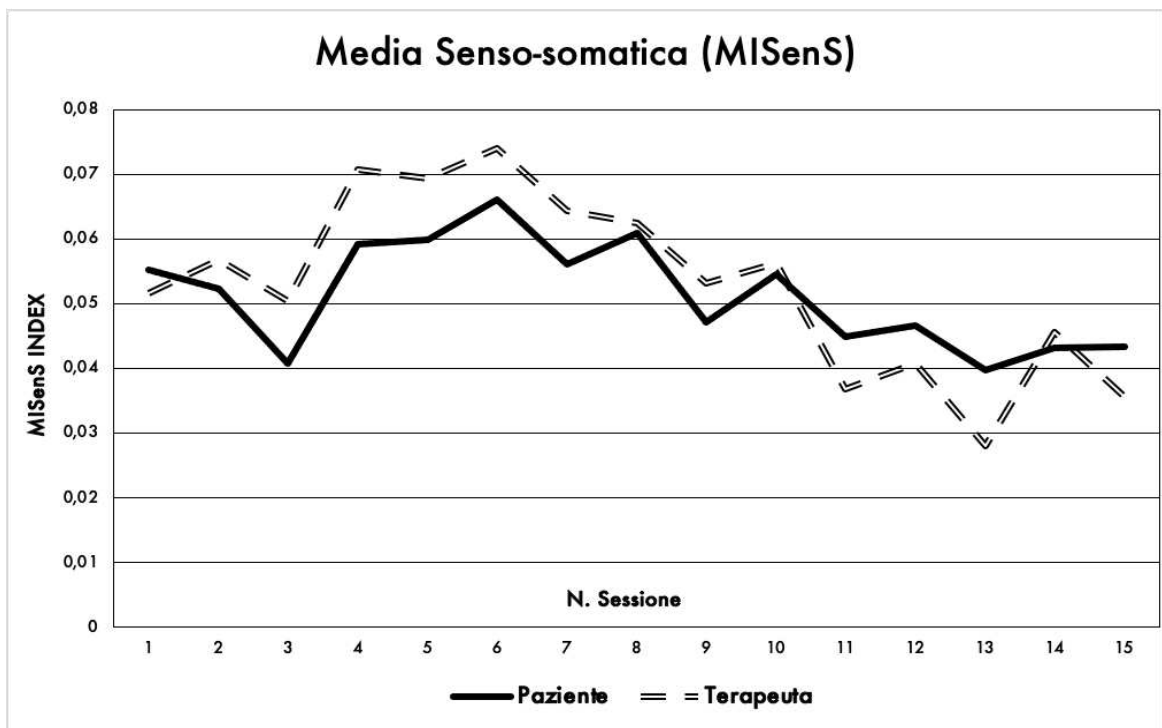


Figura 10. Media senso-somatica nel paziente e nel terapeuta.

Il grafico (*Figura 10*) *SenS* è una misura dell'attivazione degli aspetti corporei sub-simbolici degli schemi emotivi.

I valori sono compresi tra 0 e 1. Inizialmente i valori risultano più alti nel terapeuta ma, nella parte finale, gli indici più elevati sono propri del paziente; in ogni caso dalla seduta 8 i valori cominciano a decrescere in termini generali (da .06 a .03)

Capitolo 3

Discussione dei Dati

3.1 Outcome

In questo lavoro di tesi abbiamo considerato la relazione tra *process* e *outcome research* in psicoterapia, con l'intento di approfondire gli aspetti di processo che conducono ad un cambiamento nel modello *ISTDP*, applicando delle misure operazionalizzate e basate sulla teoria del codice multiplo di Wilma Bucci. In questo modo abbiamo cercato di estendere i lavori di Bucci (2013, 2016), Mariani e De Coro (2013) relativamente al ruolo che le misure linguistiche ricoprono nel definire l'*outcome* delle psicoterapie. A questo proposito abbiamo considerato e studiato tutte le sedute appartenenti alla psicoterapia di una paziente, le quali sono state trascritte per poi ricavarne i corrispondenti indici linguistici di processo.

La nostra prima ipotesi era che vi fosse un miglioramento negli *outcome* della paziente dal tempo *T1* (pre terapia) al tempo *T2* (post terapia); in particolare l'ipotesi era che si rilevassero: *a)* una diminuzione dei valori nelle dimensioni di *SCL-90-R*, indice di un miglioramento nella sintomatologia e nei disturbi psicologici; *b)* una diminuzione dei valori nelle dimensioni di *IIP-32*, indice di un miglioramento delle difficoltà a livello interpersonale e relazionale; *c)* un aumento della misura linguistica *WRAD* nel corso della psicoterapia. Analizzando i dati raccolti, è emerso che la prima ipotesi è stata confermata in tutti e tre i suoi aspetti; infatti, abbiamo osservato come vi sia una chiara diminuzione di tutti gli indici, sia per quanto riguarda gli aspetti sintomatologici che per quanto riguarda le difficoltà esperite a livello interpersonale e relazionale. Più nel dettaglio, considerando i valori globali dei due strumenti diagnostici, essi sono interamente al di sotto del *cut off* patologico, ma soprattutto sono diminuiti rispetto ai valori pre terapia.

Analizzando nel dettaglio l'*IIP-32* osserviamo che i soli valori a subire un aumento, seppur in modo modesto, sono le dimensioni 'socialmente inibito', 'freddo/distante' e 'centrato su di sé'. Queste dimensioni sono accomunate da un tema: la distanza, sia fisica che emotiva, manifestata nei confronti dell'altro relazionale. Rimanendo tutte e tre le dimensioni, comunque, ben al di sotto del

cut off patologico si può ipotizzare che questo lieve aumento sia indice di un *outcome* terapeutico favorevole. In particolare, la paziente – che manifestava difficoltà nel valutare positivamente sé stessa, rivolgendosi contro affetti negativi quali rabbia (repressa) e delusione – è in grado, al termine del percorso, di accedere ad una dimensione più profonda del suo mondo interiore, divenendo maggiormente attenta nell’ascolto empatico dei propri vissuti e focalizzandosi altresì in maggior misura sui bisogni del sé. La dimensione ‘Intrusivo/bisognoso (di relazioni intime)’ è quella i cui valori subiscono la diminuzione più netta. Ciò è un probabile indice di cambiamento positivo della paziente, la quale ha sperimentato in terapia la possibilità di fidarsi di sé ed è maggiormente in grado di non imporre i propri bisogni e di rispettare i confini personali altrui (Alden et al., 1990). Infine, si osserva una netta diminuzione delle dimensioni ‘dominante/controllante’, ‘non assertivo’ e ‘eccessivamente accomodante’, le quali determinano un maggiore accesso ed espressione dei bisogni personali oltre che una migliore qualità nelle relazioni interpersonali

Dall’analisi della *SCL-90-R* si osserva che le valutazioni sintomatologiche sono tutte inferiori al *T2* rispetto che al *T1*. In particolare, la paziente si era presentata alla seduta di consultazione manifestando alti livelli di ansia che generavano attacchi di panico, somatizzazioni e sintomi ossessivo-compulsivi. Inoltre, dal test emergevano valori della dimensione ‘depressione’ superiori al *cut off*, anche se non si erano mostrati indici nelle narrazioni in seduta riguardo questo aspetto. Tuttavia, la totalità dei valori al termine della terapia si attestavano al di sotto del *cut off* patologico e i punteggi globali erano diminuiti più della metà. Possiamo inferire che questa diminuzione sia un effetto del cambiamento negli schemi emotivi della paziente, la quale è ora più consapevole delle situazioni e delle persone che le generano determinate emozioni e somato-sensazioni e sa quindi come gestire, in maniera più matura, questi aspetti del suo mondo interiore. Infatti, in accordo con la terapia *ISTDP*, una volta che le emozioni disadattive sono elaborate (e.g., per A. si trattava di: rabbia repressa o furiosa, senso di colpa per la rabbia manifestata e sentimenti ambivalenti verso le figure di attaccamento), i pazienti esperiscono una minor angoscia per le emozioni presenti poiché le emozioni passate – intense e complesse – sono meglio integrate, non evocano ansia o senso di minaccia e quindi non vengono costantemente riattivate (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). I pazienti

avvertono quindi meno ansia verso le proprie emozioni e hanno minor necessità di adottare strategie autodistruttive di evitamento emotivo, che comportano quindi una riduzione dei sintomi, un minor evitamento dell'intimità emotiva, una maggiore chiarezza riguardo ai propri bisogni, desideri e valori (Abbass et al., 2017).

Riguardo l'ipotesi c) è possibile asserire che l'aumento della misura linguistica *WRAD* nel corso della terapia sia un indice di maggiore connessione tra le rappresentazioni verbali e non verbali dello schema emotivo prima dissociato conducendo, in questo modo, ad una loro integrazione (Bucci, 2021).

I risultati emersi ci permettono di confermare, in linea con quanto teorizzato da Abbass (2012) che le terapie *ISTDP* comportano esiti favorevoli nei disturbi di panico, ossessivo-compulsivo ma anche in diverse condizioni somatiche. Inoltre, ottengono buoni risultati anche nei domini di disregolazione emotiva e Alessitimia. Altre due ricerche (Abbass et al., 2008a, 2008b) avvalorano i nostri dati, in quanto i risultati su varie condizioni cliniche differenti fanno emergere quanto questa terapia sia in grado di ridurre sia i sintomi clinici che i problemi interpersonali (valutati con *IIP-32*) rispetto a un gruppo di controllo non randomizzato che riceveva consulenze psichiatriche *standard* (Abbass et al., 2009).

3.2 Process

La nostra seconda ipotesi prevedeva la rilevazione di variazioni in alcuni indici di processo, nel corso di una psicoterapia *ISTDP*, misurabili attraverso la metodologia dell'attività referenziale messa a punto da Bucci. L'*ISTDP* si pone come obiettivo il rapido accesso agli affetti inconsci bloccati, sia a livello somatico che cognitivo (Abbass et al., 2013), aspetto questo che può essere letto applicando le lenti teoriche della *TCM* di Wilma Bucci.

In primo luogo, ciò che la *ISTDP* assimila nei termini di 'affetti inconsci bloccati', nella teoria di Bucci prende il nome di schema emotivo dissociato. In secondo luogo, per la *TCM* l'obiettivo primario della terapia è quello di creare delle nuove connessioni tra i diversi sistemi (subsimbolico e simbolici, non verbale e verbale) al fine di garantire un'integrazione dello schema emotivo dissociato. Questo processo si avvia mediante l'attivazione iniziale di un *arousal* emotivo, che prosegue poi nella fase di simbolizzazione (tramite l'immagine e la successiva verbalizzazione dell'emozione) e si conclude, infine, nella riflessione

e riorganizzazione dello schema, che comporta l'esplorazione dello schema stesso, la creazione di nuove connessioni e persino di nuovi schemi (Bucci, 2021a). Anche in Davanloo si possono identificare dei processi analoghi nel *process* terapeutico: la connessione crescente tra i diversi sistemi di elaborazione è definita dallo psicoanalista canadese "sblocco degli affetti inconsci bloccati"; l'arousal è rappresentato dall'"accesso a livello somatico" dello schema emotivo dissociato; mentre la fase di simbolizzazione corrisponde all'"accesso a livello cognitivo" dello schema dissociato. Infine, la fase di riflessione e rielaborazione può essere intesa come la ricapitolazione dettagliata delle esperienze del paziente e la confrontazione nel *qui e ora* con gli aspetti di transfert. Per ottenere questi successi la funzione del terapeuta è di sostanziale importanza nel modello *ISTDP*; infatti, in virtù della pressione incessante compiuta sulle difese del paziente si genera, primariamente, un'attivazione della componente viscerale dello schema emotivo. Ma è importante che il lavoro terapeutico non si limiti a questo aspetto proto-simbolico ma che produca anche un'intensa attivazione a livello cognitivo, che si manifesta sia con la verbalizzazione emotiva che nelle modalità di riflessione e riorganizzazione, aspetti che attestano una connessione compiuta nel processo referenziale.

Passiamo ora alla discussione della seconda ipotesi. Per quanto riguarda il punto a), nel quale si ipotizzavano valori positivi ed elevati della misura linguistica WRAD sin dalle prime sedute, i dati ottenuti confermano pienamente la prima sotto-ipotesi, in quanto si vede che i valori della misura linguistica WRAD si muovono nella direzione postulata. Questi dati ci permettono di dichiarare, in linea con le teorie di Bucci (2021a), che la paziente impiega fin dalle prime sedute (e dalla seconda in particolare) un linguaggio ad elevata attività referenziale e quindi vivido, specifico, pieno di immagini ed evocativo, fondamentale per la verbalizzazione degli aspetti sub-simbolici e non verbali dello schema emotivo dissociato. Ciò risulta particolarmente vero per le sedute 5 e 14. Entrambe le sessioni sono caratterizzate da narrative associate ad alcune tematiche relazionali che appaiono centrali nella paziente, come emerso nei dialoghi intercorsi dalla coppia terapeutica durante l'intero percorso *ISTDP*. In particolare, nella seduta 5 la paziente riferisce della predisposizione inconsapevole ad attribuire le caratteristiche positive agli altri e quelle negative al sé, indice di una evidente autosvalutazione. Oltre a ciò, emerge il tema della rabbia nei confronti

dell'altro, che la paziente immediatamente reprime e rivolge in delusione e frustrazione verso sé stessa. Vi è quindi una non congruenza tra ciò che A. sente e ciò che esprime, conducendo alla manifestazione di attacchi di panico e somatizzazioni. La seduta 14 è caratterizzata da narrative che specificano il ruolo che la seduzione acquisisce nella paziente come modalità difensiva per sopperire all'allontanamento o alla perdita (simbolica) dell'altro; inoltre, è emerso il tema della separazione, il quale ha avuto un ruolo centrale durante l'intera terapia. In accordo con la letteratura i picchi più alti di *RA* hanno spesso a che fare con le sedute nelle quali vengono trattati temi centrali della paziente (Williams et al., 2005).

La prima seduta è caratterizzata dall'indice *RA* più basso, aspetto normale in una condizione quale la non conoscenza iniziale tra i soggetti della coppia terapeutica, che può anche determinare la presenza di momenti di difficoltà e disagio per la paziente. Inoltre, la prima seduta è caratterizzata da continui scambi intensivi che non consentono un'adeguata verbalizzazione emotiva, espressa negli indici di *RA* (De Coro & Mariani, 2017). Emerge fin da subito la difficoltà di A. ad esplorare le proprie emozioni; infatti, il terapeuta è molto incalzante nei suoi confronti ma lei si sente incapace nell'esplicitazione di ciò che sente e di ciò che prova, riferendolo a più riprese. La seduta 8 si contraddistingue per un improvviso picco negativo, in contrapposizione ad una stabilità che qualificava le sessioni precedenti. Dall'analisi delle narrative si evidenzia una comunicazione di tipo emotivo (Bucci 2001, 2013), il cui nucleo affettivo è comunicato principalmente a livello corporeo e motorio attraverso modalità proprie degli aspetti sub-simbolici. In particolare, il terapeuta si concentra sulla consapevolezza delle sensazioni viscerali che attraversano la paziente, come si evince anche dagli alti valori dell'indice 'senso-somatica', tra i più alti se si considerano le 15 sedute. Per questo motivo possiamo attenderci valori di *RA* minori, in accordo con la letteratura (Bucci, 2021a). La sfida per la comunicazione verbale dell'emozione, infatti, è proprio quella di trasportare i processi subsimbolici corporei e sensoriali del nucleo affettivo realizzati nel loro formato continuo-analogico, negli elementi discreti e nella capacità unica del codice simbolico verbale. Ancora, è interessante notare come l'andamento di *RA* tra paziente e terapeuta sia sincronizzato quasi fin da subito; nello specifico, il terapeuta mantiene nelle prime 11 sedute una *RA* più alta rispetto al paziente,

ma l'andamento della coppia terapeutica è lineare. Nelle sedute finali aumenta la *RA* del paziente e diminuisce quella del terapeuta. Ciò appare come una implicita comunicazione del terapeuta che riconosce il lavoro importante svolto dalla coppia analitica, il quale ha condotto a nuove consapevolezze nella paziente e a nuove connessioni nello schema emotivo prima dissociato, limitando così la necessità di verbalizzazione da parte del terapeuta.

Infine, i valori di *RA* quasi sempre più elevati nel terapeuta possono trovare risposta nella particolare funzione che egli adempie. Infatti, possiamo assumere che il terapeuta goda di un vantaggio nel dizionario simbolico (non necessariamente verbale), di un maggior numero di categorie emozionali simbolizzate con cui identificare ciò che sta accadendo (ovvero più schemi e significati), oltre che una mobilità flessibile tra stati del sé, che consente di trovare diverse parti di sé che sono genuine ma determinate dal contesto (Bucci, 2001).

Per quanto riguarda il punto *b*), nel quale si ipotizzavano valori positivi ed elevati della misura linguistica *Ref* sin dalle prime sedute, i dati ottenuti confermano questa seconda sotto-ipotesi, in quanto si può vedere che la misura *Reflection* si muove come postulato. Questa misura è compresa come un indicatore di regolazione emotiva, e in alcuni casi di allontanamento o addirittura di evitamento di tale esperienza, in relazione ai processi di intellettualizzazione (Bucci & Maskit, 2007; Bucci, Maskit & Hoffman, 2012). In accordo con quanto evidenziato dalla letteratura – e dall'ascolto delle narrative della paziente – i valori più elevati nelle prime sedute sembrano esser coinvolti con uno stile intellettualizzante della stessa. La paziente tenta di difendersi dagli affetti emergenti dello schema emotivo dissociato, il quale è attivato nella relazione terapeutica ed emerge come "protosimbolo" (Bucci, 2002). I valori più alti si rilevano alla seduta 8. In questa seduta la paziente riferisce di sentire uno scollamento tra quello che sente e le modalità in cui lo esprime, per paura del giudizio. Se da un lato questo comportamento può intendersi come una modalità difensiva, dall'altra parte viene riconosciuta la nuova capacità di riflessione e riorganizzazione su alcuni aspetti di vita, riconoscendo relazioni tra gli eventi o distinzioni tra loro che non erano state precedentemente identificate (Bucci, 2021a). Entrambi gli aspetti, sia di evitamento che di riflessione, possono rappresentare la causa dei valori elevati durante questa sessione. Dopodiché i punteggi si attestano su valori più bassi (dalla seduta 10 alla 15), probabilmente

perché la paziente fornisce delle riflessioni aventi valore di modulazione emotiva, ma senza integrare gli aspetti più difensivi e di intellettualizzazione propri delle sedute antecedenti. Potremmo quindi ipotizzare che, dalla decima seduta, la paziente abbia compiuto un'integrazione, parziale o *in toto*, degli schemi emotivi dissociati.

I valori accorpati della paziente e del terapeuta indicano una correlazione lineare fino alla seduta 10, dopo la quale vi è un pattern crescente nei valori del terapeuta. Dall'analisi delle narrative in seduta emergono interventi interpretativi più frequenti, in particolare di tipo genetico e di *transfert*, nel *qui e ora*. Questi interventi interpretativi hanno la capacità di integrare nuove informazioni emotive negli schemi di memoria e nei sistemi emotivi (Bucci, 2011).

Per quanto concerne il punto c), nel quale si ipotizzavano valori positivi ed elevati della misura linguistica *WRRL* sin dalle prime sedute, i dati ottenuti confermano la terza sotto-ipotesi, poiché si può notare come la misura *WRRL* si muove nella direzione postulata. Di questa variabile i valori più elevati si osservano nelle sedute 6 e 11; le stesse sono caratterizzate da un tema comune, ossia la richiesta del terapeuta di indicare gli aspetti positivi e negativi del percorso terapeutico fino a quel momento svolto. In queste sessioni si verifica un'esplorazione e una comprensione dei significati emotivi dell'esperienza attivata in un modo nuovo, attraverso la funzione *R/R* (Bucci, 2021a). La paziente sembra essere in grado di allontanarsi dall'esperienza emotivamente complessa e percepirla da una prospettiva differente, contribuendo così alla trasformazione dello schema. Anche il terapeuta, in queste sedute, si caratterizza per punteggi molto elevati; ciò si può intendere come un indice che segnala che anche lui si impegna, insieme a chi sta parlando, nel processo di riorganizzazione, come indicato in letteratura (Bucci, 2021a). La seduta 13 è, all'opposto, quella con i valori più bassi nel terapeuta, e non vi è una sincronizzazione nei valori della coppia terapeutica. In questa seduta affiorano delle nuove consapevolezze molto importanti per la paziente, la quale appare molto più autonoma nella gestione delle relazioni. Questo aspetto viene evidenziato anche in sessione e sembra poter determinare un punto di svolta nel lavoro terapeutico, ovvero la nuova consapevolezza di A. di una maggiore fiducia ottenuta, oltre che un'indipendenza del sé ora conquistata. Nello specifico, le ultime 3 sedute hanno valori di *WRRL* più alti nella paziente rispetto al terapeuta, indice di un miglioramento della

funzione riflessiva e di uno sviluppo nelle capacità di mentalizzazione (Gabbard, 2018), anche come esito delle interpretazioni consistenti del terapeuta. Una migliore capacità di mentalizzare permette ai pazienti di comprendere come i loro comportamenti non siano casuali, ma vengano piuttosto generati da sentimenti, credenze, conflitti e motivazioni (Benjamin, 1990), determinando lo sviluppo di un nuovo modo di pensare alle proprie esperienze.

Per quanto riguarda la misura linguistica della covarianza *Iref_Iwrad*, la nostra ipotesi era che vi fossero valori negativi ed elevati sin dalle prime sedute. I dati ottenuti confermano il punto *d*) della quarta sotto-ipotesi poiché si può notare come la misura di covarianza si muova nella direzione postulata. Si tratta di una misura molto importante, in quanto si riferisce a due momenti fondamentali nel processo terapeutico: la simbolizzazione e la riorganizzazione degli schemi emotivi dissociati (Mariani & De Coro, 2013). Durante l'andamento terapeutico vi è una buona evoluzione di questo indice, e si osservano valori pressoché negativi durante le sedute; in particolare, vi è una covarianza negativa più alta dalla seduta 9 fino alla 15; la coppia analitica è in grado di garantire una qualità dell'elaborazione terapeutica sempre maggiore. Ciò comporta una simbolizzazione degli schemi prima dissociati, oltre che una loro riorganizzazione (Mariani & De Coro, 2013). All'opposto una covarianza positiva sarebbe stata un indicatore di inadeguata simbolizzazione, una modalità difensiva di riflettere sulle immagini e sulle verbalizzazioni emergenti, razionalizzando e intellettualizzando gli affetti emergenti.

Il grafico mostra valori prossimi allo 0 nella paziente alla seduta 7. Analizzando le narrative emerse in seduta il focus è incentrato interamente sulla malattia del nonno, che ha iniziato, da qualche tempo, a svolgere non più cure attive ma di "sola" palliazione. Anche nel momento in cui vi è la verbalizzazione dell'emozione, questo sembra vincolato ad aspetti riflessivi che subito invadono le narrazioni di A. Il nonno è una figura molto importante per la paziente e presumibilmente, in questa fase del percorso, nega l'idea di poterlo lasciare. Impiega quindi la verbalizzazione emotiva come aspetto di difesa, razionalizzando le emozioni esperite mediante la riflessione. Nei momenti finali di questa seduta è interessante notare come la paziente dica di sentirsi disconnessa nel modo di parlare, come a comunicare lei stessa al terapeuta una non connessione temporanea tra le varie fasi del processo referenziale.

Comparando le diverse misure linguistiche è possibile produrre delle interessanti inferenze sulle relazioni intercorrenti tra di loro. Innanzitutto, osserviamo le relazioni esistenti tra il dizionario *WRAD* e gli indici delle disfluenze. In particolare, laddove l'attività referenziale presenta dei picchi positivi (seduta 5 e 14), le disfluenze raggiungono, per quelle sedute, i valori più negativi, indicando quindi una relazione inversamente proporzionale. Inoltre, l'andamento medio delle disfluenze è in decrescita dall'inizio alla fine della terapia, in opposizione all'aumento dell'attività referenziale. Infine, si notano valori più bassi di disfluenze e più alti di *RA* nel terapeuta rispetto alla paziente, tranne nelle ultime sedute, in cui si osserva, anche dai grafici, un'inversione di tendenza. Il dizionario delle disfluenze è il più vicino al sistema sub-simbolico e rappresenta la fase di *arousal* all'interno del processo referenziale (Mariani & De Coro, 2013). È quindi un indice antecedente rispetto a *RA*, che si riferisce invece alla fase della simbolizzazione; le disfluenze si manifestano durante la fase iniziale dell'attivazione di uno schema emotivo o in momenti di confusione e dissociazione (Bucci, 2021b; Mariani et al., 2013; Maskit, 2021).

Questa terapia, in accordo con Abbass, Town e Driessen (2012), si concentra molto sulle sensazioni somatiche. I blocchi emotivi infatti – soprattutto la rabbia repressa e il senso di colpa – sono in grado di generare manifestazioni fisiche e somatizzazioni. Osservando il grafico relativo alla media senso-somatica (*MISenS*) i valori sono molto elevati fino alla seduta 9 e poi diminuiscono progressivamente, riscontrando valori ancora più bassi nel terapeuta rispetto al paziente. Se valutati assieme al grafico riguardante le disfluenze, si nota anche in questo caso un pattern discendente nel corso del trattamento. La prima inferenza che possiamo produrre è che il terapeuta, nella parte finale della terapia, lavora in modo minore sugli aspetti sub-simbolici. Un'ipotesi potrebbe essere che non c'è necessità di attivare lo schema emotivo dissociato in quanto, durante le sedute precedenti, è stato svolto un lavoro di sblocco degli affetti inconsci bloccati e quindi di simbolizzazione e riorganizzazione dello schema.

Un altro indice che si può valutare è quello degli affetti e in particolare: affetti positivi, affetti negativi e affetti totali. Osservando i grafici notiamo dei valori molto elevati di affetti totali sin dall'inizio della terapia. La peculiarità delle narrative che contraddistinguono l'intero percorso è l'esplicito focus sulle parole che descrivono le emozioni, stimolato dalla tecnica tipica di questo trattamento a breve termine

(Mariani & De Coro, 2013). Anche se non è possibile affermare che nominare gli affetti e riconoscere le emozioni sia un elemento terapeutico di per sé per ogni paziente (Bucci & Maskit, 2007), in questo particolare orientamento si tende a muoversi in questo senso. Per il medesimo motivo vi sono valori piuttosto elevati sia per quanto riguarda gli affetti positivi, che per quanto riguarda gli affetti negativi. In accordo con la letteratura (Bucci, 2021a) i valori dei primi conseguono una tendenza positiva nel corso della terapia, mentre i secondi subiscono una diminuzione. Ciò è un indice del buon andamento terapeutico.

Infine, Kingsley (2009) ha individuato specifici modelli di misure linguistiche che differenziano le fasi di *arousal*, simbolizzazione e riorganizzazione nel processo di terapia:

- la fase di eccitazione è contraddistinta da un'elevata disfluenza, un'elevata affettività totale e una bassa Attività Referenziale;
- la fase di simbolizzazione è caratterizzata da un'alta Attività Referenziale, bassa Riflessione, bassa Disfluenza;
- la fase di riorganizzazione è caratterizzata da una alta Riflessione, bassa Attività Referenziale e alta Affettività.

Con i dati a nostra disposizione non è stato possibile comprendere se questo modello emerga nell'intero trattamento, o se sia possibile dividere le sedute in blocchi o *cluster* per le fasi emergenti. È stato però possibile valutare che, analizzando le sessioni della paziente, la prima fase (*arousal*) emerge soprattutto nella seduta 1. Dai grafici, infatti, si osserva un andamento caratterizzato da elevata disfluenza, valori intermedi di affettività totale e valori bassi di *RA* all'interno di questa seduta. La seconda fase, della simbolizzazione, emerge in modo chiaro durante la sessione 5; si osservano infatti alti valori di *RA* associati a bassi valori degli indici di riflessione e disfluenza. Infine, la fase della riorganizzazione si esplicita soprattutto in seduta 8. Essa è, infatti, caratterizzata da alta riflessione, bassa *RA* e alta affettività.

Analizzando questo pattern, possiamo osservare come le tre fasi siano distribuite in modo lineare durante il percorso terapeutico, dagli aspetti sub-simbolici dello schema emotivo, alla loro simbolizzazione e verbalizzazione, sino ad una riorganizzazione. Infine, associando i dati emersi alle narrazioni della paziente si nota come il cambiamento terapeutico probabilmente sia avvenuto principalmente durante le prime dodici sessioni, per poi dare spazio alla

conclusione del trattamento. Questo aspetto causava molta inquietudine nella paziente – dal momento che la separazione è stato uno dei temi centrali durante l'intero percorso terapeutico – e ha necessitato di un tempo appropriato affinché fosse elaborato.

In conclusione, osserviamo come il processo di riflessione e riorganizzazione è spesso orientato dal terapeuta, nonostante la paziente giochi un ruolo attivo su questo aspetto. In ogni caso, essa non viene mai lasciata sola nella sua riorganizzazione dei contenuti, ma è guidata dal terapeuta, che gestisce il processo di comprensione. Questo fenomeno differisce dai trattamenti dinamici a lungo termine, dove le interazioni del terapeuta tendono a seguire il processo di riorganizzazione, che è portato avanti dal paziente. (Bucci & Maskit, 2007; Mariani, Maskit, Bucci, & De Coro, 2013).

Capitolo 4

Conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo analizzato un trattamento clinico condotto con il modello *ISTDP*.

In primo luogo, è stato osservato un miglioramento negli *outcome* della paziente, sia per quanto riguarda i sintomi manifestati, che per quanto concerne le difficoltà esperite nei rapporti interpersonali.

In secondo luogo, abbiamo voluto indagare gli aspetti di processo che hanno accompagnato il cambiamento nella diade terapeutica. Per ottenere questo risultato è stata impiegata la teoria del codice multiplo di Wilma Bucci e, in particolare, le misure linguistiche che ne sono state ricavate. All'interno delle due teorie esaminate infatti – *TCM* e *ISTDP* – sono emersi confini condivisi, evidenziando una corrispondenza di concetti tra di esse. L'applicazione delle misure linguistiche alla coppia analitica ha prodotto risultati interessanti. Poiché l'*ISTDP* è un modello terapeutico "intensivo" e breve, era attesa l'attivazione di alcuni indici di processo sin dalle prime sedute. Questa attivazione ha permesso una simbolizzazione delle esperienze della paziente, conducendo ad un'integrazione tra le diverse modalità del pensiero attraverso il processo referenziale. I fenomeni descritti hanno avuto come esito un cambiamento degli schemi cognitivo-affettivi e dei modelli di interazione interpersonale.

Sebbene numerosi studi abbiano analizzato gli *outcome* nel modello *ISTDP*, un aspetto innovativo è stato proprio quello di comprensione degli elementi che conducono ad uno specifico cambiamento terapeutico. L'analisi dei processi ha permesso di ottenere una descrizione dell'intero *process* ed estrarre dati significativi – sia qualitativamente che quantitativamente – riguardanti lo scambio linguistico nella coppia. In questo modo, è stato possibile individuare le fasi del trattamento che si sviluppavano tra paziente e terapeuta in ogni momento, permettendo di valutare se la terapia avesse raggiunto l'impatto desiderato o meno. Questa ricerca conferma anche la validità della metodologia dell'attività referenziale di Bucci, indicando che gli aspetti verbali anche non strettamente vincolati al significato delle parole, quali quelli rilevati da *IDAAP*, possono essere estremamente importanti nella descrizione del processo, contribuendo a descrivere ciò che la letteratura definisce come "clima relazionale". Quindi, lo studio dei micro processi terapeutici mediante le misure linguistiche ci permette

di evidenziare le caratteristiche uniche di questo scambio, tra un paziente specifico e il suo terapeuta, individuando gli elementi che hanno facilitato i cambiamenti.

Il limite principale di questa ricerca risiede nella limitata generalizzabilità dei risultati, poiché lo studio è stato condotto su un unico partecipante. Questo fattore riduce quindi la capacità di estendere le conclusioni a una popolazione più ampia. Un ulteriore limite è l'assenza di una misura di valutazione della personalità, come la *SWAP-200*, che avrebbe permesso di esaminare i cambiamenti strutturali nella personalità dei partecipanti durante lo studio. Infine, per quanto concerne la videoregistrazione delle sedute, si può riprendere la storica controversia su quanto questa possa condizionare il comportamento sia del terapeuta che del paziente, dal momento che alcuni studi hanno notato che il clinico potrebbe prestare meno attenzione al cliente durante le sedute registrate, mentre i pazienti si sentirebbero più inclini a presentarsi mediante una versione più favorevole di sé stessi (Roberts & Renzaglia, 1965). Inoltre, il semplice atto della registrazione può far sentire i terapeuti sotto osservazione, influenzando il modo in cui conducono le sedute (Carmichael, 1966).

Per quanto riguarda le nuove direzioni per future prospettive di ricerca, sarebbe opportuno replicare questo studio coinvolgendo un campione più ampio di soggetti. Una riproduzione diretta e sistematica tra diversi partecipanti potrebbe escludere la presenza di fattori non controllanti, contribuendo così ad aumentare la validità esterna delle conclusioni. I dati ottenuti applicando le misure linguistiche a qualsiasi altro caso singolo possono differire dagli esiti dello studio attuale, ma possono essere interessanti per formulare considerazioni teoriche sul funzionamento dello scambio clinico. Inoltre, sarebbe interessante ampliare le misure utilizzate, includendo anche altre misure di processo, ad esempio l'analisi del *CCRT* (Tema Conflittuale Relazionale Centrale), operazionalizzazione del transfert, misure del controtransfert e per l'analisi dell'alleanza nei termini di rotture e riparazioni della stessa.

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. (2004).

Small group videotape training for psychotherapy skills development. *Academic Psychiatry*, 28(June), 151-155.

ABBASS A. (2015)

“Reaching through Resistance, advanced psychotherapy techniques”, *Seven leaves pres.*

ABBASS, A., SHELDON, A., GYRA, J., & KALPIN, A. (2008A).

Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 196 (3), 211-216.

ABBASS, A. A., JOFFRES, M. R., & OGRONICZUK, J. S. (2008B).

A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8 (2), 164.

ABBASS, A., KISELY, S., & KROENKE, K. (2009).

Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(5), 265-274.

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*, Mar-Apr, 20(2), 97-108.

ABBASS, A. A., RABUNG, S., LEICHSENRING, F., REFSETH, J. S., & MIDGLEY, N. (2013).

Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875.

ABBASS, A., KISELY, S., RASIC, D., & KATZMAN, J. W. (2013A).

Residency training in intensive short-term dynamic psychotherapy:

Methods and cost-effectiveness. *Psychiatric Annals*, 43(11), 508-512.

ABBASS, A., TOWN, J. M., & DRIESSEN, E. (2013B).

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.

ABBASS, A. A., KISELY, S. R., TOWN, J. M., LEICHSENRING, F., DRIESSEN, E., DE MAAT, S., GERBER, A., DEKKER, J., RABUNG, S., RUSALOVSKA, S., & CROWE, E. (2014).

Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7.

ABBASS, A., TOWN, J., OGRODNICZUK, J., JOFFRES, M., & LILLIENGREN, P. (2017).

Intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy: Effectiveness and role of “unlocking the unconscious”. *The Journal of nervous and mental disease*, 205 (6), 453-457.

ALDEN, L. E., WIGGINS, J. S., & PINCUS, A. L. (1990).

Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55 (3-4), 521-536.

ARCELUS, J., WHIGHT, D., BREWIN, N., AND MCGRAIN, L. (2012).

A brief form of interpersonal psychotherapy for adult patients with bulimic disorders: a pilot study. *European Eating Disorders Review*, 20, 326-330.

ARRINDELL, W. A., BARELDS, D. P., JANSSEN, I. C., BUWALDA, F. M., & VAN DER ENDE, J. (2006).

Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peripartum pelvic pain (PPPP) syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 377-391.

BEEBE, B., & LACHMANN, F.M. (2002).

Infant research e trattamento degli adulti. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2003.

BENJAMIN, J. (1990).

An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic psychology*, 7 (S), 33.

BONFANTI, A. A., CAMPANELLI, L., CILIBERTI, A., GOLIA, G., & PAPINI, S. P. (2008).
Speech Disfluency in spoken language: The Italian computerized dictionary (I-Df) and its application on a single case. In SPR International Meeting, Barcelona, Spain.

BUCCI, W. (1984).
Linking words and things: Basic processes and individual variation. *Cognition*, 17 (2), 137-153.

BUCCI, W. (1985).
Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 3, 571-607.

BUCCI, W. (1997).
Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory. New York: The Guilford Press.

BUCCI, W. (2000)
The need for a "psychoanalytic psychology" in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), 203-224.

BUCCI, W. (2001).
"Pathways of emotional communication". In *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 40-70.

BUCCI, W. (2002).
The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic inquiry*, 22 (5), 766-793.

BUCCI, W. (2003).
"Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of William". In *Psychoanalytic Psychology*, 20, 3, pp. 542-557.

BUCCI, W. (2011).
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. (2013).

The referential process as a common factor across treatment modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16 (1), 16-23.

BUCCI, W. (2016).

Divide and multiply: A multi-dimensional view of dissociative processes. In *The Dissociative Mind in Psychoanalysis* (pp. 187-199). Routledge.

BUCCI, W. (2021A).

Comunicazione emotive e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo. In W.F. Cornell (Eds.). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

BUCCI, W. (2021B).

Overview of the referential process: The operation of language within and between people. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 3-15.

BUCCI, W., & FREEDMAN, N. (1978).

Language and hand: the dimension of referential competence. *Journal of Personality*, 46 (4), 594-622.

BUCCI, W., & KABASAKALIAN-MCKAY, R. (1992).

"Scoring referential activity. Instructions for use with transcripts of spoken narrative texts". Tr. It. In De Coro, A., Caviglia, G., (Eds.), *La valutazione dell'attività referenziale*. Roma (2000): Kappa.

BUCCI, W., & MAKSIT, B. (2005)

"Building a weighted dictionary for Referential Activity". In Qu, Y., Shanahan, J.G., Wiebe, J. (eds). *Computing Attitude and Affect in Text*. Springer, Dodrecht, The Netherlands.

BUCCI, W., & MASKIT, B. (2006).

A weighted referential activity dictionary. *Computing attitude and affect in text: Theory and applications*, 49-60.

BUCCI, W., & MAKSIT, B. (2007).

Beneath the Surface of the Therapeutic Interaction: the Psychoanalytic Method in Modern Dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1355-1397.

- BUCCI, W., MASKIT, B., & HOFFMAN, L. (2012).
Objective measures of subjective experience: The use of therapist notes in process-outcome research. *Psychodynamic psychiatry*, 40 (2), 303-340.
- CAMPBELL, D.T., FISKE, D.W. (1959)
"Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix".
In *Psychological Bulletin*, 56, pp. 81-105.
- CARMICHAEL, H.T. (1966).
"Sound-film recording of psychoanalytic therapy: a therapist's experiences and reactions". In L.A. Gottschalk, & A.H. Auerbach (Eds.) *Methods of research in psychotherapy*, Appleton, Century-Crofts, New York, pp. 50-59.
- CHASSAN, B. (1980)
Halsted Press: New York. 1979. *Psychological Medicine*, 10(4), 806-806.
- DAHL, H. (1988).
"Frames of mind". In Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (eds). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag.
- DAHL, H., KÄCHELE, H., THOMÄ, H. (1988).
Psychoanalytic Process Research Strategies. New York: Springer-Verlag.
- DAVANLOO, H. (1978)
Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy. SP Medical & Scientific Books, New York.
- DAVANLOO, H. (1979)
Techniques of short-term dynamic psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, pp. 11-22
- DAVANLOO, H. (1980)
Short-Term Dynamic Psychotherapy. Jason Aronson, New York.
- DAVANLOO, H. (1990).
Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo. Toronto: John Wiley and Sons.
- DAVISON, G., & LAZARUS, A. (1994)
"Clinical Innovation and Evaluation". In *Clinical Psychoanalysis: Science and Practice*, 1, pp. 157-167.

- DAZZI, N., LINGIARDI V. & COLLI A. (2017).
La ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *Introduzione* (pp. XXVII-XXXIV). Azzate (Varese): Raffaello Cortina Editore.
- DE CORO, A., TAGINI, A., ANDREASSI, S., PAZZAGLI, C. (2002).
"Il processo primario e la ricerca empirica: una nota sul modello di Wilma Bucci per lo studio della psicoterapia psicoanalitica". In *Rassegna di Psicologia*, 19, 2, pp. 73-90.
- DE CORO, A., ANDREASSI, S., MARIANI, R., IBERNI, E., CRISAFULLI, V., & MATARRESE, A. (2010).
La valutazione degli esiti e del processo nelle psicoterapie offerte dai Centri di Salute Mentale e da un Centro di Psicologia clinica universitario. *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 2 (13), 125-146.
- DE CORO, A., & MARIANI, R. (2017).
La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *L'attività referenziale. Un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica* (pp. 437-461). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DEROGATIS, L. R., & LAZARUS, L. (1994).
SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Eds.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217-248). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- DEROGATIS, L. R., & SAVITZ, K. L. (1999).
The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales.
- DI PELLEGRINO, G., FADIGA L., FOGASSI, L., GALLESE, V., & RIZZOLATTI, G. (1992).
Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91, 176-180.
- DUBÉ, E., & BUCCI, W. (2007).
The referential function: Psychometric properties and psychological correlates.
- DURLANK, J.A. (1999).
Meta analytic research methods. In P.C. Kendall, J. Butcher, G. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley and Sons: New York.

- EYSENCK, H.J. (1952).
The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FISHER, R. A., & F. YATES
Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research. 6th Ed.
Oliver & Boyd, Edinburgh and London 1963. X, 146.
- FLEGENHEIMER, W., V. (1986)
Psicoterapia breve. Teorie e tecniche di trattamento. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- FONAGY, P., & MORAN, G. (1993).
Selecting single case research designs for clinicians
In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.),
Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 62–95). Basic Books.
- FONAGY, P., TARGET, M., COTTRELL, D., PHILIPPS, J., KURTZ, Z. (2002)
What Works for Whom? A critical Review of Treatments for Children and Adolescents. Guilford Press, New York.
- FONAGY, P. (2002)
An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. 2nd ed.
International Psychoanalytic Association, NY.
- FREUD, S. (1905).
Fragment of an analysis of a case of hysteria. S.E., 7, 7-122.
- FREUD, S. (1909A).
Analysis of a phobia in a five-year-old boy. S.E., 10, 5-149.
- FREUD, S. (1909B).
Notes upon a case of obsessional neurosis. S.E., 10, 155-318.
- FREUD, S. (1913-1914).
Nuovi Consigli sulla tecnica della psicoanalisi. In S. Freud (Eds.), *Inizio del Trattamento* (pp. 4-25). Torini: Bollati Boringhieri.
- GABBARD, G. O. (2018).
Preserving the person in contemporary psychiatry. *Psychiatric Clinics*, 41 (2), 183-191.

GRISSOM, R.J. (1996).

"The magical number .7+-2: Meta meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo and control". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 973-982.

GROSSE HOLTFOORTH, M., ALTENSTEIN, D., KRIEGER, T., FLÜCKIGER, C., WRIGHT, A. G., & CASPAR, F. (2014).

Interpersonal differentiation within depression diagnosis: Relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 24 (4), 429-441.

GRUNBAÜM, A. (1986).

The placebo concept in medicine and psychiatry. *Psychological Medicine*, 16, 19-38.

HAAGA, D. A. F., & STILES, W. B. (2000).

Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 14–39). John Wiley & Sons, Inc.

HAGGERTY, G., HILSENROTH, M. J., AND VALA-STEWART, R. (2009).

Attachment and interpersonal distress: examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 1-9.

HARTMANN, A., ZEECK, A., & BARRETT, M. S. (2010).

Interpersonal problems in eating disorders. *International journal of eating disorders*, 43 (7), 619-627.

HILSENROTH, M. J., MENAKER, J., PETERS, E. J., & PINCUS, A. L. (2007).

Assessment of borderline pathology using the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex scales (IIP-C): a comparison of clinical samples. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 14, 365-376.

HOROWITZ, L. M., ALDEN, L. E., WIGGINS, J. S., & PINCUS, A. L. (2000).

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32/IIP-64). London: Psychological Corporation.

KAZDIN, A. E. (2002)

“Overview of research design issues in clinical psychology”. In P.C. Kendall, J. Butcher, G. Holmbeck, (Eds.). *Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.

KIESLER, D. J. (1996)

Contemporary Interpersonal Theory and Research. John Wiley and Sons, New York.

KINGSLEY, G. (2009).

The clinical validation of measures of the Referential Process. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University, Derner Institute of Advanced Psychological Studies. ProQuest Dissertations and Theses.

LAMBERT, M.J. (2004)

Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, 5 ed. New York: John Wiley and Sons.

LAMBERT, M.J. (2013).

Bergin and Gardfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. In M.J. Lambert (Eds.), *Introduction and Historical Overview* (pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

LEDoux, J.E. (1989).

“Cognitive-emotional interactions in the brain”. In *Cognition and Emotion*, 3, 4, pp. 267-289.

LICHTENBERG, J. C. (1989).

Psicoanalisi e sistemi motivazionali. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1995.

LILLIENGREN, P., JOHANSSON, R., LINDQVIST, K., MECHLER, J., & ANDERSSON,

G. (2016).

Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 53, 90-104.

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., & FONTANA, A. (2003)
 La ricerca single-case: valutazioni e obiettivi. In *Ricerca in Psicoterapia*, 6,3, pp.117-134
- LIPSEY, M.W & WILSON, D.B. (1993).
 The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis". In *American Psychologist*, 48, 1181-120.
- 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. (1992).
 Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica: i fattori curativi e la formazione per incrementarli. Tr. It in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI,3, 43-56.
- LUBORSKY, L., CRABTREE, L., CURTIS, L., RUFF, G., & MINTZ, J. (1975).
 The concept 'space' of trasference for eight psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 48, 1-6.
- MALAN D.H. (1979).
 "Individual psychotherapy and the science of psychodynamics", Oxford, Butterworth-Heinemann.
- MARIANI, R., & DE CORO, A (2009).
 Il dizionario delle parole riflessive (I-REF): una misura linguistica nello studio del processo referenziale su tre casi singoli. *Quaderni*, 6, 25-35.
- MARIANI, R., & DE CORO, A (2013).
 Study of a Short-term Treatment by Referential Activity Linguistic Measures. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16 (1), 42-53.
- 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. (2011).
DAAP Math I: Word count base.

- MASKIT, B. (2012).
Kleinian groups. Springer Science & Business Media.
- MASKIT, B. (2021).
Overview of computer measures of the referential process. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 29-49.
- MASKIT, B., & MURPHY, S. (2011).
The discourse attributes analysis program. The Referential Process.
- MASKIT, B., BUCCI, W., & MURPHY, S. (2012).
Computerized language measures. The Referential Process.
- MCEVOY, P. M., BURGESS, M. M., PAGE, A. C., NATHAN, P., & FURLAND, A. (2013).
Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: a transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 129-147
- MC WILLIAMS, N. (1999).
Psychoanalytic Case Formulation. Guilford Press Inc. (Tr. It. *Il Colloquio Clinico*. Milano: Franco Angeli).
- MERGENTHALER E., FRENI S., GIAMPIERI E., & FERRARI R. (1998).
Regole standardizzate di trascrizione delle sedute di psicoterapia, in *Ricerca in Psicoterapia*, 1, pp. 29-46.
- MERGENTHALER, E., & BUCCI, W. (1999).
Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72 (3), 339-354.
- MIGONE, P. (1996).
La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di ricerca, stato attuale degli studi sul risultato e processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXIII, 4, 219-232
- MIGONE, P. (2003).
Evidenze empiriche nella psicoterapia dei disturbi di personalità. *Ricerca in psicoterapia*, 6, 1/2, 81-97.
- MITCHELL, S.A. (2000).
Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività. Tr. It. Raffaello cortina, Milano, 2002.

NEGRI, A. A. M., ESPOSITO, G., MARIANI, R., SAVARESE, L., BELOTTI, L., SQUITIERI, B., & BUCCI, W. (2018).

The Italian weighted reflection and reorganization list (I-WRRL): A new linguistic measure detecting the third phase of the referential process. *Research in psychotherapy*, 21(Suppl. 1), 5-6.

NEGRI, A., ANDREOLI, G., BARAZZETTI, A., ZAMIN, C., & CHRISTIAN, C. (2020).

Linguistic markers of the emotion elaboration surrounding the confinement period in the Italian epicenter of COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*, 2464.

OLSEN, L. R., MORTENSEN, E. L., & BECH, P. (2004).

The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (3), 225-229.

ORLINSKY, D.E., & RUSSELL, R.L. (1994).

Reassessing Psychotherapy Research. New York: Guilford.

OSIMO F. (2001)

“Parole, emozioni e videotape. Manuale di Psicoterapia Breve Dinamico- Esperienziale (PBD-E), Franco Angeli edizioni.

OSIMO F., STEIN M. (2012)

“Theory and practice of Experiential Dynamic Psychotherapy”, Karnak books.

PAIVIO, A. (1986)

Mental Representation: A Dual Coding Approach. New York: Oxford University Press.

PARLOFF, M.B. (1985).

Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia. Tr. It. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXII, 1988, 3, 9-39.

PESSOA, L. (2008).

On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 148-158.

PETTY, S. C., SACHS-ERICSSON, N., & JOINER, T. E. (2004).

Interpersonal functioning deficits: temporary or stable characteristics of depressed individuals? *Journal of Affecting Disorder*, 81, 115-122.

PHELPS, E.A. (2006).

Emotion and cognition: Insights from studies of the human amygdala. *Annual Review of Psychology*, 57, 27-53.

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., 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.

RIVOLTA, L., MARIANI, R., & TAGINI, A. (2009).

The Italian Reflection (I-REF) and Affect (I-AFF) dictionaries as measures of mental functioning. *In Book of Abstracts: SPR European Chapter Annual Meeting*.

ROBERTS JR, R. R., & RENZAGLIA, G. A. (1965).

The influence of tape recording on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 12 (1), 10.

ROCCO, D. (2003).

Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) di Luborsky nel processo psicoterapeutico: analisi dei risultati - analisi del processo – conduzione del colloquio. In D. Rocco, & V. Calvo (Eds.). *Il colloquio psicologico: modelli clinici e tecniche di analisi* (pp. 95-114). Padova: Upsel.

ROCCO, D., GENNARO, A., DE BEI, F., ZANELLI, D., & CONDINO, V. (2013A).

Development and characteristics of the therapeutic alliance in a short term dynamic psychotherapy: a descriptive case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 33-41.

ROCCO, D., MARIANI, R., & ZANELLI, D. (2013B).

The role of nonverbal interaction in a short term psychotherapy: preliminary analysis and assessment of paralinguistic aspects. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 54-64.

ROCCO, D., GENNARO A., SALVATORE S., STOYCHEVA V., & BUCCI, W. (2017).

Clinical mutual attunement and the development of therapeutic process: a preliminary study. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(4), 371-387.

ROCCO, D., CALVO, V., AGROS., V., BERGAMI, F., BUSETTO, L.M., MARIN, S., PEZZETTA, G., ROSSI, L., ZUCCOTTI, L., & 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. doi: 10.4081/ripppo.2021.503.

ROSENZWEIG, S. (1936).

Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415

ROTH, A., FONAGY, P. (2004)

What Works for Whom? A critical Review of Psychotherapy Research, 2nd ed. Guilford press, New York.

ROUSSOS, A., ETCHEBARNE, I., & WAIZMANN, V. (2009).

The interaction between psychoanalytic interpretations and referential activity (s-WRAD): A single case study. *Anuario de investigaciones*, 16, 95-102.

ROUSSOS, A., & O'CONNELL, M. (2005).

The owing of the interventions in a psychoanalytic and a cognitive psychotherapy. In *Congreso Mundial de Psicoterapia. La Psicoterapia como puente entre culturas. Buenos Aires*.

RUMELHART, D.E., MCCLELLAND, J.L., & DP RESEARCH GROUP (1986)

Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition. Vol. I: Foundations. Cambridge, MA: MIT press.

SALERNO, L., LO COCO, G., GULLO, S., IACOPONELLI, R., CALTABIANO, M. L., & RICCIARDELLI, L. A. (2015).

Self-esteem mediates the associations among negative affect, body disturbances, and interpersonal problems in treatment-seeking obese individuals. *Clin. Psychol.* 19, 85–95

- SALZER, S., PINCUS, A. L., HOYER, J., KREISCHE, R., LEICHSENRING, F., & LEIBING, E. (2008).
Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *Journal of Personality Assessment*, 90 (3), 292-299.
- SHAPIRO, D.A. & SHAPIRO, D. (1982).
Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication refinement. *Psychology Bulletin*, 92, 581-604
- SIEGEL, S.J. (1999).
La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- SMITH, M.L., GLASS G.V. & MILLER T.I. (1980).
The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- STERN, D.N. (1995).
La costellazione materna. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L.M. (1999).
Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. In P.C.Kendall, J.N. Butcher, & G.N. Holmbeck (Eds.), *Treatment process research methods*. New York: John Wiley and Sons.
- Wampold, B.E. (2001)
The Great Psychotherapy Debate. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- VANHEULE, S., DESMET, M., & ROSSEEL, Y. (2006).
The factorial structure of the Dutch translation of the inventory of interpersonal problems: a test of the long and short versions. *Psychological Assessment*, 18, 112-117.
- VITTENGL, J. R., CLARK, L. A., & JARRETT, R. B. (2003).
Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.
- YIN, R.K. (1994)
Case study Research: Design and Methods, 2nd ed. Sage Publications-Guilford Press, Beverly Hills, New York.

WALLERSTEIN, R.S.

“Reconsidering an analytic outcome: success or failure?”. In J. Reppen, M.A. Sculman (Eds.). *Failures in Psychoanalytic Treatment*. International Universities Press, Madison, 121-151.

WEGNER, D. M., SCHNEIDER, D. J., CARTER, S. R., & WHITE, T. L. (1987).

Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53 (1), 5.

WILLIAMS, R.A., MARIANI, R., SCANU, A., ANDREASSI, S., ORTU, F., DE CORO, A., & DAZZI, N. (2005)

“La valutazione dell’attività referenziale rispetto all’evoluzione del transfert; uno studio sul single case”. Relazione presentata al *VII Congresso nazionale AIP*, Cagliari 23-24 settembre.

WINNICOTT, D.W. (1954)

Mind and its relation to the psyche-soma. *British Journal of Medicine Psychology*, 27, 4, 201-209.

ZACK, M., TONEATTO, T., & STREINER, D. L. (1998).

The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance abuse*, 10 (1), 85-101.

ZHOU, Y., MASKIT, B., BUCCI, W., FISHMAN, A., & MURPHY, S. (2021).

Development of WRRL: A new computerized measure of the reflecting/reorganizing