

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

**TESI DI LAUREA MAGISTRALE**

**Analisi e descrizione dell'attività referenziale nell'ISTDP: una ricerca su un caso  
singolo**

Analysis and description of referential activity in the ISTDP: a single case study

**Relatore:** Prof. Diego Rocco

**Laureando:** Filippo D'Antimo

Matricola n° 2050473

ANNO ACCADEMICO 2022/2023



## INDICE

<b>SOMMARIO</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. La Ricerca in Psicoterapia</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.1. L'Outcome Research</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1.2. La Process Research</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1.3. La Process-Outcome Research</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2. La Ricerca Single-Case</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3. La Psicoterapia Psicodinamica Breve</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3.1. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy</b> .....	<b>19</b>
<b>1.4. Il Processo Referenziale</b> .....	<b>24</b>
<b>1.4.1. La Teoria del Codice Multiplo</b> .....	<b>25</b>
<b>1.4.2. L'Attività Referenziale</b> .....	<b>28</b>
<b>2. METODO</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1. Strumenti</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1.1. Le misure computerizzate del processo referenziale</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1.2. La Symptom CheckList Revised (SCL-90-R)</b> .....	<b>35</b>
<b>2.1.3. L'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)</b> .....	<b>37</b>
<b>2.2. Materiale</b> .....	<b>38</b>
<b>2.3. Procedura</b> .....	<b>40</b>
<b>2.4. Ipotesi di lavoro</b> .....	<b>41</b>
<b>2.5. Risultati</b> .....	<b>43</b>
<b>2.5.1. Misure dell'Outcome: SCL-90-R e IIP-32</b> .....	<b>43</b>
<b>2.5.2. Le Misure del Processo Referenziale</b> .....	<b>45</b>
<b>3. DISCUSSIONE</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1. Conclusioni</b> .....	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>61</b>



## SOMMARIO

Nonostante il costrutto di processo referenziale di Wilma Bucci sia stato ampiamente studiato negli ultimi anni, poco si conosce sulle sue caratteristiche e sul suo andamento nelle psicoterapie psicodinamiche a breve termine. Il presente lavoro di tesi ha voluto approfondire l'andamento dell'attività referenziale nel corso delle sedute di una *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*. Attraverso l'analisi delle trascrizioni dei colloqui, grazie all'utilizzo del programma computerizzato I-DAAP, si è misurato l'andamento del processo referenziale in questa forma di trattamento. Si è cercato, inoltre, di osservare come il costrutto oggetto di indagine sia collegato al buon *outcome* della terapia analizzata. Si è ipotizzato che l'attività referenziale abbia un andamento diverso nelle psicoterapie a breve termine rispetto a quelle a lungo termine, dove il costrutto cresce in maniera lenta e graduale.

In particolare, nel primo capitolo, verranno descritti gli aspetti teorici e metodologici da cui ha preso avvio il presente lavoro. Nello specifico, si fornirà una descrizione storica della ricerca in psicoterapia e dei filoni che la compongono. Si tratterà, poi, il disegno sperimentale della ricerca su caso singolo, evidenziandone le caratteristiche principali. Si approfondiranno, in seguito, le psicoterapie psicodinamiche a breve termine, con un focus in particolare sulla ISTDP di Davanloo. Il capitolo si concluderà con una descrizione del processo referenziale e dell'impianto teorico ad esso collegato.

Nel secondo capitolo si entrerà nel merito degli aspetti metodologici del presente lavoro di ricerca, descrivendo gli strumenti adoperati, il materiale utilizzato e la procedura di analisi dei dati raccolti. Si illustreranno, poi, le ipotesi del presente lavoro e si concluderà presentando i risultati ottenuti.

Il terzo capitolo, infine, sarà dedicato alla discussione degli esiti della ricerca e all'illustrazione delle conclusioni.



# CAPITOLO 1

## Introduzione

In questo capitolo verranno illustrati gli elementi teorici e metodologici dai quali prende avvio il presente lavoro. Inizialmente si porrà un focus generale sulla ricerca in psicoterapia, fornendone una descrizione storica e ponendo l'attenzione in particolare ai tre filoni che la compongono: l'*outcome research*, la *process research* e la *process-outcome research*. Si tratterà, poi, uno specifico disegno di ricerca che verrà adottato nel presente lavoro di tesi, ossia la ricerca *single-case*. Si descriveranno le caratteristiche di questo disegno sperimentale e le metodologie ad esso associate. Si fornirà, quindi, una descrizione delle psicoterapie psicodinamiche brevi, con un focus specifico sulla ISTDP di Davanloo (2001). Infine, si offrirà una descrizione del costrutto oggetto d'indagine del presente lavoro: il processo referenziale. Al riguardo si approfondirà la teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (2021) che sta alla base del processo referenziale e ci si focalizzerà, poi, sull'attività referenziale.

### 1.1. La ricerca in Psicoterapia

La ricerca in psicoterapia, come la disciplina psicologica, ha all'incirca un secolo alle sue spalle. Dopo i pionieristici lavori di Abraham a Berlino, Glover a Londra e Rogers in America, la ricerca ha seguito tre differenti filoni, che hanno caratterizzato diversi periodi, nel tentativo di rispondere principalmente alle seguenti domande:

- La psicoterapia funziona? Permette di ottenere dei cambiamenti duraturi?
- Quale approccio terapeutico ha la maggiore efficacia?
- Come funziona la psicoterapia? Cosa deve succedere in seduta, affinché avvenga un cambiamento?

(Dazzi, 2006)

Nella prima fase la ricerca si è concentrata sul risultato. L'*outcome research*, è, infatti, quel filone che valuta gli esiti degli interventi, con l'obiettivo di attestare l'efficacia della psicoterapia. La *process research*, invece, cerca di comprendere ed analizzare cosa accade nel corso delle sedute, ovvero il processo terapeutico. Nel tempo, poi, è nato un terzo filone di ricerca, concepito attraverso l'integrazione dei due precedenti, denominato *process-outcome research*, che si focalizza sullo studio della relazione tra

ciò che accade in terapia e l'esito della stessa (Dazzi, 2006). Di seguito verranno descritti questi tre ambiti di ricerca, cercando di esplicitare le caratteristiche principali di ognuno di essi.

### **1.1.1. L'outcome research**

L'*outcome research* è quella tipologia di ricerca che tenta di valutare i cambiamenti clinici che avvengono nel paziente nel corso di un trattamento psicoterapeutico o al termine di esso (Gelo & Manzo, 2015). L'*outcome research*, quindi, punta a valutare il risultato conseguito da una psicoterapia. I cambiamenti clinici considerati si riferiscono, in genere, a mutamenti nella sintomatologia presentata dai pazienti, oppure a cambiamenti in diversi domini, come la sfera affettiva, cognitiva, comportamentale o nella struttura di personalità.

La ricerca sull'esito delle psicoterapie ha caratterizzato la prima fase dello studio in questo campo. Inizialmente, infatti, si è cercato di dimostrare che l'intervento psicoterapeutico è efficace. Questa esigenza è nata in risposta ad una provocazione avanzata da Karl Jurgen Eysenck, secondo la quale non c'erano prove sufficienti a sostegno dell'efficacia delle psicoterapie, ma che i miglioramenti osservabili erano dovuti alla remissione spontanea dei sintomi (Eysenck, 1952). I primi tentativi di confutare questa affermazione si basavano sulla metodologia *Box score*, un metodo in cui letteralmente venivano conteggiati gli studi che davano esiti positivi e quelli che, invece, davano esiti negativi o nulli (Migone, 2006). Per ovviare ai problemi che la metodologia *Box score* presentava (non considerare, ad esempio, la numerosità campionaria degli studi analizzati), venne messa a punto la tecnica meta-analitica, utilizzata anche nella contemporaneità della ricerca sull'esito delle psicoterapie. Le meta-analisi permettono, infatti, il calcolo di un indice statistico comune, espresso in termini di deviazioni standard, che rende possibile ovviare al problema della numerosità campionaria: l'*effect size* (Migone, 2006). Grazie all'utilizzo di questa tecnica si è riusciti a dare una risposta decisa ad Eysenck e a dimostrare l'efficacia degli interventi psicoterapeutici.

A seguito del raggiungimento di questo importante risultato, l'*outcome research* ha spostato il proprio focus di indagine sull'efficacia comparata dei diversi trattamenti. I vari studi che sono stati fatti in quest'ambito non hanno portato, però, a risultati significativi, anzi hanno confermato l'equivalenza, per quanto riguarda l'efficacia, tra i



trattamenti di diverso tipo, risultato che rimane valido anche al giorno d'oggi (Luborsky et al., 2002).

Nel corso del tempo sono state sviluppate diverse metodologie di ricerca. Il disegno sperimentale maggiormente adottato dai ricercatori è il *Randomized Clinical Trial* (RCT). Questa metodologia, che discende dal modello medico, intende valutare l'efficacia dei trattamenti psicologici, assegnando casualmente i partecipanti a due gruppi: il gruppo sperimentale, dove viene somministrata la terapia oggetto d'indagine, e quello di controllo, dove non viene applicato il trattamento o viene somministrato in genere un trattamento placebo. Nella ricerca in psicologia si assiste, però, ad una difficoltà nella formazione dei gruppi di controllo, poiché, a differenza degli studi in campo farmacologico, non è possibile attuare ricerche in "doppio cieco" controllate dal placebo, in quanto esso stesso è un agente psicologico che può influenzare lo stato di un individuo (Migone, 2006). Per tale motivo, negli RCT i partecipanti vengono messi in lista d'attesa, oppure viene loro somministrato un altro trattamento (Dazzi, 2006). Per il fatto che in questo disegno sperimentale si mettono a confronto due trattamenti differenti, gli RCT sono utilizzati per lo studio dell'efficacia comparata di psicoterapie di diverso orientamento. Se questa metodologia ha il sicuro vantaggio di avere un alto controllo sulle variabili oggetto di studio, non è, tuttavia, esente da critiche. In particolare, si è evidenziato come le condizioni di questi studi siano molto lontane dalla realtà clinica quotidiana e come i partecipanti reclutati siano pazienti "puri", ossia che presentano tutti i criteri diagnostici di un singolo disturbo psicologico, che difficilmente si incontrano nella pratica clinica. Per ovviare a queste problematiche, un'altra tipologia di disegno sperimentale è stata proposta ad integrazione degli RCT, la ricerca *single-case* (che verrà approfondita in seguito nel presente lavoro).

Gli *open trial* sono un ulteriore disegno sperimentale utilizzato nella ricerca sull'*outcome*. Questa metodologia prevede anch'essa criteri di selezione dei partecipanti rigidi e selettivi, ma non comprende il confronto tra un gruppo di controllo ed uno sperimentale (Dazzi, 2006).

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici della ricerca sull'*outcome*, si rilevano molteplici tipologie di strumenti impiegati per la valutazione. Questi si possono raggruppare in strumenti monotratto, multitratto e di valutazione globale del cambiamento. I primi vanno ad analizzare una singola componente del funzionamento

del paziente ed hanno il vantaggio di essere di facile somministrazione, anche se spesso presentano problemi dal punto di vista della validità statistica. Le misure multitratto, invece, valutano contemporaneamente più dimensioni del funzionamento del paziente e presentano una buona validità statistica, ma la loro somministrazione è in genere lunga e mostrano un basso grado di sensibilità al cambiamento. Gli strumenti di valutazione globale, infine, rilevano diverse aree del funzionamento del paziente come, ad esempio, la dimensione lavorativa o sociale, collegandole alle problematiche riscontrate (Dazzi, 2006).

### **1.1.2. La Process Research**

La *process research* è quel filone della ricerca in psicoterapia che punta a rispondere alla domanda: come funziona un trattamento psicoterapico? La ricerca sul processo, quindi, analizza le dinamiche che avvengono durante le sedute e che, nel corso del tempo, conducono ad un cambiamento nel paziente (Hardy & Llewelyn, 2015). Ciò che viene esplorato in questi studi può riguardare: variabili del terapeuta (come, ad esempio, le specifiche tecniche appartenenti ad un determinato orientamento teorico), variabili che interessano il paziente (ad esempio il suo livello di motivazione o gli argomenti portati in seduta), il processo interpersonale che interviene nella diade terapeutica (ad es. l'alleanza terapeutica, il livello di empatia) e, infine, il contesto (sociale, storico, culturale etc.) (Llewelyn et al., 2016). La ricerca sul processo, storicamente, si è sviluppata nel tentativo di fornire elementi che potessero spiegare il “paradosso dell'equivalenza”: se ogni approccio psicoterapeutico ha diverse tecniche e modelli d'intervento, come mai i risultati si equivalgono? Una risposta definitiva a tale domanda non è stata ancora trovata ma, nel corso del tempo, la ricerca sul processo è riuscita ad evidenziare differenze sistematiche nelle tecniche adottate dai diversi orientamenti terapeutici (Dazzi, 2006).

Per quanto riguarda i principali obiettivi della *process research* si possono evidenziare i seguenti. Il primo si riferisce alla capacità di valutare i meccanismi sottostanti che contribuiscono ai cambiamenti nel paziente, in modo da offrire ai clinici una migliore comprensione dei fattori di modificazione. Il secondo obiettivo della ricerca sul processo è quello di incrementare la qualità delle psicoterapie, andando ad evidenziare ed enfatizzando gli elementi che conducono ad un maggior impatto trasformativo, e, viceversa, trascurare quelli che hanno una minore influenza. Un

ulteriore proposito è il tentativo di fornire dei dati a supporto dello sviluppo delle teorie, così da dare una struttura empiricamente fondata agli orientamenti teorici che guidano gli interventi psicoterapici. Attraverso le ricerche sul processo possono emergere dei dati che supportano le teorizzazioni di un determinato orientamento, oppure il contrario, portando così ad una modificazione della teoria stessa. Infine, un altro obiettivo della ricerca sul processo psicoterapeutico è quello di assistere nella costruzione di training per la formazione dei futuri clinici. Questi lavori, infatti, fornendo dati sui fattori che hanno una maggiore influenza sull'esito dei trattamenti, permettono di costruire programmi di apprendimento per i nuovi clinici che abbiano a supporto evidenze solide (Hardy et al., 2015).

Per ciò che concerne, invece, gli aspetti metodologici e gli strumenti adottati dagli studi che si occupano del processo, la tecnica che ha dato una svolta in quest'ambito è quella dell'audioregistrazione del materiale clinico. L'avvento di questa metodologia risale ai lavori di Rogers in America negli anni '40 del secolo scorso. L'utilizzo dei registratori ha permesso ai ricercatori di andare ad analizzare ciò che accade all'interno delle sedute. Questa ricca fonte di dati ha reso possibile la misurazione e la valutazione di quanto avviene tra paziente e terapeuta attraverso l'utilizzo di analisi qualitative e quantitative, schemi di codifica e scale di valutazione (Hardy et al., 2015). L'approccio di ricerca che maggiormente si avvale delle audioregistrazioni è quello degli studi su caso singolo.

La ricerca sul processo terapeutico, pur offrendo dati altamente descrittivi, non permette di compiere delle inferenze causali tra le variabili oggetto d'indagine (Dazzi, 2006). Ciò che tenta di rispondere a questa limitazione è la *process-outcome research*.

### **1.1.3. La Process-Outcome Research**

La *process-outcome research* può essere definita come l'analisi della relazione tra ciò che avviene durante un trattamento psicoterapeutico e gli effetti clinici che si vengono a generare (Gelo et al., 2015). Come si è già accennato in precedenza, questo filone della ricerca in psicoterapia è nato per cercare di fornire una spiegazione causale tra quello che succede nel corso di una seduta e i risultati raggiunti dal trattamento. Questo campo di studi risale agli anni 50' cercando di rispondere alla domanda: perché la psicoterapia funziona?

Le ricerche, di solito, vengono costruite andando a selezionare uno specifico aspetto del processo che si ritiene influente ai fini dell'esito terapeutico, correlandolo a misure dell'*outcome* della psicoterapia (Llewelyn et al., 2016). Il costrutto più analizzato in questo senso è quello dell'alleanza terapeutica, che viene ritenuto dalla comunità psicologica come il fattore principale e più importante nel produrre risultati positivi (Dazzi, 2006). Altri studi, invece, vanno a comparare trattamenti in cui è presente, o meno, la variabile oggetto d'indagine, verificando in tal modo se quel particolare fattore produce effetti significativi. Per valutare i processi che si ritengono influenti nel generare delle trasformazioni nei pazienti vengono utilizzate delle scale di valutazione standardizzate che sono compilate o da osservatori esterni o dagli stessi partecipanti. Le prime, in genere, hanno come focus di analisi i trascritti delle sedute, le note del clinico, oppure le audio o videoregistrazioni. Queste analisi possono osservare differenti aspetti del processo: i comportamenti del clinico o del paziente, i contenuti che emergono nella seduta, lo stile comunicativo dei parlanti, oppure la qualità dell'interazione tra i due. Ciò che riguarda, invece, gli strumenti compilati dagli stessi partecipanti, in genere vengono utilizzate delle scale standardizzate già presenti in letteratura, oppure viene costruito uno strumento ad hoc (Llewelyn et al., 2016).

I costrutti analizzati possono fare riferimento a comportamenti osservabili (ad esempio, aspetti verbali come il tono o il ritmo della voce), oppure anche non osservabili (ad esempio, le intenzioni o le motivazioni che possono essere inferite dal ricercatore o riportate dallo stesso paziente). In aggiunta, il processo può essere valutato sia ad un macro-livello di analisi, fornendo una panoramica globale delle sedute nel corso del trattamento sia, in alternativa, ad un livello che riguarda i microprocessi, dove ci si focalizza maggiormente su singole parole o su alcuni dialoghi tra paziente e terapeuta (Llewelyn et al., 2016).

Per semplificare e sistematizzare la letteratura sul processo psicoterapeutico, Orlinsky (2009) ha proposto sei dimensioni analizzabili, che sono ricollegabili all'*outcome* delle psicoterapie:

- Il contratto terapeutico, che comprende gli obiettivi, i metodi e gli aspetti più tecnici (la durata, ad esempio), elementi influenzati dall'orientamento teorico del clinico;
- Le tecniche utilizzate nell'interazione tra paziente e terapeuta;

- Il legame terapeutico, che concerne maggiormente la relazione reale tra i due partecipanti;
- La *self-relatedness* sia del paziente che del clinico, che riguarda l'esperienza intrapsichica che gli stessi vivono nella relazione interpersonale (ad esempio, l'autostima o il livello di consapevolezza);
- L'impatto sulla seduta che questi elementi hanno;
- Infine, i pattern temporali che identificano le sequenze di eventi che si verificano tra ed entro le sedute terapeutiche.

(Orlinsky,2009)

La proposta di Orlinsky di un modello generale di psicoterapia ha avuto il grande merito di creare una cornice concettuale comune, nella quale potessero inserirsi i diversi studi. La *process-outcome research*, sebbene abbia messo in luce molti collegamenti tra variabili di processo e gli esiti delle psicoterapie, non è ancora riuscita a determinare un nesso causale tra queste due componenti. I diversi studi in questo campo, infatti, si sono limitati ad evidenziare delle correlazioni tra le variabili oggetto d'indagine e gli esiti, aspetto questo che può essere considerato un limite, in quanto non si ha la certezza che sia proprio il fattore analizzato a determinare il cambiamento. Secondo alcuni ricercatori, per affermare che due variabili siano collegate da un nesso causale, sono necessari i seguenti quattro requisiti: le due variabili devono covariare; la variabile ipotizzata come causa deve precedere la variabile considerata effetto; un'ipotesi alternativa realistica deve essere esclusa; deve esserci una spiegazione plausibile per la relazione causale (Elliott, 2010).

## **1.2. La ricerca Single-case**

Sono diverse le tipologie di studi che possono essere definiti *single-case*, ma la caratteristica principale che accomuna questi disegni di ricerca è il fatto che la numerosità campionaria reclutata è pari a 1 (Lingiardi, 2006). Il focus di questo genere di studi è misurare e valutare i cambiamenti che intervengono nel paziente nel corso del processo psicoterapeutico, mediante l'utilizzo di misure operazionalizzate. Questa tipologia di ricerca permette, anche attraverso l'ampio utilizzo dell'audioregistrazione e delle trascrizioni delle sedute, di valutare e misurare ciò che avviene nel corso di un

trattamento all'interno della diade terapeutica, analizzando aspetti del processo e correlandoli anche a misure dell'*outcome*. Questi studi cercano di comprendere come e perché un trattamento psicoterapico funziona e sono il disegno di ricerca maggiormente adottato dalle ricerche sul processo e dalle *process-outcome researches*, in quanto permettono un'analisi sia macro che microanalitica delle psicoterapie.

I disegni *single-case* sono suddivisi nelle categorie degli studi di tipo qualitativo e di tipo quantitativo. I primi si riferiscono a ricerche che non analizzano e misurano i dati raccolti avvalendosi di indici statistici. Il loro obiettivo è quello di rispondere alle domande come e perché avviene il fenomeno oggetto di indagine (Tenny et al., 2022). Le ricerche quantitative, invece, sono quegli studi che analizzano in modo sistematico i fenomeni psicologici, avvalendosi di misure statistiche e dati numerici, cercando di riscontrare delle tendenze e delle relazioni tra i dati, nel tentativo di comprendere quanto grande è il fenomeno oggetto d'indagine (Watson, 2015).

Le ricerche *single-case* possono essere suddivise in tre differenti modi: studi su caso singolo, disegni sperimentali *single-case* e ricerche su caso singolo naturalistiche/sistematiche (Iwakabe & Gazzola, 2009).

Gli studi *single-case* hanno le loro radici nei lavori dei primi psicoanalisti, come, ad esempio, le descrizioni di casi effettuate da Freud e Breuer, e consistono in narrazioni ed interpretazioni dei clinici su ciò che è accaduto nel corso delle sedute (Willemsen et al., 2017). Questi lavori, pur fornendo del prezioso materiale su ciò che si forma nella mente del terapeuta e sugli aspetti controtransferali, presentano diverse criticità. Tra queste ritroviamo: la presenza di *bias* o distorsioni mnestiche da parte di chi scrive il resoconto; l'assenza di metodi sistematici e affidabili che permettano la replicabilità di questi studi in modo da rendere generalizzabili le osservazioni prodotte; la non considerazione di fattori extra-terapeutici, che potrebbero condizionare le conclusioni riportate (Lingiardi, 2006). I resoconti clinici possono rientrare all'interno delle analisi qualitative.

I disegni sperimentali *single-case* possono essere definiti come studi intrasoggetto, dove le generalizzazioni sono ottenute replicando caso per caso (Hilliard, 1993). Questo tipo di ricerche è spesso utilizzato per la verifica di ipotesi sull'efficacia dei trattamenti. I disegni sperimentali *single-case* vanno a valutare, in genere, i

cambiamenti osservabili nel paziente a seguito di uno specifico intervento. I dati raccolti vengono di norma comparati ad una condizione iniziale pre-intervento, in modo da confrontare le variazioni che si producono in seguito (Iwakabe et al., 2009). Un esempio di disegno sperimentale *single-case* è il disegno A-B-A-B, dove il ricercatore alterna fasi di somministrazione del trattamento analizzato, a fasi di sospensione dopo un'iniziale raccolta della *baseline* (Kazdin, 2019). Questo genere di ricerche è spesso adottato dagli studiosi di matrice cognitivo-comportamentale, in quanto trovano la loro migliore realizzazione quando riescono a misurare un cambiamento osservabile nel soggetto, come ad esempio la diminuzione o l'incremento di un determinato comportamento.

Le ricerche su caso singolo naturalistiche/sistematiche, infine, sono una tipologia di studi che può rispondere a diversi scopi: per la costruzione di una teoria, per fornire una spiegazione causale per l'efficacia di una psicoterapia, per la formulazione di un caso e, infine, per la valutazione di spiegazioni alternative per i cambiamenti avvenuti in un trattamento (Iwakabe et al., 2009). Questi studi, in genere, ricavano i propri dati da più fonti (terapeuta, paziente, osservatori esterni), attraverso diverse tipologie di strumenti, in modo da creare un quadro il più possibile completo del caso oggetto di studio. Una seconda peculiarità di queste ricerche è che l'analisi dei dati non viene compiuta solo dal clinico che ha raccolto il materiale, bensì da un gruppo di ricercatori, che vaglia differenti ipotesi fino al raggiungimento di un consenso comune (Willemsen et al., 2017).

I disegni sperimentali *single-case* e le ricerche su caso singolo naturalistiche/sistematiche si avvalgono maggiormente di analisi quantitative dei dati raccolti, in quanto utilizzano analisi statistiche dei dati che permettono di mettere in relazione più variabili. Le ricerche *single-case* comprendono varie tipologie di analisi dei dati, fra le quali si rilevano: la replica per segmentazione e l'analisi delle serie temporali (Lingiardi, 2006). La prima è una tecnica ideata da Luborsky che permette la descrizione e lo studio dei dati testuali. Questa metodologia prevede che le trascrizioni raccolte vengano segmentate e campionate in diversi episodi, scelti in quanto ripetuti più volte nel corso della terapia. In seguito, si individua e si misura una dimensione specifica, che si ritiene in relazione causale con gli episodi selezionati. Infine, si genera un'ipotesi alla base di questi eventi e la si sottopone a verifica, attraverso le misure

scelte. Un possibile limite di questo metodo è di non tenere in considerazione la dimensione temporale, in cui gli episodi selezionati si manifestano nel corso della terapia. A questa limitazione risponde l'analisi delle serie temporali, la quale prevede di compiere le misurazioni ad intervalli regolari su diversi momenti del processo terapeutico (il numero minimo è di cento punti). Questa metodologia permette di ottenere delle prove indirette di legami causali tra le variabili oggetto di studio. Per effettuare un'analisi delle serie temporali è necessario che le variabili oggetto di studio siano presenti diverse volte nella serie presa in esame. Le variabili devono, inoltre, essere il più possibile omogenee, in modo da permettere un confronto tra le valutazioni e devono essere presenti nell'unità temporale esaminata (Lingiardi, 2006).

I disegni di ricerca *single-case* sono molto utilizzati nella ricerca contemporanea in psicoterapia, poiché presentano diversi vantaggi. In particolare: sono in grado di mettere in discussione una teoria (basta una singola osservazione per falsificare un impianto teorico); permettono di offrire nuove direzioni di ricerca a futuri studi che possono adottare metodologie più sistematiche; consentono di semplificare l'analisi di fenomeni clinici importanti o di verificare nuove nozioni; permettono uno studio controllato sperimentalmente dei processi terapeutici; offrono nuovo materiale per la formulazione o l'incremento degli impianti teorici (Davinson & Lazarus, 1994). Nonostante questi punti di forza, le ricerche su caso singolo sono andate incontro a diverse critiche. Una prima problematica riscontrata è che si ritiene che i dati ottenuti non siano generalizzabili, in quanto non sono presenti indici che permettano di sintetizzare e aggregare le diverse ricerche, come avviene, invece, con le meta-analisi. Una seconda critica riguarda la difficile interpretazione dei dati ottenuti. Questa tipologia di ricerche, infatti, non confronta la variabile supposta generare un cambiamento nel paziente con un altro tipo di trattamento, in modo da mostrare come gli effetti ottenuti siano dovuti al fattore studiato, invece che ad altri elementi. Per questo motivo secondo alcuni le ricerche su caso singolo non offrono dati oggettivi. Infine, questa metodologia di analisi è stata criticata poiché le osservazioni compiute mancano di validità, confermando semplicemente quello che già si conosce (Willemsen et al., 2017). Per cercare di ovviare a questi problemi, in particolar modo a quello della generalizzabilità dei risultati, sono state avanzate da Iwakabe e Gazzola tre proposte (2009). La prima consiste nella creazione di un database dove possano essere



classificate le ricerche su caso singolo presenti in letteratura. In questo modo i clinici possono avere un utile banca dati dove attingere per analizzare gli studi sulle tecniche che hanno funzionato o meno nelle terapie, al fine di poterle adottare anche nella propria pratica. Questa proposta è già stata attuata e, infatti, sono già presenti online dei database consultabili dai clinici, ad esempio il *single case research archive*. Una seconda possibilità, al fine di risolvere il problema della generalizzabilità dei risultati, consiste nell'adozione di un metodo di metasintesi degli studi che presentano dei quadri simili tra di loro, in modo da identificare i medesimi processi sottostanti. Questa metodologia, inoltre, può risultare utile nella costruzione di teorie o nel loro sviluppo, fornendo degli importanti dati che possono sostenerle o modificarle. L'ultima proposta, infine, prevede l'adozione di un metodo di comparazione tra i casi, che permetta di ottenere delle informazioni sui cambiamenti e sui fallimenti terapeutici. In genere, questa metodologia viene attuata confrontando due casi condotti dal medesimo terapeuta, o comunque da uno a lui molto simile, dove si sono osservati quadri clinici similari e trattati in condizioni confrontabili, che abbiano ottenuto esiti differenti (Iwakabe et. al, 2009).

La metodologia single-case, grazie alle sue caratteristiche e alle tecniche adottate, è quella che permette nel miglior modo possibile di catturare che cosa accade nel corso di una psicoterapia, consentendo di andare ad analizzare in modo esaustivo come avviene un cambiamento (il processo), riuscendo anche a metterlo in relazione con l'esito di un trattamento.

### **1.3. La Psicoterapia Psicodinamica Breve**

Le psicoterapie psicodinamiche brevi sono comunemente definite come quei trattamenti che hanno una durata predeterminata, in genere di massimo sei mesi o di 24 sedute (Gabbard, 2010). Questa tipologia di trattamenti deriva dalla tecnica psicoanalitica freudiana e nel corso del tempo si è sempre più diffusa, dimostrandosi efficace nel trattamento di diversi disturbi. Le psicoterapie psicodinamiche a breve termine si differenziano dai trattamenti a lungo termine per alcune componenti fondamentali, tra cui:

- un ruolo attivo da parte del terapeuta, che si traduce nel fatto che il clinico compie un numero maggiore di interventi per elicitare la produzione di materiale da parte del paziente;
- la definizione della durata del trattamento e del numero di sedute già nei primi colloqui;
- il focus dell'intervento è su un problema circoscritto, che può tradursi nel trattamento dei sintomi, di un conflitto o di un disturbo di personalità;
- la presenza di criteri di inclusione per il trattamento, che possono riguardare la tipologia di diagnosi presentata dal paziente (depressione lieve o moderata, disturbi ansiosi, somatoformi, del comportamento alimentare, etc.), o che interessano alcune caratteristiche del paziente (presenza di relazioni oggettuali di buon livello, alta motivazione al trattamento, problematiche inerenti la sfera interpersonale, la capacità di stabilire rapidamente un'alleanza terapeutica e la capacità di tollerare le separazioni).

(Gabbard, 2010)

Il ruolo più attivo del terapeuta in queste forme di psicoterapie implica che egli utilizzi specifiche tipologie di interventi, al fine di portare alla più rapida emersione del materiale e alla formazione dell'alleanza terapeutica. Gli interventi più adoperati dai clinici ricadono maggiormente nel polo espressivo del *continuum* espressivo-supportivo, come ad esempio: l'interpretazione, che mira a fornire un'ipotesi sul significato inconscio di determinate situazioni o eventi; la confrontazione, che mira ad affrontare l'evitamento o la minimizzazione di materiale a un livello conscio; la chiarificazione, che consiste in una riformulazione del discorso del paziente, mantenendosi su un piano strettamente descrittivo. Vengono anche utilizzati i suggerimenti e i consigli (indicazioni dirette al paziente su come comportarsi), che si situano all'estremo del polo supportivo (Gabbard, 2014).

Le psicoterapie psicodinamiche brevi si distinguono sulla base del modello teorico da cui discendono, ossia il modello pulsionale-strutturale, il modello relazionale e il modello integrato. Il primo deriva direttamente dalle teorizzazioni di Freud e vede come suoi maggiori esponenti Davanloo, Malan e Sifneos. Secondo questo modello, l'obiettivo della terapia è quello di risolvere un conflitto del paziente, che riguarda

sentimenti o impulsi inaccettabili verso una persona significativa, che genera angoscia, andando per questo ad innescare una serie di meccanismi di difesa. Nel modello pulsionale-strutturale vengono ampiamente adottati i due triangoli psicoanalitici di *insight*: il triangolo dei conflitti e il triangolo delle persone. Il primo comprende impulsi-sentimenti inaccettabili, l'ansia che si genera e le difese adoperate dal paziente. Il triangolo delle persone mette in relazione il terapeuta, una persona significativa del passato del paziente e una importante nel presente. Lo scopo è quello di creare una connessione fra lo schema riscontrato nel triangolo dei conflitti e una persona appartenente al secondo triangolo, andando gradualmente a collegare tutti e tre i soggetti. Il clinico utilizza molto le interpretazioni, al fine di affrontare e sciogliere le difese del paziente, arrivando all'elaborazione del conflitto. Il modello relazionale, invece, discende dalla teoria delle relazioni oggettuali e dai lavori in questo senso della Klein, di Fairbairn e di Winnicott. In queste forme di psicoterapia si dà meno peso alle interpretazioni e all'*insight*, focalizzandosi maggiormente sulla risoluzione dei modelli relazionali disfunzionali, attraverso un'esperienza terapeutica correttiva. Il terapeuta assume un ruolo più partecipativo, accettando per come sono le narrazioni dei pazienti, non interpretandole e focalizzandosi maggiormente sulle relazioni attuali, tra cui quella con il terapeuta stesso. Infine, il modello eclettico è un modello che integra aspetti dei due precedenti, come ad esempio, l'attenzione ai conflitti del paziente, ma non andando a suscitare ansia nello stesso, o l'elevata partecipazione del terapeuta come nel modello relazionale (Gabbard, 2010).

Ai fini del presente lavoro di tesi, di seguito ci si focalizzerà su una specifica psicoterapia psicodinamica breve, offrendone una descrizione delle caratteristiche principali, delle tecniche adoperate e dell'impianto teorico che la sostiene.

### **1.3.1. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy**

A partire dagli anni '60 del secolo scorso Habib Davanloo ha iniziato a lavorare su una psicoterapia ad orientamento psicodinamico di breve durata: l'*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP). Questa tipologia di trattamento, appartenente al modello pulsionale-strutturale, prevede che in un *setting vis à vis* e con un terapeuta con un alto livello di attività, il paziente riesca ad affrontare e superare le sue resistenze e i suoi rigidi meccanismi di difesa, che sono alla base della sua sintomatologia e/o delle

sue problematiche di personalità, al fine di entrare in contatto ed elaborare il materiale ideativo-affettivo inconscio (Rocco et al., 2021). Davanloo, in 40 anni di lavoro, è stato in grado di fornire nuove vie di conoscenze metapsicologiche dell'inconscio e, grazie anche all'utilizzo di strumenti come la videoregistrazione dei trattamenti e metodologie *evidence-based*, di migliorare la sua nuova forma di psicoterapia. Questa, nel corso del tempo, si è sempre più diffusa dimostrandosi efficace per il trattamento di diversi disturbi. Nello specifico, uno studio meta-analitico ha dimostrato l'efficacia dell'ISTDP per il trattamento di disturbi di personalità, di disturbi somatici, di patologie depressive e ansiose, con indici di Cohen che variano da .81 (per problematiche interpersonali) a 1.51 (per problematiche depressive), indicando, quindi, larghi effetti (Abbass et al., 2013). I due aspetti principali, che secondo Davanloo sono alla base della psicopatologia presentata dai suoi pazienti, sono da rintracciarsi in eventi traumatici, *overt* o *covert*, che si verificano nei legami di attaccamento nei primi anni di vita e nella presenza di un'istanza superegoica punitiva o sadica (Have-de Labije & Neborsky, 2012). L'importanza dei legami di attaccamento è stata ampiamente documentata dalla letteratura psicologica sull'argomento. Si è riscontrato come la presenza di un attaccamento sicuro sia connesso a buone capacità di regolazione emotiva, fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di psicopatologie, alla capacità di instaurare relazioni profonde e significative e, tra le altre, alla capacità di mentalizzazione. Un attaccamento insicuro, invece, va a minare tutti questi aspetti, andando a creare delle possibili problematiche nell'individuo. Per quel che concerne, invece, la questione del Super-Io, Davanloo, a differenza di Freud che riteneva che questa istanza si sviluppasse in seguito al superamento del complesso edipico, ipotizza che la sua formazione avvenga già nei primi mesi di vita (come già ipotizzato dalla Klein che faceva risalire la formazione di questa istanza a partire dal quinto mese di vita del bambino) e giochi un ruolo importante nella formazione di problematiche psicopatologiche. A seguito del danneggiamento o della rottura del legame di attaccamento con un *caregiver*, il bambino reagisce inconsciamente con ciò che Davanloo denomina rabbia omicida. Si formano nel bambino, sempre inconsciamente, sentimenti di colpa e lutto ed una reazione sadica e punitiva da parte dell'istanza superegoica nei confronti dell'Io. Tutto ciò verrebbe rimosso e represso nell'inconscio, dando luogo alla futura psicopatologia dell'individuo. Il soggetto cerca, nel corso del tempo, di mantenere un funzionamento

soddisfacente e alle richieste del Super-Io risponde con meccanismi di difesa rigidi, costringendo l'Io a sostituire gli impulsi e i sentimenti repressi con l'ansia (Have-de Labije et al., 2012). Questo pattern può ripresentarsi ogniqualvolta la persona sperimenta relazioni o esperienze simili a quelle verificatisi nell'infanzia, provocando uno stato ansioso e conducendo all'attivazione dei meccanismi di difesa. Più intense e più precocemente avvengono le esperienze traumatiche nei legami di attaccamento, più grave sarà la fragilità dell'Io dell'individuo che dovrà far fronte ad un Super-Io maggiormente punitivo e più rigidi e primitivi saranno i meccanismi di difesa messi in campo. In conseguenza a queste ipotesi, Davanloo ha proposto un *continuum* a cinque dimensioni, che identifica e differenzia i pazienti che sono idonei alla ISTDP sulla base della valutazione delle capacità di adattamento dell'Io (la capacità di mediare costruttivamente tra le richieste dell'ambiente esterno e di quello interno, intrapsichico), del livello di patologia del Super-Io e del grado delle resistenze che si incontrano nel corso del trattamento. Questo *continuum* è stato così costruito sulla base dei dati clinici raccolti nel corso della sua attività:

- i pazienti situati all'estremo sinistro del *continuum* sono altamente responsivi al trattamento, presentano problematiche circoscritte, un unico focus psicoterapeutico, presentano solo resistenze tattiche e non mostrano la rabbia omicida e la colpa inconscie verso i *caregiver*;
- gli individui che si collocano a centro sinistra del *continuum* mostrano delle resistenze moderate, sintomi psiconevrotici diffusi, manifestano disturbi caratteriologici e la presenza della rabbia omicida, dei sensi di colpa e dei sentimenti di lutto nei confronti delle figure di attaccamento;
- gli individui che si collocano al centro dello spettro presentano un grado moderato/alto di resistenze, una sintomatologia diffusa e disturbi di personalità, rabbia omicida e sentimenti di colpa verso i *caregiver*, una mescolanza in alcuni di sessualità e rabbia omicida e un complicato nucleo conflittuale;
- coloro che si collocano sul centro destra del *continuum* presentano un alto grado di resistenze, sintomi diffusi e disturbi di personalità, rabbia omicida e sensi di colpa inconsci primitivi, sessualità fusa con la rabbia omicida, un nucleo conflittuale altamente complesso;

- infine, i pazienti all'estremo destro del *continuum* mostrano un grado estremo di resistenze, una sintomatologia e un disturbo di personalità importanti, tratti masochistici spiccati, un nucleo conflittuale altamente complesso, un'importante presenza di rabbia omicida e sensi di colpa inconsci primitivi verso le figure di attaccamento, fusi con un alto grado di sentimenti sessuali.

(Davanloo, 2001)

Si intende, ora, entrare maggiormente nel merito delle fasi e delle tecniche che si adoperano nel corso dell'ISTDP. Questa tipologia di psicoterapia breve è ansia provocante e presenta un grado di attività elevato da parte del terapeuta che, al fine di superare le resistenze del paziente, si allea con le parti sane di quest'ultimo, in modo da far emergere i sentimenti inconsci descritti ed elaborare il nucleo conflittuale. Davanloo ha teorizzato che il processo terapeutico dell'ISTDP sia strutturato in diverse fasi, che ha denominato "Sequenza Dinamica Centrale" (Davanloo, 2001). La prima è la fase di indagine, in cui si esplorano le difficoltà e le abilità del paziente di rispondere ad esse. Questa in breve tempo diventa un'analisi psicodinamica del paziente, comprendente il livello di forza dell'Io, la tipologia di difese utilizzate, etc. La seconda fase è quella denominata di pressione, in cui si osserva un alto grado di attività del clinico. Dal momento che l'obiettivo dell'ISTDP è quello di superare ed elaborare i sentimenti/impulsi rimossi nell'inconscio, il terapeuta esercita una pressione sul paziente, in modo da far emergere in breve tempo le resistenze e il transfert. Lo scopo di questa fase è quello dell'emersione delle resistenze al trattamento, al fine di trasformarle in resistenze di transfert, riportando costantemente l'attenzione del paziente sul materiale evitato. La terza fase è quella di sfida, in cui il terapeuta identifica, confronta e chiarifica le difese messe in campo dal paziente. Questa fase culmina con ciò che Davanloo ha denominato "*Head-on Collision*" (HOC; Davanloo, 2001). L'HOC è una comunicazione fatta al paziente che mostra la natura delle sue resistenze e che descrive il processo in corso nella diade terapeutica. In questa tecnica il clinico spiega al paziente la natura distruttiva delle sue difese, i limiti del clinico e il potenziale presente nel paziente per superare le sue resistenze al cambiamento (Abbass et al., 2013). Nella fase di sfida, infatti, il terapeuta cerca di allearsi con le parti del paziente che vogliono il cambiamento, ma allo stesso tempo sfida continuamente le resistenze che si manifestano

nel corso del trattamento. Dal momento che nel paziente si vengono a configurare due parti, una denominata da Davanloo di alleanza terapeutica e una di resistenza, si genera una tensione nell'analizzando. La quarta fase è quella di resistenze e di transfert, nella quale, a seguito delle continue sfide alle difese del paziente, le resistenze si cristallizzano nel transfert. In questa fase si verifica una mobilitazione dell'alleanza terapeutica inconscia nei confronti delle parti patologiche del paziente, che permette di avere un accesso diretto all'inconscio. Si giunge, così, alla quinta fase, quella in cui si verifica una svolta e avviene il primo sblocco dell'inconscio con un primo accesso diretto ad esso. In questa fase c'è una prima emersione della rabbia omicida, dei sensi di colpa e di lutto rimossi e si verifica una crisi intrapsichica nel paziente. Secondo Davanloo ci sono quattro tipologie di sblocco dell'inconscio: parziale (parziale dominio dell'alleanza terapeutica inconscia sulle resistenze), maggiore (dominio maggiore dell'alleanza terapeutica inconscia sulle resistenze), maggiore estesa (grande mobilitazione dell'alleanza terapeutica inconscia e un maggiore indebolimento delle difese) e, infine, maggiore estesa e multiplo sblocco dell'inconscio (dove si verifica la massima mobilitazione dell'alleanza terapeutica inconscia). Le prime due tipologie di accesso all'inconscio del paziente sono quelle che si verificano con maggiore frequenza nell'ISTDP (Davanloo, 2001). Infine, le ultime due fasi del processo terapeutico sono: la sistematica analisi del transfert e la fase di consolidazione delle nuove conquiste raggiunte. Questa sequenza non è rigida e molte fasi possono ripetersi più volte prima di raggiungere il primo sblocco dell'inconscio (Rocco et al., 2021).

Un'altra innovazione introdotta nell'ISTDP riguarda anche l'inserimento di tecniche provenienti dall'orientamento cognitivo-comportamentale, come ad esempio, il *Biofeedback*. Questa scelta proviene dal fatto che la crescente letteratura nel campo della neuropsicologia ha messo in luce molti dei circuiti cerebrali sottostanti alle risposte d'ansia, che nell'ISTDP riveste un ruolo rilevante come indicatore del processo terapeutico. Segnali di attivazione dei muscoli striati sono importanti segnalatori del processo e molte volte i pazienti che intraprendono questo tipo di psicoterapia hanno dei pattern somatici disfunzionali per la gestione dell'ansia o di altre emozioni, motivo per cui il terapeuta funge da regolatore esterno, proponendo tecniche atte a tale scopo (ad esempio il *Biofeedback*; Have-de Labije et al., 2012).

Per concludere questo paragrafo, si intende evidenziare come una revisione sui meccanismi di cambiamento dell'ISTDP abbia messo in luce una correlazione positiva tra la tecnica dello sblocco dell'inconscio (ritenuta il meccanismo principale) e il buon esito della terapia, ma abbia anche sottolineato come sia difficile la misurazione del processo sottostante al cambiamento, mancando in letteratura una definizione univoca dei meccanismi ritenuti responsabili delle trasformazioni nel paziente (Hoviatdoost et al., 2020).

#### **1.4. Il Processo Referenziale**

La riflessione psicoanalitica, nel corso della storia, ha avuto difficoltà nel sottoporre a verifica empirica i propri costrutti e le strategie terapeutiche adottate per generare un cambiamento nei pazienti. La ricercatrice newyorkese Wilma Bucci, con il suo lavoro, ha ideato un modello teorico e uno strumento per lo studio del processo terapeutico che tenta di risolvere questo problema (De Coro & Mariani, 2006). Con la sua proposta teorica e metodologica, nello specifico, ha creato un ponte tra la psicoanalisi, le teorie cognitive-comportamentali e le moderne neuroscienze. Grazie al suo lavoro, la ricercatrice ha fornito un'operazionalizzazione di costrutti psicoanalitici come quelli di processo primario e di processo secondario. Il primo si caratterizza per una modalità di pensiero preverbale, che si esprime attraverso immagini e simboli; pensiero prelogico nel quale non compaiono i concetti di tempo, mortalità e dove gli opposti possono coesistere. Questo processo del pensiero è tipicamente inconscio e segue il principio di piacere. Il processo secondario che segue il principio di realtà e si caratterizza per modalità cognitive sequenziali, logiche e verbali, è tipicamente una forma di pensiero conscia o preconscia (McWilliams, 2011). Bucci ha proposto, quindi, una nuova teoria del processamento delle informazioni, in particolare quelle emozionali, che trova al suo centro il costrutto di processo referenziale. Questa proposta teorica sull'organizzazione delle emozioni tenta di spiegare come il comunicare con un'altra persona possa essere una forma di cura di un'ampia varietà di problemi emotivi/affettivi, che tipicamente si osservano nei setting psicoterapeutici (Bucci, 2021). In questo paragrafo, quindi, si intendono delineare le caratteristiche principali del modello teorico proposto da Wilma Bucci e sul costrutto di processo referenziale. Si



vuole, inoltre, offrire una descrizione dello strumento per la misura dell'attività referenziale.

### **1.4.1. La teoria del Codice Multiplo**

Freud, già agli inizi dei suoi lavori insieme a Breuer, si era reso conto che la parola e la sua comunicazione verbale avevano degli effetti sulle manifestazioni corporee. In seguito, con il procedere della ricerca in Psicologia e l'avvento dei modelli cognitivisti, sono state avanzate svariate proposte sul processamento delle informazioni da parte della nostra mente. Al riguardo, la Bucci si è interessata alle ricerche condotte da Paivio (1991), che indicavano come il linguaggio e l'attività immaginativa fossero modalità del pensiero che agiscono sia consapevolmente che non nei processi mnestici e sono implicati nel processamento delle informazioni (Bucci, 2021). Questo primo modello è stato denominato "Teoria del Codice Doppio". Con l'avanzare della ricerca in questo ambito, la ricercatrice newyorkese ha integrato i nuovi dati a disposizione e proposto la "Teoria del Codice Multiplo". Questo impianto teorico, oltre a considerare il linguaggio e l'attività immaginativa, pone il focus anche sugli aspetti sensoriali e corporei associati al pensiero e al processamento delle informazioni (in particolare di natura emotiva) da parte della nostra mente (Bucci, 2021). Il pensiero alla base di questo modello teorico è che la nostra mente elabora e ricorda differenti informazioni (percezioni, affetti, comunicazioni) in differenti modalità. La teoria del codice multiplo, nello specifico, prevede che ci siano tre sistemi, tra loro parzialmente interconnessi e che possono agire all'interno della consapevolezza o meno: il sistema subsimbolico, il sistema simbolico non verbale e il sistema simbolico verbale.

Il sistema subsimbolico processa le informazioni secondo modalità connessioneistiche, globali e analogiche. Opera, inoltre, secondo procedimenti non verbali, ma è connesso al linguaggio grazie ad elementi paralinguistici (ad esempio, il ritmo e il tono della voce; Bucci, 2021). Questo sistema agisce in parallelo e le sue operazioni avvengono in sincrono. Il sistema subsimbolico include dentro di sé tutte le modalità sensoriali, motorie e viscerali connesse con il processamento delle informazioni. Questo sistema, ad esempio, è attivo quando dobbiamo compiere operazioni come leggere la traiettoria di una palla, mentre guidiamo un'auto, ma anche nel riconoscimento di una voce familiare. Dal punto di vista delle neuroscienze, il sistema subsimbolico è stato messo in

relazione con il sistema nervoso autonomo, l'amigdala e altri siti del cervello riguardanti il processamento delle informazioni affettive non verbali (Solano, 2010).

I sistemi simbolici, invece, siano essi verbali o non verbali, operano su unità discrete, cioè i simboli che si riferiscono ad altre entità e che possono combinarsi tra loro per generare nuove forme (Bucci et al., 2015). Il sistema simbolico non verbale processa e costruisce immagini, spesso di natura visiva, ma non solo, che possono essere riferibili ai ricordi o ai sogni. Il sistema simbolico verbale, che è detenuto unicamente dagli esseri umani, utilizza ampiamente il linguaggio per compiere le proprie operazioni. Questo sistema è associabile al pensiero del processo secondario descritto da Freud. L'unità più piccola di questo sistema è il morfema che componendosi con altri, dà luogo alle parole e alle frasi (Bucci, 2021). Questi due sistemi sono stati messi in relazione con l'ippocampo (il sito cerebrale associato alla memoria episodica) e le aree corticali superiori (Solano, 2010).

I tre sistemi sono connessi tra di loro da ciò che la ricercatrice newyorkese ha definito "processo referenziale". Questo si riferisce al processo bidirezionale che collega le esperienze emotive e corporee, tipiche del sistema subsimbolico, ad immagini ed in seguito al linguaggio (Bucci et al., 2012). Grazie a questo processo gli esseri umani riescono a comunicare e a comprendere la propria e altrui esperienza emotiva (De Coro et al., 2006). Un altro aspetto centrale, all'interno della Teoria del Codice Multiplo, riguarda il costrutto di "schema emozionale", che si collega al processo referenziale. Il concetto di schema è stato proposto per la prima volta da Bartlett (1932), in riferimento ai suoi studi sulla memoria. Per questo ricercatore gli schemi di memoria possono essere considerati come delle organizzazioni di rappresentazioni di conoscenza su noi stessi e sul mondo, che vengono attivati e modificati dalle esperienze che viviamo, determinando come leggiamo ciò che ci accade. La Bucci ha integrato questo concetto all'interno del suo modello teorico ed ha definito gli schemi emozionali come particolari schemi di memoria che incorporano sia aspetti subsimbolici che simbolici (Bucci et al., 2015). Questi schemi iniziano a formarsi già agli inizi della propria vita e si compongono di aspettative, desideri e credenze sugli altri, che si sono formati attraverso le continue interazioni esperite con le persone significative, in particolar modo i *caregivers*. Tali schemi sono costituiti in maniera preponderante da cluster di memoria di eventi dove i processi sensoriali subsimbolici, motori e viscerali sono attivati nella

relazione con gli altri significativi. Il linguaggio è compreso in questi schemi solo in misura limitata, in quanto gli schemi emotivi si formano già a partire dalle prime fasi dello sviluppo, in un momento in cui il linguaggio non è ancora comparso. Secondo Bucci (2021) gli schemi emozionali si differenziano dagli altri schemi di memoria per due motivi: sono maggiormente organizzati su processi subsimbolici, che la ricercatrice ha denominato “cuore affettivo”, e nella loro genesi rivestono un ruolo centrale gli aspetti interpersonali delle interazioni. Gli schemi emozionali possono attivarsi in seguito a ricordi o mentre si sta interagendo con un'altra persona (in particolare vengono attivati durante il corso di un processo psicoterapeutico). L'attivazione di uno di questi schemi innesca il processo referenziale, il quale interviene sullo schema emozionale trasformando le sue componenti subsimboliche attivate dall'esperienza, prima in un simbolo non verbale, per poi arrivare al simbolo verbale, cioè al racconto (De Coro et al., 2006). Bucci, nello specifico, ritiene che ci siano tre fasi coinvolte nel processo referenziale:

- La fase di *arousal* in cui uno schema emozionale viene attivato insieme alle sensazioni corporee e viscerali connesse. Un incontro con una persona, un odore o una canzone sono tutti esempi di esperienze che possono attivare lo schema. La caratteristica principale dell'innesco dello schema emozionale è che la persona non è consapevole della fonte delle emozioni. La comunicazione dello stato affettivo avviene attraverso i canali subsimbolici, senza la possibilità di esprimerli attraverso forme verbali (Bucci et al., 2015).
- La fase di simbolizzazione in cui si prevede che emergano alcuni contenuti emozionali e dell'attività immaginativa, attraverso fantasie, ricordi, sogni, che possono essere espressi in forma verbale (Bucci et al., 2012). In questa fase anche l'interlocutore sente delle sensazioni corporee e degli affetti simili a quelli che l'individuo sta narrando, mettendo in luce l'aspetto bidirezionale del processo referenziale.
- La fase di riorganizzazione/riflessione, in cui la persona, a seguito del racconto, passa ad uno stato maggiormente riflessivo, caratterizzato da pensiero logico, nel quale potrebbe riorganizzare gli eventi o creare nuove relazioni e dare nuovi significati alle esperienze. In alcuni casi la riflessione può comprendere delle

descrizioni generali che prevedono l'attribuzione di un'etichetta emotiva all'esperienza (Bucci et al., 2015).

Ogni volta che queste tre fasi si verificano si compie ciò che Bucci ha denominato "ciclo referenziale" (2021). Il processo referenziale e tutte le sue fasi sono particolarmente presenti nel corso di un trattamento psicoterapeutico, nel quale l'obiettivo della cura è quello di modificare gli schemi cognitivo-emotivi disfunzionali, che rivestono un ruolo fondamentale nella regolazione del senso di sé e che emergono nel corso della terapia (De Coro et al., 2006). La teoria del codice multiplo propone, quindi, un modello della formazione della patologia psichica. Secondo questo impianto teorico, l'origine della sintomatologia è rintracciabile nella dissociazione degli schemi emozionali, che non permette una integrazione tra i tre sistemi. Alcuni schemi emozionali, nello specifico, possono rappresentare esperienze insopportabili, che minacciano di sovrastare il sé dell'individuo, collegati a conflitti non gestibili o ad aspettative di abbandono e perdita. Quando questi schemi vengono attivati, si innescano anche le dolorose sensazioni somatiche e sensoriali connesse allo schema. Queste esperienze portano l'individuo a cercare di evitare situazioni spiacevoli, attraverso anche l'utilizzo di diversi meccanismi di difesa, come la repressione. L'adozione della difesa dell'evitamento non permette di dare un significato emotivo e di simbolizzare i vissuti subsimbolici attivati, che continuano ad operare. Si instaura così un circolo vizioso, nel quale ogni volta che lo schema si attiva, si innescano anche le esperienze somatiche e sensoriali associate. Questo porta all'evitamento delle situazioni in cui l'individuo esperisce tutto ciò, non permettendo così alla persona di integrare queste esperienze e di dar loro un nuovo significato (Bucci, 2021).

#### **1.4.2. L'attività referenziale**

Wilma Bucci, oltre a proporre un nuovo impianto teorico, ha fornito anche una strumentazione per la misura del processo referenziale, che si basa sul costrutto di attività referenziale. Esso può essere definito come una variabile psicologica che rappresenta il grado in cui il linguaggio verbale è connesso all'esperienza non verbale, sia subsimbolica che simbolica (Mariani et al., 2013). La misurazione del processo referenziale permette di osservare come questo si manifesti e si modifichi nel corso di un trattamento psicoterapeutico (De Coro et al., 2006). La rilevazione dell'attività

referenziale può essere configurata come una misura del processo, in quanto è considerabile come una variabile che indaga la presenza di microcambiamenti nella mente del paziente e del terapeuta, mentre i due sono coinvolti in uno scambio comunicativo. La misura dell'attività referenziale avviene sui trascritti verbatim di sedute di psicoterapia e si basa sull'analisi formale del linguaggio, andando a coglierne le qualità strutturali. Questo aspetto permetterebbe di comprendere quanto l'esperienza non verbale risulti attivata nella mente del parlante (De Coro et. al, 2006).

Alla luce del nuovo ruolo che il costrutto di processo referenziale svolge all'interno della letteratura sulla ricerca in psicoterapia, nel presente lavoro di tesi si intende analizzare e descrivere l'andamento dell'attività referenziale all'interno di una *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*. Nello specifico, si andranno ad esaminare i trascritti di 8 sedute di questa tipologia di trattamento dal punto di vista del processo referenziale, utilizzando delle misure computerizzate di tale costrutto. Lo scopo del presente lavoro è, quindi, quello di osservare e di descrivere l'andamento dell'attività referenziale in questa specifica tipologia di terapia a breve termine e di verificare se effettivamente il costrutto oggetto d'indagine abbia un comportamento differente nell'ISTDP rispetto ad una psicoterapia a lungo termine. Si è scelto di studiare questo aspetto considerate le caratteristiche peculiari dell'*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy* e visto che in letteratura i dati disponibili sono ancora limitati. Lo studio intende, inoltre, osservare come il processo referenziale sia connesso con il buon *outcome* della terapia in oggetto, evidenziando i cambiamenti ottenuti attraverso la psicoterapia psicodinamica breve, alla luce dei mutamenti nell'attività referenziale. Si tratta, quindi, di una ricerca su caso singolo afferente al filone della *process-outcome research*.



## CAPITOLO 2

### Metodo

In questo secondo capitolo si entrerà nel merito della ricerca svolta nel presente lavoro di tesi. In primo luogo, si fornirà un approfondimento degli strumenti adoperati per misurare sia il processo referenziale che l'esito della terapia oggetto d'indagine. Si descriverà, poi, il materiale utilizzato per compiere la ricerca e la procedura di analisi dei dati raccolti, al fine di rendere replicabile lo studio. Si concluderà enunciando le ipotesi e si descriveranno i risultati della ricerca.

#### 2.1. Strumenti

In questa sezione si illustreranno gli strumenti di misura adoperati nel presente lavoro, facendo un breve cenno sulla loro storia, analizzandone le componenti, il modo in cui vengono somministrati e le caratteristiche psicometriche che presentano. Nello specifico, gli strumenti che saranno descritti in questa sezione sono: l'I-DAAP (Mariani et al., 2013) e i vari dizionari che lo compongono, per ciò che concerne la misura del processo referenziale; la *Symptom Check-list Revised* (SCL-90-R) e l'*Inventory of Interpersonal problems*, nello specifico la sua versione a 32 item (IIP-32), per quanto riguarda la misura della sintomatologia e delle problematiche interpersonali.

##### 2.1.1. Le misure computerizzate del processo referenziale

Wilma Bucci, al fine di misurare l'attività referenziale nei percorsi psicoterapici, ha proposto, nel corso del tempo, una serie di strumenti per analizzare il comportamento di questa variabile sui trascritti delle sedute. La prima misura dell'attività referenziale proposta da Bucci prevedeva l'assegnazione da parte di giudici di un punteggio da 0 a 10 ai trascritti, con un punteggio medio pari a 5, sulla base delle seguenti quattro scale:

- Concretezza, con cui si valuta il livello di qualità sensoriali e/o percettive del trascritto;
- Specificità, con cui si misura il grado di dettagli presenti nel testo riferiti a persone, luoghi, oggetti di un episodio descritto o alle specificazioni riportate sui pensieri e gli stati d'animo;

- Chiarezza, con cui si valuta il livello di comprensibilità di ciò che viene raccontato che permette all'interlocutore di seguire il discorso;
- Immaginazione, con cui ci si riferisce alla capacità evocativa del linguaggio, ossia quanto il discorso riesca a generare risonanza emotiva attraverso le immagini.

(De Coro et al., 2006)

Al fine di estendere la misura dell'attività referenziale a campioni più grandi e per compiere studi longitudinali sono stati ideati strumenti computerizzati atti a tale scopo. Il primo strumento progettato è stato il “*Computerized Referential Activity*” (CRA). Il CRA è stato ideato da Bucci e Merghentaler (1999) e prevedeva due dizionari: il primo riferito a quegli item che sono caratteristici di discorsi con alti livelli di attività referenziale, mentre il secondo a quelli con bassi punteggi di attività referenziale (Mariani et. al, 2013).

Dopo alcuni anni, è stata creata da Bucci e Maskit (2006) una seconda generazione di misure computerizzate per la valutazione dell'attività referenziale. È stato realizzato un nuovo programma che permette l'elaborazione del trascritto, andando a produrre una linea di andamento medio che ricomincia quando cambia il parlante. Questa misura prende il nome di “*Discourse Attribute Analysis Program*” (DAAP) (De Coro et. al, 2006). Il DAAP è un programma computerizzato di analisi testuale che fornisce misure del processo referenziale ([www.thereferentialprocess.org](http://www.thereferentialprocess.org)). Grazie al suo utilizzo e al fine di misurare al meglio tutte le fasi del processo referenziale sono stati creati diversi dizionari in lingua inglese, che verranno approfonditi in seguito nel presente paragrafo. Il DAAP codifica il testo suddividendolo, prima di tutto, sulla base dei turni del discorso tra i parlanti. Se chi parla dice solo uno o due parole (ad esempio, quei momenti in cui una persona invita a proseguire quanto si stava dicendo) non li considera come turni, bensì vengono catalogati come vocalizzazioni non-turni (Maskit, 2021). Compiuta questa operazione, il programma restituisce per ogni dizionario e per ogni turno del discorso una funzione livellata del dizionario (Mariani et al., 2013). Questa funzione permette di descrivere graficamente l'andamento della variabile psicologica analizzata dal dizionario. Oltre a ciò, il DAAP fornisce misure e valori ponderati e produce, inoltre, covariazioni per coppie di dizionari, che rappresentano quanto le due variabili sono simultaneamente alte o basse (Maskit, 2021). Il programma, infine,



restituisce anche output che tradizionalmente sono presenti nei sistemi di analisi testuale come il conteggio di parole totale (Mariani et. al, 2013). Secondo Bucci e colleghi (2015), i testi che presentano alti livelli di attività referenziale si caratterizzano per la presenza di un linguaggio vivido, evocativo, ricco di attività immaginativa e specifico. I testi con bassi livelli di attività referenziale, al contrario, presentano un linguaggio vago, astratto e generale.

La versione italiana del DAAP e dei vari dizionari che lo compongono è stata sviluppata e validata nel corso degli ultimi anni. Questo si è reso necessario perché tali strumenti, andando a rilevare le caratteristiche del linguaggio parlato, mettendole in relazione con l'attivazione emozionale, presuppongono che ogni idioma abbia le sue caratteristiche peculiari. Per questi motivi Mariani e colleghi (2013) hanno costruito e validato, attraverso uno studio su tre trattamenti psicoterapeutici, l'I-DAAP e le altre misure dell'attività referenziale.

Verranno ora descritti alcuni dei dizionari e indici di covariazione presenti nel I-DAAP, che permettono la descrizione del processo referenziale e che sono stati adoperati nel presente lavoro di tesi nella loro versione italiana:

- *Weighted Referential Activity Dictionary (WRAD)*: è un dizionario computerizzato che misura il livello di attività referenziale presente in un testo e che indica il grado con cui il parlante riesce a esprimere a parole la propria esperienza emotiva, corporea e relazionale, suscitando la medesima esperienza in chi lo ascolta (Negri et al., 2022). Questo è un dizionario ponderato, empiricamente ricavato attraverso l'utilizzo di ampi campioni di testi segmentati e valutati da giudici sulla base delle scale dell'attività referenziale. Nella sua versione italiana, validata da Mariani e colleghi (2013), è composto da 9696 parole utilizzate frequentemente e a cui è stato attribuito un determinato valore. Il WRAD è una misura della fase di simbolizzazione del processo referenziale. I valori variano all'interno di un intervallo compreso tra 0 (basso) e 1 (alto), dove il valore di .5 è il valore medio di cut-off tra alta e bassa attività referenziale (Maskit, 2021).
- *Weighted Reflection and Reorganization List (WRRL)*: è una misura che descrive la fase di riflessione e riorganizzazione del processo referenziale. Indica

il grado con cui il parlante tenta di riconoscere e comprendere il significato emotivo di un evento o di una serie di eventi nella propria o altrui vita, o nelle fantasie o sogni (Maskit, 2021). Alti valori di WRRL si osservano quando il parlante sembra distaccarsi e osservare da una nuova prospettiva l'esperienza emotiva che si è attivata. I valori variano all'interno di un intervallo compreso tra 0 (basso) e 1 (alto), con un valore medio di cut-off tra basso e alto processo di riflessione e riorganizzazione pari a .54 (Negri et al., 2022).

- *WRAD\_RefD Covariation* (WRAD\_RefD): è un indice di covariazione tra il WRAD (la misura dell'attività referenziale e della fase di simbolizzazione) e il RefD (una misura non ponderata della riflessione, che è caratteristica della fase di riorganizzazione). Il WRAD\_RefD fornisce informazioni sulla qualità dell'elaborazione terapeutica da parte del parlante (Negri et al., 2022). Secondo Maskit (2021), più i processi di racconto della storia e di riflessione su di essa sono separati, più è clinicamente produttivo per il paziente. Questo aspetto si traduce nel fatto che, se la covariazione è negativa (ossia più una variabile è presente ad alti livelli, più, simultaneamente, l'altra presenta bassi livelli), maggiore è la separazione tra i due processi.
- *Affects Dictionary* (AffD): è una misura del grado con cui una persona utilizza parole ed etichette emotive per comunicare direttamente le proprie emozioni (Bucci et al., 2021). È un indice che valuta quanta emotività è presente nel discorso, ma può indicare anche un distanziamento difensivo da parte del paziente verso il contenuto emotivo, descritto in termini vaghi, generali e astratti (Negri et al., 2022). Questo dizionario è a sua volta suddiviso sulla base della valenza che l'etichetta emotiva racchiude, ossia: AffP per le parole con valenza positiva, AffN per quelle con valenza negativa e AffDZ per quelle neutre (Mariani et al., 2013).
- *Disfluency Dictionary* (DfD): comprende una serie di parole, ripetizioni o parole incomplete che indicano la difficoltà che la persona sta avendo nel comunicare (ad esempio mm, cioè; Bucci et al., 2021). Questa è considerata una misura della fase di *arousal*, momento in cui si è attivato uno schema emozionale o di un momento di confusione e dissociazione (Negri et al., 2022).

- *Sensory Somatic Dictionary* (SenS): comprende una lista di parole riguardanti il corpo, l'attivazione corporea e l'esperienza sensoriale (Bucci et al., 2021). È considerata una misura della fase di *arousal*, che coglie gli elementi dell'attivazione dello schema emozionale subsimbolici.
- *Mean High WRAD* (MHWRAD): indica la proporzione media con cui la funzione ponderata del WRAD del parlante supera il valore medio di .5. Questa misura indica quanto chi parla è coinvolto nella fase di simbolizzazione e quanto è coinvolto nella narrazione di un evento. Il MHWRAD può essere inteso come una misura che indica quanto alta è l'attività referenziale quando questa è alta (Maskit, 2021).

Bucci, utilizzando queste nuove misure, è riuscita a descrivere le tre fasi del processo referenziale, caratterizzandole sulla base dei valori che si presentano:

- La fase di *arousal* si caratterizza per alti livelli di disfluenze, alto valore del dizionario delle parole affettive, bassa attività referenziale e bassi valori del dizionario riferito alla fase di riflessione e riorganizzazione;
- La fase di simbolizzazione mostra alti livelli di attività referenziale, bassi punteggi di disfluenze, bassi livelli nel dizionario delle parole riflessive e, infine, si osservano delle oscillazioni nei punteggi del dizionario delle parole affettive;
- La fase di riorganizzazione/riflessione si caratterizza per alti livelli nel dizionario delle parole riflessive e di quello delle parole affettive, bassi livelli di attività referenziale e delle oscillazioni nei livelli di disfluenze.

(Bucci et al., 2015)

### **2.1.2. La Symptom Checklist Revised (SCL-90-R)**

La *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994) è un questionario self-report composto da 90 item che indaga il malessere psicopatologico del paziente. Alla persona viene richiesto di rispondere a ciascun item su una scala Likert a 5 punti, che varia da 0 (per nulla) a 4 (estremamente), dichiarando quanto il sintomo descritto è stato presente nel corso dell'ultima settimana (Kirchmann et al., 2011). La SCL-90-R è stata proposta da Derogatis (1994) al fine di indagare la sintomatologia psicopatologica dei pazienti ed è uno strumento utile per il supporto diagnostico, per lo screening psicopatologico e per la valutazione dell'esito di una psicoterapia. Storicamente, questo

questionario è nato basandosi sull' *Hopkins Symptom Checklist*, a sua volta basatosi sul *Cornell Medical Index* (Prunas et al., 2012). La prima versione della SCL prevedeva 41 item (SCL-41), per poi essere rivista portando il numero di item a 58 (SCL-58) e arrivando, infine, alla versione in uso a 90 item. La SCL-90-R si caratterizza per il fatto che indaga sia la sintomatologia internalizzante (come, ad esempio, sintomi depressivi e ansiosi) sia quella esternalizzante (ad esempio, l'impulsività e l'aggressività; Prunas et al., 2012).

Il questionario è composto da 9 scale e riporta tre indici globali riguardanti la sofferenza esperita dal paziente (Kirchmann et al., 2011). Le 9 scale presenti nella SCL-90-R indagano le seguenti sintomatologie: Somatizzazione (SOM), Ossessivo-Compulsivo (O-C), Sensibilità Interpersonale (INT), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia Fobica (PHOB), Ideazione Paranoide (PAR) e Psicoticismo (PSY). Sono presenti, anche, 7 item addizionali che indagano problematiche legate all'appetito e al sonno (Prunas et al., 2012). Una dimensione del SCL-90-R presenta un punteggio significativo se il valore è pari o superiore a 1.50 (Rocco et al., 2021). I tre indici globali presenti nel questionario sono: il *Global Severity Index* (GSI), *Positive Symptom Total* (PST) e il *Positive Symptom Distress Index* (PSDI). Il GSI è un indice che ci informa del livello corrente e della profondità del disturbo riportato dal paziente e che aggrega le informazioni riguardanti il numero di sintomi e il livello di sofferenza percepita dall'individuo. Si ottiene sommando il punteggio di tutti gli item e dividendo il risultato per 90. Il PST può essere inteso come una misura dell'ampiezza della sintomatologia, in quanto fornisce informazioni sul numero di sintomi segnalati, senza tenere in considerazione il livello di stress associato. Il PSDI, infine, è un indice che punta ad evidenziare il livello medio di sofferenza dovuta alla sintomatologia riportata dal paziente. Si può intendere, quindi, come una misura della intensità dei sintomi per il paziente. Si ricava dalla somma dei punteggi di tutti gli item divisa per il valore del PST (Prunas et al., 2012).

Dal punto di vista delle caratteristiche psicometriche, in letteratura sono presenti diversi studi che mettono in discussione la struttura multifattoriale del SCL-90-R. Lo studio di Prunas e colleghi (2012) fornisce dati a supporto della struttura multifattoriale dello strumento riducendo, però, il numero di scale da 9 a 8. Sono state accorpate, infatti, le dimensioni dello Psicoticismo e dell'ideazione paranoide, che fornivano dati

molto simili tra loro. Dal punto di vista della consistenza interna la SCL-90-R mostra valori dell'alfa di Cronbach soddisfacenti (Prinz et al., 2013).

### **2.1.3. L'Inventory of Interpersonal Problems short version (IIP-32)**

L'*Inventory of Interpersonal Problem* (IIP; Horowitz et al., 2000) è un questionario self-report che indaga il funzionamento interpersonale, identificando le problematiche più salienti per le persone in quest'area (Lo Coco et al., 2018). Lo strumento, nella sua versione più breve, richiede alla persona di rispondere su una scala Likert a 5 punti, che varia da 0 (per nulla) a 4 (estremamente), ad item che indagano difficoltà riscontrate nelle relazioni interpersonali, che per il rispondente possono essere cose troppo "complesse da fare" (ad esempio, unirsi a gruppi) o che vengono fatte troppo spesso (ad esempio, irritarsi facilmente) (Barkham, & Hardy, 1996). L'IIP è considerata una misura dell'*outcome* terapeutico e uno strumento utile per compiere ricerche in questo campo. L'IIP-32 è una versione più breve, derivata dall'IIP originale che comprende 127 item, al fine di rendere più agile la somministrazione e per non sovraccaricare il paziente con un test troppo lungo da compilare (Barkham et al., 1996). Oltre alla versione originale e quella più breve a 32 item, è presente una terza versione a 64 item (Lo Coco et al., 2018). La versione originale dell'IIP ha dimostrato di possedere buone qualità psicometriche, attestate da diversi studi. Questo strumento ha mostrato, infatti, valori dell'alfa di Cronbach soddisfacenti (in un intervallo che varia da .72 a .85) e una buona affidabilità test-retest (con valori da .50 a .84) (Horowitz et al., 1988). L'IIP ha mostrato, inoltre, una buona validità, esaminata attraverso l'associazione con altri disturbi e costrutti psicologici (Lo Coco et al., 2018). La costruzione dell'IIP-32 è stata raggiunta attraverso un'analisi delle componenti della versione originale dello strumento originario e selezionando unicamente gli item più significativi e rappresentativi dei fattori presi in esame da questo test (Barkham et al., 1996).

Tutte le versioni dell'IIP descrivono la sofferenza psicologica causata da problemi nella sfera interpersonale. Attraverso questo strumento è possibile delineare i comportamenti interpersonali su due dimensioni sovraordinate: Freddo/Autosacrificante, che varia su un continuum da comportamento ostile ad amichevole, e Dominante/Non Assertivo che varia su un continuum da comportamento sottomesso a controllante (Rocco et al., 2022). Da queste due dimensioni derivano 8

fattori: Dominante/controllante (PA) (ad esempio, essere molto manipolativo e controllante nelle interazioni), Centrato su di sé (BC) (ad esempio, essere spesso egocentrico e ostile nelle relazioni), Freddo/distante (DE) (ad esempio, l'aver pochi sentimenti, affetti e connessione per e con le altre persone), Socialmente inibito/Evitante (FG) (ad esempio, essere evitanti o in ansia nei confronti delle relazioni con gli altri o difficoltà di approccio), Non-assertivo (HI) (ad esempio, avere difficoltà nel manifestare i propri bisogni alle altre persone), Iper Accomodante/Sfruttabile (JK) (ad esempio, essere molto ingenuo e per questo sfruttato dalle altre persone), Autogiustificante/Iperattento (LM) (ad esempio, essere eccessivamente generoso, altruista, accudente e permissivo con gli altri), ed infine Intrusivo/Bisognoso (NO) (ad esempio, imporre i propri bisogni e non rispettare il confine altrui) (Lo Coco et al., 2018). Lo strumento restituisce un punteggio globale e uno per ogni fattore. I punteggi grezzi ottenuti per ogni dimensione vengono trasformati in punti T, che variano in un intervallo di valori compreso tra 36 e 99. Un punteggio è significativo se supera il valore di 70, indicando una problematica interpersonale in quella dimensione (Rocco et al., 2021).

Lo Coco e colleghi (2018), nel validare la versione italiana dell'IIP-32, hanno descritto le proprietà psicometriche dello strumento. Questo test ha mostrato di possedere una consistenza interna soddisfacente con valori del coefficiente Omega per il punteggio totale pari a .985. Per i singoli fattori, invece, i valori variano all'interno di un intervallo che va da .776 a .975. L'IIP-32 ha dimostrato di saper discriminare tra la popolazione clinica e quella non clinica, con punteggi per i primi più elevati rispetto al secondo gruppo. Si è dimostrata la validità di costrutto dell'IIP-32. I punteggi di questo test, infatti, hanno mostrato correlazioni significative con altre misure self-report del funzionamento psicologico e dell'autostima.

## **2.2. Materiale**

In questa sezione verrà descritto il materiale sul quale sono state svolte le analisi effettuate. Nel presente lavoro è stata analizzata una psicoterapia a breve termine psicodinamicamente orientata. La terapia si è composta e conclusa in 8 sedute a cadenza settimanale, tranne in alcuni casi in cui, per motivi di quarantena legata all'epidemia di COVID-19, vi è stato uno slittamento degli incontri. In particolare, la terapia presa in

esame è un'*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy* (Davanloo, 2001). Le analisi sono state svolte, nello specifico, sui trascritti delle sedute, ricavati dalle registrazioni audio della terapia. Questo materiale è stato ottenuto previo consenso informato da parte del paziente. La terapia è stata condotta da una terapeuta di sesso femminile di circa 40 anni di età, avente alle spalle 13 anni di esperienza clinica. Il trattamento si è svolto in un setting clinico privato. La scelta di questa specifica tipologia di terapia a breve termine è stata effettuata al fine di indagare l'andamento dell'attività referenziale in un ISTDP, in quanto in letteratura i dati sono limitati al riguardo. Il disegno sperimentale adottato nel presente lavoro è quello di una ricerca su caso singolo.

Per ciò che concerne il paziente, invece, si tratta di una donna di 52 anni di età, residente nel Nord Italia, sposata e con due figli. Al momento della consultazione dichiara di essere disoccupata, ma riporta l'intenzione di trovarsi un lavoro. Si presenta in terapia lamentando la presenza di una forte ansia e la comparsa di sintomi somatici che, però, hanno un'origine medica accertata, ma aggravati dal malessere psicologico esperito. La paziente dichiara, inoltre, di aver sperimentato due episodi di attacco di panico e di seguire un trattamento farmacologico di ansiolitici. La sintomatologia si è manifestata in seguito alla scomparsa della figura materna. Secondo la modalità diagnostica del PDM-2 (Lingiardi, & McWilliams, 2017), la paziente mostra una struttura di personalità nevrotica, caratterizzata dall'utilizzo di meccanismi di difesa e strategie di coping per rispondere a situazioni stressanti in maniera rigida e limitata. Mostra la presenza di un conflitto circoscritto ad un'area limitata, manifestando un esame di realtà intatto e delle buone relazioni oggettuali. La paziente, inoltre, presenta buone capacità di insight e riesce ad instaurare una buona alleanza terapeutica. Nello specifico, utilizza difese quali introiezione, capovolgimento dell'affetto, intellettualizzazione, svalutazione del Sé e idealizzazione dell'altro. In particolare, si nota un introietto negativo della figura materna, perduta a seguito di un lutto che non è stato ancora elaborato e dopo il quale hanno iniziato a manifestarsi i primi sintomi. L'introietto materno fa da specchio ad un Super Io rigido e punitivo, che porta la paziente a provare forti sentimenti di colpa e a manifestare atteggiamenti autopunitivi. Il conflitto ruota, quindi, intorno all'elaborazione del lutto e ai sentimenti di colpa eccessivi manifestati a seguito di alcuni eventi specifici verificatisi nella vita della paziente. Si nota, inoltre, l'utilizzo del capovolgimento dell'affetto soprattutto nei

confronti della rabbia, la quale viene bloccata e poi abbinata ad una giustificazione del comportamento degli altri, messa in atto con l'idealizzazione e l'intellettualizzazione. Lo stile di personalità presentato dalla paziente può rientrare, quindi, nel tipo depressivo, del sottotipo introiettivo. Spostandoci sull'asse S del PDM-2, la paziente rispetta i criteri del DSM-5 per il disturbo da attacchi di panico, individuato dalla presenza di due attacchi precedenti alla terapia e di uno verificatosi nel corso del trattamento.

Secondo la McWilliams (2011) nei trattamenti psicoanalitici o ad orientamento psicodinamico degli individui con stile di personalità depressivo, il terapeuta deve porre un focus particolare sulla relazione. Il clinico deve prestare attenzione a ciò che dice, poiché il paziente con questa tipologia di personalità è estremamente attento nel cogliere commenti e conferme nei suoi confronti, per cui il terapeuta deve essere emotivamente costante e non esprimere giudizi. Con i pazienti che si situano nel versante introiettivo, poi, risulta estremamente proficuo analizzare le aspettative del cliente di un inevitabile rifiuto e di analizzare gli sforzi che compie per essere costantemente "buono". Risulta, inoltre, importante dal punto di vista dell'*outcome*, che vengano continuamente analizzate e sfidate le credenze patogene relative alla cattiveria del paziente e il ruolo che questa ha rivestito nelle perdite avvenute nel corso della vita di queste persone. Un altro aspetto importante nel corso del trattamento con questi pazienti riguarda l'analisi delle reazioni alle separazioni, in quanto sono individui che soffrono e temono l'abbandono, tollerando male la solitudine. Secondo la Psicologia dell'Io un'indicazione con questi pazienti è quella di: non sostenere l'Io, ma di attaccare l'istanza superegoica (McWilliams, 2011). Dal momento che gli individui con stile di personalità depressiva tentano sempre di essere "buoni", un miglioramento può essere individuato quando questi pazienti riescono a fare delle critiche e a manifestare la propria rabbia.

### **2.3. Procedura**

In questa sezione verrà descritta la procedura adottata nel presente lavoro di tesi. In primo luogo, sono stati somministrati dal clinico che ha condotto la terapia i due questionari presentati nella sezione strumenti: la SCL-90-R e l'IIP-32. La loro somministrazione è avvenuta sia all'inizio del trattamento che al termine, al fine di indagare l'esito della terapia. Tutta la terapia, composta da 8 sedute, è stata



videoregistrata, previo consenso informato da parte della paziente al trattamento dei dati ai fini di obiettivi clinici e di ricerca. Le registrazioni degli incontri sono state accompagnate anche da una indicazione da parte del clinico che ha condotto la terapia, sull'elemento che ha caratterizzato la seduta (ad esempio, seduta numero 4 "lavoro su rabbia e sintomo") I colloqui sono stati, in seguito, trascritti secondo le regole di trascrizione I-DAAP. Queste linee guida prevedono che vengano riportati, parola per parola, tutti i dialoghi presenti nella traccia audio, segnalando anche la presenza di turni non verbali (ad esempio, uno dei parlanti tossisce) e la presenza di disfluenze nel discorso. Esempi di disfluenze secondo le linee guida I-DAAP, sono: ripetizioni e interruzioni di parole, oppure specifici termini come boh, allora, cioè.

Al termine di questa operazione, i trascritti dei colloqui sono stati segmentati ed analizzati tramite il programma computerizzato DAAP nella sua versione italiana. Questo ha permesso di ottenere le misure del processo referenziale per ogni dizionario, ottenendo un valore per ognuna delle sedute che hanno composto la terapia oggetto di studio. I valori restituiti da I-DAAP si riferiscono sia alla paziente che al terapeuta. Il programma restituisce le misure per ogni singola seduta, permettendo l'osservazione del comportamento del processo referenziale e il suo sviluppo, evidenziando le caratteristiche in questo specifico scambio terapeutico.

I dati sono stati sottoposti sia ad una analisi qualitativa, per l'interpretazione di quei dizionari che non sono stati ponderati e che non permettono un confronto con una statistica di riferimento, che ad una analisi quantitativa, realizzata attraverso l'utilizzo delle misure di alcuni dizionari ponderati e gli indici di covariazione forniti dal programma I-DAAP.

## **2.4. Ipotesi di lavoro**

Nel presente lavoro, attraverso l'analisi di questo caso, si intende studiare e descrivere l'andamento del processo referenziale all'interno di una *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*, al fine di verificare se in questa tipologia di trattamento tale costrutto si comporti diversamente rispetto ad una psicoterapia a lungo termine. In questo ultimo caso, l'attività referenziale all'inizio del processo psicoterapico risulta poco attivata, con valori nel dizionario del WRAD che si collocano sotto il valore soglia di .5, poiché lo schema emotivo risulta ancora dissociato, per poi crescere gradualmente

durante il corso del trattamento. La stessa, poi, pur presentando un'oscillazione nei valori, mostra un'interpolazione che tende a salire (Lo Verde et al., 2012). Un primo obiettivo, quindi, del presente lavoro è quello di descrivere l'attività referenziale nella forma di psicoterapia proposta da Davanloo attraverso l'analisi e descrizione delle misure ottenute dai dizionari riportati nella sezione dedicata agli strumenti, al fine di comprendere come si comporti questo costrutto in tale forma di trattamento. Si ipotizza, nello specifico, che date le caratteristiche tecniche dell'*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*, dove il terapeuta cerca fin dall'inizio della terapia di elicitare il racconto del nucleo conflittuale (o schema emotivo dissociato dal punto di vista della teoria del codice multiplo; Bucci, 2021) da parte del paziente scontrandosi con le sue resistenze (Davanloo, 2001), il processo referenziale si attivi fin da subito del trattamento in modo significativo. La prima ipotesi avanzata è, quindi, quella che i valori del I-WRAD della paziente siano fin dalle prime sedute del trattamento elevati, al di sopra del valore di .5, indicando, quindi che la fase di simbolizzazione è già presente e che, quindi lo schema emotivo dissociato sia molto presto narrabile e affrontabile nel corso della terapia.

Allo stesso tempo, si ipotizza che il paziente riesca fin dalle prime battute a riflettere e a riorganizzare i contenuti affettivi che emergono nella terapia, riuscendo a modificare lo schema emotivo dissociato. Si pensa, quindi, che all'interno di una ISTDP le misure del dizionario WRRL presentino anch'essi valori elevati, che superano il valore di .54, mostrando come il paziente riesca a risignificare molto rapidamente le esperienze dissociate.

Infine, dato che la terapia analizzata ha mostrato attraverso la somministrazione della SCL-90-R e dell'IIP-32, una remissione della sintomatologia da parte della paziente, aspetto che può essere considerato come un indice del fatto che il trattamento si è concluso con esito positivo, si vuole comprendere come, dal punto di vista del processo referenziale, questo risultato sia stato raggiunto. A tal proposito, si ipotizza che l'indice di covariazione WRAD\_RefD presenti valori negativi, in quanto è una misura che indica come il paziente sia stato in grado di elaborare il contenuto emotivo conflittuale nel corso della terapia (Negri et al., 2022).

## 2.5. Risultati

In questa sezione verranno descritti i risultati ottenuti nel presente studio. Innanzitutto, si illustreranno le misure ottenute attraverso la somministrazione dei questionari SCL-90-R e IPP-32. Si descriveranno, in seguito, i risultati ricavati, grazie al programma computerizzato I-DAAP, dei vari dizionari e dell'indice di covarianza selezionato.

### 2.5.1. Misure dell'Outcome: SCL-90-R e IPP-32

Di seguito, in Figura 1, si possono osservare i valori ottenuti sulle varie scale della SCL-90-R nella condizione pre-trattamento e in quella post-trattamento. Come si può vedere dal grafico, nessun punteggio riportato dalla paziente al tempo T1 supera il punteggio di cut-off pari a 1.5. Si osserva come la scala che ha ottenuto il punteggio più elevato sia quella riguardante la sintomatologia depressiva (1.15). Al termine del trattamento si rileva una riduzione nei sintomi riportati dalla paziente in tutte le scale, tranne in quella riferite ai sintomi ossessivi-compulsivi e quella relativa alla sensibilità interpersonale, che mostrano punteggi più elevati, ma che, comunque, non richiedono attenzione clinica (essendo al di sotto della soglia di cut-off).

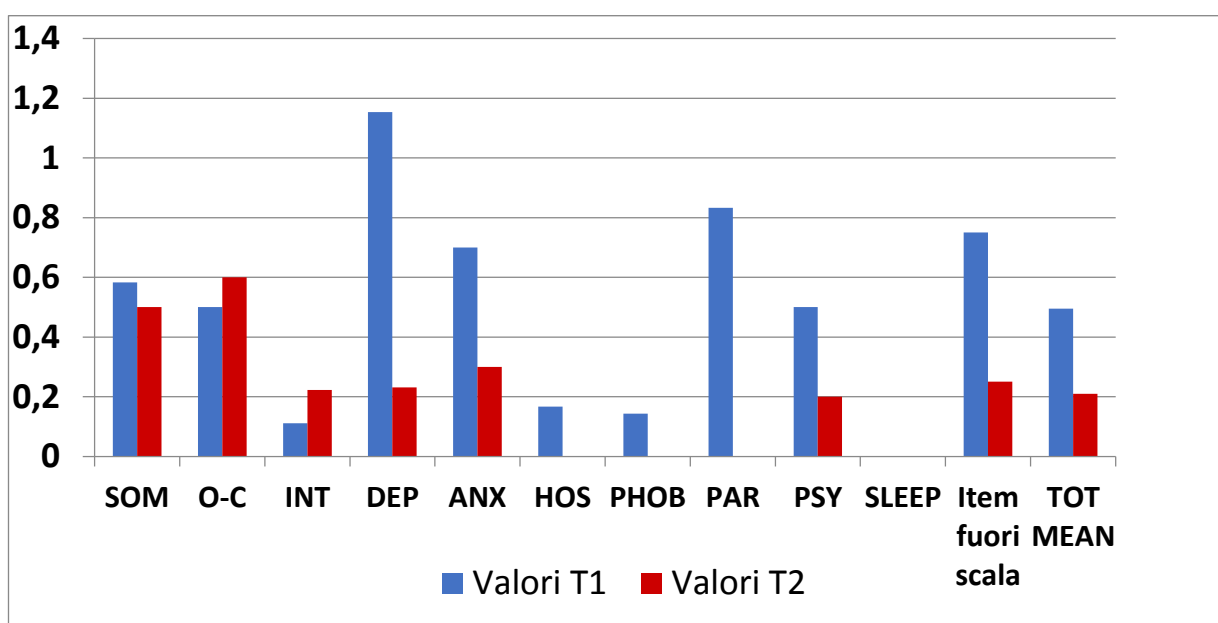
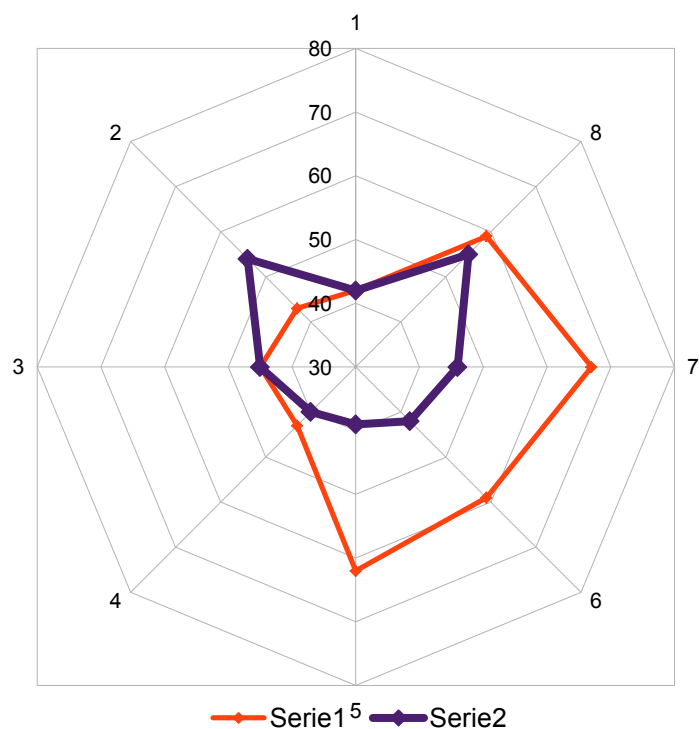


Figura 1: Punteggi pre e post trattamento SCL- 90-R.

Per ciò che concerne i punteggi ottenuti dalla paziente sull'IIP-32, di seguito in Figura 2 sono riportati i valori ottenuti prima e dopo il trattamento. Anche in questo caso non si osservano punteggi che superano il valore di cut-off pari a 70. I punteggi più elevati che si riscontrano sono quelli sulle dimensioni Autogiustificante e Non Assertivo, in cui la paziente totalizza rispettivamente un punteggio pari a 67 e a 62. Al tempo T2, la paziente mostra punteggi inferiori in quasi tutte le dimensioni, tranne che in quella denominata Centrato su di Sé, in cui si osserva un punteggio al termine del trattamento pari a 54.



*Figura 2: Punteggi IIP-32 pre e post trattamento. Legenda: 1=Dominante/Controllante; 2=Centrato su di Sé; 3=Freddo/distante; 4=Socialmente inibito; 5=Non Assertivo; 6=Eccessivamente Accomodante; 7=Autogiustificante; 8= Intrusivo/ Bisognoso di relazioni.*

### 2.5.2. Le misure del processo referenziale

Per ciò che concerne i risultati riguardanti la misura del processo referenziale, un primo aspetto considerato riguarda il numero di parole pronunciate da terapeuta e paziente nel corso delle sedute, riportate in Tabella 1 e nella Figura 3. Da questi dati, si osserva innanzitutto come il terapeuta sia molto attivo, fin dall'inizio del percorso terapeutico, come evidenziato dal fatto che pronuncia un numero di parole che si avvicina a quello della paziente. Questo andamento si conferma nella fase centrale della terapia (a partire dalla seduta 3, dove si è iniziato a lavorare sulla rabbia e sui sintomi), arrivando a pronunciarne in numero maggiore nella seduta 5, che è stata molto complicata dal punto di vista dei contenuti affettivi emersi e che la terapeuta ha considerato una seduta di svolta nel percorso psicoterapico. Nella fase finale della terapia, si osserva un decremento nella attività da parte del clinico, dal momento che si rileva un numero di parole pronunciate dalla paziente maggiore rispetto al terapeuta.

Tabella 1

*Conteggio parole per ogni seduta di paziente e terapeuta*

	1	2	3	4	5	6	7	8
Paziente	6848	8846	5003	5202	5381	7011	7130	7351
Terapeuta	5823	5074	4691	4621	6711	4865	5347	3112

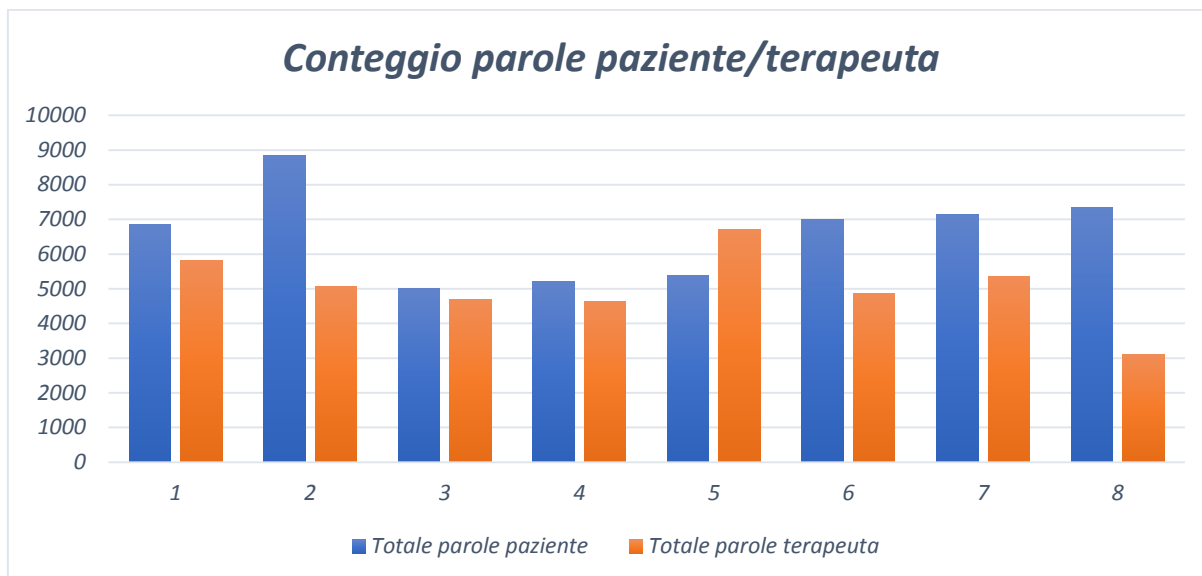


Figura 3: Conteggio delle parole pronunciate in ogni seduta da paziente e terapeuta.

Si entrerà ora nel merito dell'esposizione dei risultati ottenuti dai vari dizionari che compongono l'I-DAAP e che sono stati utilizzati nel presente lavoro per l'osservazione del processo referenziale. La prima misura presa in considerazione è quella riguardante il dizionario ponderato I-WRAD, una misura dell'attività referenziale che coglie la fase di simbolizzazione, descritta in Figura 4. Dal grafico si nota come, durante la prima seduta, il valore dell'I-WRAD della paziente sia superiore al valore medio di .5, segnalando come l'attività referenziale sia attivata già dal primo incontro. Le misure della paziente, nel resto degli incontri, non superano nuovamente il valore medio. Si osserva come i valori di questo dizionario, tra la prima e la terza seduta, mostrino un andamento decrescente, per poi presentare un'oscillazione tra la quarta e la sesta seduta. Nel settimo incontro si nota il valore più basso dell'I-WRAD, che torna ad aumentare nel colloquio finale.

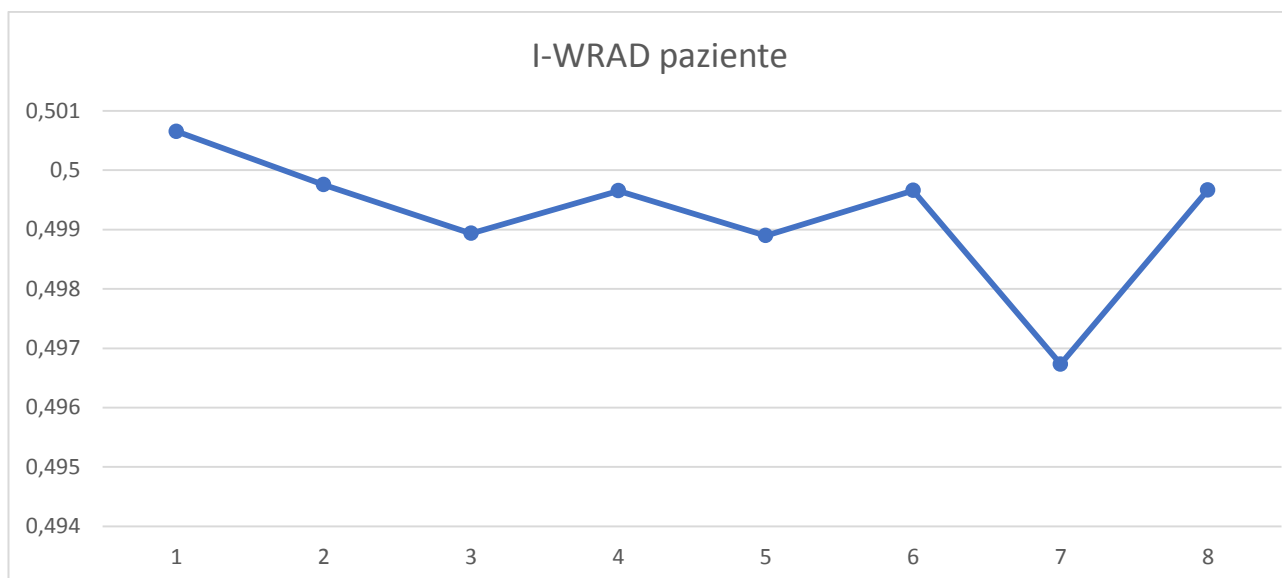


Figura 4: Processo dell'attività referenziale della paziente nel corso della terapia.

Il secondo dizionario ponderato preso in considerazione è il I-WRRL, una misura della fase di riorganizzazione e riflessione del processo referenziale. L'andamento di questa variabile è presentato in Figura 5. Dal grafico, si osserva come le misure nelle prime sedute superino il valore medio di .54, mostrando un andamento decrescente, fino a raggiungere il punteggio minimo nella seduta 5, che si colloca, inoltre, al di sotto del valore medio, indicando una difficoltà nella comprensione e riflessione del contenuto emotivo. I valori, poi, riprendono nuovamente a crescere (anche se nel sesto incontro la misura del I-WRRL si colloca al di sotto della soglia), per ritornare sopra a .54 negli ultimi due colloqui.

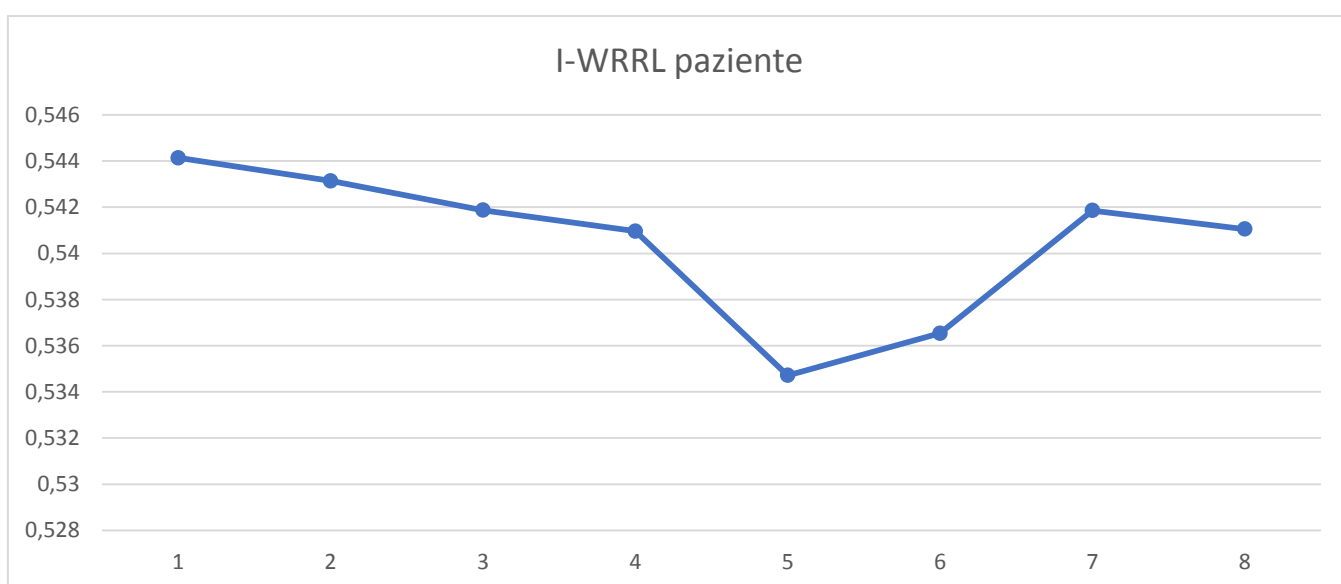


Figura 5: Processo della variabile I-WRRL della paziente nel corso della terapia.

La terza misura presa in considerazione nel presente lavoro è l'indice di covarianza WRAD\_RefD, una misura che ci informa sulla qualità dell'elaborazione terapeutica. In Figura 6 viene riportato l'andamento nel corso della terapia di questo indice. Come si può osservare dal grafico, i valori sono per la maggior parte negativi, tranne che per le sedute 2 e 6, segnalando come, complessivamente, la qualità del processo di elaborazione del contenuto emotivo sia stata positiva, mostrando una buona alternanza tra il processo di simbolizzazione e di riorganizzazione/riflessione. Si può osservare come la seduta più proficua sia stata la quarta che mostra il valore negativo del WRAD\_RefD più elevato.

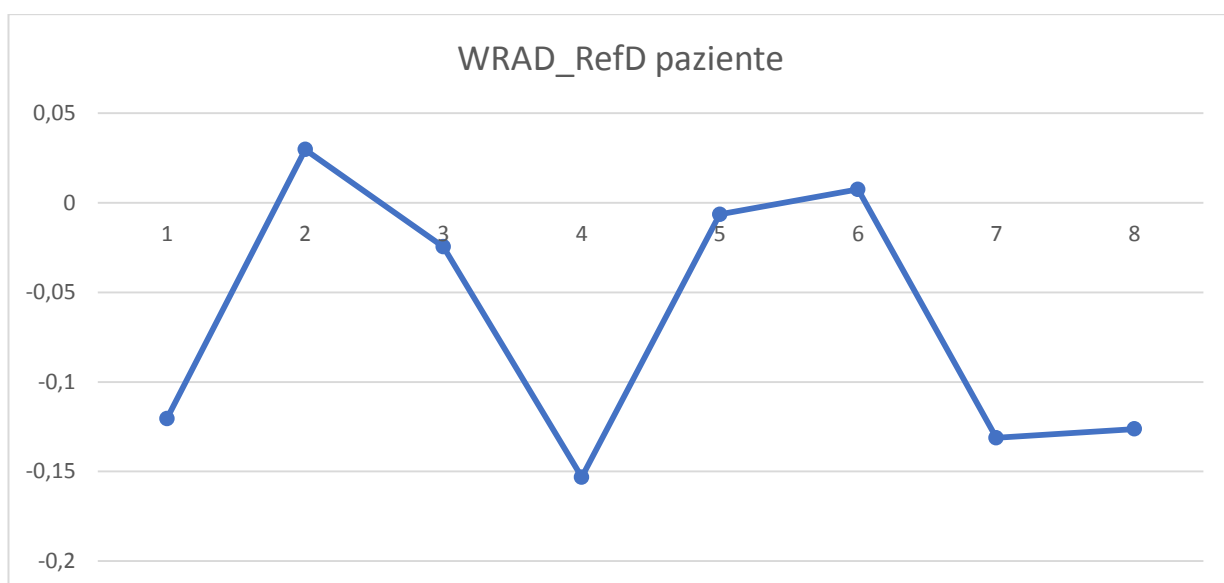


Figura 6: processo dell'indice di covarianza WRAD\_RefD della paziente nel corso della terapia.

Al fine di descrivere più compiutamente il processo referenziale e l'interazione avvenuta tra le misure del terapeuta e della paziente, di seguito saranno riportati i grafici dell'andamento di altri dizionari, che non rientrano tra le ipotesi di lavoro, ma che permettono una migliore descrizione del processo. Una prima misura considerata è il dizionario I-MHWRAD, una misura di come il parlante sia coinvolto nella fase di simbolizzazione e narrazione del contenuto emotivo, al fine di comprendere più compiutamente l'andamento dell'attività referenziale, quando questa ha mostrato valori alti. In figura 7 è riportato il grafico di questa variabile. Si può rilevare come l'I-MHWRAD abbia nel corso delle prime sedute un andamento crescente, raggiungendo il suo valore massimo nella quinta seduta, colloquio segnalato dalla terapeuta come svolta



della terapia. Questa variabile, poi, mostra una decrescita nel corso delle sedute 6 e 7, per ritornare ad aumentare nell'ultimo colloquio.

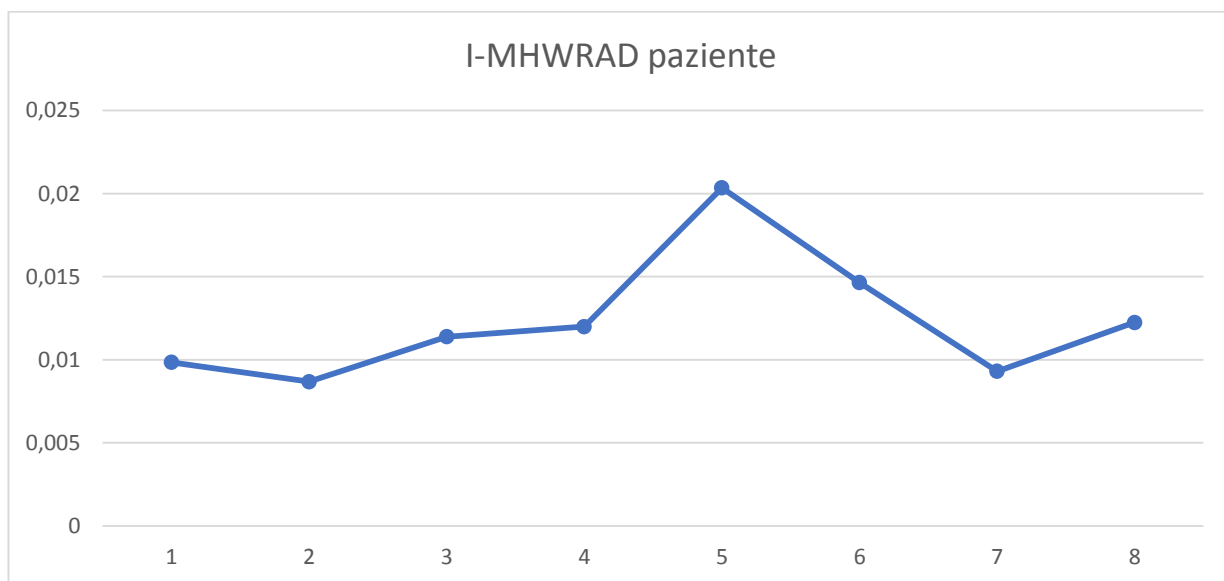


Figura 7: processo della variabile I-MHWRAD della paziente nel corso delle sedute.

Per ciò che concerne il terapeuta, una prima misura che è stata presa in considerazione per descrivere al meglio la terapia e come si sia svolta, dal punto di vista del processo referenziale, l'interazione tra la diade è l'I-WRRL. Come si osserva dalla figura 8, tutti i valori di questa misura sono al di sopra della soglia di cut-off pari a .54, segnalando, quindi, una buona capacità di riflessione e riorganizzazione dei contenuti emersi durante la terapia. L'andamento nel corso delle sedute dell'I-WRRL mostra un'interpolazione negativa. Nella prima seduta, infatti, questa variabile mostra il suo valore massimo, ma già a partire dal secondo colloquio si osserva una decrescita, che dopo un aumento nella terza, si conferma fino alla quinta seduta. Si osserva, in seguito, una crescita tra il sesto e il settimo incontro, per concludere con una decrescita, dove la variabile registra, anche, il suo valore più basso.

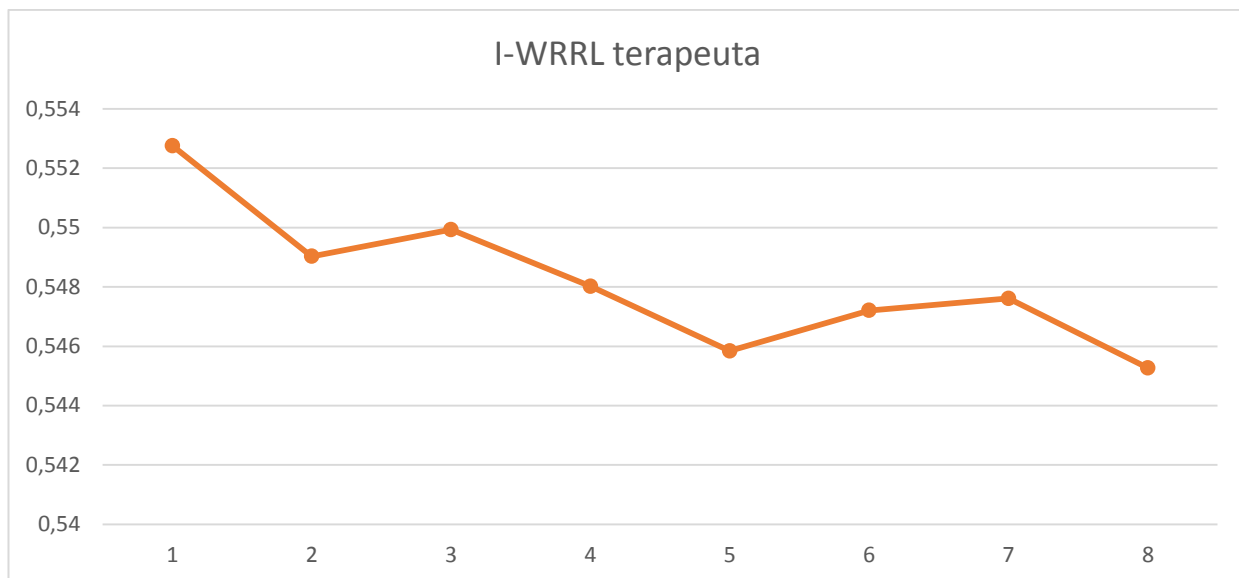


Figura 8: Processo della variabile I-WRRL del terapeuta nel corso della terapia.

L'ultima misura presa in considerazione nel presente lavoro di tesi è l'I-WRAD del terapeuta, al fine di descrivere e comprendere l'aspetto bidirezionale del processo referenziale. In Figura 9 è riportato l'andamento di questa variabile. Dal grafico si rileva come, inizialmente tra la prima e la seconda seduta ci sia una leggera decrescita, mentre nella terza si osserva come la curva raggiunga il suo valore massimo, per poi diminuire nuovamente tra il quarto e il quinto incontro. Nel sesto, si osserva il primo decremento al di sotto del valore di cut-off di .5. Nelle ultime due sedute, si registra inizialmente un aumento, per poi riportare una decrescita fino al valore minimo del terapeuta in questa variabile.

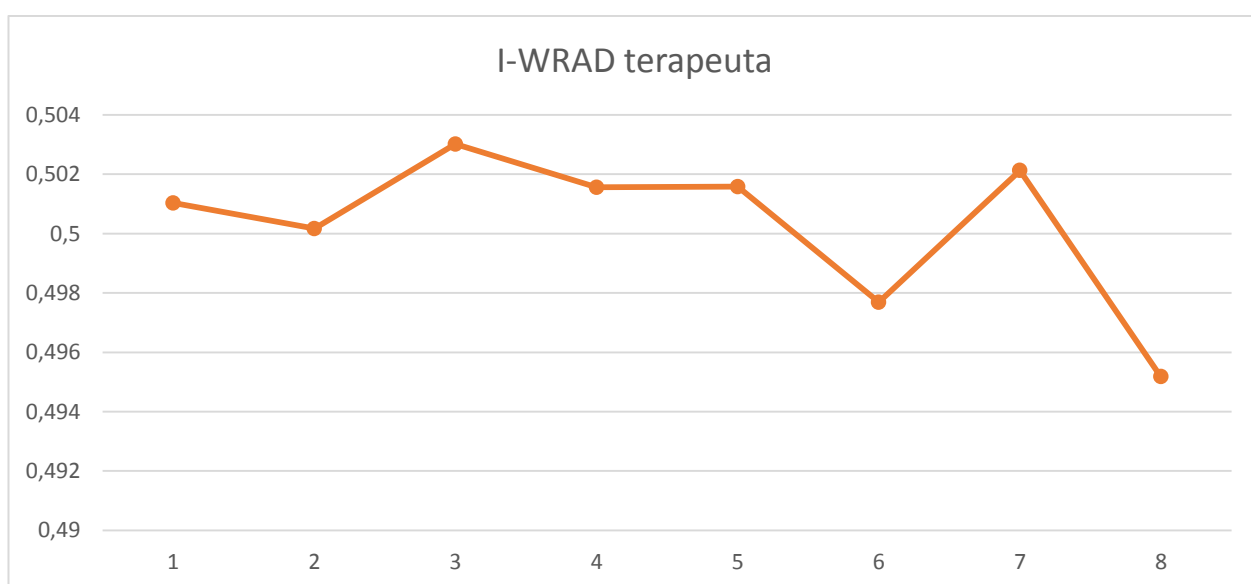


Figura 9: Processo dell'attività referenziale del terapeuta nel corso della terapia.

## CAPITOLO 3

### Discussione

In questa sezione verranno discussi i risultati illustrati nel capitolo precedente e saranno delineate le conclusioni della ricerca condotta. Nel presente lavoro di tesi è stata considerata la relazione tra *process* e *outcome research* in psicoterapia, al fine di approfondire l'andamento del processo referenziale all'interno di una *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy* e la sua connessione con l'esito del trattamento. Si è cercato, quindi, di estendere quanto riportato da Bucci (2021) in merito alla Teoria del Codice Multiplo e di connettere le sue teorizzazioni alla proposta teorico-tecnica di Davanloo (2001) relativa alla sua forma di psicoterapia a breve termine. In questo modo si è tentato di offrire ulteriori elementi su come si sviluppi il processo referenziale in una ISTDP e di come esso possa spiegare il cambiamento che si verifica nel paziente in questa tipologia di trattamento. Nel fare questo sono stati presi in considerazione i trascritti di una *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy* (sviluppata e conclusa in 8 colloqui), analizzati attraverso il programma computerizzato I-DAAP. Grazie a tale strumento è stato possibile descrivere il comportamento del processo referenziale nel corso delle sedute, attraverso i valori restituiti dai vari dizionari presenti in I-DAAP. Sono stati considerati, inoltre, i punteggi ottenuti dai questionari *self-report* SCL-90-R e IIP-32, al fine di osservare una possibile connessione tra queste misure dell'esito di una psicoterapia e le misure del processo referenziale.

La prima ipotesi di ricerca del presente lavoro era che l'attività referenziale, in questa tipologia di trattamento, fosse presente in modo significativo già a partire dalle prime sedute della terapia e che la paziente fosse in grado, fin dall'inizio, di narrare lo schema emotivo dissociato. A tal proposito, si era ipotizzato che i valori del dizionario I-WRAD fossero fin dai primi colloqui superiori alla soglia di cut-off pari a .5, evidenziando come la fase di simbolizzazione fosse già presente nelle prime sedute e che il nucleo conflittuale fosse in breve tempo narrabile e affrontabile. Questa variabile poteva presentare, poi, nel corso della terapia delle oscillazioni, rimanendo, comunque, nel complesso, al di sopra della misura media. Come si è osservato, i risultati in tal senso confermano solo in parte le aspettative, in quanto, se nel primo colloquio la paziente riporta un valore sul dizionario I-WRAD superiore a .5, mostrando

un'attivazione significativa dell'attività referenziale, nel resto del trattamento le altre misure si collocano tutte al di sotto della soglia di cut-off. Alla luce di questo risultato, si pensa che l'attività referenziale non abbia avuto il tempo di svilupparsi e stabilizzarsi, probabilmente a causa del numero ridotto di sedute che compongono la terapia oggetto d'indagine. Tale aspetto potrebbe trovare una spiegazione nel fatto che, date le caratteristiche tecniche della ISTDP (a differenza di una terapia a lungo termine) dove il terapeuta presenta un alto grado di attività e un elevato numero di interventi, la paziente nelle sue narrazioni abbia avuto maggiori difficoltà a tradurre in parola l'esperienza emotiva, non essendo in grado di collegare pienamente gli elementi subsimbolici a quelli simbolici nel racconto. Questa funzione potrebbe essere stata coadiuvata dal lavoro del clinico che, soprattutto nella prima fase della terapia, mostra un alto livello di attività, al fine di agevolare in un breve lasso di tempo l'elaborazione del nucleo conflittuale. Tale aspetto è verificato dal conteggio di parole totali per seduta, dove si osserva un numero di parole pronunciate dal terapeuta simile a quello della paziente, soprattutto nel corso delle prime sedute. Quanto affermato, quindi, si presume essere in connessione con le misure del terapeuta al di sopra del valore neutro di .5 sul dizionario I-WRAD nei primi colloqui. Tale risultato può far pensare che la funzione di simbolizzazione dello schema emotivo dissociato sia stata coadiuvata in buona parte dal clinico. Questo dato emerso può essere letto in linea con la teorizzazione bioniana e, nello specifico, essere collegato alla funzione di *rêverie*. Tale funzione, secondo Bion, è essenziale per lo sviluppo della mente del bambino e, nelle prime fasi della vita, è svolta dalla madre. Questa riceve le impronte emotive, sensoriali e corporee del neonato (definite elementi  $\beta$ , non pensabili ed associabili agli aspetti subsimbolici secondo la Teoria del Codice Multiplo; Bucci, 2021), attraverso i meccanismi della proiezione e l'identificazione proiettiva. La madre, quindi, le rielabora e le trasforma in elementi figurabili (definiti elementi  $\alpha$ , pensabili e associabili agli aspetti simbolici) nella propria mente, in un modo che la psiche del bambino possa introiettare, riuscendo a gestirli. Nel fare questo il *caregiver* trasferisce al bambino anche il metodo per compiere tale operazione, ossia la funzione alfa per pensare i pensieri (Ferro, 2002). In questo modo, secondo Bion, si sviluppa la mente e le difficoltà presentate nella funzione di *rêverie*, tra la coppia madre-bambino, possono essere fonte di problematiche psichiche. Tale processo si può verificare anche nel corso di una psicoterapia ed essere svolto dal

clinico. Si ritiene possibile, perciò, che nella terapia oggetto di studio, il terapeuta sia stato in grado di alfabetizzare gli elementi  $\beta$  non pensabili (subsimbolici) e li abbia restituiti, attraverso i suoi interventi, alla paziente sotto forma di elementi  $\alpha$  (gli aspetti simbolici narrabili), ripristinando attraverso questo procedimento anche la funzione alfa per pensare i pensieri della paziente. Si può quindi considerare, in questo caso, il terapeuta come un contenitore per i contenuti dissociati della paziente, che sono stati in breve tempo alfabetizzati e restituiti, permettendo, così, alla stessa di riuscire ad elaborare più in fretta il materiale conflittuale. Si evidenzerebbe in questo modo l'aspetto bidirezionale del processo referenziale (Bucci, 2021). Tale aspetto sembra più preminente soprattutto nelle prime cinque sedute della terapia oggetto d'indagine, in quanto, confrontando i grafici di paziente e terapeuta (Figure 4 e 9), si può osservare come, ad una flessione nei punteggi della paziente sul dizionario I-WRAD, si rilevi un corrispondente aumento nel valore del clinico. Si evidenzia, quindi, come il terapeuta paia svolgere una funzione di elaborazione e restituzione dei contenuti proposti dalla paziente, al fine di renderli più digeribili e gestibili. Questo aspetto si verifica fino alla seduta 5, definita di svolta dal terapeuta che ha condotto il trattamento, per poi assistere ad un aumento dei valori di I-WRAD nella paziente e alla prima diminuzione sottosoglia dei punteggi del terapeuta. Tale andamento si ripete anche nell'ultimo incontro e potrebbe suggerire una migliore capacità di gestione e di elaborazione del materiale emotivo dissociato che è collegabile, anche, con il buon *outcome* della terapia.

Dal momento che i valori dell'I-WRAD della paziente si collocano per la maggior parte al di sotto del valore medio di .5, si è deciso di approfondire il dizionario dell'I-MHWRAD, che indica quanto il parlante è coinvolto nella fase di simbolizzazione e nel racconto di un evento. Tale misura ci indica come questa variabile, nel corso delle prime cinque sedute, mostri per la paziente un andamento crescente, che raggiunge il suo picco massimo nella quinta seduta, per poi decrescere nella parte finale della terapia. È possibile, pertanto, in accordo con la proposta di Davanloo (2001), che nei primi quattro incontri il lavoro di pressione svolto dal terapeuta abbia portato ad una attivazione del contenuto emotivo dissociato e che, nel corso del quinto colloquio, ci sia stato quello che Davanloo ha denominato lo sblocco dell'inconscio (2001). Questo ha permesso la narrazione del nucleo conflittuale, segnando, così, una svolta nel processo terapeutico. Nelle due sedute successive si assiste, infatti, ad una diminuzione dei valori di questa

variabile, segnalando un possibile distanziamento e rielaborazione del materiale emerso. Nell'ultimo incontro si osserva, invece, una crescita in tale misura, elemento che potrebbe essere interpretabile come una migliore capacità di narrazione dello schema emotivo dissociato o, come già accennato in precedenza, l'esito di una buona funzione di *rêverie* che ha permesso il ripristino della funzione alfa per pensare i pensieri (Ferro, 2002).

La seconda ipotesi del nostro lavoro era che i valori dell'I-WRRL, una misura della fase di riflessione e riorganizzazione del processo referenziale, presentassero valori al di sopra della soglia di cut-off pari a .54 fin dall'inizio della terapia, mostrando come fin da subito la paziente fosse in grado di riflettere e riorganizzare il nucleo conflittuale emerso nel corso delle sedute, riuscendo a risignificarlo. I risultati di questa variabile si mostrano in linea con la nostra ipotesi. Dalla Figura 5, infatti, emerge come fin dall'inizio della terapia la paziente mostri punteggi elevati sul dizionario I-WRRL, segnalando una buona capacità di riflessione e riorganizzazione dello schema emotivo dissociato. Questo risultato può essere letto alla luce del fatto che, in accordo con la tecnica proposta da Davanloo (2001), la paziente sia stata in grado di accedere molto velocemente al nucleo conflittuale e di riflettere sul materiale emerso nel corso delle sedute, riuscendo a riorganizzarlo rapidamente. È, inoltre, possibile che, nella prima parte della terapia, le resistenze e le difese della paziente siano state molto attivate, al fine di non far emergere lo schema emotivo dissociato (utilizzando, ad esempio, meccanismi come l'intellettualizzazione), traducendosi, così, in alti punteggi sul dizionario I-WRRL. In questa fase della terapia (dalla seduta 1 alla seduta 4), la diade potrebbe essersi situata, all'interno della Sequenza Dinamica Centrale (Davanloo, 2001), nel momento di pressione, in cui il terapeuta cerca di far emergere molto velocemente il materiale rimosso dal paziente, in modo da raggiungere il primo sblocco dell'inconscio, mentre il paziente reagisce mobilitando le proprie difese e resistenze. Questo elemento può essere corroborato dalla più alta attività da parte del clinico, segnalata dal conteggio di parole riportato in Figura 3, e anche dalle note del terapeuta nelle quali queste sedute sono state caratterizzate dal lavoro sulla rabbia, sull'ansia e sul sintomo. Nella seduta 5 (definita di svolta dal clinico che ha condotto il trattamento) si assiste al primo decremento nei valori del dizionario dell'I-WRRL della paziente al di sotto della soglia di cut-off. In questo colloquio si può ipotizzare che sia avvenuto il

primo sblocco dell'inconscio, portando all'emersione del materiale conflittuale e al superamento delle difese e delle resistenze. Tale aspetto può essere associabile alla misura dell'I-MHWRAD, che nella quinta seduta raggiunge il suo valore massimo, indicando il maggior grado di immersione nella fase di simbolizzazione e di narrazione. Questo trend è confermato anche nella seduta 6, in cui c'è stato un ulteriore lavoro di consolidamento di ciò che è avvenuto nel colloquio precedente. Si è assistito, infatti, ad un'emersione di materiale risalente alla giovinezza della paziente, che è stata in grado di collegare, all'interno dei triangoli psicoanalitici di *insight*, i vari vertici. Nelle ultime due sedute, si osserva una crescita dei valori sul dizionario I-WRRL, di nuovo al di sopra del valore medio di .54. Questo aspetto, però, potrebbe segnalare una riorganizzazione e riflessione positive dello schema emotivo dissociato, che è collegabile al buon esito della terapia oggetto d'indagine e al ripristino di una buona funzione alfa (segnale di una buona *rêverie* secondo l'approccio bioniano; Ferro, 2002). Tale elemento può essere messo in relazione, anche, con la minore attività da parte del terapeuta, che, come si può notare nella Figura 3, riporta nelle ultime due sedute un decremento nel numero di parole pronunciate. Questo aspetto potrebbe tradursi in una minore necessità di intervenire, in quanto la paziente è in grado di accedere al nucleo conflittuale e riesce a rielaborarlo con più facilità e con un maggiore grado di autonomia. Tutti questi elementi possono essere messi in relazione, inoltre, con l'andamento del dizionario I-WRRL del terapeuta, che mostra un'interpolazione negativa. Una possibile spiegazione può risiedere nel fatto che, all'inizio della terapia, il clinico svolge una funzione di *rêverie* per i contenuti portati dalla paziente, rielaborandoli e riorganizzandoli, per poi restituirli sotto forma di elementi  $\alpha$  figurabili alla stessa che, in questa fase, per effetto dei meccanismi di difesa, cerca di allontanare l'emersione del contenuto conflittuale. Nel corso della terapia la necessità da parte del terapeuta di svolgere questa funzione diminuisce, in quanto la paziente è diventata sempre più in grado di svolgere questa operazione autonomamente, fino a raggiungere negli ultimi due colloqui una buona capacità di riflessione e riorganizzazione.

L'ultima ipotesi del presente lavoro di tesi era che, dato il buon esito della terapia, segnalato dalla remissione della sintomatologia presentata, rilevata attraverso la somministrazione dei questionari SCL-90-R e IIP-32, l'indice di covarianza W.RAD\_RefD della paziente mostrasse valori negativi, indicando, quindi, una buona

qualità nell'elaborazione del contenuto emotivo dissociato. I risultati ottenuti sono in linea con l'ipotesi del presente lavoro, indicando come la paziente sia stata in grado di elaborare positivamente lo schema emotivo dissociato, alternando in modo proficuo le fasi di simbolizzazione e di riorganizzazione/riflessione. Questo esito può essere interpretato sulla base della teoria freudiana, secondo la quale l'emersione del materiale rimosso, ossia rendendo conscio ciò che prima era inconscio, narrandolo e in seguito risignificandolo, porta effetti benefici sulla sintomatologia dei pazienti. Tale risultato, inoltre, offre prove a sostegno della ISTDP, poiché indica come, in breve tempo, sia possibile per il paziente elaborare proficuamente il contenuto emotivo conflittuale, connettendosi con una remissione della sintomatologia psichica riportata. Approfondendo l'andamento dell'indice di covarianza WRAD\_RefD, si osserva che questo, nella prima seduta, riporta un valore negativo, evidenziando, quindi, come il colloquio abbia presentato una buona elaborazione. In questa seduta si rileva, inoltre, l'unico valore sull'I-WRAD della paziente superiore al valore di cut-off e il più alto valore registrato sull'I-WRRL. Nel secondo colloquio, invece, il valore diventa positivo, aspetto che può essere spiegato dal fatto che è iniziato il lavoro sull'ansia e sulle difese della paziente, come riportato dal clinico che ha condotto il trattamento. Questa seduta può essere considerata di pressione, in cui le resistenze e le difese si sono attivate cercando di ostacolare i tentativi del terapeuta di far emergere il materiale rimosso, non permettendo, quindi, una buona elaborazione dei contenuti emotivi dissociati. Nella terza, si assiste ad un valore negativo, ma non eccessivamente elevato in valore assoluto. Questo colloquio si è caratterizzato per un lavoro su rabbia e sintomi e il risultato ottenuto su quest'indice potrebbe indicare un iniziale scioglimento delle resistenze e delle difese. Tale elemento si concretizza effettivamente nel quarto incontro, dove la misura del WRAD\_RefD raggiunge il valore minimo registrato in questa terapia, segnalando la seduta nella quale c'è stato il miglior grado di alternanza tra le fasi di simbolizzazione e riflessione/riorganizzazione. In seguito, si registra un aumento nei valori su questo indice. Nello specifico, nella quinta seduta si osserva un valore negativo, ma molto vicino allo zero, per poi tornare positivo nel sesto colloquio. In queste due sedute, soprattutto la quinta (segnalata come svolta nella terapia), si può ipotizzare che ci sia stato lo sblocco dell'inconscio, con la conseguente emersione del materiale conflittuale rimosso. In questo caso, i valori registrati dall'indice di



covarianza WRAD\_RefD possono essere interpretati alla luce del fatto che, con l'emersione dei contenuti emotivi dissociati, la paziente è stata maggiormente coinvolta nella fase di simbolizzazione, in cui si assiste ad una narrazione del materiale dissociato, ma non è stata possibile una rielaborazione di ciò che è stato raccontato. Questa spiegazione è supportata dai valori riscontrati sui dizionari I-MHWRAD, dove questa variabile raggiunge il suo picco nella quinta seduta, indicando il più alto grado nel corso della terapia di coinvolgimento nella fase di simbolizzazione, che si conferma nella sesta con il secondo valore più elevato registrato su questo dizionario. Un altro aspetto che potrebbe corroborare questa interpretazione sono i valori registrati sull'I-WRRL, dove nella seduta 5 e 6 si osservano valori al di sotto della soglia di cut-off di .54, indicando una difficoltà nella fase di riflessione del processo referenziale. Nel settimo e ottavo colloquio i valori dell'indice di covarianza WRAD\_RefD risultano entrambi negativi, segnalando nella fase finale della terapia una buona elaborazione del contenuto emotivo dissociato, aspetto che è collegabile con il buon esito del trattamento oggetto di studio. La paziente, in linea con le ipotesi teorico-tecniche proposte da Davanloo (2001), dopo lo sblocco dell'inconscio e la conseguente emersione del materiale conflittuale rimosso, è in grado di riflettere positivamente e risignificare le esperienze dissociate. Questa fase della terapia è stata segnalata dalla terapeuta come di diluizione, interpretabile secondo la Sequenza Dinamica Centrale come di consolidamento delle nuove scoperte. I valori negativi del WRAD\_RefD nelle ultime sedute sono collegabili, anche, con i valori riportati al post-trattamento sui questionari SCL-90-R e IIP-32, in quanto una buona elaborazione dei contenuti emotivi dissociati, in linea con la teoria freudiana, si riflette in un miglioramento nella sintomatologia psichica del paziente. Dagli esiti dei due questionari (Figure 1 e 2), infatti, si osserva una remissione della sintomatologia registrata dalla SCL-90-R, e una diminuzione delle problematiche interpersonali rilevata dall'IIP-32. I risultati del primo questionario riportano una diminuzione dei punteggi nella maggior parte delle scale, segnalando come il lavoro terapeutico ha permesso un significativo miglioramento della sintomatologia presentata dalla paziente, soprattutto per ciò che concerne la dimensione che valuta la sintomatologia depressiva. Per ciò che concerne l'IIP-32, un aspetto interessante, emerso dai risultati di questo questionario, riguarda un aumento dei punteggi della dimensione Centrato su di Sé (al di sotto del valore di cut-off). In una paziente con stile

di personalità depressivo del sottotipo introiettivo, Questo elemento può essere considerato un aspetto prognostico positivo, in quanto la paziente nelle relazioni interpersonali fa valere in modo propositivo i propri bisogni, senza annullarsi in favore dell'altro e senza sentirsi in colpa.

### **3.1. Conclusioni**

Il presente lavoro di tesi ha permesso di approfondire la conoscenza sull'andamento del processo referenziale nella forma di psicoterapia a breve termine proposta da Davanloo, dove i dati in letteratura a riguardo sono ancora limitati. I risultati ottenuti offrono supporto a questa forma di trattamento, indicando come, in un breve lasso di tempo, sia possibile elaborare il materiale conflittuale presentato dal paziente ottenendo in questo modo un esito positivo della psicoterapia. Questo studio ha fornito, inoltre, informazioni sul comportamento del processo referenziale in tale forma di terapia, arricchendo i dati a disposizione ed ampliando le conoscenze in merito a questo costrutto. Si è cercato di collegare i valori dei dizionari e dell'indice di covarianza preso in considerazione con la Sequenza Dinamica Centrale proposta da Davanloo, ipotizzando, attraverso i valori restituiti da I-DAAP, in quale fase del lavoro terapeutico si trovasse la diade. Con questa operazione si è tentato di fornire dati che descrivessero, dal punto di vista del processo referenziale, che cosa accade in una ISTDP.

Questo studio non è esente da limiti. Il primo riguarda il limitato numero di sedute che hanno composto la terapia oggetto d'indagine, in quanto questo potrebbe essere uno dei fattori che ha influito sui punteggi del dizionario I-WRAD, suggerendo come l'attività referenziale non abbia avuto il tempo necessario di svilupparsi e di stabilizzarsi. A tal proposito in una futura ricerca sarebbe utile analizzare l'andamento di questa variabile in un trattamento con un numero di colloqui maggiori, al fine di osservare se effettivamente in questa forma di terapia l'attività referenziale riesca a svilupparsi e mantenersi in modo significativo. Un altro aspetto che potrebbe essere analizzato in future ricerche, a cui corrisponde una limitazione del presente lavoro, è che non è stata compiuta un'analisi microanalitica del processo referenziale, osservando l'andamento di questo costrutto all'interno delle singole sedute. Questo genere di analisi permetterebbe di comprendere ancora più in profondità l'andamento del processo

referenziale in questa tipologia di terapia e potrebbe aiutare a conoscere meglio il processo psicoterapeutico. In tal modo si fornirebbero dati utili per la comprensione di quello che deve accadere durante un colloquio per portare ad un esito positivo. Per compiere questa operazione, si potrebbe analizzare il processo referenziale utilizzando anche altri dizionari presenti nel programma computerizzato I-DAAP, così da evidenziare come si attivi lo schema emotivo dissociato e descrivere al meglio tutte le fasi che conducono all'elaborazione del contenuto emotivo



## BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A., Town, J.M., & Driessen, E. (2013). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Review of the Treatment Method and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 6-15.
- Barkham, M., Hardy, G. E. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*. 35, 21-35.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering a study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Bucci, W., Maskit, B., & Hoffman, L. (2012). Objective Measures of Subjective Experience: The Use of Therapist Notes in Process-Outcome Research. *Psychodynamic Psychiatric*, 40, 303-340.
- Bucci, W., Maskit, B., & Murphy, S. (2016). Connecting emotions and words: the referential process. *Phenomenology and the Cognitive Science*, 15, 359-383.
- Bucci, W. (2021). Overview of the Referential Process: The Operation of Language Within and Between People. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 3-15.
- Bucci, W. (2021). *Emotional Communication and Therapeutic Change: Understanding Psychotherapy through Multiple Code Theory*. Routledge.
- Bucci W., Christian, C., Hoffman, L., Kraiem, E., Mariani, R., Maskit, B., Murphy, S., Negri, A., Nelson, K., & Zhou, Y. (2021). *Computerized Language Measures- The Referential Process*. The Referential Process. <http://www.thereferentialprocess.org/dictionary-measures-and-computer-programs>.
- Davanloo, H. (2001). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Extended Major Direct Access to the Unconscious. *European Psychotherapy*, 2, 25-70.
- Davinson, G.C., & Lazarus, A.A. (1994). Clinical Innovation and Evaluation: Integrating Practice with Inquiry. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1 (2), 157.

- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 3-30). Raffaello Cortina Editore.
- De Coro, A., & Mariani, R. (2006). L'attività referenziale: un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 437-461). Raffaello Cortina Editore.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dewan, M., Weerasekera, P., & Stormon, L. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy: technical aspects. In G.O. Gabbard (Eds.). *Textbook of Psychotherapy Treatment*. American Psychiatric Publishing. (Tr. it. Le psicoterapie psicodinamiche brevi: aspetti tecnici (pp. 79-106). In G.O. Gabbard, F. Del Corno, & V. Lingiardi (Eds.). *Le psicoterapie: teorie e modelli d'intervento*. Raffaello Cortina Editore, 2010).
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 123-135.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione: Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G.O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice Fifth edition*. American Psychiatric Press. (Tr. it. *Psichiatria psicodinamica quinta edizione*. In F. Madeddu (Eds.). Raffaello Cortina Editore, 2015).
- Gelo, O.G. C., & Manzo, S. (2015). Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. In O.G.C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcome* (pp. 247-277). Springer.

- Hardy, G.E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O.G.C. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcome* (pp. 183-194). Springer.
- Have-de Labije, J.T., & Neborsky, R.J. (2012). *Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: a Roadmap to the Unconscious*. Karnac Books Ltd.
- Hilliard, R.B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 373-380.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 885-892.
- Horowitz, L.M., Straub, B., & Kordy, H. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*. Gottingen: Hogrefe.
- Hoviatdoost, P., Schweitzer, R.D., Bandarian, S., & Arthey, S. (2020). Mechanisms of Change in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Systematized Review. *American Journal of Psychotherapy*, 73, 95-106.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 601-611.
- Kazdin, A.E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17.
- Kirchmann, H., Schreiber-Willnow, K., Seidler, K.P., & Strauss, B (2011). SCL-90-R Symptom Profile Clusters among Inpatients Undergoing Psychodynamic Group Psychotherapy: Cluster Stability, Associations with Clinical Characteristics and Treatment Outcome. *Psychopathology*, 44, 71-82.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 123-147). Raffaello Cortina Editore.

- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (second edition)*. The Guilford Press (Tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione: PDM-2*. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (Eds.). Raffaello Cortina Editore, 2018).
- Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process-Outcome Studies. In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, & D.K. Freedheim (Eds.). *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol.2. Theory and Research* (pp.451-463). American Psychological Association.
- 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.
- Lo Verde, R., Sarracino, D., & Vigorelli, M. (2012). Therapeutic Cycles and Referential Activity in the Analysis of the Therapeutic Process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15 (1), 22-31.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A., & Krause, E.D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
- 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, 430-447.
- Maskit, B. (2021). Overview of Computer Measures of the Referential Process. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 29-49.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structures in the clinical process*. The Guilford Press. (Tr. it. *La diagnosi psicoanalitica*. In V. Caretti, & A. Schimmenti (Eds.). Casa Editrice Astrolabio, 2012).
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 339-354.



- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia: con una nota sui contributi italiani. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 31-48). Raffaello Cortina Editore.
- Negri, A., De Bei, F., Christian, C., & Rocco, D. (2022). Relationship between countertransference and emotional communication in the counselling process. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3).
- Orlinsky, D.E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (4), 319-339.
- Paivio, A. (1991). Dual coding theory: Retrospect and current status. *Canadian Journal of Psychology*, 45(3), 255-287.
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13:104.
- 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, 591-597.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, 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, 4-13.
- Solano, L. (2010). Some thoughts between body and mind in the light of Wilma Bucci’s multiple code theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 1445-1464.
- Tenny, S., Brannan, J.M., & Brannan, G.D. (2017). Qualitative Study. *StatPearls*,
- Watson, R. (2015). Quantitative research. *Nursing Standard*, 29 (31).

Willemsens, J., Della Rosa, E., & Kegerreis, S. (2017). Clinical Case Studies in Psychoanalytic and Psychodynamic Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 108.