

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR- Italia
Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

VOLUME 10 - NUMERO 2
Luglio - Dicembre 2007

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

© 2007 Edizioni Carlo Amore
FIRERA & LIUZZO GROUP

www.carloamore.it

RICERCA IN PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR-Italia Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgio Caviglia (Roma)
John F. Clarkin (New York)
Reiner W. Dahlbender (Ulm)
Nino Dazzi (Roma)
Alessandra De Coro (Roma)
Enrico De Vito (Milano)
Santo Di Nuovo (Catania)
Rita Fioravanzo (Milano)
Horst Kächele (Ulm)
Hans Kordy (Stoccarda)
Giovanni Liotti (Roma)
Adriana Lis (Padova)
Lester Luborsky (Filadelfia)
Cinzia Masserini (Milano)
Erhard Mergenthaler (Ulm)
Poalo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)

Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Redattore capo:
Cinzia Masserini

Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Enzo Leone
Veronica Meletti
Giuseppe Niccolò
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
“Unità di Psichiatria e Psicoterapia”
Via Ippocrate 45 – 20161 Milano
Tel. 02 6444. 5194/5196
Fax 02 6444.5222
E-mail: Psicoterapia@unimi.it

Citata nel database Psychinfo e embase

Chiuso in redazione il 15 Maggio 2007
Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

Premessa a questo numero

La redazione

119

SEGNAVIA

***Psicoterapia Dinamico-Esperienziale e Psicoterapia Cognitiva:
Analisi comparativa e ipotesi integrativa***

*Experiential Dynamic Psychotherapy and Cognitive Psychotherapy:
Comparative analysis and integration hypothesis*

di Giorgio G. Alberti

121

RICERCA CLINICA

Personalità e matrice familiare nell'anoressia.

Uno studio di caso singolo

Personality and family matrix in anorexia. A single case study

di Sara Molgora, Vittorio Cigoli

177

Metacognizione nei Disturbi d'Ansia e nella Depressione

Metacognition in anxiety disorders and depression

di Basile B., Mari J., Orritos A., Pellicciari M.C.,

Carabelli F., Panetta I., Popolo R.

209

NORME REDAZIONALI

247

In questo numero è presente l'articolo di Giorgio G. Alberti. Questo articolo è più lungo di quelli che siamo soliti inserire nella rivista. Abbiamo quindi discusso l'opportunità di pubblicarlo. Ci è sembrato alla fine che valesse la pena di pubblicarlo considerando l'interesse (e la coerenza con lo "stile SPR") dell'argomento, in particolare il confronto articolato tra modelli terapeutici differenti e la ricerca di possibili integrazioni.

La redazione

PSICOTERAPIA DINAMICO-ESPERIENZIALE E PSICOTERAPIA COGNITIVA: ANALISI COMPARATIVA E IPOTESI INTEGRATIVA*

*Giorgio G. Alberti ***

Riassunto

Il presente lavoro si articola in due parti.

Nella prima, sulla base delle descrizioni contenute in manuali accreditati delle due terapie, si esaminano e confrontano le procedure messe in atto in quattro fasi del processo terapeutico: creazione e mantenimento dell'alleanza terapeutica, accesso al mondo soggettivo del paziente, individuazione e superamento delle operazioni omeostatiche, evidenziazione e cambiamento del nucleo del processo patogenetico.

Questo esame comparativo evidenzia numerose concordanze, alcune differenze secondarie e una differenza invece irriducibile, riguardante la struttura del nucleo patogenetico, che nella visione cognitiva si incentra su una rappresentazione negativa di sé, nella dinamico-esperienziale sull'esistenza di un conflitto emozionale che inibisce l'esperienza di certe emozioni sane.

Nella seconda parte si propone un modello del nucleo patogenetico comprendente ambedue questi aspetti.

Questo modello integrativo non solo concorda meglio dei due modelli originari con dati recenti su formazione e sviluppo del sé infantile, ma permette di concepire le due terapie qui esaminate come due approcci parzialmente diversi a un unico processo patogenetico, ognuno rispondente alle esigenze di diverse sottopopolazioni di pazienti.

Parole chiave: psicoterapia dinamico-esperienziale, psicoterapia cognitiva, integrazione psicoterapeutica, analisi procedurale, ricerca sul processo.

* Parte del presente lavoro è stata presentata al 2° Congresso Nazionale SEPI-Italia (Firenze 2006).

** Professore AC, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi Milano. Responsabile Centro Distimie, AO San Carlo Borromeo, Milano. Studio Medico di Psicoterapia - Milano.

Summary

The present work is divided into two parts.

The first is a procedural analysis, based on descriptions from accredited manuals, of therapeutic attitudes and actions implemented by cognitive and experiential dynamic therapists in four cardinal phases of the therapeutic process: promoting and maintaining a therapeutic alliance, accessing the patient's internal world, individuating and elaborating homeostatic operations, defining and changing the core pathogenetic process.

The analysis evidentiates many concordances, some secondary differences, and one irreducible divergence, pertaining to the structure of the pathogenetic core, founded on a negative self-image in cognitive theory, and on an emotional conflict in experiential dynamic theory.

In the second part an integrative model of the pathogenetic process core is proposed, encompassing both negative self-image and emotional conflict.

This model better fits recent research data about the formation and development of the infant self, and allows a conception of cognitive and dynamic experiential therapies as partially similar approaches to one and the same pathogenetic core, whose peculiarities may facilitate treatment of different patient populations.

Key-words: experiential dynamic psychotherapy, cognitive psychotherapy, psychotherapy integration, procedural analysis, process research.

“Per poter affrontare meglio il mio compito, ho scelto un’opera di riferimento scritta da un maestro riconosciuto, che fosse un testo classico per ognuna delle tradizioni che prendevo in esame. E ho cercato di chiarire la dottrina della realtà ultima - Brahma, Sunyata o Dio - come la si trova in tali testi. Il mio scopo era confrontare o porre in contrasto queste dottrine. Ma ho in realtà trovato una notevole analogia nella struttura fondamentale della fede esplorata da ogni autore...”

KEITH WARD, *Images of eternity*

1. Introduzione

La citazione di Ward, autore di una pregevole studio comparativo sul concetto di Dio in cinque diverse tradizioni religiose, serve a mostrare come si possano confrontare le creazioni della mente umana in ogni campo, anche quello teologico, e quindi a maggior ragione anche in quello, certo più profano, della psicoterapia.

Ma la citazione è giustificata per due altri motivi: da un lato perchè contiene un riferimento al metodo seguito nel presente lavoro, vale a dire il ricorso a opere paradigmatiche dei diversi pensieri come base fondamentale del confronto, dall'altro perchè anticipa il nocciolo del suo risultato : e cioè che i punti di vista su un certo tema, in apparenza molto diversi, sono spesso simili tra loro quando li si esamina da vicino, e quindi sorprendentemente convergenti. Ciò conforta chiunque voglia guardare al di là delle barriere erette tra roccaforti del pensiero, come lo sono anche le diverse psicoterapie.

L'idea per questo lavoro risale ad alcuni anni fa quando, imparando un metodo per me nuovo, la terapia dinamico-esperienziale, cominciai ad occuparmi dei rapporti tra questa e la terapia cognitivo-comportamentale, che avevo imparato prima e a lungo praticato.

Notando somiglianze e differenze sono venute fuori queste riflessioni che, in una prospettiva di psicoterapia comparata esaminano alcuni fondamentali aspetti delle due terapie.

I confronti sono fatti nello spirito di capire cosa i terapeuti "concretamente fanno", cioè perseguendo l'obiettivo di un'analisi procedurale (Alberti 2003). Di fatto il lavoro comparativo è stato fatto sulla base da un lato della mia personale esperienza, dall'altro delle descrizioni di atteggiamenti e azioni, cioè di procedure, fornite da alcuni manuali accreditati.

Si tratta per la psicoterapia cognitiva (di seguito TC) del manuale di Judith Beck (1995), figlia e continuatrice di Aron Beck. Mi sono limitato a questa opera, sia perchè chiara e coerente, sia perchè ritengo rappresenti una buona descrizione della terapia cognitiva razionalista matura. Consultare altri manuali avrebbe significato estendere il lavoro comparativo a una dimensione per me insostenibile. Cionondimeno, ho ritenuto di consultare, su certi aspetti specifici, alcuni altri testi rilevanti del cognitivismo relazionale come ad esempio la fondamentale opera di Safran e Muran (2000) sull'alleanza terapeutica.

Per la psicoterapia dinamico-esperienziale, un approccio più giovane e percorso da diverse correnti ancora alquanto fluide, ho invece ritenuto di consultare tre manuali, quelli di Diana Fosha (2000), Ferruccio Osimo (2001), e Leigh McCullough et al. (2003), che descrivono approcci tra loro un po' diversi rispetto al lavoro sulle difese e al rapporto col paziente. In particolare mi sono avvalso del terzo manuale, in cui molti

aspetti della terapia dinamico-esperienziale (di seguito TDE¹) sono formulati in termini cognitivi e comportamentali. Ciò ovviamente mi ha facilitato il lavoro comparativo.

2. Metodo dell'indagine

L'indagine qui riportata si colloca a un livello preliminare rispetto a possibili ricerche empiriche. Essa è consistita nell'esame delle descrizioni, contenute nei manuali citati, delle procedure messe in atto dai terapeuti in varie fasi delle rispettive terapie, nonché dei costrutti teorici relativi ai processi patogenetici e di cambiamento sostenuti dalle due teorie terapeutiche.

2.1. Descrizione sintetica delle due psicoterapie

Credo che tutti gli "addetti ai lavori" abbiano una certa idea dei concetti fondamentali della terapia cognitiva, come anche di quelle dinamico-esperienziali. Servirà nondimeno un breve sunto di ambedue.

1 Per brevità e semplicità si è optato per la denominazione terapia dinamico-esperienziale, e quindi per l'acronimo TDE, sebbene le diverse versioni di essa abbiano nomi diversi. Il più diffuso è STDP (Short-Term Dynamic Psychotherapy) usato ad esempio da McCullough, ma esistono anche PBD-E (Psicoterapia Breve Dinamico-Esperienziale) per la versione diffusa in Italia da Osimo, AEDP (Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy) per la versione di Fosha, AET (Accelerated Empathic Therapy) per la terapia, imparentata, di Alpert, e più recentemente EDT (Experiential Dynamic Therapy) acronimo adottato dalla International Experiential Dynamic Therapy Association.

La TDE mira a portare il paziente alla piena esperienza ed espressione di quelle emozioni, come anche dei bisogni loro soggiacenti, che sono inibite in quanto connesse ad ansia, ma che sono potenzialmente sane e utili per un migliore funzionamento della personalità, nel senso sia dell'adattamento sociale sia della capacità creativa e di crescita personale.

Il lavoro terapeutico ha quindi il fine principale di identificare le emozioni genuine e adeguate del paziente e di stimolarne l'esperienza, in termini di corporeità, di fantasie e desideri, di tendenze all'azione. Ciò comporta da un lato l'individuazione delle difese con cui il paziente controlla l'ansia e la promozione del loro progressivo abbandono, dall'altro una fine regolazione dell'ansia, e infine la continua facilitazione della crescente esperienza degli affetti sani e genuini, cui segue la comprensione dei bisogni che essi esprimono e l'elaborazione, da parte del paziente, di modificazioni anche a livello dell'immagine di sé e dei comportamenti interpersonali.

La TC a sua volta mira a portare il paziente a riconoscere e superare l'immagine irrealistica, negativa e dolorosa di sé e degli altri che è alla base della struttura della sua personalità, e per smentire la quale egli adotta cognizioni e comportamenti compensatori che gli consentono un pur imperfetto equilibrio, comportando però anche percezioni distorte della realtà ed emozioni e comportamenti inadeguati e disadattivi.

Il lavoro terapeutico si incentra sull'individuazione ed esplicitazione di pensieri automatici riguardanti se stesso, gli altri, le situazioni, come anche delle relative emozioni e tendenze all'azione, e sulla verifica di questi pensieri e vissuti sulla base delle evidenze osservabili. Attraverso questo lavoro il paziente modifica in primo luogo le sue distorte percezioni della realtà, poi le regole di vita e le strategie compensatorie messe in atto per attenuare la sofferenza connessa all'immagine negativa profonda di sé, e infine questa stessa irrealistica immagine

Come si può vedere da queste sintetiche descrizioni le due terapie presentano diverse somiglianze di carattere generale.

In primo luogo, i processi patogenetici hanno una struttura che a grandi linee è identica: il nucleo profondo della personalità porta con sé della sofferenza (nella TDE perché affetti e bisogni sani sono frustrati e inespressi, nella TC perché l'immagine basilare che il paziente ha di sé è improntata a impotenza o indegnità di essere amato), e contro questa sofferenza, per poter vivere

una vita sopportabile, il paziente mette in atto delle operazioni omeostatiche, cognitive, affettive e comportamentali, che lo proteggono proprio dagli effetti di quel nucleo doloroso. In TDE si parla di difese, in TC di cognizioni intermedie, ma in ambedue i casi queste operazioni omeostatiche, oltre ad attenuare la sofferenza, comportano degli svantaggi che vanno da formazioni sintomatiche a inadeguatezza nei rapporti interpersonali. Dal punto di vista terapeutico ambedue le psicoterapie mirano a una sorta di correzione della personalità, a un nuovo Sé.

Nella TDE questa modificazione della personalità si impernia sui bisogni emersi con le nuove capacità di esperienza ed espressione emotiva, e quindi sui nuovi modi di porsi verso di sé e verso gli altri, resi così possibili e necessari. Nella TC il mutare della personalità si impernia invece sulla nuova immagine di sé che il paziente ha elaborato insieme al terapeuta, e sul conseguente cambiamento dei modi di percepire sé e gli altri, e quindi degli atteggiamenti e dei modi di interagire.

Infine, in ambedue le terapie vi è il recupero, a terapia più o meno avanzata, di ricordi emotivamente carichi, risalenti per lo più all'età infantile, cui è possibile attribuire la nascita del nucleo patogeno profondo.

2.2. Le aree analizzate

Un'analisi comparativa di queste due terapie apre un campo d'indagine potenzialmente molto ampio, e deve essere necessariamente delimitata. La scelta è andata su quattro aree che rivestono un ruolo centrale in ambedue le terapie: a) la formazione e gestione dell'alleanza col terapeuta, b) l'accesso iniziale alla soggettività del paziente, c) la natura delle operazioni omeostatiche e i metodi usati per indurre il paziente a limitarle o abbandonarle, e infine d) la natura del nucleo patogeno fondamentale teorizzato dalle due terapie, nonché i metodi adottati per promuoverne lo scioglimento.

Credo che queste quattro aree tocchino aspetti essenziali di ogni terapia: come stabilire e mantenere un buon rapporto col paziente, come farsi strada attraverso le complessità di una personalità che sebbene sofferente vuol restare immutata perchè timorosa di sofferenze ancor peggiori, e infine come

individuare e cambiare il nocciolo profondo e oscuro di tutta la problematica.

2.3. Le linee dell'analisi

Per ogni area esaminata sono state sinteticamente riportate le descrizioni di procedure e costrutti teorici fornite dai manuali. Queste descrizioni sono state poi confrontate al fine di trovare concordanze e differenze, cercando di andare al di là delle semplici differenze terminologiche e, ove plausibile, proponendo concetti e termini che ricomprendessero i concetti e i termini usati dalle due visioni teoriche. Ad esempio, si è introdotto il termine e il concetto di operazione omeostatica per designare insieme le difese e le cognizioni intermedie.

L'analisi delle divergenze è però andata anche al di là delle differenze terminologiche, e in alcuni casi si è concentrata su dati, riportati sempre dai manuali, che permettevano di mettere in luce diversa certe posizioni teoriche e/o procedurali. Ad esempio, si è messo in evidenza che ambedue le terapie promuovono nei pazienti l'esperienza e l'elaborazione di vissuti complessi, emotivo-cognitivo-conativi, nonostante dichiarino di occuparsi precipuamente di cognizioni ed emozioni rispettivamente. Alcune differenze sono restatesi insuperabili nonostante questo lavoro d'approfondimento, e in tali casi si è dovuta riconoscere la peculiarità dell'una o dell'altra terapia. Per una sola differenza teorica, quella riguardante la struttura del nucleo patogeno, si è proceduto avanzando una ipotesi ad hoc che mi sembra possa conciliare su un unico modello patogenetico i due metodi.

3. Formazione e gestione dell'alleanza terapeutica

3.1. L'alleanza nella terapia cognitiva

Nel valutare l'attenzione dei terapeuti cognitivi all'alleanza col paziente partiamo avvantaggiati dai risultati di alcune ricerche empiriche che hanno indagato la relazione terapeutica nelle terapie cognitivo-comportamentali,

anche comparativamente rispetto alle psicodinamiche. Da esse emerge chiaramente che in queste psicoterapie l'atteggiamento del terapeuta si distingue perché più empatico, caldo, autentico e supportivo (Sloane et al. 1975, Raue et al. 1993, Lingiardi 2002, Alberti 2004,). Come ha messo in luce Lingiardi (2002) la stessa caratterizzazione della relazione terapeutica nella terapia cognitiva, che sarebbe fondata sull' "empirismo collaborativo" (Beck A. 1976), coincide pienamente con due cardini defnitori dell'alleanza secondo Bordin (1979) – autore della defnizione "panteorica" dell'alleanza e di uno dei suoi principali strumenti di misura, il WAI – e cioè l'accordo tra paziente e terapeuta sui compiti e sugli scopi della terapia.

Inoltre il fatto che il paziente sia visto come una persona ignara e da istruire, e che il suo rapporto col terapeuta non sia mai oggetto di esame, giova certamente alla sua collaborazione alla cura (Raue et al. 1993).

L'esame delle procedure raccomandate da Judith Beck (1995) dimostra con chiarezza l'importanza attribuita alla costruzione di una buona alleanza.

Il terapeuta deve dimostrare in generale "...calore, empatia, accudimento, rispetto genuino e competenza" (Beck J. 1995, p. 5), e ciò egli fa attraverso constatazioni empatiche, ascoltando attentamente e accuratamente, riassumendo con precisione pensieri e sentimenti del paziente, manifestandosi realisticamente ottimista e cordiale, chiedendogli le sue impressioni alla fine di ogni seduta per verificare che si senta capito, e per evitare che lasci la seduta in uno stato di disagio.

Non solo, il terapeuta incoraggia il paziente a considerare la terapia come un lavoro a due, e quindi concorda con lui su cosa lavorare in ogni seduta, con che frequenza incontrarsi e cosa egli debba fare come compito a casa. E' pronto ad esprimergli le proprie impressioni e i propri sentimenti, e ad ammettere il proprio contributo alle loro difficoltà relazionali,.

Infine, la pratica stessa dell'empirismo collaborativo ha connotazione paritaria, dal momento che si incentra sull'esame scrupoloso, condotto secondo il metodo del dialogo socratico, dei dati e delle evidenze intersoggettivamente accessibili che sostengono le convinzioni del paziente.

Proprio dal campo cognitivo è venuta una concezione dell'alleanza e della sua regolazione che è ormai patrimonio comune di tutte le psicoterapie, e secondo cui essa è buona solo in virtù di un atteggiamento di base volto a promuoverla (v. J. Beck 1995) e dello sforzo continuo di superare, attraverso

la loro continua “riparazione”, le rotture d’alleanza che si creano nel corso del lavoro terapeutico (Safran e Muran 2000).

3.2. L'alleanza nella terapia dinamico-esperienziale

Una caratteristica della TDE problematica rispetto all’alleanza, e che la differenzia dalla TC, è l’esistenza di un repertorio di procedure, quelle utilizzate per ristrutturare le difese, che inevitabilmente mobilizzano l’ansia del paziente. Se infatti da un lato l’azione sulle difese è necessaria affinché possano essere esperiti i sentimenti inibiti, dall’altro l’ansia non è sempre ben controllata dagli interventi volti a ridurla e mette in pericolo la relazione e la stessa esistenza della terapia.

A questo problema i terapeuti dinamico esperienziali hanno dato delle soluzioni diverse.

In certe versioni della terapia dinamico-esperienziale la buona relazione appare più come conseguenza di procedure rivolte ad altri scopi, soprattutto alla riduzione dell’ansia, piuttosto che di interventi specificamente diretti a promuoverla.

Qui troviamo variegata posizioni. Quelle più tradizionali alternano alla cosiddetta sfida alle difese (v. oltre, 6.1.) interventi volti a far riconoscere e controllare l’ansia: guidare il paziente nell’esplorazione dei suoi effetti fisici e psichici, per dargliene familiarità e padronanza, oppure renderlo consapevole che essa dipende dal manifestarsi di sentimenti che egli non può provare liberamente, e quindi che essa ha una causa e un senso (Osimo 2001, McCullough et al. 2003).

Altre prevedono che l’azione sulle difese incorpori interventi implicitamente rassicuranti come la loro validazione o il riconoscimento dei punti di forza che esse rappresentano (Osimo 2001, McCullough et al. 2003), oppure anche che si rivolgano al paziente interventi aspecifici di sostegno, incoraggiamento, rassicurazione (McCullough et al. 2003)

Per quanto si raccomandi di svolgere gli interventi in un’atmosfera di presenza e condivisione tra terapeuta e paziente (Osimo 2001) questi approcci non prevedono una teorizzazione dell’azione pro-alleanza e un repertorio di procedure specifiche atte a influire sulla relazione terapeuta paziente. La

buona relazione viene ottenuta per lo più indirettamente, attraverso procedure che primariamente riducono l'ansia.

Diversa è l'altra soluzione, rappresentata da autori come Fosha (2000) e prima ancora Alpert (1992). Rifacendosi alla teoria dell'attaccamento Fosha teorizza la fondamentale importanza di una buona relazione terapeutica, raggiungibile attraverso specifiche procedure che ricalcano i tradizionali fattori specifici (Rogers 1970, Frank 1974).

Essa afferma che l'aspecifico deve diventare specifico, e propugna quindi "*strategie relazionali*" dedicate esplicitamente e primariamente alla costruzione della buona alleanza: validare e apprezzare il paziente, manifestargli interesse e compassione empatica, dargli incoraggiamento e aiuto, riconoscerne e validarne le risposte sane, esprimergli i propri autentici sentimenti, riconoscere i propri errori e limiti, sviluppare un lavoro di collaborazione, confrontare le rispettive esperienze dell'interazione, riconoscergli esperienza psicologica, richiederli osservazioni e commenti sulla seduta.

Possiamo quindi concludere che in modo esplicito o implicito in tutte le TDE, con l'eccezione delle versioni in cui si usa la sola tecnica della sfida alle difese, viene svolta un'azione di promozione dell'alleanza col terapeuta. Ciò anche se non vi sono ancora studi empirici sull'intensità e stabilità dell'alleanza terapeutica nelle TDE, come ne esistono per alcune altre psicoterapie dinamiche (p.es. la supportivo-espressiva) e per le terapie cognitive e cognitivo-comportamentali.

3.3. L'alleanza nella TDE e nella TC

In sintesi, sia la terapia cognitiva che le terapie dinamico-esperienziali comportano modalità d'intervento e atteggiamenti del terapeuta che direttamente o indirettamente favoriscono la buona alleanza.

Tuttavia sembra che in particolare nelle forme della TDE in cui prevale la tecnica della sfida alle difese secondo Davanloo, e in cui non è adeguatamente considerata l'eventuale fragilità del carattere dei pazienti, l'alleanza sia meno stabile.

D'altra parte, l'attenzione di certi autori dinamico-esperienziali per la relazione terapeutica li ha portati ad elaborare approcci, praticamente sovrap-

ponibili alle forme più sofisticate di terapia cognitiva (Safran e Muran 2000, Fosha 2000).

Il fatto che possano evidentemente esistere forme di TDE in cui si può fare a meno dell'approccio alquanto intrusivo e ansiogeno propugnato dalle sue versioni più tradizionali, ci indica che questo elemento non è attribuito definitorio assoluto della TDE. Ciò ci permette allora di mettere tra parentesi la differenza tra TC e versioni davanlooiane della TDE rispetto all'alleanza, e di concludere che nella sua essenza la TDE non differisce dalla TC quanto a promozione di un buon rapporto tra terapeuta e paziente.

4. L'accesso iniziale alla soggettività del paziente

Allo scopo di ampliarne la visione del mondo interiore e di porre così le premesse per modificarne gli aspetti patogeni ambedue le terapie mirano fin dall'inizio a indicare al paziente come ricercare e riconoscere processi psichici, rilevanti per la sua sofferenza, che sfuggono alla sua attenzione e alla sua consapevolezza,

4.1. La funzione di specchio nella TDE

Il terapeuta dinamico esperienziale si concentra sulle espressioni verbali, vocali, corporee, posturali del paziente, al fine di rimandargliene un'immagine e di abituarlo a riconoscerle da sé e a trarne un significato.

Questa attività è detta "*funzione di specchio*", e consiste nel riflettere al paziente degli aspetti di sé, come appaiono al terapeuta, con particolare riferimento a quelli tra essi di cui egli appare meno consapevole. Si tratta "*...di aspetti percepibili, rivelatori di un'emozione, una paura, un atteggiamento difensivo, e la loro "restituzione" al paziente suscita spesso quel senso di meraviglia che si accompagna a una nuova scoperta.*" (Osimo 2001, p. 40).

Questo passo riporta già in nuce i tre tipi di fenomeni psichici che il terapeuta individua e poi rispecchia: un'emozione, cioè un vissuto affettivo spontaneamente insorgente nel paziente, come rabbia, gioia, tristezza, seguito da un vissuto inibitorio come paura, ansia, vergogna, e quindi, a riduzione del vissuto aversivo, una difesa.

Il terapeuta prende le mosse da tematiche emotivamente rilevanti, riguardanti vicende relazionali del paziente, passate o presenti, anche riferite alla sua persona. Dandogli un feed-back accurato e frequente dice al paziente ciò che le sue diverse espressioni comunicano, connotando positivamente i contenuti di questa comunicazione. Man mano varia l'oggetto del rispecchiamento secondo le reazioni del paziente, e regola l'ansia, mostra i comportamenti difesivi e i loro inconvenienti, evidenzia e sostiene i sentimenti adattivi.

Questo lavoro "tripolare" dura in linea di principio per tutta la terapia, ma è particolarmente intenso all'inizio, tendendo a semplificarsi man mano che il paziente è meno ansioso e meno difeso nell'esperire le emozioni inibite.

È importante sottolineare che questo lavoro di svelamento ha un vettore, cioè mira alle emozioni autentiche²), a farle vivere pienamente al paziente, e a fargli riconoscere le circostanze in cui si attivano, le sensazioni e modificazioni corporee che le accompagnano, i pensieri, le fantasie e le idee a cui si associano, e infine le tendenze all'azione cui danno vita.

Come vedremo più avanti, seguendo le emozioni prima inibite il paziente scopre parti sconosciute di sé, e quindi nuove possibilità di essere, pensare e agire, con se stesso e nel rapporto con gli altri, che egli realizzerà con l'aiuto del terapeuta in una fase più avanzata.

In questo percorso il paziente va portato con gradualità, intensificando progressivamente la sua esperienza emotiva, ma compatibilmente con le reazioni ansiose e difensive, e partendo dall'emozione centrale nella sua economia affettiva - cordoglio, rabbia, tenerezza, cura di sé e altre (McCullough et al. 2003).

2 Può sussistere, specie per chi guarda dal di fuori, un'incertezza su quali siano e come si identifichino le cosiddette emozioni adattive o autentiche. Nel pensiero TDE esse si caratterizzano per aspetti intrinseci ed estrinseci. I primi sono i modi in cui si manifestano in seduta: si esprimono con voce, gesti, postura, mimica credibili e convincenti; non hanno scopo difensivo, non mirano a distrarre o sviare il terapeuta; arrivano dopo uno sforzo anche doloroso, o come un sollievo, un senso di liberazione. I secondi sono invece riferiti alla loro plausibilità, cioè all'adeguatezza del sentimento alle situazioni in cui il paziente si trova, e consistono nella coincidenza con i sentimenti di una persona emotivamente sana che si trovasse in quelle determinate situazioni.

4.2. L'accesso alle cognizioni patogene nella TC

Secondo la concezione razionalista del cognitivismo (A. Beck 1976; J. Beck 1995) i pensieri automatici sono manifestazioni spontanee di valutazione (*appraisals*), originate nel nucleo cognitivo inconsapevole dominato dalle convinzioni più profonde, i cosiddetti *core beliefs*, che determinano percezioni, emozioni, decisioni e comportamenti delle persone.

Specie quando non sono corretti da verifiche critiche, come avviene nei soggetti disturbati, essi esprimono direttamente il disagio del paziente e la sua visione implicita e patogena delle cose. Perciò i pensieri automatici rappresentano la prima tappa nella ricostruzione del processo patogenetico e nella sua correzione.

Prendendo spunto da variazioni di stato emotivo il terapeuta porta il paziente prima a identificare i pensieri automatici che si verificano con lui in seduta, e poi quelli che si manifestano fuori di essa, in situazioni problematiche reali. Insieme ricostruiscono dettagliatamente le situazioni, e il paziente impara a identificare, oltre ai suoi pensieri, anche le emozioni provate, e a distinguerle, denominarle e quantificarle. I temi più frequenti riguardano la propria amabilità, quella altrui, le opinioni altrui, le proprie capacità, che sono viste ovviamente in una luce negativa.

Per avviare la correzione di queste idee, il terapeuta decide quali pensieri automatici elaborare insieme al paziente, e sceglie quelli cui questi aderisce più intensamente e che gli evocano le emozioni più forti, o che appaiono di maggior centralità.

Mette quindi in discussione questi pensieri automatici chiedendo di dispiegare lo scenario delle loro varie possibili implicazioni.

Partendo dal concetto che si tratta di cognizioni e che perciò essi non sono necessariamente veri, porta il paziente a definirne le evidenze pro e contro e le eventuali spiegazioni alternative. Gli chiede di immaginare le conseguenze cui andrebbe incontro se fossero veri, che cosa accadrebbe se egli continuasse a crederli veri, e per contro cosa succederebbe se se ne distanziasse. Gli chiede anche di immaginare cosa vi sia da fare, dati questi pensieri, o cosa consiglierebbe a un amico che fosse lui ad averli.

Porta così il paziente a concepire e sviluppare dei dubbi e poi a riconoscere l'irrealità e la tendenziosità dei suoi pensieri.

In questo percorso un passaggio importante è quello di fare identificare al paziente le eventuali distorsioni cognitive sistematiche contenute nel singolo pensiero automatico, come ad esempio la visione dicotomica delle cose, quella catastrofista, l'atteggiamento ipergeneralizzante, quello di eccessiva personalizzazione, la tendenza a svalutare gli aspetti positivi, ed altre.

Infine, porta il paziente a elaborare più adeguate risposte ai propri pensieri automatici, abituandolo ad analizzarli nelle loro componenti - situazione, pensiero, emozione - e a far seguire risposte basate non sulle distorsioni ma su un'analisi realistica della situazione.

4.3. L'accesso ai processi psichici inconsapevoli nella TDE e nella TC

Appare evidente che nel primo approccio a quelle parti della psiche del paziente che sono inconsapevoli ma decisive per la genesi del suo problema, le due terapie divergono sensibilmente. Possiamo infatti rilevare due sostanziali differenze, una relativa alla via di accesso e alla natura delle parti inconsapevoli e un'altra relativa alla resistenza del paziente a questo accesso.

4.3.1. La via d'accesso e la natura delle parti inconsapevoli

Come si è già detto, le vie per cui il terapeuta porta il paziente a entrare in contatto con parti di sé non consapevoli sono chiaramente diverse: nella TDE si indirizza il paziente a riconoscere, esperire, esprimere delle emozioni abitualmente evitate; nella TC si porta invece il paziente a riconoscere i suoi pensieri automatici che riguardano se stesso, le situazioni, gli altri.

Tuttavia, una volta stabilito il contatto tramite emozioni o cognizioni, queste parti inconsapevoli si rivelano essere costituite da insiemi di fenomeni psichici ben più ampi, e in ultima analisi identici: in ambedue le terapie i fenomeni che si incontrano nel mondo interiore del paziente sono simultaneamente emotivi, cognitivi, somestesici e conativi. E più in particolare, alle emozioni genuine inibite del paziente TDE si associano pensieri, fantasie, tendenze all'azione, mentre ai pensieri automatici del paziente TC si associano stati d'animo ed emozioni anche più pregnanti dei pensieri, oltre che piani di comportamento.

Qui sorge il dubbio su quale sia la giusta via d'accesso alle parti inconsapevoli, quella delle cognizioni piuttosto che quella delle emozioni, in considerazione delle concordanti evidenze, anche teoricamente affermate (Freeman e Reinecke 1995, Flavell 1963), che le parti inconsapevoli della personalità patogeneticamente rilevanti non hanno natura primariamente cognitiva piuttosto che affettiva, ma sono invece complessi comprendenti emozioni, cognizioni, propriocezioni, piani d'azione, strettamente collegati tra loro e simultaneamente attivati in date condizioni.

Una tale concezione multidimensionale delle parti inconsapevoli cui accedere permetterebbe da un lato di spiegare quanto asserito dai teorici di ambedue le terapie circa la complessa fenomenica che si attiva una volta realizzato l'accesso, dall'altro di interpretare le due vie, cognitiva ed emotiva, come ambedue giustificate, anche se di volta in volta preferite in ragione di diversi "a priori" teorici.

4.3.2. La resistenza all'accesso

L'altra differenza riferita alla via d'accesso alle parti inconsapevoli riguarda la resistenza del paziente. Mentre per il terapeuta DE è previsto che debba affrontare fin dal primo istante degli ostacoli, le difese tattiche e caratteriali, la cui messa in discussione evoca un'ansia che dovrà a sua volta gestire, per il terapeuta cognitivo non si prevedono resistenze dirette alla sua azione curativa. Ciò si spiega in parte col fatto che, oltre ad avere un atteggiamento molto favorevole all'alleanza, egli segue un approccio di estrema gradualità attribuendo al paziente il ruolo di chi non sa, ma può imparare con tutto agio. Ruolo ben diverso da quello in cui si vede calato ab initio il paziente TDE, osservato, esaminato, esposto a una riflessione che gli rimanda atteggiamenti, modi, manifestazioni corporee di cui non è abituato a dare conto.

D'altra parte è poco credibile che le strategie autoprotettive dei pazienti, per la TC ben presenti fuori seduta, non si manifestino anche con lo stesso terapeuta. Ad esempio, l'atteggiamento compiacente, il bisogno di controllare le situazioni, il perfezionismo, riconosciuti come strategie compensatorie (Beck 1995), non possono plausibilmente non esprimersi anche col terapeuta cognitivo, per quanto empatico e affettivo, e ostacolarne il lavoro. Infatti altri terapeuti cognitivi come ad esempio Leahy (2001) riconoscono la resistenza del paziente all'azione curativa.

Una spiegazione potrebbe venire dal fatto che l'atteggiamento fortemente empatico-affettivo del terapeuta, raccomandato dalla Beck, da un lato attenui realmente le resistenze dei pazienti rivolte al terapeuta, e dall'altro porti questo a percepirle come inscritte nel più generale problema della loro personalità.

5. Le operazioni omeostatiche: difese e cognizioni intermedie

Come si è visto, sia nella teoria patogenetica dinamico-esperienziale che in quella cognitiva il processo patogenetico ha una struttura sovrapponibile: il nucleo patogeno porta con sé della sofferenza contro cui, per poter vivere una vita sopportabile, il paziente mette in atto delle operazioni - cognitive, affettive e comportamentali - che la riportano a livelli tollerabili, svolgendo quindi una funzione che ho ritenuto di definire omeostatica.

Il termine è preso a prestito dalla teoria dei sistemi, e viene qui introdotto per abbracciare i due eterogenei concetti di difesa, propria della tradizione psicodinamica e quindi delle TDE, e cognizione intermedia, tipica della teoria patogenetica cognitiva di Beck.

5.1. Le difese

Le difese della TDE sono mirate a tenere sotto controllo gli aspetti di sé sentiti come inaccettabili, e si manifestano in sintomi e in modalità comportamentali rigide e ripetitive, specie in rapporto con gli altri. Oltre alle difese della tradizione psicoanalitica, la TDE riconosce altre difese, quelle di carattere e quelle tattiche.

Le difese di carattere sono definite come dei “modi di porsi” o delle “posizioni” assunte abitualmente verso altri o in certe situazioni, che sono riconoscibili direttamente nell'atteggiamento, nella mimica, nella voce e nei contenuti espressi. Ne sono esempi l'atteggiamento ipercontrollante e autoritario, la freddezza nel contatto relazionale che scoraggia l'intimità, la tendenza ad abbellire e addolcire, l'atteggiamento di lamentoso pessimismo, il ricorrente ricorso a manovre seduttive (Osimo 2001).

Le difese tattiche, messe in evidenza da Davanloo (1990), sono invece modi di fare contingentemente messi in atto dal paziente per impedire al terapeuta di avvicinarsi psicologicamente e capirlo meglio, e si manifestano ad esempio nella vaghezza ed evasività del discorso, nell'evitamento del contatto oculare, nel tentativo di sviare con sorrisi, gemiti o con un atteggiamento distaccato e assente.

Caratteristiche delle difese sono da un lato lo scopo in origine, e in certa misura sempre, adattivo, e cioè di proteggere il paziente dall'ansia e dalla sofferenza in genere, dall'altro il fatto che in certe circostanze esse sono inappropriate ed eccessive, diventando così dannose per il soggetto.

5.2. Le cognizioni intermedie

Le cognizioni intermedie nascono dal tentativo del paziente di convivere con le sue dolorose credenze profonde, e ciò egli ottiene dandosi delle regole d'azione basate su assunti condizionali, e mettendo in atto delle strategie compensatorie (Beck J. 1995) che gli permettono di smentire, a certe condizioni, la sua negativa immagine di sé.

Ad esempio, il paziente si impone di lavorare duramente in quanto convinto - assunto condizionale - che se lo farà potrà stimarsi nonostante la convinzione profonda di essere un incapace. Questo assunto ha però una faccia negativa, in quanto se egli non lavorerà duramente ciò significherà che è proprio quell'incapace che nel suo intimo sa di essere, pur disperatamente negandolo.

Strategie compensatorie sono invece quegli atteggiamenti e comportamenti stabili della persona che individualmente e soprattutto nelle relazioni con gli altri, la tengono al riparo dalla sensazione di essere impotente o di non valere. Esempi sono "evitare emozioni negative", "cercare di essere perfetto", "tentare di controllare le situazioni", "agire in modo infantile", "cercare di compiacere gli altri", "cercare di apparire incompetente", "esibire emozioni intense", "evitare l'attenzione", "provocare gli altri", "cedere il controllo ad altri" (Beck J, 1995).

Queste strategie sono in realtà comportamenti normali che ognuno può ogni tanto manifestare. I problemi dei pazienti derivano dal fatto che essi

tendono a usarle eccessivamente sottoutilizzando strategie più funzionali. Quando, in seguito a questa scelta autosconfiggente e ad altre circostanze ambientali, esse falliscono, allora affiora e si esprime clinicamente la convinzione profonda che dovevano servire a contrastare. Allora il paziente è depresso o ansioso, e apertamente si disistima e svaluta.

5.3. Le somiglianze tra le operazioni omeostatiche di TDE e TC

E' evidente che difese e cognizioni intermedie hanno diversi caratteri comuni.

In primo luogo esse condividono il carattere omeostatico: si attivano per contenere o far scomparire un dolore, e hanno ambedue l'effetto di ridurre questo dolore.

La protezione dalla sofferenza viene raggiunta in ambedue le terapie indirizzando le attività di pensiero, di esperienza emotiva, di programmazione ed esecuzione di azioni, verso contenuti diversi da quelli negativi, siano essi le emozioni inibite o l'immagine di sé.

Anche nei loro aspetti patogeni le operazioni omeostatiche delle due terapie coincidono: comportando un restringimento del funzionamento emotivo, cognitivo e comportamentale del paziente, ne incanalano l'azione verso posizioni controproducenti che lo rendono meno efficace e lo espongono a retroazioni negative da parte del suo ambiente.

Le due teorie patogenetiche concordano anche nel considerare le operazioni omeostatiche entro certi limiti come fenomeni normali. Esse assumono significato patologico solo quando superano un certo limite quantitativo, arrivando a dominare i repertori d'azione del soggetto, e rendendo la sua vita incompatibile con una soddisfacente espressione di sé e un soddisfacente adattamento sociale

Tuttavia, proprio le loro conseguenze doppiamente negative - impediscono di riconoscere il nucleo patogeno e di modificarlo, e comportano inconvenienti nel contatto con la realtà e nei rapporti umani - le difese e le cognizioni intermedie sono in ambedue le terapie oggetto di interventi volti a modificarle, nella TDE attraverso la cosiddetta ristrutturazione delle difese e nella TC con le tecniche di modificazione delle cognizioni intermedie.

5.4. Le differenze tra le operazioni omeostatiche di TDE e TC

Vi sono però anche delle differenze tra difese e cognizioni intermedie.

La principale sta nel fatto che l'entità negativa verso cui si attivano è diversa nelle due teorie patogenetiche: per la TDE il paziente evita delle emozioni la cui manifestazione è stato abituato a temere, cioè delle parti di sé, mentre per la TC invece egli evita di vedere la sua globale e negativa immagine di sé, la sua stessa negativa essenza.

Non solo, per la TDE le parti di sé che devono essere inibite sono in se stesse positive, e tali si riveleranno una volta accettate ed espresse. Le operazioni omeostatiche sembrano invece lavorare in modo opposto in quanto il paziente nasconde un'immagine negativa di sé, priva di connotazioni positive.

Tuttavia questa differenza in buona parte si elide se consideriamo che in ambedue i casi il paziente si nasconde qualcosa di impresentabile che attiene al proprio Sé, ingannandosi secondo la TC circa l'immagine globale di sé che ritiene impropriamente negativa, e secondo la TDE circa certi sentimenti che ritiene del pari impropriamente negativi.

Resta nondimeno la differenza per cui secondo la TDE il paziente ha dentro di sé a priori del "buono misconosciuto" da far scaturire, mentre al paziente TC va insegnato che si sbaglia e che deve correggere il suo modo di costruire la propria immagine di sé.

Questa residua differenza dipende dalla diversità tra i due modelli del nucleo patogeno. Quello della TDE implica che nel soggetto siano presenti sempre delle tendenze, in forma di emozioni, pulsioni, idee, conazioni, che esprimono delle capacità e dei bisogni sani, inibiti ma attivabili. Quello della TC invece non riconosce questa tendenza intrinseca all'individuo a cercare di appagare propri bisogni sani. Questa fondamentale differenza sarà meglio discussa più avanti.

Un'altra differenza riguarda l'articolazione delle operazioni omeostatiche. Nella visione TDE esse sono decisamente più differenziate di quanto non lo siano nella TC. Queste ultime infatti attengono tutte, pur con certe peculiarità, a stili di vita, cioè a comportamenti abituali rivolti a sé e agli altri, che sono assimilabili alle difese di carattere, ma non certo alle difese tattiche evidenziate da Davanloo.

Il fatto che la TC ignori queste ultime rimanda a un'altra peculiarità delle sue operazioni omeostatiche: da un lato esse riguardano le vicissitudini

relazionali del paziente fuori della seduta, con le altre persone significative della sua vita, dall'altro non sembra previsto, o è considerato irrilevante, che esse si manifestino verso il terapeuta e in seduta. Il terapeuta è cioè sempre un alleato che porta il paziente a cambiare modi di agire disfunzionali per i rapporti del paziente con gli altri e con se stesso, ma mai con il terapeuta.

Pur riconoscendo che nella TC prevale ampiamente un approccio "morbido" al paziente che allenta e forse abolisce gran parte delle difese rivolte agli interventi del terapeuta, appare difficile credere che questi non debba mai confrontarsi con resistenze attuali a lui rivolte. In effetti, come si è già visto, altri autori riconoscono il fenomeno della resistenza in terapia cognitiva.

E' quindi difficile escludere che strategie compensatorie non si esprimano in seduta, sotto forma di qualcosa di simile alle difese tattiche. Tuttavia appare anche plausibile che il terapeuta cognitivo interpreti queste manifestazioni come un portato del peculiare stile personale autoprotettivo del paziente, piuttosto che come delle manovre a lui dirette e finalizzate a ostacolare la cura.

6. La modificazione delle operazioni omeostatiche

Come si è visto, per quanto le operazioni omeostatiche proteggano il paziente da sofferenze connesse al contatto diretto col nucleo patogeno, esse hanno degli effetti negativi rispetto all'adattamento alla realtà soggettiva e relazionale, e ostacolano soprattutto l'elaborazione radicale del nucleo patogeno in termini di una riformulazione dell'immagine di sé e del funzionamento psichico e interpersonale.

Di conseguenza in ambedue le terapie esse devono essere modificate.

6.1. La ristrutturazione delle difese nella TDE

Il carattere negativo delle difese ispira l'azione terapeutica della TDE verso di esse: da un lato mostrare al paziente le sue difese, dall'altro convincerlo a rinunciarvi

Il compito primo del terapeuta è quindi di “...rendere le difese visibili e riconoscibili al paziente.” (Osimo 2001, p. 99), richiamando, con linguaggio osservativo e neutrale, la sua attenzione sulle operazioni difensive che mette in atto di momento in momento, descrivendogliene e chiarendogliene la funzione difensiva e le conseguenze negative, e ciò ripetutamente, fino a che il paziente diventa ben consapevole delle difese che usa.

Il successivo passo richiede un atteggiamento più attivo del terapeuta, che mira dunque non tanto a osservare quanto a influenzare. Qui si aprono due strade (Osimo 2001): o, con Davanloo (1990), procede a sfidare le difese, oppure sceglie un approccio più graduale e affettivo implicante la loro validazione (McCullough 1997, 2003) o un'empatico feed-back sull'effetto che esse fanno sull'altro (Fosha 2000).

La sfida alle difese consiste in un'attività serrata di replica al paziente, volta a mostrargli, seccamente o ironicamente, l'insostenibilità delle sue affermazioni - perché palesemente contraddittorie, tra se stesse, con la sua espressività corporea, con il suo atteggiamento generale, con la richiesta di terapia - e a stringerlo dappresso affinché esca dalle contraddizioni esprimendo messaggi univoci.

Questo approccio provoca reazioni ansiose intense, pertanto richiede un preliminare accurato inquadramento diagnostico che lo escluda in pazienti con disturbi gravi della personalità o psicosi.

Secondo l'approccio graduale (McCullough 2003) dopo aver evidenziato al paziente un caso specifico di comportamento disadattivo il terapeuta propone una riflessione sul possibile oggetto della difesa (una o più emozioni adattive) e sul suo perché (ansia e altri sentimenti inibitori). Ha un atteggiamento empatico e collaborativo, mette in evidenza i punti di forza del paziente e ne valida le difese, riconoscendone le motivazioni e la relativa ragionevolezza. Ciò rinforza l'atteggiamento autosservativo e la motivazione a seguire il terapeuta verso un cambiamento.

L'abbandono della difesa inizia chiarendo al paziente i benefici che essa gli dà (primari e secondari) e facendogliene discriminare l'origine, motivata da fatti passati, dal suo attuale dannoso mantenimento, di cui il paziente è peraltro corresponsabile. Poi viene incoraggiato a vivere il dolore per le perdite che la difesa gli ha causato e causa, mentre si appoggiano i suoi tentativi di avviare nuovi comportamenti e modi di porsi verso se stesso e gli altri.

6.2. La modificazione delle cognizioni intermedie nella TC

Per motivi di opportunità ed efficacia il terapeuta interviene preferenzialmente sulle cognizioni intermedie più centrali e ritenute più vere dal paziente, e inizia evidenziando il carattere ipotetico, appreso e modificabile di ogni credenza. In questa prospettiva esamina i vantaggi e gli inconvenienti derivanti al paziente dal mantenere una certa particolare visione delle cose, tendendo a sottolineare i secondi e a relativizzare i primi.

Elabora poi una visione simile ma più realistica che non impone, ma a cui cercherà di portare il paziente attraverso il dialogo socratico.

A questo scopo fa domande atte a indurre il paziente a un esame obiettivo della propria idea disfunzionale ed a riconoscere le evidenze che la smentiscono: ipotesi fattuali, fatti concreti occorsigli ed eventualmente provocati con esperimenti comportamentali, role-playing razionale/emozionale, fino alla rivelazione di proprie analoghe esperienze.

Quando il paziente appare meno convinto della propria credenza originaria il terapeuta gli propone il nuovo e più realistico concetto a spiegazione di regole comportamentali e strategie d'azione più adeguate e adattive, che egli potrà quindi sostituire alle precedenti.

6.3. Somiglianze nella modificazione delle operazioni omeostatiche in TDE e TC

In loro parti sostanziali il lavoro sulle operazioni omeostatiche fatto nella TC e quello fatto nelle versioni della TDE più graduali e affettive, coincidono pienamente: con atteggiamento empatico e collaborativo i terapeuti individuano una manifestazione attuale dello stile autoprotettivo del paziente, invitandolo a valutarne vantaggi e svantaggi e poi a decidere se proseguire in quel modo o se rinunciarvi. Ambedue le terapie coinvolgono il paziente in un dialogo collaborativo, promuovono l'osservazione condivisa di determinate evidenze relative al paziente, fanno ambedue appello alle sue capacità razionali di operare una scelta in base all'esame di vantaggi e svantaggi, e infine gli attribuiscono una chiara e individuale responsabilità circa il mantenere o abbandonare il suo modo di agire.

Appare evidente che, accompagnata a un rapporto empatico e sostenente, questa transazione preme nella direzione dell'abbandono e riduce fortemente le vie d'uscita, se non alla condizione che il paziente si assuma apertamente la responsabilità, dissentendo o rompendo il rapporto. Abituato dalla pratica delle operazioni omeostatiche a non assumersi una diretta responsabilità per ciò che fa, e avendo bisogno del buon rapporto col terapeuta, il paziente lo segue sulla via dell'abbandono.

Questa concordanza tra TC e TDE ha rilevanza fondamentale in quanto caratterizza un aspetto centrale del lavoro terapeutico.

6.4. Differenze nella modificazione delle operazioni omeostatiche in TDE e TC

Al di là della sostanziale concordanza sopra delineata, restano tuttavia tra di loro alcune differenze.

Una prima riguarda la tendenza di una parte dei terapeuti DE a sfidare le difese che il paziente mette in atto nei loro confronti in seduta, cosa che i terapeuti TC non sembrano fare. D'altra parte l'approccio empatico e validante alle difese, che ormai sembra essere praticato dalla maggioranza dei terapeuti DE, appare molto vicino agli interventi propri della TC, basati su una forte alleanza e su posizioni collaborative di terapeuta e paziente.

Restrungendo il confronto con la TC alle sole versioni della TDE che non si avvalgono primariamente della sfida alle difese, e in cui le difese tattiche vengono prevenute e "aggirate" con l'atteggiamento affettivo ed empatico del curante, questa loro differenza diventa irrilevante.

Una seconda differenza tra TC e TDE a livello delle operazioni omeostatiche riguarda la loro diversa attenzione alle emozioni del paziente.

Il terapeuta cognitivo appare in generale meno partecipe alle emozioni connesse alle cognizioni intermedie, privilegiando il confronto fattuale e razionale. Il terapeuta DE appare invece più puntuale nella sua attenzione ai vissuti emotivi del paziente, dando spazio e accompagnando empaticamente il suo dolore per le perdite subite a causa degli stilemi comportamentali difensivi, come anche la sua fatica e il suo dolore per il cambiamento, compreso il timore di soffrire quando non potrà più ricorrere protettivamente a certi modi di fare e percepire.

7. Il nucleo del processo patogenetico

E' opportuno precisare che il termine di nucleo patogenetico non si riferisce a una struttura psichica unitaria e ben delimitata. Esso è piuttosto un artificio introdotto allo scopo di designare ciò che si situa alla base della costruzione patologica e alimenta il processo patogenetico attuale, mantenendo la sofferenza e condizionando a cascata tutte le manifestazioni patologiche più superficiali o periferiche. E' anche quella componente del processo patogenetico a cui sono indirizzati i maggiori sforzi terapeutici, e dalla cui eliminazione ci si attende un radicale cambiamento di stato della personalità del paziente.

7.1. Il nucleo patogenetico secondo la TC

Il nucleo patogenetico della teoria cognitiva è, dei due, quello che più assomiglia a una struttura psichica vera e propria.

Esso non solo ha un nome ben preciso, convinzione profonda (*core beliefs*), ma ha la qualità primaria della cognizione, peraltro non consapevole, corrispondendo a una rappresentazione di sé e/o di altre persone.

Dal punto di vista tematico i *core beliefs* appartengono fondamentalmente a due grandi categorie, quella dell'impotenza e incapacità (*helplessness*) - espressa ad esempio negli asserti "sono inadeguato", "sono un fallito", "nessuno mi rispetta" - e quella della non amabilità (*unlovability*) - "sono indesiderabile", "nessuno mi vuole", "resterò sempre solo".

La convinzione profonda negativa è una rappresentazione poco differenziata ma tenace: è globale e assoluta, nel senso che definisce emblematicamente e senza sfumature, è ipergeneralizzata, cioè vale in tutte le situazioni possibili, opera indirettamente anche in situazioni di benessere psichico co-determinando le operazioni omeostatiche che ne devono ridurre l'impatto doloroso. Infine, se per l'impatto di evidenze contrarie le operazioni omeostatiche non possono mantenersi, i *core beliefs* si manifestano direttamente, attraverso vissuti e manifestazioni di impotenza o non amabilità, e producendo distorsioni percettive autoconfermanti.

Dal punto di vista della patogenesi storica il nucleo patogeno viene ricondotto a negative esperienze fatte dal futuro paziente con figure significative come ad esempio i genitori.

7.2. Il nucleo patogenetico secondo la TDE

Nel caso della TDE il nucleo patogenetico non è costituito da una precisa rappresentazione, piuttosto dall'inibizione di uno o più fondamentali affetti adattivi, la cui esperienza ed espressione è associata ad emozioni aversive come ansia, vergogna, colpa.

I più frequenti affetti genuini inibiti sono l'autoaffermazione/rabbia, il cordoglio/lutto, l'intimità/tenerezza, i sentimenti positivi verso di sé, e poi, più raramente, l'interesse/eccitamento, il piacere/gioia, il desiderio sessuale, la paura/fuga (McCullough et al. 2003). Si tratta, come si vede, di affetti che possono assumere sfumature e valenze diverse, con connotazioni costruttive o distruttive, a seconda del modo in cui si attivano e dell'obiettivo a cui sono diretti.

Tuttavia, e questa è una differenza rilevante, il nucleo del processo patogenetico attuale secondo la TDE non è costituito solo dall'incapacità di vivere una o più di queste emozioni sane, ma dal motivo di questa inibizione, e cioè il conflitto creato al soggetto da due stimoli contraddittori, quello appetitivo, dovuto alla loro autenticità e normalità, e quello aversivo, conseguente ai sentimenti dolorosi cui le emozioni sane sono state impropriamente associate nella storia personale del paziente.

Come nella visione cognitiva, anche secondo la teoria DE l'inibizione dell'emozione inizia in età precoce e a seguito di esperienze negative con figure affettivamente rilevanti.

7.3. La struttura estrinseca del nucleo patogenetico di TDE e TC

In ambedue le teorie patogenetiche si riconosce al nucleo patogenetico una serie di caratteristiche estrinseche concordanti:

- ha avuto origine in eventi interpersonali precoci negativi,
- è la causa ultima della psicopatologia attuale,
- è associato a emozioni aversive come ansia, vergogna, colpa, senso di disvalore personale, incapacità,
- non è consapevole e può diventarlo solo indirettamente con opportuni interventi terapeutici,

- rende necessari peculiari percezioni, comportamenti e affetti di carattere omeostatico, volti tutti a contenere la sofferenza da lui stesso generata,
- la sua eliminazione attraverso la cura è condizione necessaria e sufficiente per la scomparsa delle manifestazioni psicopatologiche,
- la sua eliminazione favorisce una modificazione della personalità, vale a dire una diversa immagine di sé e un diverso modo di funzionare, soprattutto nei rapporti interpersonali.

In ambedue le teorie patogenetiche il nucleo svolge quindi funzioni del tutto sovrapponibili, collocandosi al centro della complessa architettura diacronico-sincronica costituita dall'origine storica, dal processo attuale di mantenimento del problema, e dalla neoformazione mutativa innescata dall'intervento terapeutico.

7.4. La struttura intrinseca del nucleo patogenetico di TDE e TC

Intrinsecamente invece, cioè nella loro struttura interna, i due tipi di nucleo patogenetico appaiono alquanto dissimili.

Secondo la TC il nucleo patogenetico è costituito da rappresentazioni mentali negative di sé ed eventualmente degli altri, cioè cognizioni, che si possono manifestare in modo chiaro con vissuti di impotenza o non amabilità. Questi vissuti sono controllati mediante operazioni omeostatiche quali le strategie compensatorie e gli stili di vita condizionali, che permettono di negare la verità delle cognizioni su sé e gli altri.

Si tratta cioè di una rappresentazione errata, nel senso della mancata corrispondenza tra idea e fatto, quindi di una carenza monodimensionale che si elimina attraverso il confronto razionale con la realtà, mostrata al paziente dal terapeuta.

Nella TDE invece il nucleo patogenetico è costituito dal duplice e contraddittorio stimolo interno tra da un lato le emozioni adattive e genuine, sempre potenzialmente presenti anche se inibite, e i vissuti aversivi e dolorosi, che nella peculiare storia del paziente sono venuti ad associarsi loro.

Come si è visto, questo conflitto conferisce al nucleo patogeno un carattere di contraddittorietà, ma non con la realtà oggettiva, piuttosto all'interno dello stesso soggetto. Questa contraddizione consiste in ultima analisi nel

fatto che ciò che è buono è anche cattivo, e crea quindi oltre che sofferenza anche disorientamento.

Anche qui l'ansia connessa al nucleo patogeno viene contenuta mediante operazioni omeostatiche come le difese tattiche e di carattere.

Queste due concezioni del nucleo patogenetico presentano due fondamentali differenze, riguardanti l'una l'importanza relativa delle componenti cognitiva ed affettiva, l'altra la dinamica interna del nucleo patogeno.

7.4.1. Emozioni e cognizioni nel nucleo patogenetico di TDE e TC

In linea generale le due teorie patogenetiche assegnano ruoli ben diversi a cognizioni e emozioni: per la TDE pensieri e comportamenti hanno un ruolo subordinato a quello delle emozioni, mentre nella TC sono le emozioni ad essere determinate dalle cognizioni e quindi ad esser loro subordinate.

Tuttavia, esaminando il nucleo patogeno profondo, si nota che ambedue le teorie lo vedono come una struttura articolata in cui il primato dell'una o dell'altra componente è meno netto.

I *core beliefs*, ad esempio, incentrati in quanto cognizioni su temi di impotenza e di non amabilità del soggetto, appaiono strettamente associati a emozioni negative e a tendenze ad agire in sintonia con queste, e poi, con l'approfondirsi dell'indagine, a ricordi emotivamente molto carichi, per lo più tematicamente connessi a figure affettivamente rilevanti come i genitori.

Un'indicazione del ruolo importante delle emozioni nel contesto TC viene dal riconoscimento che gli stati affettivi connessi alle cognizioni negative su di sé sono spesso molto più riconoscibili delle cognizioni, al punto che si raccomanda di inferire il contenuto dei pensieri automatici dalle emozioni che li accompagnano (J. Beck 1995).

Sembra quindi chiaro che i *core beliefs* della TC non sono semplici cognizioni, ma sono strutture complesse comprendenti cognizioni correlate a emozioni, a tendenze all'azione e a veri e propri comportamenti, e impennate su ricordi più o meno rielaborati di eventi traumatici occorsi al paziente in età infantile. Del resto, come si è detto più sopra, la concezione di una struttura multidimensionale degli schemi cognitivi è sostenuta dai cognitivisti costruttivisti (Freeman e Reinecke 1995).

Sull'altro versante, anche le emozioni, centrali nel nucleo patogenetico profondo secondo la teoria TDE, sono però associate a cognizioni e tenden-

ze all'azione che giustificano ansia e difese, e ciò è particolarmente evidente quando il paziente comincia a esprimere vissuti emotivi prima inibiti.

Dice a questo proposito McCullough che l'inibizione del vissuto profondo e della sua espressione emotiva non è soltanto una paura dei sentimenti ma anche una paura di ciò che i sentimenti potrebbero indurre a fare (McCullough et al. 2003). La stessa autrice riporta un elenco di scenari predittivi irrealistici e catastrofici connessi al manifestarsi dei sentimenti genuini inibiti (v. Tabella 1), da cui si può desumere che la percezione dell'emozione temuta generi ansia o vergogna o altri sentimenti inibitori anche a causa delle aspettative di eventi catastrofici, fondate su una visione irrealistica di sé e delle cose. Questi dati dimostrano che il nucleo patogeno profondo è caratterizzato in ambedue le teorie patogenetiche dalla costante compresenza di aspetti cognitivi, emotivi, somestesici e conativi, a formare aggregati che possiamo definire rappresentazioni o fantasie complesse, composte da memorie implicite preverbal, da ricordi di episodi biografici, da idee costruite a partire da altrui comunicazioni, di cui appare inoltre difficile dire se prevalga l'una o l'altra componente.

Sembra quindi che sotto questo profilo le differenze tra le due concezioni del nucleo patogenetico dipendano più da un'accentuazione dell'una o dell'altra componente, dovuta ai diversi assunti di fondo dei due metodi, che da una sostanziale diversità di struttura.

*Tabella 1: Timori connessi alla percezione dei sentimenti inibiti
(da McCullough 2003, modif.)*

Emozione/Affetto	Cognizioni connesse alla esperienza dell'emozione/affetto
Cordoglio	Non smetterò mai più di piangere, il mondo sarà vuoto e io non sarò mai più felice
Vicinanza	Sarò inghiottito, sarò controllato, incapace di proteggermi
Sentimenti positivi verso di sé	Diventerò arrogante e egoista, e nessun vorrà stare con me
Desiderio sessuale	Mi abbandonerò alla promiscuità, alla perversione
Gioia	Perderò presto la mia felicità, la spada di Damocle mi colpirà, sarò punito
Vergogna	Apparirò disgustoso e sarò abbandonato
Paura	Sarò travolto dal panico, un disastro mi colpirà
Disprezzo/disgusto	Sembrerò arrogante e malvagio se mostrerò come sono sconvolto da ciò che lui ha fatto

Per contro, una concezione del nucleo patogeno come aggregato complesso di cognizioni, emozioni e conazioni permetterebbe di superare importanti divergenze tra le due teorie patogenetiche: da un lato essa potrebbe spiegare, meglio delle singole concezioni di TDE e TC, il dato clinico della compresenza di fantasie, emozioni, pensieri e tendenze all'azione nei vissuti dei pazienti, dall'altro permetterebbe di vedere le due vie d'accesso alla psiche del paziente, emotiva e cognitiva, come alternative e insieme compatibili, suscettibili ambedue di portare il paziente a esperire aspetti negativi di sé e poi a cambiarli.

Da ciò consegue che la differenza tra le due teorie del nucleo patogeno, imperniata sul diverso ruolo di emozioni e cognizioni, potrebbe essere così superata.

7.4. La dinamica interna al nucleo patogenetico

La seconda differenza tra le due concezioni del nucleo patogenetico profondo si collega alla contrapposizione conflittuale/aconflittuale.

Nella visione cognitiva la natura del nucleo patogeno è quella di una rappresentazione cognitivo-emotiva di sé coerente, acconflittuale e negativa, prodottasi nel tempo sulla base di certe negative esperienze, e come tale per così dire "cristallizzata".

Secondo la teoria dinamico-esperienziale invece, nel nucleo patogeno vi è una conflittualità, data dal fatto che certe emozioni, per quanto potenzialmente adattive, sono causa anche di sofferenza e vengono di conseguenza inibite.

D'altra parte queste emozioni restano attive come tendenze di fondo dell'individuo in quanto espressione di tendenze, necessità, bisogni sostanzialmente sani, che si ripropongono in determinate situazioni, riattivando il conflitto.

Il termine "conflittuale" riferito al nucleo patogeno come visto dalla TDE (McCullough et al. 2003) significa quindi che nel paziente coesistono due contemporanee tendenze, da un lato a vivere certe emozioni opportune e adeguate, dall'altro ad evitarle per le loro conseguenze dolorose.

La connessione tra emozione adattiva e sofferenza è certamente mediata da cognizioni catastrofiche e irrealistiche che a loro volta evocano emozioni

come ansia, vergogna, colpa, e quindi attivano l'inibizione (v. McCullough et al. 2003). Ma la connessione tra emozioni sane e emozioni aversive potrebbe essere anche diretta, e seguire cioè le linee di un condizionamento emotivo per cui al sorgere di un'emozione adattiva si associa un'emozione inibitoria senza alcuna mediazione cognitiva.

Probabilmente queste due connessioni sono ambedue possibili, e si collegano in prospettiva longitudinale alla storia del soggetto: nel bambino piccolo, privo ancora di una capacità mnemonica dichiarativa, prevale il condizionamento emotivo creato dalla tonalità affettiva negativa con cui gli adulti reagiscono a certe sue manifestazioni emotive e comportamentali, mentre in età maggiori si aggiungono cognizioni fondate su ricordi di eventi reali o costruite sulla base di quanto hanno raccontato i grandi, con la funzione sia di giustificare che di rafforzare l'associazione diretta tra emozioni genuine e emozioni aversive (Cahill e McGaugh 1998, McGaugh et al. 2000, Dolan 2000).

Bisogna notare, a questo punto, che anche secondo la teoria cognitiva il *core belief* relativo al Sé nasce da esperienze negative con le figure primarie di attaccamento. Tuttavia ciò che da queste esperienze negative risulta è un'immagine di sé negativa, di inamabilità o impotenza/incapacità, priva di ogni carattere conflittuale. La teoria non contempla l'eventualità che nel soggetto esistano tendenze sane inibite. Si limita, diremmo, a considerare il prodotto finale del confronto tra certe tendenze del soggetto e il suo contesto interpersonale, e cioè il verdetto negativo sulla sua persona nella sua globalità.

In conclusione, l'approfondimento della natura del nucleo patogeno ci porta a una differenza netta e apparentemente irrisolvibile tra le due teorie patogenetiche. Vedremo più avanti come sia possibile portare a una sintesi queste due diverse posizioni.

8. Il lavoro terapeutico sul nucleo patogeno in tde e tc

Pur rendendoci conto del (relativo) restringimento di visuale che ciò comporta, ci atterremo nell'esame delle pratiche terapeutiche a due sole fonti, il manuale di TDE di McCullough et al. (2003) e quello di TC di J. Beck (1995), che alla formulazione chiara, quasi assiomatica, uniscono il fatto di

rappresentare versioni mature e moderate delle due terapie, ad esempio rispetto all'alleanza e alla modificazione delle operazioni omeostatiche.

Il manuale di McCullough ha inoltre il vantaggio di esplicitare con chiarezza le numerose componenti cognitive e comportamentali già riconoscibili nella TDE, e di facilitare quindi l'opera comparativa.

Nelle due terapie il lavoro focale sul nucleo patogenetico profondo ha diversa denominazione. Nella TDE si parla di ristrutturazione affettiva, intendendo così il lavoro con cui il terapeuta induce il paziente a concedersi di vivere ed esprimere liberamente emozioni, idee, azioni prima temute ed evitate. Nella TC si parla più semplicemente di identificazione e modificazione delle convinzioni profonde, *core beliefs*, su sé e gli altri, che il paziente ritiene indiscutibilmente vere e senza alternative.

8.1. La modificazione del nucleo patogenetico nella TDE

La ristrutturazione affettiva si divide in due fasi, l'esperienza del sentimento e l'espressione del sentimento.

Come afferma L. McCullough (2003) l'esperienza affettiva è "il cuore" della psicoterapia dinamico-esperienziale in quanto significa desensibilizzare l'evitamento fobico degli affetti e aiutare il paziente a vivere stati affettivi adattivi e sani di intensità crescente senza che siano inibiti da ansia o vergogna e dalle conseguenti operazioni difensive.

L'immaginazione guidata è la principale tecnica per far esperire al paziente le emozioni, con i pensieri, le sensazioni corporee e i comportamenti a loro connessi. Essa permette al paziente di assumere una posizione di distacco autosservativo, di vivere sentimenti e pensieri senza agirli, di riflettere sulle azioni da intraprendere, di identificare i bisogni e i desideri soggiacenti, di validarli e viverli nel modo più pieno.

Identificata l'emozione adattiva, riconoscibile per la connotazione di sollievo che l'accompagna e per le scelte costruttive a cui tende a portare, il terapeuta avvia l'esposizione immaginativa ad essa in dose crescente, prevenendo risposte difensive e regolando l'ansia, e proseguendo fino a quando l'emozione fluisce libera da ogni vissuto aversivo.

Affinchè il paziente superi l'inibizione è importante che egli: a) senta e resti in contatto con l'attivazione fisiologica e le sensazioni corporee collegate

all'emozione inibita, b) cerchi di capire come essa potrebbe indurlo ad agire, c) affronti le paure causate da questa fantasia e le domini o gestisca finchè l'emozione non viene vissuta liberamente.

Con gradualità, e tenendo conto dell'ansia del paziente, il terapeuta lo esorta a mantenersi focalizzato sull'esperienza del sentimento (manifestando la propria partecipazione empatica, ed eventualmente manifestando i propri sentimenti), e ne guida l'esplorazione: riflettendogli le sue parole, facendogli mettere a fuoco i dettagli, esplorando le sensazioni corporee, facendo immaginare cosa avrebbe potuto essere, incoraggiando vissuti emotivi più intensi, fino anche a fargli fare dei movimenti come *acting-out* simbolici del sentimento.

Può essere necessario affrontare mosse difensive, come il rifiuto di "ri-vangare il passato", il dubbio circa la giustezza o la correttezza dei propri sentimenti, il timore di agirli, oppure semplicemente il non saper come gestirli e il poterne essere dominato.

Il paziente deve imparare che ai sentimenti emergenti si deve prestare attenzione, cercando di capire cosa essi gli dicono, quali bisogni esprimono che ha trascurato o represso, e ai quali deve trovare collocazione in un nuovo modo di essere mai prima sperimentato.

Entra qui in gioco la seconda fase, in cui con gli affetti liberati egli esprime bisogni, modi di fare e di relazionarsi, prima negati o misconosciuti, e impara a esprimerli tenendo conto del proprio contesto umano.

Per giungere a questo livello di espressione complessa e originale occorre lavorare in tre direzioni, costruendo: a) mediante tecniche comportamentali³⁾, la capacità di esprimere e ricevere le emozioni in modo adattivo; b) la capacità di tollerare i conflitti interpersonali concependoli, senza aggredire nè offendere, come confronti onesti e leali da cui trarre risposte utili; c) la capacità di integrare i diversi sentimenti elementari in manifestazioni emotive modulate e mature.

3 Secondo McCullough et al. (2003) l'uso delle tecniche comportamentali in TDE è in parte diverso da quello che se ne fa nella terapia comportamentale ortodossa. Esse non sono applicabili finchè i vissuti emotivi non siano liberi da ansia, in quanto attivando con dei training le emozioni inibite e quindi l'ansia, questa interferirebbe con l'apprendimento o la generalizzazione delle abilità sociali, causando uno stress prolungato al paziente.

L'opera terapeutica comprende, oltre a incoraggiamento, sostegno e lode, azioni tipiche dell'educatore come guidare, consigliare, informare, istruire, e infine gioco di ruolo e modellamento. Obiettivo comune è di trovare risposte ottimali per il mondo reale in cui il paziente vive, tenendo conto del contesto umano con le sue risorse e le reazioni che ne possono venire.

8.2. *La modificazione del nucleo patogenetico nella TC*

L'inizio della modificazione è l'identificazione del *core belief*, che avviene o sulla base di un pensiero automatico che lo esprime direttamente, o individuando un contenuto comune o prevalente di più pensieri automatici, ovvero ancora mediante il dialogo socratico mirato all'immagine di sé.

Arrivato a una plausibile idea del *core belief* il terapeuta la comunica al paziente, chiedendogli se gli suoni credibile, e invitandolo a precisarla in base ai ricordi di situazioni passate o presenti. Sulla base di questa più precisa formulazione introduce il concetto che il *core belief* è una cognizione, vera forse in passato ma oggi non necessariamente tale, che si è mantenuta nel tempo grazie a percezioni selettive e non realistiche, ed è verificabile e modificabile attraverso il lavoro terapeutico. Con questa premessa il terapeuta guida il paziente nell'osservare le manifestazioni attuali della sua convinzione profonda, e poi nel sostituirla con una nuova e più realistica idea di sé che gli propone.

Le tecniche per modificare la convinzione profonda mirano a mettere il paziente a contatto stretto con le evidenze che contraddicono la convinzione disfunzionale e che confermano la nuova e più adattiva idea di sé.

La principale tecnica è il dialogo socratico, attraverso cui si porta il paziente a un esame obiettivo della sua convinzione ed a riconoscere le evidenze che la smentiscono. Una tecnica alternativa è quella degli esperimenti comportamentali, con cui si induce il paziente a fare determinate cose con lo scopo di fargli verificare se veramente certe sue irrealistiche aspettative si realizzino.

Di uso più ristretto sono altre tecniche come il gioco di ruolo, in cui paziente e terapeuta danno voce alle parti del conflitto interno al paziente, oppure, se le convinzioni disadattive non sono fortissime, indurre il paziente ad agire come se fosse di diversa opinione.

Le esperienze che il paziente fa in queste situazioni comportano cambiamenti sia nell'immagine di sé e degli altri, sia anche nelle emozioni connesse: sollievo, soddisfazione, commozione in prima battuta, e poi voglia di affermare il proprio punto di vista, comprensione verso l'altro, maggior indulgenza verso di sé ed altri atteggiamenti indicativi di bisogni prima frustrati.

Questa mobilitazione affettiva è particolarmente evidente quando il terapeuta cerca di far rievocare al paziente l'origine della sua rappresentazione negativa di sé, inducendolo a ricercare nel suo passato evidenze che gli sono sembrate sostenere la sua convinzione negativa, per reinterpretarle, come anche evidenze favorevoli alla nuova immagine di sé propostagli.

Per ristrutturare le memorie precoci il terapeuta inizia identificando una situazione attuale fonte di disagio e connessa a un'importante convinzione profonda, e poi incrementa l'intensità emotiva dei vissuti del paziente focalizzandolo sui pensieri automatici, sulle emozioni e sulle sensazioni fisiche a queste connesse. Lo aiuta a identificare e ri-esperire una esperienza passata attinente, rivolgendosi poi alla parte "bambina" del paziente con lo scopo di identificarne pensieri automatici, emozioni e convinzioni. Infine porta il paziente a sviluppare una visione diversa di questa stessa esperienza, e a promuovere in lui, per lo più attraverso fantasie guidate, atteggiamenti diversi e nuovi che contrastano con l'originaria visione di sé e ne promuovono anzi un'altra, più rispondente alla realtà e ai suoi bisogni sani.

In parallelo il terapeuta si occupa anche dei problemi reali della vita del paziente, aiutandolo direttamente, ma soprattutto facendogli adottare metodi di soluzione razionale dei problemi, come le tecniche decisionali, la messa a punto di strategie di *coping* e di competenze sociali, la correzioni di abitudini disfunzionali, e facendo emergere e verificando eventuali assunti contrastanti, come "Se esprimo la mia opinione mi attaccano", "Se affermo me stessa qualcun altro si offenderà, penserà che sono matta".

8.3. Il cambiamento del nucleo patogenetico in TDE e in TC

Al livello delle procedure volte a modificare il nucleo patogenetico profondo le due terapie differiscono apprezzabilmente soprattutto nella fase iniziale dell'intervento.

In questa fase la TDE lavora sulle emozioni e i loro correlati, mirando essenzialmente a liberare i sentimenti inibiti dal condizionamento aversivo, mentre la TC opera sulle cognizioni riguardanti l'immagine negativa di sé, cercando di cambiarle attraverso l'esame delle evidenze contrarie.

Nel loro avanzare però le due terapie tendono ad ampliare la loro d'azione facendo emergere vissuti diversi da quelli designati come primari. Proprio questi, anzi, le emozioni nella TDE e le cognizioni nella TC, "trascinano" gli altri vissuti, creando, seppur con due diversi percorsi, un quadro complesso e articolato che converge verso un cambiamento dell'immagine di sé e del funzionamento globale della persona.

In ciò sembra ripetersi quanto abbiamo già osservato per l'accesso iniziale alle parti inconsapevoli della personalità, ove a una partenza inizialmente differenziata seguiva poi un percorso sostanzialmente identico, interessante tutte le fondamentali componenti dell'esperienza: emozioni, cognizioni, conazioni e azioni vere e proprie.

8.3.1. Processi convergenti di cambiamento in TDE e TC

Questa convergenza è evidente a un esame più particolareggiato.

Nella prima fase della TDE, quella più propriamente esperienziale, il terapeuta alterna tra ristrutturazione delle difese, regolazione dell'ansia ed evocazione/esposizione ai sentimenti inibiti, fino a una loro libera esperienza.

Ma qui l'esperienza si espande e abbraccia, al di là delle emozioni, altri contenuti psichici. Gli stati emotivi dovranno essere riconosciuti, ne dovranno essere descritte le manifestazioni somatiche, e poi tutto ciò di non emozionale che a loro si collega, i pensieri, le tendenze all'azione, i comportamenti, le percezioni, affinché il paziente scopra il carattere irrealisticamente deterrente di queste implicazioni cognitive e conative.

E più oltre ancora, si manifestano bisogni nuovi per il paziente, per esempio di autoaffermazione, di tenerezza, di potersi occupare di sé senza sensi di colpa, e al loro seguito, quindi, possibili percorsi di cambiamento della sua personalità, nel rapporto con se stesso e con gli altri.

In sintesi, si delinea un nuovo Sé, un modo di essere più compatibile con il conseguimento di propri obiettivi sani e realistici, e poi anche con l'adattamento al contesto umano più ampio.

A prima vista diversa è la scena del cambiamento del *core belief* nella TC. Il terapeuta propone l'esame obiettivo delle evidenze contrarie all'idea che egli ha di sé, e poi di quelle che sostengono una sua immagine diversa e più favorevole. Il lavoro esplicito sulle emozioni del paziente è inizialmente in secondo piano, ma arriva in primo piano in fase più avanzata, ad esempio quando si fanno rievocare al paziente i fatti passati in base a cui ha costruito la propria immagine negativa di sé.

Il terapeuta promuove e intensifica l'esperienza emotiva e somatica del paziente, lo porta a rivivere e reinterpretare gli eventi relazionali traumatici che hanno influenzato negativamente la sua immagine di sé, e infine lo spinge ad assumere posizioni diverse da quelle adottate in passato, le quali fungono da traccia su cui può svilupparsi un diverso modo di porsi, verso di sé e verso gli altri.

Ma anche altri aspetti della TC procurano al paziente esperienze complesse e correttive: in primo luogo il contatto con un terapeuta rispettoso dei suoi punti di vista, delle sue scelte, e dei suoi sentimenti, ma poi anche gli esperimenti comportamentali che grazie ai *feed-back* interpersonali attivano rilevanti esperienze emozionali, confermando la smentita apparentemente "solo cognitiva" della propria scarsa amabilità e incapacità.

Anche qui abbiamo quindi un ampliarsi della esperienza psicologica al di là delle sole cognizioni, e segnatamente al servizio di un cambiamento dell'immagine di sé e del proprio funzionamento come persona.

8.3.2. Il nuovo Sé nel suo contesto

Sebbene nella TC non si distingua formalmente, come nella TDE, tra una fase del cambiamento interiore e una fase di espressione del "nuovo" Sé nel contesto interpersonale, vi è nondimeno una specifica attenzione per il rapporto tra il paziente e il suo mondo reale, che ovviamente si configura diversamente a seconda dell'immagine che egli ha di sé.

Questo aspetto della TC ha molte somiglianze con la fase della cosiddetta "espressione delle emozioni" della TDE, in cui il paziente impara a declinare e praticare il suo nuovo Sé nelle più diverse situazioni.

In questa fase il terapeuta DE usa spesso interventi di carattere comportamentale, volti soprattutto a sviluppare le capacità di esprimere emozio-

ni prima inibite e a muoversi nel campo interpersonale mettendo in atto i comportamenti ispirati da tali emozioni, come assertività, capacità di dialogo, dare un limite all'altro, saper piangere una perdita e così via.

Analogamente in TC il terapeuta insegna al paziente metodi di *problem solving* e di elaborazione razionale delle decisioni, lo aiuta a mettere a punto strategie di *coping* più idonee, a migliorare le proprie competenze sociali, oltre che a correggere nella vita pratica le cognizioni disfunzionali che contrastano con l'immagine modificata del proprio Sé, promuovendo una nuova coerenza della sua personalità.

8.3.3. Differenze e somiglianze tra gli interventi sul nucleo patogenetico

Se ora riprendiamo in esame i due approcci al nucleo patogenetico troviamo che essi hanno una partenza diversa, l'uno più centrata sulle emozioni, l'altro più sulle cognizioni, ma che successivamente le procedure si estendono e coinvolgono altri ambiti, nel caso della TDE quelli cognitivo e comportamentale, in quello della TC quello emotivo e comportamentale, sì che il cambiamento riguarda tutti e tre i fondamentali aspetti del funzionamento psichico, quello cognitivo, quello emotivo e quello dell'azione, sia esso inteso come conazione o come comportamento pienamente attuato.

Ma l'aspetto che più accomuna i due approcci al nucleo patogenetico è che attraverso le vie appena prospettate si arriva a una diversa immagine di sé e a un diverso modo globale di funzionare della personalità, più idoneo a soddisfare i bisogni del soggetto.

Complessivamente il lavoro di cambiamento del nucleo patogenetico nelle due terapie appare in prevalenza sovrapponibile, nella misura in cui esso promuove esperienze complesse e con queste permette il riconoscimento di bisogni nuovi che possono essere soddisfatti solo da un nuovo modo di essere e di agire.

9. Verso un modello unitario

Le concordanze tra le due terapie, sia quelle palesi che quelle rivelate dall'esame più approfondito, la loro numerosità, la loro uniforme distribu-

zione in tutte le fasi, nella promozione dell'alleanza, nell'accesso iniziale alla soggettività del paziente, nella definizione e nella gestione delle operazioni omeostatiche, come anche nella definizione e modificazione del nucleo patogenetico, inducono a pensare che clinici e teorici delle due scuole abbiano visto una realtà patogenetica identica.

E che per modificarla essi abbiano elaborato degli interventi che, per quanto influenzati dai loro background teorico-tecnici, sono però soprattutto il prodotto di un lavoro per tentativi ed errori grazie a cui hanno imparato dalle risposte dei pazienti quali interventi funzionano e quali invece sono inefficaci.

Vi sono però anche altre indicazioni del fatto che essi hanno visto, con alta probabilità, lo stesso tipo fondamentale di processo patogenetico.

Una di queste, di carattere epidemiologico, deriva dal fatto che le due terapie sono utilizzate ed efficaci per lo stesso tipo di pazienti affetti da problemi psicopatologici relativamente lievi, tra cui i disturbi depressivi minori, i disturbi d'ansia, i disturbi di personalità di terzo cluster ed altri dello stesso livello di gravità.

E' del tutto improbabile che per puro caso pazienti appartenenti a queste stesse categorie diagnostiche risultino portatori di un conflitto emozionale quando iniziano una terapia dinamico-esperienziale, e invece di una negativa immagine di sé se entrano in terapia cognitiva. E' invece probabile che tutti i pazienti abbiano sia un conflitto emozionale che una scadente immagine di sé, e che i terapeuti dei due orientamenti riconoscano in loro quella parte del meccanismo patogenetico che meglio concorda con le loro aspettative teoriche.

Un'altra indicazione a favore di un unico complesso processo patogenetico deriva dal fatto che le due teorie prospettano un'identica origine delle patologie che curano: queste sarebbero effetto di esperienze negative precoci con figure di accudimento che non soddisfano certi bisogni o addirittura trattano in maniera inadeguata e ansiogena le manifestazioni di bisogni normali e sani del bambino.

Appare del tutto inverosimile che uno stesso tipo di esperienza negativa per la formazione della personalità provochi negli individui che entreranno in terapia dinamico-esperienziale un conflitto emozionale e in quelli che diverranno pazienti di terapeuti cognitivi una negativa immagine di sé. E' invece più verosimile che, come si è detto pocanzi, quelle stesse esperienze causino un disturbo comprendente tanto il conflitto emozionale quanto la negativa

immagine di sé, e che i diversi terapeuti ne vedano solo l'aspetto che essi sono predisposti a riconoscere in funzione del loro background teorico.

Esaminiamo allora i due processi patogenetici sotto il profilo particolare di ciò che con ogni verosimiglianza ne è stato omissso.

9.1. La mancanza di una rappresentazione del Sé nel processo patogenetico TDE

Oltre alla presenza del conflitto, l'altra peculiarità del nucleo patogenetico della TDE è la mancanza di una rappresentazione negativa del sé dotata di un ruolo patogenetico centrale, quale quello che ci aspetteremmo date le negative esperienze infantili del paziente e la connotazione negativa di sentimenti del tutto normali.

Questa mancanza è ben chiara da come i teorici DE trattano il concetto di sé. Valga per tutti l'esempio di McCullough (McCullough et al. 2003), in cui è evidente come esso non sia mai fonte, sede o causa del problema, ma sia implicato solo a posteriori. E' infatti a) l'oggetto di affetti sani inibiti, per esempio l'orgoglio di sé, il rispetto di sé, la considerazione di sé o l'amore verso di sé, e b) l'obiettivo della ristrutturazione della personalità in seguito all'esperienza delle emozioni inibite, nell'azione di self-restructuring.

Solo nei disturbi gravi della personalità – narcisistici e borderline - è riconosciuto come primariamente problematico ("falso sé"), ma proprio qui però l'intervento dinamico-esperienziale è controindicato.

Sebbene possiamo presumere l'esistenza di un sé in balia delle contrastanti "spinte" generate dall'associazione tra emozioni "buone" e "cattive", esso non ha tuttavia un'esplicita rappresentazione nè svolge alcun ruolo nel processo patogenetico che diviene oggetto dell'intervento dinamico-esperienziale.

Ora, questa carenza è sorprendente perché una rappresentazione del Sé è abitualmente presente e causalmente rilevante nelle principali teorie patogenetiche.

Basta pensare a certe odierne importanti teorie, riferibili alla psicoanalisi delle relazioni oggettuali come anche all'ambito cognitivo (Sandler 1983, Sandler e Sandler 1978, Ogden 1982, Safran e Segal 1990), ove costrutti di rilevanza patogenetica quali quello di relazione oggettuale interna o di schema

cognitivo-interpersonale sono fondamentalmente imperniati sulla rappresentazione che il paziente ha di sé.

Non solo, è ormai acquisito che gli stessi eventi negativi precoci che secondo la teoria patogenetica dinamico-esperienziale sono posti all'origine del conflitto emozionale danno luogo ad esperienze che si imprimono, attraverso il rispecchiamento genitoriale, nella mente emotiva e cognitiva del bambino in forma anche di un'immagine di sé negativa (Gergely e Watson 1996, Dornes 2001).

La disapprovazione materna e poi paterna verso la sua aggressività, o sensualità, o indolenza, diventa non solo la sua stessa auto-disapprovazione, per cui inibirà le relative emozioni e azioni, ma riverbera sul suo concetto di sé, che in quanto aggressivo, lascivo o indolente risulterà quindi cattivo o incapace.

Non appare quindi accettabile che dal processo patogenetico attuale della TDE si possa escludere il ruolo co-patogenetico di una negativa rappresentazione cognitivo-affettiva di sé, e che lo si circoscriva al solo meccanismo del conflitto emozionale.

9.2. La mancanza del conflitto emotivo nel processo patogenetico TC

Secondo la teoria patogenetica cognitiva da esperienze precoci del tutto simili a quelle sopra menzionate a proposito della TDE il futuro paziente si crea un'immagine di sé negativa che non mette mai in discussione nella sua essenza, limitandosi a cercare di dare a sé e agli altri prove, per lo più labili e fragili, della sua falsità. Ma egli "sa" di essere, in fondo, indegno di amore, incapace, impotente, e su questa identità negativa ricade ogni volta che i suoi tentativi di negarla falliscono.

I suoi vissuti emotivi sono conseguenza ed espressione dell'immagine negativa di sé. Il paziente, secondo la teoria patogenetica di Beck, non vive conflitti tra i sentimenti che sono espressione della propria immagine negativa ed altri sentimenti che potremmo definire genuini, autentici, adattivi.

Questo assunto basilare appare però poco plausibile in considerazione del fatto che l'individuo riceve quotidianamente da due ambiti, quello dello sviluppo biologico e quello del contesto socioculturale allargato, stimoli evo-

canti reazioni diverse da quelle che il suo ambiente familiare e poi la sua stessa immagine di sé, approvverebbero, e che, proprio perché connesse alla corporeità e alla socialità “normali”, sono più autentiche e genuine.

Lo sviluppo psicofisico, la maturazione e poi l'invecchiamento, con i relativi bisogni, anche socialmente e culturalmente promossi, evocano nell'individuo nuovi bisogni, di autoaffermazione, attenzione alla sessualità, conformità sociale, relazionalità, solidarietà, e così via, che confliggono con le esperienze negative fatte nella sua problematica famiglia.

Sebbene diversi meccanismi filtrino questi stimoli, tra cui l'isolamento familiare e le elaborazioni assimilative (Piaget 1964) della mente individuale, è altamente probabile che prima o poi, anche in soggetti condizionati a disconoscere certi propri bisogni, si manifestino aspirazioni, idee ed emozioni in contrasto con le regole, più o meno introiettate, dell'ambiente d'origine.

Ciò implica che accanto all'immagine negativa di sé devono insorgere, almeno a tratti e in rapporto a determinate ineludibili esperienze, dei conflitti, tra l'impronta cognitivo-emotivo-comportamentale dell'ambiente di origine da un lato, e i bisogni, con questa dissonanti, indotti dagli stimoli biologici e sociali.

L'introduzione in un modello cognitivo di un meccanismo conflittuale, tradizionalmente associato alla psicoanalisi, può apparire troppo disinvoltamente integrativa. Tuttavia va rilevato che si tratta del conflitto come esso è inteso da McCullough et al. (2003), cioè ridefinito come evitamento di certi affetti adattivi in quanto connessi, per via condizionata diretta o per via cognitiva, a emozioni aversive come l'ansia, la vergogna o la colpa. Un tal concetto di conflitto è pienamente integrabile in un contesto teorico cognitivo e comportamentale e, anzi, costituisce un miglioramento del modello che così rappresenta più fedelmente la realtà psichica dei pazienti.

10. Un modello patogenetico unitario

Si è visto che l'introduzione dell'immagine di sé negativa come fattore attivo nel modello dinamico-esperienziale del processo patogenetico è insieme necessaria e ammissibile. Specularmente, si è anche visto che l'intro-

duzione del conflitto connesso all'associazione tra vissuti sani ed emozioni aversive nel modello patogenetico cognitivo è ugualmente necessaria e ammissibile.

E' quindi possibile concepire un modello generale del processo patogenetico, attivo nelle patologie non gravi, neurotiche e di personalità, che sia incentrato su un nucleo comprendente sia un'immagine di sé negativa sia un conflitto emozionale, e la cui denominazione potrebbe essere quella di modello cognitivo-conflittuale della patogenesi.

Esso è esposto qui di seguito in forma di una successione di enunciati raggruppati in quattro sezioni: genesi, adattamento, perpetuazione e evoluzione del problema.

I - Genesi del problema

1. Durante tutto l'arco della vita i cambiamenti biologici e le spinte socio-culturali, e forse anche una loro intrinseca instinguibilità, inducono l'espressione di bisogni sani in termini di cognizioni, affetti e conazioni.
2. Se le espressioni di bisogni sani trovano risposte negative nell'ambiente di formazione della personalità si creano:
 - 2.1. un'associazione tra l'espressione di bisogni sani e emozioni aversive come ansia, vergogna o colpa, e
 - 2.2. un'immagine di sé negativamente connotata e associata a sua volta a emozioni aversive.
3. Immagine di sé negativa e associazione tra espressioni sane ed emozioni aversive si confermano reciprocamente in quanto:
 - 3.1. l'attivazione di emozioni aversive in conseguenza dell'emergere di espressioni di bisogni sani conferma la connotazione negativa della propria immagine di sé, e
 - 3.2. la conferma della negativa immagine di sé corrobora e incrementa le reazioni aversive alle espressioni di bisogni sani.
4. L'immagine di sé negativa, nel senso dell'incapacità o della indegnità di essere amato, e l'impropria associazione tra emozioni aversive ed espressioni di uno o più bisogni sani, sono i due fondamentali fattori alla base della sofferenza psicologica.

II – Adattamento al problema

5. Contro i vissuti aversivi connessi alle manifestazioni dei bisogni sani inibiti e della negativa immagine di sé l'individuo mette in atto operazioni omeostatiche che
 - 5.1. attenuano o eliminano il manifestarsi dei vissuti aversivi,
 - 5.2. ma riducono ulteriormente le possibilità adattative ed evolutive del soggetto.
6. Contro i vissuti aversivi il soggetto si crea, con meccanismi di selezione di partnership o induzione interpersonale, condizioni relazionali che facilitano l'evitamento delle manifestazioni dei bisogno sani e della negativa immagine di sé.

III – Perpetuazione del problema

7. L'associazione tra le espressioni di bisogni sani da un lato, le emozioni aversive e l'immagine di sé negativa dall'altro, si mantiene a causa dell'evitamento di esperienze disconfermanti.
8. L'evitamento di esperienze disconfermanti si verifica a causa:
 - 8.1. dell'acquiescenza ai correlati aversivi dei bisogni sani e della negativa immagine di sé, con loro conseguente inibizione; questa impedisce che si desensibilizzino le manifestazioni dei bisogni sani e si esaminino obiettivamente la negativa immagine di sé,
 - 8.2. della messa in atto delle operazioni omeostatiche,
 - 8.3. della creazione di relazioni interpersonali facilitanti l'evitamento.

IV – Evoluzione del problema

9. Se il paziente trova un ambiente umano che, contrastando le tendenze perpetuanti, smentisce la sua immagine negativa di sé e non rinforza, ma anzi porta ad estinzione, l'associazione tra espressioni sane ed emozioni dolorose, egli può guarire.
 - 9.1. Questo ambiente umano può essere anche quello della relazione psicoterapeutica, che di per sé e insieme a procedure specifiche tende a correggere la negativa immagine di sé e le inibizioni affettive del paziente.

10. In caso contrario, nel corso della vita, il persistere di condizioni soggettive e relazionali patogene porta a una crescente insoddisfazione di bisogni sani con conseguente aumento della sofferenza, del disadattamento e del deterioramento dell'immagine di sé, e quindi sintomatologie sempre più complesse e dolorose.

10. Discussione e conclusione

Esamineremo in primo luogo alcune implicazioni del modello proposto, per poi fare alcune considerazioni sulle sue caratteristiche e ricadute terapeutiche.

10.1. Il persistere di tendenze sane

Come si è detto, è poco plausibile che nella vita dell'individuo, anche disturbato, non insorgano, almeno a tratti, bisogni, affetti e potenzialità comportamentali sane. Infatti, esso non solo è esposto a stimoli interpersonali e culturali, ma subisce degli inevitabili mutamenti corporei che concorrono a generare tali movimenti.

Va inoltre sottolineato che il riconoscimento del persistere di movimenti sani nel soggetto anche disturbato non è una peculiarità della sola terapia dinamico-esperienziale, ma si trova in tutta l'ampia famiglia delle terapie umanistiche, le quali condividono una concezione "organismica" (Ford e Urban 1998) dell'essere umano secondo cui esso evolve in virtù di una spinta evolutiva autonoma e congenita che le esperienze negative non sopprimono.

Troviamo una tale concezione nella terapia gestaltica (Yontef 1995), nelle terapie rogeriane (Bohart 1995), nella primal scream therapy (Janov 1970), ma anche, sorprendentemente, nella psicoterapia ispirata alla control-mastery theory (Weiss 1993). Quest'ultima non mostra di abbracciare apertamente una concezione organismica dell'uomo, ma proprio perciò lascia senza spiegazione un caposaldo della sua teoria patogenetico-terapeutica, la tendenza adattiva e matura del paziente a mettere alla prova le proprie credenze patologiche con la speranza che siano smentite: "*Il paziente spera inconsciamente che*

questo atto non influenzerà il terapeuta come la sua credenza predice. Se l'aspettativa patogena del paziente non sarà confermata egli potrà provare sollievo, e fare un piccolo passo verso la disconferma della credenza."⁴) (Weiss 1993, p. 11).

In una cornice strettamente psicoanalitica non è chiaro perché una persona, plasmata in un modo disfunzionale e tendente a proteggere questo suo modo di essere evitando ciò che lo smentirebbe, debba cimentarsi in esperimenti che spera falliscano. Le cose però si chiariscono introducendo, accanto alla determinazione disfunzionale, il manifestarsi di bisogni sani attivati da stimoli corporei interpersonali e sociali.

10.2. Le implicazioni a livello interpersonale

Un altro aspetto del modello, evidente nelle fasi dell'adattamento, della perpetuazione e dell'evoluzione del problema, è quello della sua estensione alla sfera interpersonale, in funzione prima omeostatica, poi mutativa.

Oltre a ricalcare l'origine squisitamente interpersonale della disfunzionalità il ricorso a processi interpersonali permette di spiegare, meglio di processi solo intrapsichici, il mantenersi della patologia e poi il suo superamento.

Le rappresentazioni delle relazioni prototipiche, formatesi nel rapporto con le figure di accudimento, influenzano assimilativamente non solo le percezioni del paziente ma anche le sue scelte relazionali di persone atte a confermarle, come anche certi suoi comportamenti, con lo scopo di indurre gli altri a reagire in modo da confermare le sue aspettative, e quindi di evitargli esperienze disconfermanti (Kiesler 1979,1983, Sandler 1983, Safran e Segal 1990, Wachtel 1981, 1982, Alberti 2000). In altre parole, i portatori di problemi insorti in età infantile ricreano costantemente nella loro vita relazioni simili a quelle in cui si sono formati, riconfermando così l'immagine negativa di sé, le patologiche modalità di rapporto tra il Sé e l'Altro, e l'evitamento di esperienze emotive temute.

4 *"The patient hopes unconsciously that this action will not affect the therapist as the belief predicts. If the patient's pathogenic expectation is not borne out, the patient may feel relieved and take a small step toward disconfirming the belief."* Traduzione dell'Autore.

10.3. Il cambiamento come processo a partenza interpersonale

In linea di principio il processo terapeutico potrebbe consistere nell'esperire il sentimento sano fino al momento in cui il connesso sentimento aversivo si estingue (McCullough et al. 2003), ovvero nel

constatare che nonostante ogni induzione o manipolazione interpersonale si viene trattati in un modo che smentisce concretamente l'aspettativa negativa connessa all'immagine negativa di sé. Potrebbero cioè bastare delle esperienze emotivo-cognitive correttive dell'inibizione emotiva e della negativa immagine di sé. Ma ciò è proprio quello che il paziente cerca di evitare, attraverso varie forme di aggiramento, comprese le difese che si è costruito intorno al nucleo doloroso e le relazioni interpersonali funzionali all'evitamento. Affinchè le esperienze correttive possano realizzarsi è essenziale passare alla dimensione interpersonale.

In primo luogo con la presenza di un terapeuta che, nel quadro relazionale creatosi dal paziente viene a collocarsi in modo dissonante, in quanto si comporta diversamente dai suoi partner abituali, o scelti secondo criteri di complementarità con le sue aspettative, ovvero indotti, con pressioni interpersonali, a comportarsi, a sentire ed esperire in modo complementare alle sue rappresentazioni relazionali prototipiche.

Reggendo le reazioni del suo paziente il terapeuta, oltre a creare di per sé una esperienza cognitivo-emotiva correttiva (Alexander e French 1946), è nella posizione di fargli fare, motivandolo e accompagnandolo, quelle esperienze relative a più specifiche emozioni, fantasie, bisogni ed anche azioni concrete, che correggono l'atteggiamento evitante e la negativa immagine di sé.

Ma la dimensione interpersonale viene investita anche a misura che i rapporti complementari con certe figure significative del contesto interpersonale naturale del paziente vengono rivisti e modificati, più o meno attivamente, nel corso della terapia.

10.4. Un processo patogenetico duplice

La principale caratteristica del modello proposto è la duplicità dei fattori patogenetici: da un lato l'associazione tra sentimenti sani e emozioni aversive, dall'altro la negativa immagine di sé.

Ambedue derivano da esperienze infantili di punizione, disapprovazione o non accoglimento, da parte delle figure primarie di riferimento, verso le espressioni di certi bisogni normali e sani. Il bambino allora da un lato prova sentimenti spiacevoli ogni volta che li avverte, e quindi li evita, dall'altro costruisce un'immagine di sé come indegno di amore ogni volta che avvertirà questi bisogni e entrerà in contatto con qualcuno che glieli evoca. Da un unico tipo di esperienza negativa precoce derivano quindi due diversi fattori patogenetici: la connotazione negativa di sentimenti naturali e sani e la negativa immagine di sé.

La duplicità dei fattori causali contribuisce a spiegare la tendenza dei pazienti a cronicizzare nel loro problema e nella loro sofferenza. Ma la perpetuazione del problema deriva soprattutto dal fatto che questi due meccanismi, in linea di principio indipendenti in quanto coinvolgenti ambiti diversi, convergono sinergicamente in un unico complesso processo patogenetico coeso e autostabilizzante.

Se infatti viene corretta soltanto la negativa immagine di sé, questa potrà nuovamente assumere connotazione negativa dopo rinnovate esperienze dolorose nel vivere un certo affetto inibito e ansiogeno anche se in sé sano. Per converso, la semplice desensibilizzazione dell'affetto inibito sarà poco solida se il paziente manterrà una negativa immagine di sé e se questa sarà eventualmente anche confermata da relazioni interpersonali disfunzionali.

In termini più operativi possiamo dire che secondo questo modello patogenetico l'intervento terapeutico deve riuscire a correggere tutte queste tendenze patogene, agendo quindi sull'associazione tra sentimenti sani e emozioni aversive, sulla negativa immagine di sé, sui meccanismi di perpetuazione individuali e interpersonali. Lasciare fuori dall'intervento uno di questi aspetti comporta il rischio di lasciare funzionanti delle parti del processo patogenetico le quali, a causa delle interazioni sinergiche, possono ripristinarlo nella sua totalità.

10.5. L'azione terapeutica implicita

Un fatto è in apparente contraddizione con ciò che si è appena detto: che ambedue le terapie qui comparate danno buoni risultati clinici. Poiché

ognuna asserisce di agire su uno solo dei fattori patogeni la loro efficacia suona a smentita del modello a due fattori. Dovremmo allora trovare una spiegazione della contraddizione.

Crediamo che essa possa risiedere nel fatto che in ognuna delle due terapie oltre all'azione terapeutica esplicita e dichiarata sull'associazione sentimenti sani/emozioni aversive (TDE) e sull'immagine negativa di sé (TC), vi è un'azione implicita sul fattore patogenetico ufficialmente non considerato come obiettivo terapeutico.

Ad esempio è lecito supporre che nelle versioni della terapia dinamico-esperienziale più attente alla buona relazione col paziente gli atteggiamenti e gli interventi volti a promuovere l'alleanza terapeutica influenzino anche l'immagine di sé del paziente. Si pensi in particolare a quanto raccomandato da certi autori: *validare e apprezzare il paziente ... riconoscerne e validarne le risposte sane come la cura e l'attenzione verso di sé ... riconoscergli esperienza psicologica ... richiedergli osservazioni e commenti sulla seduta ...* (Fosha 2000).

D'altra parte, è possibile che in corso di terapia cognitiva l'esperienza emotiva, sempre ricercata accanto ai pensieri automatici, si riferisca non solo alle emozioni aversive ma anche a quelle sane. In alcuni casi ciò è ben evidente, come risulta dal trascritto riportato nell'appendice.

Esso presenta un episodio di terapia cognitiva in cui la paziente viene portata a entrare in contatto con certe sue emozioni autentiche e con i loro aspetti corporei, ma viene anche portata, attraverso il modellamento, a concepire un dissenso dal messaggio squalificante materno, e a dare quindi voce al proprio sano amor proprio. In termini dinamico-esperienziali si tratterebbe di un tipico esempio di affetto sano, inibito e poi esperito ed espresso. Più in generale, il terapeuta promuove così una familiarità con i sentimenti autentici della paziente che equivale a una loro implicita desensibilizzazione.

10.6. TDE e TC come versioni particolari di una "terapia cognitivo-confittuale"

Se però è vero che le due terapie qui esaminate fanno all'incirca le stesse cose è logico domandarsi che ruoli possano avere, da un lato il modello integrativo, dall'altro i due modelli originari separati. Vi sono ragioni sufficienti a giustificare il mantenimento di tutte e tre le entità.

Il modello unitario è una rappresentazione più completa di ciò che succede tra paziente e terapeuta, comportando quindi un vantaggio rispetto ai due modelli che combina, in termini di economia e di unità teorica.

Esso li raccorda, ed è possibile affermare che il percorso verso l'integrazione psicoterapeutica prospettato in altra sede (Alberti 2003), e cioè di due o più vie procedurali che agiscono con uguale efficacia in quanto parallelamente attive su uno stesso processo patogenetico, rappresenta proprio la situazione creata dalla sintesi qui prospettata.

D'altra parte va ricordato che non si può parlare di completa congruenza tra i due metodi terapeutici. Sia nel ruolo che vi giocano le emozioni e le cognizioni, specialmente nell'approccio al mondo interiore del paziente, sia nella visione delle operazioni omeostatiche, sia anche nell'approccio alla relazione terapeutica, le due terapie presentano, oltre che concordanze, diverse differenze.

Esse sono tali da permettere che si parli, fino alle soglie del nucleo patogenetico profondo, di due diverse vie al cambiamento.

Queste due diverse vie presentano delle peculiarità che le configurano come due percorsi convergenti verso uno stesso nucleo patologico, due varianti quindi di uno stesso approccio. Ambedue, la "via delle emozioni" e la "via delle cognizioni", funzionano terapeuticamente in quanto, al di là di certe differenze procedurali principalmente iniziali, esse portano a modificare lo stesso nucleo patogenetico.

10.7. Il senso delle versioni particolari della "terapia cognitivo-conflittuale"

Ma, si dirà, varianti con quali scopi e funzioni? Terapia cognitiva e terapia dinamico-esperienziale possono essere pensate come approcci dall'indicazione differente, rispetto a caratteristiche personologiche, stili relazionali ed anche preferenze dei pazienti. Pensiamo soltanto ai pazienti con maggiore o minore propensione all'espressione emotiva, o con maggiore o minore tendenza a rifugiarsi nella razionalità anaffettiva o, ancora, con maggiore o minore attitudine all'introspezione.

E' evidente che l'esistenza di versioni diverse di uno stesso processo terapeutico amplia le possibilità di scelta dei pazienti e soprattutto amplia le

possibilità di risposta degli psicoterapeuti, con beneficio sia della flessibilità operativa che dell'etica professionale, non dovendo piegare i pazienti a un rito terapeutico rigido, ma potendo adattare il metodo, entro certi limiti, alle loro peculiarità e ai loro bisogni.

11. Appendice. Trascritto da Beck 1995, p. 184-191 (selezione e traduzione dell'autore)

1. Sally riporta un'esperienza del giorno prima che l'ha molto turbata, in cui si sentì criticata dall'intero gruppo di studenti.

T: Può ri-immaginare la scena, come se avvenisse ora? Siete tutti seduti intorno al tavolo..

P: Peggy dice 'Sally, non l'hai fatto abbastanza accuratamente. Devi rimpolparlo.' E io mi sento così giù ...

T: Sente la tristezza?

P: *(annuisce)*

T: In che punto del suo corpo la sente?

P: Dietro gli occhi.

T: E altrove? Dov'è ancora la tristezza?

P: Nel petto...e nel mio stomaco. C'è un senso di pesantezza.

T: OK, riesce a focalizzarsi sulla pesantezza? Riesce veramente a sentirla, adesso, nel suo stomaco, nel torace? E dietro ai suoi occhi?

P: *(annuisce)*

T: OK, si concentri sui suoi occhi, sullo stomaco, sul petto ... *(aspetta ca. 10 secondi)*

Sally, quando ricorda di aver provato questa pesantezza prima d'ora, quando era una bambina? Qual è la prima volta che ha provato questa sensazione?"

2. Il terapeuta porta Sally a ri-esperire un ricordo che la turbò, e interroga la parte "bambina" di Sally per capire come lei avesse interpretato allora questa precoce esperienza.

- P: La mamma, la mamma grida con me
 T: Quanti anni hai Sally?
 P: Circa 6 o 7, non sono sicura.
 T: Dove sei? Descrivimelo nel modo più vivace.
 P: Sono a casa, sto facendo i compiti, ma non ci riesco La mamma entra in cucina: 'Vai a letto Sally', dice, e io 'Non posso, devo finire il compito'
 T: E poi?
 P: Lei dice: 'Ci metti un'eternità. Ti ho detto mezz'ora fa di andare a letto.'
 T: Tu cosa dici?
 P: 'Ma devo farlo, sennò avrò dei guai'
 T: E allora?
 P: Lei dice: 'Cosa ti succede? Perché non riesci a finirlo? E' facile. Cosa c'è, sei stupida? Fila a letto adesso'
 T: (*delicatamente*) Sally di 6 anni, come ti senti?
 P: Triste (*piange*)
 T: Proprio triste?
 P: (*annuisce*)
 T: (*delicatamente*) Sally di 6 anni, cosa pensi ora?
 P: Io **sono** stupida. Non riesco a far niente bene.

3. *Il terapeuta aiuta Sally a reinterpretare l'episodio di attraverso un gioco di ruolo:*

- T: Che ne dici se facciamo un gioco di ruolo? Sally di 6 anni, tu sarai la mamma. Io sarò te. Cominci tu. Fingi di entrare in cucina e di trovarti impegnata a fare il compito.
 P: OK 'Sally, vai a letto. Subito!'
 T: 'Ma mamma, devo finire il compito, se no avrò problemi con il maestro.'
 P: 'Cosa ti succede? Sei proprio una stupida.'
 T: 'No mamma, non lo sono. E' il maestro che ha sbagliato. Il compito è troppo difficile'.
 P: 'Se è troppo difficile deve essere colpa tua'.

- T: 'No mamma. Non è vero. Mamma, pensi veramente che ci sia qualcosa che non va in me?' Vuoi che cresca pensando che sono stupida e incapace?'
- P: (*pausa*) 'No ... No. Non penso che tu sia stupida. Non voglio che tu cresca pensando questo di te'.
- T: 'Allora perché mi hai dato della stupida se non è vero?'
- P: 'Non avrei dovuto. Non è vero'.
- T: 'Perché l'hai fatto?'
- P: (*pausa*) 'Non lo so. Certe volte sono così nervosa che voglio solo che tu vada a letto per poter stare un po' in pace.'
- T: 'Intendi dire che non pensi che io sia stupida?'
- P: No No. Non lo penso. Tu non sei stupida.
- T: 'Lo credi veramente, mamma? Che io sono in gamba e capace di fare quello che voglio?'
- P: 'Sì, lo credo. Scusami'.
- T: Bene. Fine del gioco di ruolo per ora. Ora, come si sente?'
- P: Meglio."

12. Bibliografia

- ALBERTI G.G. (2000), *Ciclo interpersonale e identificazione proiettiva. Una convergenza teorica e tecnica*. In: ALBERTI G.G. (2000), *Le psicoterapie: dall'elettismo all'integrazione*, Franco Angeli, Milano.
- ALBERTI G.G. (2003), *Per un approccio procedurale all'integrazione delle psicoterapie*, in ALBERTI G.G., CARERE-COMES T. (a cura di), *Il futuro della psicoterapia tra integrità e integrazione. Atti del I Congresso Nazionale SEPI-Italia*, Franco Angeli, Milano.
- ALBERTI G.G. (2004), *L'antinomia relazione/procedure e l'integrazione tra le psicoterapie*, in "Ricerca in Psicoterapia", 7, pp. 7-33.
- ALBERTI G.G. (2006), *Come funziona la psicoterapia?* In corso di stampa su: "Psicoterapia".
- ALPERT M.C. (1992). *Accelerated empathic therapy: A new short-term dynamic psychotherapy*. In "International Journal of Short-Term Psychotherapy", 7, pp. 133-156.

- BECK A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York.
- BECK J.S. (1995). *Cognitive Therapy*, Guilford, New York.
- BOHART A.C. (1995). *The Person-Centered Psychotherapies*. In: GURMAN A.S. & MESSER S.B. (1995), *Essential Psychotherapies*, Guilford, New York.
- BORDIN E.S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in "Psychotherapy: Theory, Research, and Practice", 16, pp. 252-260.
- BURNS D.D. (1980), *Feeling good: The new mood therapy*, Signet, New York
- CAHILL L., MCGAUGH J. (1998), *Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory*, in "Trends in Neurosciences", 21, pp. 294-299.
- DAVANLOO H. (1990), *Unlocking the unconscious*, Wiley, Toronto.
- DOLAN R.J. (2000), *Functional neuroimaging of the human amygdala during emotional processing and learning*, in AGGLETON J.P. (Ed.), *The Amygdala. A Functional Analysis*, 2nd Edition, pp. 631-653, Oxford University Press, New York, Oxford.
- DORNES M. (2001), *Die emotionale Welt des Kindes*, Fischer, Frankfurt/M
- FLAVELL J. (1963), *The developmental psychology of Jean Piaget*, D. Van Nostrand, New York.
- FORD D.H., URBAN H.B. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy*, Wiley, New York.
- FOSHA D. (2000), *The transforming power of affect* Basic Books, New York.
- FRANK J.D. (1974), *Psychotherapy: the restoration of morale*, in "American Journal of Psychiatry", 131, pp. 271-274.
- FREEMAN A., REINECKE M.A. (1995), *Cognitive Therapy*, in: GURMAN A.S. & MESSER S.B. (1995), *Essential Psychotherapies*, Guilford, New York.
- GERGELY G. & WATSON J. (1996), *The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy*, in "International Journal of Psycho-Analysis", 77, pp. 1181-1212.
- JANOV A. (1970). *The primal scream*, Putnam's Sons, New York.
- KIESLER D.J. (1979), *An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy*, in "Psychiatry", 42, pp. 299-311.
- Kiesler D.J. (1983), *The 1982 interpersonal circle. A taxonomy for complementarity in human transactions*, in "Psychological Review", 90, pp. 185-214.

- LEAHY R.L. (2001), *Overcoming resistance in cognitive therapy*, Guilford, New York.
- LINGIARDI V. (2002), *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica e ricerca*, R. Cortina, Milano.
- MCCULLOUGH L. et al. (2003), *Treating Affect Phobia*, Guilford, New York.
- MCGAUGH J., FERRY A., VAZDARJANOVA A., ROOZENDAAL B. (2000), *Amygdala: role in modulation of memory storage*, in AGGLETON J.P. (Ed.) *The Amygdala. A Functional Analysis*, 2nd Edition, pp. 391-423, Oxford University Press, New York, Oxford, OGDEN T.H. (1982), *Projective identification and psychotherapeutic technique*, Jason Aronson, Northvale.
- OSIMO F. (2001), *Parole, emozioni e videotape*, Angeli, Milano.
- PIAGET J., (1964), *Le développement mental de l'enfant*, in Piaget J., *Six études de psychologie*, Editions Gonthier, Genève.
- RAUE P.J., CASTONGUAY L.G., GOLDFRIED M.R. (1993), *The working alliance: a comparison of two therapies*, in "Psychotherapy Research", 3, pp. 197-207.
- ROGERS C.R. (1970), *La terapia centrata-sul-cliente*, Martinelli, Firenze.
- SANDLER J., 1983, *Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice*, in "International Journal of Psychoanalysis", 64, pp. 35-45.
- SANDLER J. & SANDLER A. M. (1978), *On the development of object-relationships and affects*, in "International Journal of Psychoanalysis", 59, pp. 285-296.
- SAFRAN J.D. & MURAN J.C. (2000), *Negotiating the therapeutic alliance*, Guilford, New York.
- SAFRAN J.D. & SEGAL Z.V. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*, Basic Books, New York.
- SLOANE R.B., STAPLES F.R., CRISTOL A.H., YORKSTON N., WHIPPLE K. (1975), *Psychotherapy versus behavior therapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- STOLOROW R. & ATWOOD G. (1989), *The unconscious and unconscious fantasy: An intersubjective-developmental perspective*, in "Psychoanalytic Inquiry", 9, pp. 364-374.
- WACHTEL P. L. (1981), *Transference, schema, and assimilation: the relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference*, in "The Annual of

- Psychoanalysis”, 8, pp. 59-76. Ristampa in: WACHTEL P. L. (1987), *Action and Insight*, Guilford Press, New York.
- Wachtel P.L. (1982), *Vicious circles: the Self and rhetoric of emerging and unfolding*, in “Contemporary Psychoanalysis”, 18, pp. 259-273.
- WACHTEL P.L. (1984), *On the theory, practice and the nature of integration*, in ARKOWITZ H. & MESSER S. (a cura di), *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: is Integration Possible ?*, Plenum, New York.
- WARD K. (1987), *Images of Eternity*, Longman & Todd, Darton, trad. it. (2001), *Immagini di eternità*, Mondadori, Milano.
- WEISS J. (1993), *How Psychotherapy Works – Process and Technique*, Guilford, New York.
- YONTEF G.M. (1995), *Gestalt Therapy*, in GURMAN A.S. & MESSER S.B. (1995), *Essential Psychotherapies*, Guilford, New York.

PERSONALITÀ E MATRICE FAMILIARE NELL'ANORESSIA. UNO STUDIO DI CASO SINGOLO

*Sara Molgora**, *Vittorio Cigoli***

Riassunto

Il presente contributo si propone di connettere due dimensioni cruciali in relazione all'anoressia, ossia personalità e matrice familiare, a partire da una esemplificazione di un caso singolo (una famiglia con una figlia anoressica). Ciò al fine di portare linfa ad una visione della psicopatologia e del suo trattamento clinico che tenga conto dei differenti livelli che in essa sono implicati.

In primo luogo viene indagata la personalità della figlia attraverso la somministrazione del Test di Rorschach. L'integrazione dell'approccio psicometrico-quantitativo e di quello contenutistico-qualitativo consente di fornire una descrizione approfondita delle proprietà dinamiche e strutturali della personalità.

Successivamente vengono analizzate le caratteristiche della matrice familiare attraverso la somministrazione dello Z-Test e dell'Intervista Clinica Generazionale alla coppia coniugale-genitoriale. Tali strumenti consentono di cogliere le caratteristiche del legame generazionale e di quello di coppia.

Infine, vengono posti a confronto i risultati emersi nei due livelli precedenti. Tale confronto mostra come accanto a interrelazioni ci siano anche differenze significative tra i livelli di analisi implicati che rimandano alla complessità del *relazionale*.

Così, ad esempio, il sintomo-problema viene attribuito dai genitori alla società ed agli ostacoli che essa pone lungo il cammino di crescita e di affer-

* Dottore di ricerca in psicologia clinica, assegnista di ricerca, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

** Professore ordinario di psicologia clinica e Direttore dell'Alta Scuola di Psicologia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

mazione personale della figlia. Per la figlia, invece, l'origine del problema è interiore (identitario) e si connette al rischio costante di deludere i propri genitori che hanno costruito il loro valore come persone sull'esercizio della funzione genitoriale.

Parole chiave: anoressia, personalità, matrice familiare, caso singolo

Summary

The present contribution aims at connecting two crucial dimensions related to anorexia, that is to say personality and family matrix, starting with the description of a case study (a family with an anorexic daughter). That with an end to bringing life to a vision of psychopathology and its therapy, that takes into account all the different levels that play a role.

Firstly, the daughter's personality is assessed through the Rorschach Test. The integration of the psychometric-quantitative approach and the content-qualitative approach allows a detailed description of the personality dynamic and structural features.

Subsequently, the family matrix's characteristics are analyzed through the administration of the Z-Test and the Clinical Generational Interview to the conjugal-parental couple. Those tools allow us to understand the features of the generational and the marital bond.

In the end, the results emerged from the previous levels are compared. Such a comparison demonstrates that, along with the interrelations, there are significant differences among the various implied "levels" of analyses that apply to the complexity of the *relational*.

Thus, for example, the parents ascribe the emergence of the symptom-problem to society and the obstacles their daughter has encountered on the path to personal affirmation. But according to the daughter, the source of the problem is internal (concerning her identity), and is strongly related to the constant fear of disappointing her parents, who base their value as human beings on how they function as parents.

Key words: anorexia, personality, family matrix, single case.

Introduzione

“Personalità” e “matrice familiare” costituiscono due dimensioni cruciali in relazione alla comprensione dei disturbi alimentari e dell’anoressia in particolare. In letteratura sono presenti numerosi contributi focalizzati su tali dimensioni, ma i risultati di ricerca non sono tra loro convergenti. In particolare, la questione centrale riguarda la *natura del legame* tra anoressia e personalità da un lato e tra anoressia e matrici familiari dall’altro. Tale questione si intreccia con un problema di definizione del costrutto per quanto riguarda la personalità e con un problema di non univocità dei livelli di analisi per quanto riguarda invece le matrici familiari (Molgora, 2006).

Il presente contributo si propone di connettere queste due dimensioni¹, che la letteratura ha per lo più analizzato in modo indipendente, attraverso una esemplificazione di un caso singolo, cioè a partire da un approccio ideografico. La scelta del caso-famiglia è basata su quello che Glaser e Strauss (1967) definiscono “campionamento teorico del caso estremo (atipico)”².

In particolare, verrà dapprima indagata la personalità della figlia. Successivamente verranno analizzate le caratteristiche della relazione familiare (matrice), a partire dall’intreccio della coppia coniugale-genitoriale (Cigoli, 2003, 2005, 2006; Cigoli e Scabini, 2006). Infine si cercherà di connettere questi due livelli stabilendo l’esistenza e la natura dei legami. Lo scopo del contributo è infatti quello di portare linfa ad una visione della psicopatologia e del suo trattamento clinico che tenga conto dei differenti livelli (personale, interattivo, relazionale, culturale) che in essa sono implicati.

L’approfondimento delle caratteristiche di personalità della figlia è effettuato attraverso una lettura analitica del Test di Rorschach somministrato secondo il metodo della Scuola Romana Rorschach. Tale metodo prevede l’integrazione dell’approccio psicometrico (quantitativo), centrato sugli ele-

1 Nella visione clinica familiare la sofferenza che dà luogo alla malattia non riguarda solo i singoli membri familiari, ma l’unità (il corpo) familiare nel suo insieme (Cigoli, 1992, 2006; Cigoli e Scabini, 2006; Morin, 1989).

2 Da precedenti analisi (Molgora, 2005) la famiglia presentata nel contributo risulta infatti caratterizzata da elementi distintivi e peculiari.

menti di siglatura e di indicizzazione, con quello contenutistico, focalizzato sulle dimensioni qualitativo-interpretative (Parisi e Pes, 1990, 1991, 1995). L'obiettivo è quello di fornire una descrizione approfondita delle proprietà dinamiche e strutturali della personalità, aldilà della mera etichetta diagnostica che volutamente non verrà proposta in quanto non pertinente rispetto allo scopo del presente lavoro.

Le caratteristiche della relazione familiare verranno invece approfondite mediante l'integrazione di due strumenti somministrati alla coppia genitoriale: lo Z-Test e l'Intervista Clinica Generazionale. Consideriamoli brevemente.

Z-Test. Lo Z-Test (Zulliger, 1942) è uno strumento grafico-proiettivo costituito da tre tavole, simili a quelle del Test di Rorschach per organizzazione strutturale e cromatica. La scelta di tale strumento è legata a due ordini di ragioni: in primo luogo l'idea che la produzione discorsiva possa essere rafforzata qualora venga attivata non solo da stimoli verbali, ma anche da immagini; in secondo luogo l'idea che l'incontro congiunto con la coppia genitoriale costituisca un setting elettivo per produrre informazioni utili a cogliere le caratteristiche della relazione attraverso lo scambio diretto tra i partner.

Lo Z-Test viene così somministrato sia in forma individuale ad entrambi i genitori, sia successivamente in forma congiunta. La somministrazione individuale avviene in contemporanea per i partner e in forma scritta su moduli standardizzati seguendo la consegna del metodo della Scuola Romana Rorschach. La prova congiunta viene invece audioregistrata e per la consegna³ si fa riferimento alla procedura ideata da Willi (1978) per il "Rorschach comune"⁴, dal momento che in letteratura non è presente alcun riferimento

3 La consegna è la seguente: «Adesso vi farò rivedere le figure che avete già visto. Vorrei che per ogni figura cercaste di *accordarvi su una risposta*. Potete dare quante risposte volete, ma alla fine cercate di accordarvi su una sola risposta. Quando avete finito con una figura mettetela giù e passate alla successiva».

4 La nascita del *Rorschach comune* (definito anche congiunto o consensuale) può essere fatta risalire agli anni cinquanta del secolo scorso grazie a Blanchard che qualche anno dopo (1968) sottolinea i vantaggi di una somministrazione di gruppo, sia a livello di prodotto (più ricco e vario che nella somministrazione individuale), sia a livello di processo (possibilità di indagare le dinamiche interattive). Da allora l'utilizzo di tale strumento si è

a somministrazioni congiunte dello Z-Test. La scelta di una doppia somministrazione, individuale e congiunta, è coerente con gli obiettivi specifici che ciascuna di esse consente di raggiungere. La somministrazione congiunta permette infatti di trarre informazioni sull'organizzazione della coppia come unità, sugli aspetti cognitivi ed emotivo-affettivi che la riguardano, a partire dal presupposto epistemologico che la coppia realizzi un suo intreccio e una sua unità (Cigoli, 2003, 2006).

La somministrazione individuale consente di indagare gli aspetti specifici della personalità di ciascun coniuge. Tali aspetti, in apparenza poco significativi relativamente agli obiettivi del presente lavoro di ricerca, diventano rilevanti se analizzati in relazione alla prova congiunta. Il confronto tra quest'ultima e la prova individuale consente infatti di valutare gli effetti che la relazione di coppia ha su ciascun partner; in altre parole quanto ciascun coniuge "ci perda o ci guadagni" dalla relazione.

In sintesi; la doppia somministrazione dello Z-Test consente di analizzare le seguenti variabili: *individuali* relative agli aspetti di personalità e al funzionamento psicologico di ciascun partner; *interpersonali* relative alla "personalità in interazione" di ciascun coniuge; *relazionali* relative al legame coniugale-genitoriale in quanto tale e al modo in cui la coppia si presenta all'esterno (al ricercatore). Tali variabili corrispondono rispettivamente alla somministrazione individuale, alla produzione di ciascun partner durante la somministrazione congiunta e alla produzione comune finale⁵.

evoluto in diverse direzioni classificabili a seconda dell'oggetto studiato, delle modalità di somministrazione e di interpretazione. Con il termine "consensus Rorschach" infatti non ci si riferisce ad una procedura specifica, ma ad una varietà di procedure con obiettivi differenti e diverse tecniche valutative (Wynne, 1968). Sin dagli esordi sono state fatte ricerche su gruppi clinici (Cutter, 1968), su coppie (Aronow et al., 1994; Bauman e Roman, 1968) e su famiglie (Singer, 1968). Inoltre, l'utilizzo del Rorschach comune può essere differenziato in approcci immediatamente congiunti, basati sul *processo*, dove l'attenzione è posta sulla modalità in cui due o più persone raggiungono il consenso circa il significato delle macchie, mentre il numero ed il contenuto degli accordi è secondario (Wynne, 1968; Loveland, 1967; Singer, 1968) e in approcci più centrati sui *risultati* in cui il test è somministrato prima individualmente e in un secondo momento in forma congiunta (Bauman et al., 1967; Dorr, 1981; Handler, 1997).

Willi (1978) utilizza entrambi gli approcci e così è anche nella presente ricerca.

5 In particolare le risposte comuni potrebbero essere considerate, secondo la definizione di

La prova individuale è analizzata esclusivamente a livello di prodotto finale, mentre nella prova congiunta l'indagine è rivolta al prodotto intermedio (ossia le risposte date da ciascun partner durante lo scambio) e a quello finale (ossia le risposte comuni), così come al processo. La codifica del prodotto è fondata sui criteri tradizionali di siglatura di un protocollo Rorschach⁶; si rende invece necessario descrivere brevemente la griglia di codifica del processo.

Willi (1978) ha individuato diversi indici, denominati *variabili di comportamento*, che permettono di evidenziare i processi interattivi tipici di ciascuna coppia. Tali variabili si differenziano dai classici parametri formali utilizzati nel protocollo Rorschach in quanto non si riferiscono al contenuto della risposta, ma si focalizzano sul comportamento messo in atto da ciascun partner durante la somministrazione⁷. Le variabili sono raggruppabili in tre macro-aree: (1) la *dinamica di rango*, che si riferisce all'impegno personale di ciascun partner e ai rapporti di gerarchia all'interno della coppia⁸; (b) lo *stile di relazione affettiva*, che si riferisce ai rapporti affettivi della coppia, in particolare attraverso i giudizi reciproci sulle rispettive proposte che emergono durante la prova⁹; (c) la *cooperazione*, che si riferisce alla capacità di affrontare

Bauman e Roman (1968), un indice di "intelligenza coniugale" intesa come capacità della coppia di far fronte congiuntamente ad alcuni problemi.

- 6 Come detto, la siglatura segue i criteri del metodo della Scuola Romana Rorschach.
- 7 Tale comportamento, secondo Willi, può essere considerato un esempio attendibile del modo in cui i membri della coppia si relazionano tra loro anche al di fuori del particolare contesto diagnostico, permettendo così di generalizzare alla vita quotidiana le conclusioni emerse dall'analisi effettuata dal clinico nella situazione-test.
- 8 Le variabili della dinamica di rango si suddividono in: (a) *tenere la tavola*: indica sia la tendenza all'impegno pratico, sia la volontà di fare il primo passo; (b) *numero di proposte*: si riferisce alla stimolazione di idee derivante dall'osservazione delle tavole e a quanto l'impegno si rivela produttivo. A questo proposito è importante considerare se sono presenti nuove risposte (non fornite cioè nella fase individuale) e quale dei due partner fornisce la prima interpretazione, denominata risposta iniziale; (c) *penetranza*: consiste nel numero di proposte fornite da ciascun partner, che in seguito vengono scelte come risposta comune ed indica la capacità di affermazione di sé all'interno della coppia; (d) *decisione*: consiste nel numero di volte in cui uno dei partner prende la decisione definitiva sulla risposta finale ed è espressione della sua direttività.
- 9 Willi riconosce tre tipologie di giudizi: (a) *positivi*, che manifestano condivisione o ap-

il compito arrivando alla soluzione comune richiesta nella consegna iniziale (assenza di rifiuti)¹⁰.

Intervista Clinica Generazionale. L'Intervista Clinica Generazionale (Cigoli et al., 2003; Cigoli e Tamanza, in corso di stampa) si snoda lungo tre dimensioni cruciali, ciascuna con specifici temi e aree semantiche. I vertici indagati sono quello delle *relazioni nelle famiglie di origine*, della *relazione di coppia* e della *relazione genitoriale*. Ciascuno di questi tre assi può rivelarsi fecondo, critico o fallimentare, mettendo in luce risorse e limiti che le matrici familiari possono rappresentare nello sviluppo individuale. Per quanto riguarda l'asse delle origini, le domande vengono poste separatamente ai coniugi in quanto relative alle loro rispettive storie prima di conoscersi e poi confrontate; per gli altri due assi, coniugale e genitoriale, invece, le domande stimolano i coniugi ad una costruzione immediatamente congiunta della loro vicenda relazionale.

prezzamento circa ciò che ha detto il partner indicando un rapporto affettivo di tipo positivo; (b) *negativi*, che consistono nella critica o nel rifiuto di quello che dice l'altro ed indicano il prevalere di tensioni negative tra i partner; (c) *ambivalenti*, che contengono una nota di approvazione ed una di rifiuto o di critica ad indicare, se presenti in modo elevato, l'esistenza di tensioni emotive all'interno della coppia che si riflettono in difficoltà di comunicazione. Secondo l'autore il valore normativo sarebbe di due giudizi positivi e un giudizio negativo su tre. Infatti mentre giudizi solo negativi evidenziano la prevalenza di aggressività e di tensioni tra i partner che impediscono di arrivare ad una soluzione comune, giudizi solo positivi esprimerrebbero invece eccessiva acquiescenza reciproca.

- 10 Le variabili di cooperazione si suddividono in: (a) *numero delle soluzioni comuni*, ossia quante volte i partner raggiungono l'obiettivo previsto, selezionando una riposta finale condivisa per ogni tavola; (b) *qualità della decisione* che può assumere un valore positivo (1) quando la decisione finale è chiara ed univoca, nonché quando essa viene raggiunta attraverso il consenso di entrambi i soggetti. Di contro si possono distinguere differenti modalità di "cattiva decisione" (0) quali decisioni unilaterali, prese in modo autoritario da uno dei due senza che vi sia l'assenso dell'altro; decisioni con limitato assenso del partner, quando uno dei due si distanzia dal processo decisionale e assume una posizione passiva; decisioni "diffuse", in cui manca la chiarezza e l'univocità della risposta conclusiva; (c) *qualità del prodotto* che fa riferimento alla qualità formale dell'interpretazione scelta dai soggetti come soluzione finale. Si parla di "cattiva qualità" del prodotto quando si producono interpretazioni di minima qualità formale; addizione di singole proposte non organizzate in una interpretazione comune; generalizzazioni che diminuiscono la qualità delle precedenti proposte in quanto rendono il concetto più indefinito a livello formale; soluzioni incongruenti, in cui entrambi i partner producono interpretazioni che apparentemente sembrano coincidere, ma in realtà si riferiscono a parti diverse della macchia.

L'analisi dell'intervista, interamente audioregistrata, è effettuata a partire da *quattro vertici*. In primo luogo è condotta un'indagine di carattere descrittivo delle modalità comunicative che i coniugi-genitori hanno messo in atto (1), nonchè delle tematiche più significative che essi hanno affrontato (2). Successivamente, è applicata la categorizzazione basata sulle tipologie di trasmissione della generatività, così come descritta da Cigoli e colleghi (3). Infine, viene effettuata un'analisi testuale attraverso l'impiego del software T-LAB¹¹ (4).

I due strumenti, Z-Test e Intervista Generazionale, sono convergenti in quanto a capacità di cogliere aspetti della relazione di coppia. In particolare, essi consentono di connettere l'indagine della relazione coniugale attuale (pattern interattivi) con la storia della relazione come si è venuta caratterizzando nel tempo (aspetti intergenerazionali). Potremmo anche dire che l'uno (Z-Test) apre alla dimensione interattiva, mentre l'altro apre alla dimensione temporale della relazione. Così i due strumenti concorrono a cogliere la *spazio-temporalità* che caratterizza il legame (Cigoli, 2006).

Veniamo ora a considerare la famiglia partendo da Simona, la figlia.

Il Test di Rorschach di Simona: una questione identitaria di ambivalenza

Simona, 28 anni, è figlia unica e vive con i genitori, entrambi da poco pensionati, poiché non ha un reddito stabile e tale da garantirle l'indipendenza economica. Laureata da tre anni in filosofia, dopo aver intrapreso con scarso successo, a detta sua e dei suoi genitori, varie attività, ha di recente cominciato ad insegnare. Simona racconta di avere avuto durante la scuola superiore problemi di depressione che descrive in termini di crisi di pianto e di forti emicranie e ai quali ha cercato di far fronte attraverso l'assunzione di psicofarmaci e la sospensione per un certo periodo della scuola.

11 T-LAB (Lancia, 2004) è un software di analisi del testo che, a partire da differenti logiche e strategie, consente di effettuare un ampio numero di operazioni di natura descrittiva ed interpretativa sul testo medesimo.

Simona ha una zia (sorella della madre) ricoverata per una grave forma di anoressia presso una struttura specializzata per i disturbi alimentari, la stessa dove lei è stata condotta e dove la incontriamo. I genitori nutrono forti speranze nei confronti del Centro e sono convinti di riuscire ad ottenere buoni risultati, così come è stato per la zia. Simona infatti è in cura da diversi anni (circa dieci) da una psicoterapeuta, ma secondo i genitori senza alcun risultato in quanto «non ha messo su un chilo, anzi...». La ragazza, da parte sua, sostiene di essere migliorata sul piano relazionale, anche se ammette di non aver risolto il problema del peso.

L'analisi del protocollo Rorschach ci dice di una ragazza intelligente ($R+\%=78$; $F+\%=79$; $R+/-\%=17$; $F+/-\%=14$; $G+\%(G)=90$; Contenuti $1^\circ=7$; Contenuti $1^\circ+2^\circ=11$), adeguata nel rapporto con la realtà ($I.R.=6$; $V\%=31$) e ricca di risorse interiori che sembra essere in grado di utilizzare e gestire in modo appropriato ($M=8$; $M/m=8/6$).

Da questi primi elementi Simona appare dunque una ragazza come tante altre, una ragazza del tutto “normale”, se non addirittura dotata. Il fatto è che insieme a questi aspetti c'è una persona in difficoltà che crolla di fronte a situazioni (tavole) che costituiscono per lei fonte di particolare disagio e sofferenza ($O+\%=35$)¹². È così possibile leggere la brillantezza a livello di prestazione cognitiva come un tentativo riuscito di Simona di realizzare un iperinvestimento sul pensiero; ciò per difendersi dalla realtà affettiva che le provoca sofferenza e la destabilizza. Proviamo allora a cercare di capire, attraverso altri indici ed elementi, l'origine plausibile di tale disagio e a verificare la validità di questa ipotesi.

L'esistenza di problematiche di natura affettiva è corroborata dalla qualità degli “indici dell'area affettiva” da cui emerge in modo evidente la presenza di elementi contraddittori. In particolare, Simona sembra aperta agli altri, adeguata nelle relazioni e responsiva alle stimolazioni che provengono dal contesto ($I.A.=0,71$ e 52% ; $H\%=28$; $4FC$; $FC>CF+C$; $I.imp.=0,13$); c'è però anche una ragazza ipercontrollata ($I.aut.=11/2$) ed estremamente introversa che difficilmente esprime agli altri i propri sentimenti preferendo tenersi per sé ($T.V.I.=8/4,5$; $t.v.i.=6/4$).

12 In questa prospettiva l'anoressia costituirebbe la manifestazione esteriore, il *sintomo* appunto, di tale sofferenza

In questa prospettiva il sintomo anoressico potrebbe essere proprio il segno del bisogno di controllo che, in quanto centrato sul proprio corpo, appare più concreto e tangibile del controllo sulla vita affettiva. Tale contraddizione (apertura per un verso, controllo-chiusura per l'altro) sarebbe coerente con la concezione dell'anoressia quale "protesta muta" (Onnis, 2004) che, in quanto tale, non è vera protesta e non incrina i rapporti con gli altri.

Inoltre, possiamo individuare numerose risposte legate alla tematica dell'angoscia (FClob, F(C), F(c), FC'n, Fc); si tratta però sempre di risposte dove la forma, ossia il controllo razionale, prevale sulla dimensione emotivo-ansigena. Se dunque la tematica dell'angoscia è molto ben rappresentata nel protocollo, è altrettanto vero che Simona possiede le risorse necessarie per esercitare un controllo di massima efficace.

Il fatto che l'affettività, pur essendo complessivamente gestita, costituisca un elemento disturbante è confermato anche dalle risposte alle tavole colorate, ossia quelle maggiormente "emotive", in cui la prestazione è decisamente più scarsa rispetto a quella nelle tavole nere, affettivamente neutre (R+%TN=100; R+%TC=62; choc solo TC).

Nello specifico, si può ipotizzare che Simona sia angosciata dalla propria aggressività, ritenuta pericolosa e in grado di ferire gli altri; ecco perché pur non essendo oggettivamente impulsiva (I.imp=0,13) sente il bisogno di esercitare un forte controllo su di sé (I.aut.=11/2). Tale elemento ci porta a considerare l'altro lato della medaglia rispetto all'elevato numero di M, inizialmente interpretato in termini di ricchezza di risorse interiori, ossia la presenza di un eccesso di attività proiettiva che, sfuggendo al controllo, conduce alla creazione di un mondo fatto "a propria immagine".

Il fatto che la tematica dell'aggressività costituisca un problema per Simona è supportato dalla presenza di risposte con una qualità degli affetti opposta (4□ e 2□), ad indicare la difficoltà ad integrare la propria aggressività nell'immagine di sé. Ma tale aggressività è veramente patologica, o è Simona ad averne una rappresentazione "distorta"? Per trovare risposta a tale interrogativo è necessario approfondire ulteriormente l'indagine prendendo in considerazione nuovi elementi.

Per il momento però lasciamo la domanda in sospeso per riprendere la questione delle "determinanti non neutre" presenti nel protocollo. Abbiamo già analizzato le cromestesi primarie e secondarie (FC, FClob, F(C), F(c)

FC'n, Fc) e le cinestesie primarie (M); veniamo ora a considerare le cinestesie secondarie. L'analisi del protocollo consente di rilevare la presenza di tre risposte di movimento inanimato (mi), le meno evolute tra le cinestesie secondarie, ad indicare cadute marcate nel controllo da parte dell'Io e l'emergere di una forte instabilità emotiva. È altresì interessante osservare come tali risposte compaiano in tavole con un significato (carattere evocatore) specifico, ossia la VI, la IX e la X, rispettivamente la tavola della sessualità, la tavola materna¹³ e la tavola della famiglia. Si può dunque ipotizzare che Simona venga destabilizzata dal rapporto con la figura materna, intesa come figura femminile identificatoria.

Cerchiamo di approfondire questa tematica attraverso un'analisi degli elementi non ancora trattati, ossia i contenuti, le manifestazioni particolari e gli choc. Partiamo dai contenuti. Notiamo che in due tavole le risposte di movimento inanimato sono associate al contenuto "Espl" (tav VI: «il fumo di un'esplosione»; tav IX: «un vulcano in eruzione») a dire di una perdita momentanea di identità con elementi dissociativi e a conferma di forte instabilità emotiva. Inoltre in queste tavole emergono risposte a contenuto "Bot" di qualità formale non buona che indicano una sensibilità non integrata e gestita. Tale sensibilità è connotata culturalmente in senso femminile e per questo motivo può di nuovo essere letta a sostegno dell'ipotesi di una difficoltà a rapportarsi con il femminile e, così, di una *problematica identitaria*.

In altre parole, la femminilità non sarebbe vissuta come risorsa, ma come elemento disturbante che Simona non può integrare nell'immagine di sé. Da notare poi la presenza di risposte a contenuto "Obj", prevalentemente in tavola X, che confermano l'esistenza di problematiche di natura affettiva da leggere nei termini di "freddezza emotiva", ossia di incapacità/impossibilità di lasciarsi andare e di creare rapporti autentici con l'altro. Ecco di nuovo un segno di ambivalenza affettiva.

L'analisi delle manifestazioni particolari mette in evidenza un nuovo aspetto della personalità di Simona. Si tratta della presenza di elementi a carattere narcisistico (2RI, 2MS) che, alla luce di quanto emerso finora, sono

13 La tavola IX viene definita sia come "tavola dell'inconscio", sia come "seconda tavola materna" (dopo la tavola VII). È dunque possibile interpretare questa tavola come quella che ci dice del rapporto con il femminile (la figura materna).

plausibilmente da intendersi come un atteggiamento difensivo nel rapporto con l'altro. È possibile ipotizzare che l'altro da cui Simona cerca di difendersi sia il femminile e dunque una parte di sé che, in quanto non accettata, viene scotomizzata e non riconosciuta come appartenente alla propria persona¹⁴. In linea con questa ipotesi possiamo considerare la presenza in tavola VI della manifestazione particolare di "proiezione di colore in tavola acromatica" (CP) che conferma un atteggiamento depressivo nei confronti della sessualità.

Veniamo agli choc. La presenza di uno choc al colore in tutte e tre le tavole cromatiche (VIII, IX, X) denota vissuti difficili, problematici, ambivalenti nei confronti della dimensione affettiva. Viene dunque confermata la tematica dell'ambivalenza affettiva emersa in più occasioni e a partire dall'osservazione di vari elementi.

Prima di concludere torniamo all'interrogativo lasciato in sospeso sul tema dell'aggressività: l'aggressività che angoscia Simona è realmente pericolosa e patologica, o è Simona che non riesce ad accettare come parte di sé un'aggressività per così dire "normale"? E, nel caso, perché? Si può cercare la risposta a tale interrogativo integrando l'analisi degli indici fin qui condotta con un'indagine più squisitamente qualitativa del test.

L'analisi delle verbalizzazioni formulate da Simona consente di rilevare come la gestione dell'aggressività sia caratterizzata dall'ambivalenza. Infatti, da una parte abbiamo un'espressione mascherata dell'aggressività laddove questa tematica è maggiormente sollecitata¹⁵ (tav II: «due monaci che si stanno salutano prima del combattimento»), dall'altra troviamo un'espressione piuttosto esplicita della medesima rivolta verso di sé e declinata in termini di tendenza al criticismo, al senso di inadeguatezza e ad un'immagine negativa di sé (tav I: «sono già in difficoltà sulla prima», «uno scarafaggio con le antenne»; tav III: «questa è la macchia che la volta scorsa mi aveva mandato

14 Due di queste manifestazioni particolari (il 50%) compaiono infatti proprio nella tavola IX, ossia quella della figura materna (del femminile).

15 Si ricorda che la tavola II è considerata la "tavola dell'aggressività" proprio per le proprietà formali e cromatiche che la caratterizzano.

in crisi¹⁶»; tav.V «un pipistrello un po' peloso»). Tale tendenza è interpretabile alla luce del massiccio investimento sul pensiero che Simona mette in atto come difesa dall'emotività e che le fa vivere ogni difficoltà in modo fortemente conflittuale e negativo, in quanto dissonante rispetto all'immagine che la ragazza ha (vorrebbe avere?) di sé.

In altre parole è come se Simona avesse una doppia immagine di sé: ad un sé-ideale, grandioso, centrato sul pensiero e l'intelletto, si contrappone un sé-reale, inadeguato, vulnerabile alle emozioni. È possibile ipotizzare che il sintomo anoressico costituisca il modo attraverso cui Simona crea un equilibrio tra queste due concezioni del Sé permettendo di sentirsi "perfetta" almeno nell'aspetto fisico.

In sintesi; Simona vive una forte ambivalenza affettiva che riguarda sia il rapporto con se stessa, sia il rapporto con gli altri. In particolare, per quanto attiene al rapporto con se stessa ella presenta una evidente difficoltà ad integrare le componenti cognitivo-razionali con quelle affettive e, rispetto a queste ultime, le spinte propositive con quelle aggressive. Per quanto riguarda invece il rapporto con gli altri si può osservare una relazione pseudo-adattata con il mondo esterno¹⁷ che tuttavia nasconde sia una difficoltà di un incontro autentico con l'altro, sia la presenza di forti elementi di instabilità nelle situazioni particolarmente coinvolgenti sul piano emotivo. In tali situazioni rileviamo la presenza di una regressione a modalità difensive primitive di tipo scissionale (e non solo conflittuale).

In breve; la problematica cruciale di Simona sembra essere di *natura identitaria* e, più specificatamente, di integrazione di elementi molteplici in un'immagine di sé unitaria. Tale difficoltà di integrazione riguarda in modo particolare sia l'aggressività, sia il femminile sessualmente connotato.

16 Simona aveva fatto il test a 13 anni in concomitanza con l'insorgere dei problemi di depressione.

17 In particolare lo pseudo-adattamento nei rapporti interpersonali è reso possibile dal riferimento all'altro in termini distanzianti e centrato soprattutto sulle caratteristiche esteriori, così da non richiedere un coinvolgimento profondo. Si vedano a questo proposito alcune risposte a contenuto umano: tav II: «due monaci»; tav III: «due camerieri»; tav IV: «un motociclista»; tav VII: «due giapponesine», «due orientali», «due ballerine».

I genitori di Simona: una questione di ruoli

Lo Z-Test. L'analisi del prodotto individuale dei partner (Tabella 1) consente di effettuare alcune osservazioni preliminari. In particolare, è possibile notare come il marito fornisca un numero più elevato di risposte rispetto alla moglie (8 a 5). Egli sembra dunque più produttivo, ma analizzando il prodotto a livello di qualità, e non solo di quantità, possiamo osservare come tali risposte siano per lo più caratterizzate da una qualità formale mediocre, denotando così turbamento piuttosto che reale produttività di fronte agli stimoli proposti (62,5%). Di contro, nel caso della moglie solo una risposta su 5 (cioè il 20%) mostra una qualità formale non positiva. Come a dire che dietro l'apparenza di un marito "produttivo" e di una moglie "inibita", potremmo dire povera di fantasia, si nascondono un uomo in qualche modo scosso dalle immagini che vede e una donna le cui risposte sono precise e pertinenti.

Tabella 1 - Prodotto individuale

2-TEST INDIVIDUALE						
TAVOLA I		TAVOLA II		TAVOLA III		
RISPOSTA	SIGLATURA	RISPOSTA	SIGLATURA	RISPOSTA	SIGLATURA	
MARITO	orchidea (tutta, forma)	GF+Bot	licheni (D2, colore ramificato)	D CF Bot	farfalla (D1, forma)	DF+AV
	cranio (tutta, forma)	GF+/-Schel	pulci (D1, colore stilizzato)	D CF A	colibri (D2, forma stilizzata)	DF+/-A
			cassa toracica (DDim5, colore)	DDim FC Anat	macchie d'in- chiostro (D4, colore)	D CF Mach
MOGLIE	rana (tutta, posizione zampe poste- riori)	GF+A	tana sotterranea (D1, colore)	D CF Ele	ombra di due burattini (nero, forma)	gF+Hs/Gioc V
			pesce (D2, forma)	DF+A(V)MS		
			amuleto indios (D4, forma)	DF+obj		

Inoltre, rispetto alla distribuzione delle risposte nelle tre tavole emerge come il marito sia messo in difficoltà da tutte e tre le tipologie di stimolo (acromatico, cromatico, nero-rosso), mentre la moglie perde parzialmente il controllo in fase iniziale di fronte ad uno stimolo ben preciso, quello cromatico, più connesso con la dimensione affettiva. Ma non è forse legata alla sfera affettiva anche la problematica di Simona, sua figlia? Su questo punto torneremo successivamente, in una fase di confronto. Per il momento manteniamo l'attenzione sulla coppia coniugale-genitoriale.

Per le ragioni precedentemente esposte non è opportuno dilungarsi ulteriormente sull'analisi dei protocolli individuali, quanto piuttosto considerare tali protocolli in relazione alla prestazione fornita durante la prova congiunta. L'interrogativo che guida questo confronto, ricordiamolo, è stabilire la qualità della relazione, considerandola come un "terzo".

Il confronto tra la prova individuale e la prova congiunta mostra come in quest'ultima vengano fornite nuove proposte da parte di ciascun partner. Se, di nuovo, ci limitassimo ad un'analisi quantitativa potremmo sostenere che la relazione di coppia sia funzionale a stimolare la produttività di entrambi i coniugi. In realtà, la situazione risulta più complessa e articolata in quanto le risposte fornite *ex novo* non sono tutte di qualità formale positiva e non sono accompagnate dall'abbandono delle risposte di forma mediocre presenti nella prova individuale. Anzi notiamo il bisogno, soprattutto da parte del marito, di riprendere ed insistere sulle risposte fornite nella prova individuale; è questo un indice di una difficoltà a distogliersi dalle proprie posizioni iniziali e ad incontrare l'altro e il suo pensiero.

Possiamo così ipotizzare che lo scambio tra i partner introduca elementi di difficoltà e di destabilizzazione che i coniugi cercano, in modo simile, di compensare riempiendo lo spazio comunicativo con qualsiasi risposta venga loro in mente. In sintesi; la coppia incrementa la quantità a scapito della qualità¹⁸.

Per quanto riguarda il prodotto comune finale (Tabella 2) possiamo notare come una risposta su tre presenti una qualità formale non buona associata

18 Più precisamente i partner ripropongono nella prova congiunta tutte le risposte fornite alla prova individuale e ad esse aggiungono rispettivamente 6 nuove proposte il marito e 3 nuove proposte la moglie.

ad un contenuto Schel¹⁹. Questo può essere indice sia di una coppia non adeguata, soprattutto nell'approccio ad una situazione nuova e sconosciuta, sia di una coppia "arida", con una posizione depressiva. Non è forse questo un aspetto che caratterizza anche il mondo interiore di Simona?

Tabella 2 - Prodotto comune

2-TEST CONGIUNTO: PRODOTTO FINALE					
TAVOLA I		TAVOLA II		TAVOLA III	
RISPOSTA	SIGLATURA	RISPOSTA	SIGLATURA	RISPOSTA	SIGLATURA
un cranio (tutta, forma)	GF+/- Schel	due pesci (D2, forma)	DF + A(V)	Burattini (tutto il nero, forma)	gF+Hs/Gioc V

Inoltre la coppia si mostra rigida a livello di processo (solo risposte di forma), ma non di contenuti (tre contenuti differenti). Tale dato ci consente di formulare due ordini di considerazioni. In primo luogo è possibile supporre che la coppia sia strutturalmente in grado di trattare le molteplici situazioni e problematiche relazionali esclusivamente secondo una medesima modalità; in secondo luogo che il legame non consenta l'emergere del "colore individuale", ossia dell'emotività e delle dimensioni affettive che caratterizzano ciascun partner.

Possiamo a questo punto considerare più dettagliatamente le modalità con cui ciascun membro della coppia contribuisce in maniera personale alla realizzazione del compito congiunto. Ci muoviamo lungo due binari: da una parte l'osservazione delle risposte fornite da ciascun partner durante la prova congiunta, del *verbatim* e degli aspetti paraverbali dello scambio; dall'altra l'analisi delle variabili comportamentali di processo. Partiamo dal primo livello.

Il marito appare sempre molto preciso, meticoloso e puntiglioso nel descrivere le risposte, sebbene esse siano prevalentemente poco adeguate a livello

19 In particolare, è interessante notare che tale risposta viene proposta dal marito; quando i coniugi scelgono come soluzione finale le proposte della moglie, invece, la qualità delle risposte è buona. Questo aspetto verrà approfondito trattando delle variabili di processo.

di qualità formale. Egli propone un'ampia varietà di contenuti molti dei quali di carattere "complessuale" (Schel, Ele, Mach), ad indicare la presenza di difficoltà suscitate da ciò che gli stimoli evocano e rappresentano. La moglie, da parte sua, propone pochi contenuti, per lo più A, e appare meno precisa a livello di descrizione delle sue risposte; nonostante ciò esse risultano maggiormente efficaci rispetto a quelle fornite dal marito. Come a dire che il marito cerca, a volte in modo insistente, di essere convincente sia nei confronti della moglie²⁰, sia nei confronti dell'intervistatore. La moglie, di contro, succinta nelle verbalizzazioni e apparentemente poco sicura di sé e delle sue proposte, risulta adeguata rispetto al compito.

In breve; si può notare una netta discrepanza, potremmo dire un'inversione di ruoli, tra la modalità di svolgimento del compito ed il risultato raggiunto: più alla ricerca dell'influenzamento il marito, più efficace la moglie che, pur assumendo un ruolo subordinato, è quella che in termini di risultato fa "più bella figura".

Le dinamiche emerse nello scambio consentono anche di leggere in modo differenziato il significato dell'aumento delle risposte con l'introduzione di nuove. Possiamo infatti ipotizzare che per il marito la prova congiunta sia un'occasione per dimostrare la propria posizione dominante. La moglie, invece, è incalzata dal marito a dire la propria opinione e dunque quasi costretta a fornire nuove proposte di cui a tratti si vergogna (parla a bassa voce, quasi sussurrando e sorride nervosamente). In altre parole è come se un medesimo esito, l'aumento di risposte, assumesse un significato differente per i coniugi in relazione anche al ruolo che ciascuno di essi riveste all'interno della coppia²¹.

Veniamo a considerare le variabili comportamentali (Tabella 3). Per quanto riguarda la "dinamica di rango" è il marito a dare la proposta iniziale nelle prime due tavole e solo nella tavola III la prima risposta è data dalla

20 Anche il tono di voce indica che il marito presenta le proprie interpretazioni alla moglie come se fossero ovvie, e non riesce a capire come faccia lei a non vedere ciò che ha visto lui.

21 La presenza esclusiva di risposte con determinante forma, indice di formalismo, sostanzia tale ipotesi nel senso di una coppia in cui i ruoli (intesi in modo formale) assumono un'importanza centrale.

moglie, anche se su richiesta esplicita del marito; come a dire che il marito è colui che autorizza la presa di parola. Si conferma così la tendenza del marito ad imporsi nello scambio²².

Tabella 3 - Variabili di comportamento

ANALISI DI PROCESSO Z-TEST CONGIUNTO												
TAV.	TEN. TAV		N° PROP.		PENET.		DECIS.		GIUDIZI		QUALITÀ	
	Mt	Mo	Mt	Mo	Mt	Mo	Mt	Mo	Mt	Mo	Prod.	Dec.
I	*		3	3	1			1		1	0	0
										-1		
									A. 1	A. 2		
II	*		5	4		1	1		2	2	1	0
									-2	-3		
									A. 2	A. 1		
III	*		3	1		1	1		2		1	1
TOT.	3	0	10	8	1	2	2	1	9	10	2	1
			n.p. 4	n.p. 3								

Penetranza e decisione hanno un rapporto inverso, nel senso che sono da attribuire il primo ad un partner e il secondo all'altro. Così un partner (per lo più il marito) sceglie come risposta che diverrà soluzione comune, la proposta fornita dall'altro (per lo più la moglie). Soffermiamoci allora sul punteggio di penetranza. Tale punteggio, sbilanciato verso la moglie (2:1), indica come, aldilà delle apparenze, sia proprio la moglie a detenere il potere decisionale all'interno della coppia; ella, infatti, due volte su tre riesce a far accettare la propria proposta come soluzione finale. Ciò non toglie che il marito cerchi comunque di "avere l'ultima parola" quasi a evidenziare che la scelta della proposta della moglie sia una sua "generosa" concessione; è infatti è proprio lui a decidere che la risposta comune sarà quella fornita dalla moglie.

Avremmo così una moglie che non si oppone alle parole del marito con ulteriori parole, alla voce alta del marito alzando a sua volta la voce, ma par-

²² Tale dato è supportato anche dal fatto che è sempre il marito a prendere in mano la tavola e a tenerla per tutto il tempo della discussione.

lando solo se da lui interpellata, facendogli così credere di essere lui a decidere quando in realtà è lei a farlo.

Le variabili inerenti lo “stile di relazione affettiva” confermano tale dinamica. Emergono infatti numerosi giudizi da parte di entrambi, ma è la moglie ad essere più critica, mentre il marito esprime diversi giudizi positivi. Tali giudizi in realtà non sono tanto apprezzamenti per ciò che dice la moglie, quanto piuttosto approvazioni espresse perché la donna gli sta dando ragione. Resta però il fatto che la moglie, che quasi sussurra le sue risposte, nei pochi interventi che fa si mostra capace di “stroncare”, senza veemenza e senza bisogno di tanto rumore, le risposte date dal marito²³.

Non stupisce allora che le variabili inerenti la “cooperazione” (la qualità della decisione e la qualità del prodotto) siano scarse. In particolare, la qualità della decisione viene raggiunta solo nella terza tavola, non a caso quella in cui è la moglie a fornire la proposta iniziale che poi diventerà soluzione comune. Qui non c'è discussione tra i partner; la soluzione è raggiunta rapidamente in pochi scambi. Nelle altre due tavole, invece, la decisione è di cattiva qualità poiché in un caso viene presa dal marito in modo unilaterale, mentre nell'altro rimane confusa perché i partner non riescono a mettersi d'accordo sul contenuto della risposta. In queste tavole, peraltro, il processo di decisione è più lungo e “sofferto”; la discussione è poco funzionale e consente un accordo su aspetti esclusivamente formali ed esteriori.

A sua volta la qualità del prodotto è buona solo nell'ultima tavola, mentre non lo è nelle restanti due; siamo infatti in presenza di una risposta di qualità formale mediocre («un cranio»), e di una risposta generica in cui non c'è accordo sul contenuto (marito: «uno scorfano»; moglie: «pesci d'acquario»).

In sintesi; l'analisi dei protocolli dello Z-Test conduce a due considerazioni: una di carattere epistemologico e l'altra legata alle caratteristiche specifiche della coppia. Partiamo dalla prima.

Il confronto tra i differenti livelli di analisi dello strumento (prodotto individuale, prodotto congiunto e prodotto comune) consente di evidenziare come la relazione costituisca un “soggetto terzo” rispetto ai singoli membri della coppia. Lo scambio produce infatti un'*eccedenza*, qualcosa che trascende le caratteristiche (le personalità) dei partner individualmente considerati. In

23 A questo proposito è interessante sottolineare come il numero di giudizi sia identico per i coniugi nonostante il numero degli interventi del marito sia decisamente più elevato.

altre parole, dall'interazione emergono caratteristiche ascrivibili al legame di coppia in quanto tale che non si sarebbero potute cogliere senza la partecipazione di entrambi i coniugi al compito. È però da dire che l'interazione, pur eccedendo i singoli partner, è da essi originata; in tal senso lo strumento consente di cogliere le specificità che ciascuno porta nel legame con l'altro e che non possono essere ignorate. In breve; la modalità di somministrazione adottata consente, al contempo, di cogliere le caratteristiche della coppia (prodotto comune), dei singoli partner (prodotto individuale) e del reciproco influenzamento tra questi due soggetti (prodotto congiunto).

A partire dai differenti livelli di osservazione possiamo notare come il legame di coppia sia caratterizzato da rigidità e iper-investimento sul pensiero²⁴ che concedono poco spazio all'affettività, così da renderlo piuttosto arido. In particolare, i partner vivono con estrema difficoltà la discussione e la negoziazione come se si trattasse di qualcosa di negativo, non cogliendone le possibilità di confronto e di arricchimento reciproco. È come se la discussione perturbasse i ruoli che sono fortemente delineati e definiti, mettendo a rischio la stabilità della coppia. Nella coppia i coniugi si dividono infatti le parti, l'uno (il marito) assumendo un atteggiamento sicuro, preciso e autoritario, l'altra (la moglie) mostrandosi insicura, fragile, sottomessa. Dietro questa apparenza abbiamo visto come in realtà si nascondano un marito insicuro, che cerca di essere convincente soprattutto a se stesso, ed una moglie adeguata e precisa. Potremmo così dire che il confronto tra situazione manifesta e realtà relazionale latente mette in scena un'*inversione di ruoli* per cui il marito che sembra il più forte "fa la parte", mentre la moglie, che sembra la debole, orienta concretamente la coppia, anche se sottovoce.

L'intervista clinica generazionale

1. Modalità comunicative

L'intervista clinica, della durata di circa un'ora e mezza, mostra una buon coinvolgimento da parte di entrambi i partner, nonostante il marito

24 L'iper-investimento sul pensiero è legato sia alla presenza di risposte comuni di sola forma, sia all'incremento significativo del numero di risposte da parte di entrambi i coniugi durante la prova congiunta.

risulti, anche in questo caso, maggiormente partecipativo (numero di interventi: mg=104; mt=144). La differenza di stile comunicativo tra i partner riscontrata nello Z-Test trova dunque una conferma. Il marito, infatti, oltre ad intervenire più frequentemente, fornisce sempre risposte precise e dettagliate, sia che esse riguardino la sua famiglia di origine, la sua storia personale, oppure la figlia. Egli ripropone il proprio atteggiamento direttivo e spavaldo anche nei confronti dell'intervistatore al quale spesso si sovrappone e del quale anticipa le domande («[...] tanto sono sfacciato non me ne frega niente di parlare con lei adesso o col Presidente della Repubblica proprio... non... non ho nessuna remora, nessun timore, io non mi faccio nessun problema»). Quando parla specificatamente della figlia il suo tono di voce si fa più basso, rivelando rammarico e una certa sofferenza; quando invece associa la malattia della figlia ai problemi del mondo del lavoro e della società in senso lato alza il tono di voce e il timbro diventa più netto, tagliente e sicuro, perché è lì che stanno le colpe.

L'ambivalenza tra sicurezza apparente e insicurezza di fondo emersa durante lo Z-Test si ripropone qui in corrispondenza dei differenti assi dell'intervista. In particolare, nella rievocazione del passato il padre si descrive come un bambino-ragazzo sicuro, senza problemi, un "duro" che è riuscito a costruirsi da sé.

La moglie, da parte sua, interviene più sporadicamente e deve essere spesso sollecitata dall'intervistatore. Le sue risposte sono ricche di pause e tende a ripetere due o tre volte una stessa parola, quasi facesse fatica a costruire un racconto coerente e continuo. Ella, inoltre, ha difficoltà a verbalizzare i ricordi poiché «[...] non mi viene niente niente di particolare»; «No... no niente di particolare». Durante tutto il corso dell'intervista il suo tono di voce è basso; sembra quasi sussurrare le risposte. Nel raccontare di sé, della sua famiglia di origine e di sua figlia mantiene un atteggiamento molto chiuso, non rivelando mai in modo esplicito pensieri e sentimenti propri.

In sintesi; le modalità comunicative dello scambio ripropongono quella divisione di parti all'interno della coppia emersa nello Z-Test: un marito sicuro di sé che si "porta dietro" una donna insicura, incerta, che non può esprimere i propri pensieri e, ancor più, i propri sentimenti, ma che li può solo sussurrare. Vediamo a questo punto quali sono le tematiche principali che emergono nel corso dell'intervista.

2. *Temi salienti*

Una lettura trasversale e complessiva dell'intera intervista consente di focalizzare alcune tematiche affettive cruciali. Esse sono:

- *il sentimento di diversità*. Entrambi i genitori raccontano di essersi sentiti diversi nella loro infanzia e giovinezza: la moglie in quanto scambiata per “meridionale emigrante”²⁵, il marito perché “emigrante per motivi di lavoro”. Al tema della diversità è strettamente associato il sentimento di inferiorità e di discriminazione. Tali sentimenti riemergono con forza allorché i genitori, parlando del sistema scolastico odierno, affermano che esso privilegia solo alcune persone, i “raccomandati”, e non coloro che mostrano impegno e capacità. Anche la figlia è descritta come “diversa dagli altri” in quanto capace, motivata e intellettualmente geniale, ma anche in quanto priva delle “giuste” conoscenze e figlia di genitori di modesta estrazione sociale. La diversità è dunque al contempo fonte di privilegio per alcuni (pochi) individui e di discriminazione per altri (loro stessi e la figlia);
- *il sentimento del “farsi da sé”*. Entrambi i coniugi descrivono le rispettive famiglie avere affettivamente. In particolare, i genitori vengono descritti come figure “stanche”, appesantite dal lavoro e non come educatori dei figli; l'unico riferimento esplicito ad una dimensione affettiva è rivolto ai nonni. Tuttavia, anche i nonni non sono considerati persone che aiutavano a crescere («[...] son state delle brave persone però a crescere non ti hanno aiutato... non ti hanno dato una mano...»). In altre parole, era necessario che i figli imparassero a costruirsi da soli;
- *i limiti della società*. La società viene descritta come luogo negativo che

25 In realtà, la donna si trasferisce a Milano da un piccolo paese alle porte di Como. La condizione di “meridionale emigrante” è dunque dovuta alla sua estrazione di origine contadina. Nel corso dell'intervista la donna sottolinea più volte il netto contrasto tra la vita di campagna, spensierata e tranquilla e la vita di città fonte per lei di esperienze dolorose («[...] le cose sono cambiate moltissimo...»; «[...] sono cambiate eh.. come tipo proprio...come tipo proprio di vita perché allora ricordo una vita all'aperto spensierata eccetera qua in invece [...]»; «[...] così devo dire di aver trovato un po' di disagio perché c'erano questi bambini che, eh, mi consideravano come un'estranea venuta da chissà dove [...]»).

ostacola la crescita umana e personale dei figli, quasi demonizzata, poiché senza scrupoli e senza alcuna possibilità di dare risposta ai bisogni e alle aspettative dell'individuo («[...] Poi una volta che son cresciuti in questa società che cosa trovano?... Guardiamoci in giro... guardiamoci in giro... arroganza... delinquenza [...] troppi soldi che girano... troppa tv negativa....abbiamo troppo sesso in tv [...] troppa droga che gira troppo poco controllo... troppo permissivismo [...]»). È alla società che vengono ricondotti tutti i principali problemi della famiglia; l'unico modo per salvarsi da questa società così negativa è «sospettare di tutto».

- *il rispetto*. Su questo tema si concentra parte del racconto dei coniugi, sia come valore che entrambi sentono di aver ricevuto dalle rispettive famiglie di origine, sia come valore che oggi non è più tale e che va via via scomparendo. I coniugi raccontano dell'aiuto che le loro famiglie davano alle altre e ricevevano a loro volta nel passato, lamentando di aver ricevuto solo “fregature” nel presente. Chi non ha permesso la trasmissione di questo valore fino ai giorni attuali è di nuovo la società e il lassismo che la caratterizza;
- *la bravura di Simona*. Entrambi i coniugi si dilungano nel corso di tutta l'intervista sulla descrizione delle molteplici e significative capacità intellettuali e lavorative di Simona. È interessante notare come invece siano scarsi, per non dire assenti, i rimandi alla persona di Simona, con le sue caratteristiche identitarie. Inoltre, i genitori parlando della figlia non usano mai il termine “anoressia”, né fanno alcun cenno al suo basso peso corporeo, o alla sua inappetenza. L'unica problematica che sembra caratterizzare la figlia è, a loro dire, una difficoltà ad entrare in relazione con gli altri legata alla paura di «farsi sentire che c'è nel mondo». Anche a questo proposito la colpa viene attribuita al mondo sociale (alla scuola) che non privilegia chi ha particolari capacità e doti.

Possiamo a questo punto sintetizzare le tematiche emerse dall'Intervista riconducendole a due poli: la società (e la sua negatività) e la famiglia (e la sua positività). In altre parole, i genitori condividono una visione estremizzata della famiglia e della società, la prima idealizzata (anche se “si cresce da sé”) e la seconda demonizzata. Ne deriva il diniego dell'implicazione dei genitori e

della loro storia nella sofferenza della figlia²⁶; tale sofferenza viene “estroflessa”, nel senso che trova i suoi moventi nel mondo esterno, cattivo, ingiusto e minaccioso.

3. Tipologia di trasmissione della generatività

Consideriamo ora la tipologia di trasmissione della generatività²⁷. Rispetto alle famiglie di origine, entrambi i partner presentano un racconto permeato da sentimenti negativi, anche se la mentalizzazione del marito è ricca di contenuti, mentre invece è povera quella della moglie.

Nel racconto i momenti della vita familiare riconosciuti come importanti dai genitori sono le punizioni del padre (lui) e il rituale della cena (lei). La moglie, poi, non riesce a delineare “regole d’oro”, mentre il marito parla di un rapporto tra genitori e figli caratterizzato dalla presenza di regole rigide e oppressive.

Il racconto del padre fa emergere la figura di un uomo che si è costruito da sé e che sente di non aver ricevuto nulla dai propri genitori descritti come figure negative (il padre “non educatore” e la madre sottomessa a lui). La madre, da parte sua, ha la consapevolezza dell’assenza della figura paterna e delle difficoltà di sua madre nel vivere la quotidianità, così come della mancanza di un’unità di coppia tra i genitori. Riconosce però di aver ricevuto dalla propria famiglia il valore del rispetto dell’altro.

In breve; i racconti sulle origini dei coniugi-genitori evidenziano elementi comuni e aspetti differenti che ci consentono di discriminare le origini come *fallimentari* per il marito e *critiche* per la moglie, proprio per il fatto che quest’ultima, nonostante le difficoltà, riconosce ciò che i genitori le hanno dato. La relazione di coppia trova dunque fondamento nell’incontro di *matrici di origine* di tipo *critico* e *fallimentare*.

26 L’assunzione della responsabilità rimanda alla capacità di sentirsi direttamente implicati dalla sofferenza dell’altro e non va confusa con il sentimento di colpa.

27 Ricordiamo che le modalità di trasmissione della generatività possono essere feconde, critiche o fallimentari. L’incrocio di queste modalità rispetto ai tre assi (origini, coniugale, genitoriale) dà luogo ad alcune tipologie specifiche. Laddove gli assi sono fecondi c’è un passaggio della generatività; viceversa se essi sono fallimentari vi è un’inibizione della generatività. Tra questi due estremi si situano tipologie intermedie di tipo “critico” che possono orientarsi sia verso legami generativi che degenerativi (Cigoli et al., 2003, Cigoli e Tamanza, in corso di stampa).

Per quanto riguarda l'asse della relazione di coppia è possibile ipotizzare un legame di tipo *fallimentare*. L'incontro tra i coniugi viene infatti descritto in termini di casualità («È cosa giunta così... da sola... come succedono certi miracoli [...] non hanno spiegazione») a cui segue l'“insensibilità” relativamente ai bisogni e alle aspettative di cui il legame è portatore. Il marito, infine, non riconosce alcun elemento di novità apportato dal coniuge, mentre la moglie afferma di aver cercato di eliminare gli aspetti indesiderati del marito, quelli non conformi alla sua immagine di ciò che il marito doveva essere, o aveva creduto che fosse.

Nel descrivere la figlia i genitori si focalizzano su aspetti specifici di Simona (capacità intellettuali e lavorative), indicando alcuni sporadici aspetti di continuità con la famiglia che o sono negativi («Sì molto probabilmente [...] le cose più negative le ha prese le ha prese da me...», dice la madre), o si limitano alle caratteristiche fisiche («[...] da me niente da me ha preso solo la statura e basta...», dice il padre). Inoltre, né il padre né la madre riescono ad indicare in modo specifico i *valori* che hanno cercato di trasmettere alla figlia e, come già detto, attribuiscono la colpa delle difficoltà della figlia alla società e al suo degrado morale.

La sintesi delle modalità di funzionamento lungo i tre assi consente di ipotizzare una modalità di trasmissione delle generatività gravemente sofferente. In altre parole, questa famiglia sembra caratterizzata dall'*inibizione della generatività* che permea la storia dei coniugi sul piano familiare, coniugale e genitoriale.

4. Analisi linguistiche con T-Lab

L'analisi linguistica si è servita delle “tipologie di testi e contesti”²⁸ per stabilire la presenza di cluster di contesti significativi. Ciò al fine di confermare o meno le tematiche cruciali emerse dall'osservazione carta-matita.

Dall'analisi emergono cinque cluster di cui i primi due sono quelli in grado di spiegare la percentuale più elevata di varianza (rispettivamente il 24,11% e il 42,41%). Sofferamoci allora su di essi analizzandone i lemmi e i contesti elementari significativi.

28 Questa analisi consente di individuare cluster, ossia aree di contenuto salienti e discriminative a livello linguistico, ciascuna descrivibile mediante le frasi (i contesti elementari) e le parole (le unità lessicali) che più la caratterizzano

Il cluster 1 è saturato dagli interventi della madre (“md”) che sembrano essere caratterizzati prevalentemente dalla difficoltà a focalizzarsi sul “particolare”. «[...] non riesco ad entrare in nulla di *particolare*; «Beh in questo momento non mi viene niente di *particolare* [...]» costituiscono alcuni esempi dei contesti elementari appartenenti a questo cluster. Inoltre, i contesti elementari estratti appartengono prevalentemente alla parte dell’intervista relativa alle origini; come a dire che le difficoltà della moglie a formulare un racconto dettagliato e specifico, attento ai particolari, riguardano soprattutto la sua *storia di vita* e i suoi ricordi relativi alla famiglia di origine.

Il cluster 2, da parte sua, è saturato dagli interventi del padre (“pd”) caratterizzati da continui rimandi alla “società”. Se dunque la “diversità” e il “farsi da sé” sono sentimenti che emergono attraverso una lettura complessiva dell’intera intervista, ma che non trovano riscontro a livello strettamente linguistico, il tema più concreto della società, e della sua negatività, trova espressione esplicita anche a livello linguistico. Inoltre, il racconto del padre è caratterizzato dalla dimensione del pensiero e dalla presenza di predicati comportamentali (Lai, 1993), mentre del tutto assente è il rimando a termini associati alla dimensione affettiva. Rispetto all’intervista la maggior parte dei contesti elementari di questo cluster appartiene alla parte relativa alla relazione genitoriale, ad indicare che la società costituisce un “crucchio”, un “problema” soprattutto pensando alla figlia e al proprio ruolo come genitore. La concretezza che caratterizza la narrazione dell’uomo è attribuita in modo specifico alla figlia la quale viene considerata esclusivamente in termini di capacità intellettive (“pensare”) e così senza attenzione ai suoi vissuti emotivo-affettivi.

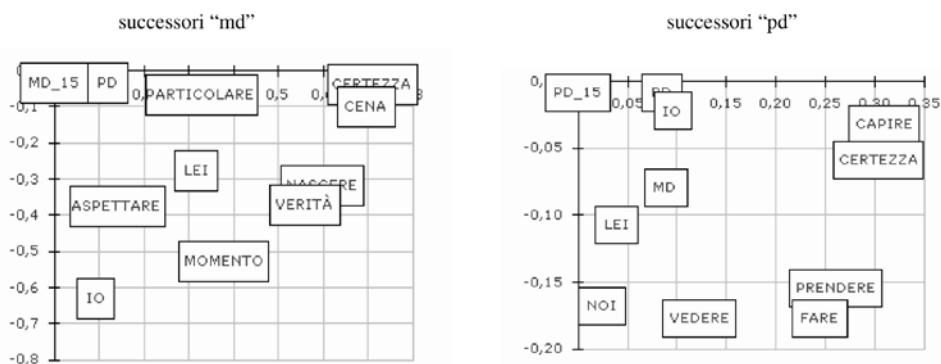
In breve; è possibile di nuovo rilevare come i coniugi si dividano le parti: la moglie-madre è immersa nella tematica delle proprie origini, un passato-presente rispetto al quale, però, mostra notevoli difficoltà di mentalizzazione; il marito-padre è immerso nel futuro, nel senso della preoccupazione per la figlia e per tutti gli ostacoli che la società crea lungo il suo cammino. Passato e futuro “schiacciano” il presente e la possibilità di fare qualcosa per il legame.

Per articolare meglio la tematica della “divisione delle parti” è parso utile approfondire le specificità degli interventi di ciascun coniuge-genitore attraverso l’“analisi delle sequenze”²⁹. Si può notare (Figura 1) come gli interventi

29 Tale analisi consente di stabilire i predecessori e i successori di un determinato lemma ed i rispettivi valori di probabilità. In particolare, sono stati analizzati i successori di

dei partner, sebbene appartenenti a due diversi assi tematici (le origini, la genitorialità), presentino dal punto di vista linguistico molti più aspetti in comune di quanto ci si sarebbe potuti aspettare visti i risultati dell'analisi precedente. Infatti, sia nel racconto del marito che in quello della moglie emerge la dimensione dell'individualismo³⁰ ("io") e quella della concretezza con cui si parla della figlia ("lei"). È possibile inoltre riscontrare da parte di entrambi i genitori la necessità di avere delle "certezze", di "capire" e di raggiungere la "verità" del problema.

Figura 1 - Analisi delle sequenze



In sintesi; è possibile ipotizzare che le questioni cruciali siano sostanzialmente le stesse per i genitori, anche se essi si dividono le parti nel senso che il padre privilegia il mondo dell'azione ("fare", "prendere", "vedere"), mentre la moglie privilegia la staticità (l'uso di sostantivi o il riferimento costante al momento della cena). Ciò che salta è il legame coniugale (il "noi" di coppia) oppreso com'è tra passato e futuro familiare.

"md" e "pd", ossia di madre e padre come emittenti del discorso.

30 Non a caso stanno parlando di loro come figli o come genitori, mai come coniugi.

L'intreccio tra personalità e matrice familiare

A questo punto è opportuno mettere a confronto i risultati fin qui espolti per poi riflettere sul senso plausibile. In primo luogo, possiamo notare come Simona presenti delle dinamiche riconducibili sia alla relazione della coppia genitoriale, sia alle figure genitoriali singolarmente considerate.

In particolare, ella manifesta un *eccesso di investimento sul pensiero* quale difesa dall'insicurezza che tuttavia traspare laddove il mondo emozionale trova spazio per esprimersi e manifestarsi. Tale eccesso di investimento sul pensiero costituisce anche una caratteristica della coppia genitoriale, come abbiamo potuto osservare attraverso il prodotto dello Z-Test congiunto.

Semberebbe dunque che genitori e figlia ricorrano ad uso massiccio del pensiero, sia come difesa dal mondo emozionale, e dunque da ciò che è meno controllabile e proprio per questo temibile, sia per dare (e darsi) un'immagine di sé positiva. Come si ricorderà sono i genitori stessi a parlare di Simona esclusivamente in termini di prestazioni scolastico-lavorative e di capacità intellettive, eludendo qualsiasi riferimento ai suoi vissuti. Può essere allora che Simona debba dare (e avere) un'immagine forte e sicura di sé per non deludere i genitori? Può essere che i genitori debbano costruire un'immagine di perfezione della figlia per compensare le loro carenze come figli e come coniugi? Se così fosse, tale incastro impedirebbe ai bisogni e ai vissuti personali di trovare spazio ed essere accolti nello scambio con l'altro. Esso rende altresì ragione dell'ambivalenza affettiva che caratterizza Simona, ossia la difficoltà ad integrare in un'immagine di sé unitaria le componenti cognitivo-razionali con quelle affettive e le spinte propositive con quelle aggressive.

Tale divisione peraltro caratterizza anche la relazione della coppia genitoriale. Si tratta in tal caso di una rigida *divisione delle parti*: alla presa di parola autoritaria dell'uomo si associa il silenzio della donna (cfr. Z-Test); al ruolo di padre dell'uomo si associa quello di figlia della donna (cfr. Intervista). Come è dunque possibile per Simona risolvere il dilemma identitario dal momento che l'integrazione risulta impossibile anche per la coppia genitoriale?

Infine la divisione è riscontrabile anche nella famiglia intesa come insieme. C'è infatti una *scissione* tra famiglia e società; da una parte abbiamo l'idealizzazione, ma anche la deresponsabilizzazione della famiglia, e dall'altra la criminalizzazione della società. Ciò consente ai genitori di attribuire le loro

incertezze e fragilità non al senso di inefficacia che li pervade, ma alla società. Così, l'immagine polarizzata, in positivo e in negativo, che i genitori hanno rispettivamente della famiglia e della società fa sì che Simona entri in conflitto ogni volta (potremmo dire sempre) che le sue esperienze non confermano tale immagine. In altre parole, è come se a Simona non fosse concesso di trovare qualcosa di buono che provenga dal mondo extra-familiare e qualcosa di non buono (criticabile) che origina all'interno della famiglia.

I genitori possono criticare le loro origini, i loro padri e le loro madri, ma non possono accettare alcuna critica da parte della figlia, in quanto loro sono diversi dai propri genitori; essi sono stati e sono, in ogni caso, genitori migliori. Troviamo qui un movente all'opposizione nei confronti della psicoterapia. I genitori sostengono infatti che dieci anni di terapia siano stati del tutto inutili per la figlia, mentre il racconto che Simona fa di questa esperienza si colloca sul registro di un aiuto ricevuto al di là della famiglia. Ma questo aiuto e questa "mancanza" come può essere accettabile per i genitori che fondano sul ruolo genitoriale la certezza circa la loro validità come persone?

In sintesi, potremmo affermare che alcune tematiche cruciali si ripropongono trasversalmente ai diversi membri e ai sottogruppi familiari (Simona, la madre, il padre, la coppia genitoriale). Tali questioni dilemmatiche vengono però affrontate ed interpretate diversamente.

In particolare, i genitori attribuiscono il problema di Simona, cioè di «far sentire che c'è nel mondo», alla società ed agli ostacoli che essa pone lungo il cammino di crescita e di affermazione personale, mentre per Simona l'origine del problema è interiore (identitario) e rimanda alle difficoltà relazionali della coppia genitoriale. Per lei, dare spazio ai propri vissuti e alle proprie emozioni significherebbe mostrarsi fragile e dunque implicherebbe il grave rischio di deludere i propri genitori che hanno costruito il loro valore come persone sulla funzione genitoriale. Com'è allora possibile "svincolarsi" se l'identità dell'uno (la figlia) è la morte-fallimento dell'altro (la coppia genitoriale)? Così, attraverso la lunga anoressia, Simona comunica a sé e agli altri che non c'è un "nuovo tempo" e che nulla di nuovo sta nascendo. Non è forse questo che le varie forme di scissione garantiscono?

La psicoterapia familiare ha a più riprese considerato la patologia inerente l'anoressia come correlata alle vicende familiari, cercando anche di connettere le sue diverse forme a modelli familiari distintivi (Onnis, 2004; Selvini

Palazzoli, 1998). D'altra parte anche le psicoterapie psicodinamiche e quelle cognitive, allontanandosi da concezioni astratte della personalità o meramente descrittive, hanno evidenziato il peso dei fattori relazionali.

Ciò che in genere è mancante o carente è un'attenta considerazione dei differenti livelli del *relazionale* (livello personale, livello familiare, livello sociale-culturale)³¹. Se essi infatti sono tra loro interrelati, presentano anche differenze significative.

Il presente contributo, attraverso lo studio di caso singolo, che è poi caratteristica precipua del procedere clinico, ha cercato proprio di evidenziare la presenza di tali interrelazioni, ma anche delle differenze tra i "livelli" di analisi.

Dal punto di vista dell'intervento clinico ciò porterebbe acqua al mulino di coloro che credono che una prassi terapeutica efficace si caratterizza per l'attenzione tanto alle relazioni familiari (intese come scambio generazionale di affetti, valori, credenze), quanto al mondo interiore dei suoi membri e, in particolare, a quelli che più esprimono le difficoltà del passaggio generazionale.

Bibliografia

- ARONOW E., REZNIKOFF M., MORELAND K. (1994), *The Rorschach technique*, Allyn & Bacon, Boston.
- BAUMAN G., ROMAN M. (1968), *Interaction product analysis in group and family diagnosis*, in «Journal of Projective Techniques & Personality Assessment», 32(4), pp. 331-337.
- BAUMAN G., ROMAN M., BORELLO J., MELTZER B. (1967), *Interaction testing in the measurement of marital intelligence*, in «Journal of Abnormal Psychology», 72, pp. 489-495.
- BLANCHARD W.H. (1968), *The consensus Rorschach: Background and development*, in «Journal of Projective Techniques & Personality Assessment», 32, pp. 327-330.

31 Numerosi sono i contributi che hanno sottolineato la valenza culturale dell'anoressia. Tra gli altri cfr. Gordon (1991).

- CIGOLI V. (1992), *Il corpo familiare. L'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale*, Franco Angeli, Milano.
- CIGOLI V. (2003), *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*, in M. ANDOLFI, V. CIGOLI (a cura di), *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*, Franco Angeli, Milano, pp. 125-146.
- CIGOLI V. (2005), *Di generazione in generazione. Trasmettere, tramandare, trasferire*, in A. NICOLÒ, G. TRAPANESE (a cura di), *Psicoanalisi di coppia e famiglia*, Franco Angeli, Milano, pp. 217-245.
- CIGOLI V. (2006), *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*, Franco Angeli, Milano.
- CIGOLI V., GOZZOLI C., MARTA E., TAMANZA G. (2003), *Generatività Familiare. Una ricerca con l'intervista clinica intergenerazionale*, in S DI NUOVO, S BUONO (a cura di), *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Catania, pp. 13-49.
- CIGOLI V., TAMANZA G. (in corso di stampa), *L'Intervista Clinica Generazionale*, Franco Angeli, Milano.
- CIGOLI V., SCABINI E. (2006), *Family Identity. Ties, symbols, and transitions*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- CUTTER F. (1968), *Role complements and changes in consensus Rorschach*, in «Journal of Projective Techniques & Personality Assessment», 32(4), pp. 338-347.
- DORR D. (1981), *Conjoint psychological testing in marriage therapy: New wine in old skins*, in «Professional Psychology: Research & Practice», 12(5), pp. 549-555.
- GLASER B., STRAUSS A.L. (1967), *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*, Aldine Hawthorne, New York.
- GORDON R.A. (1991). *Anorexia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
- HANDLER L. (1997), *He says, she says, they says: The consensus Rorschach*, in J. R. MELOY, M. W. ACKLIN, C. B. GACONO, J. F. MURRAY, C. A. PETERSON (a cura di), *Contemporary Rorschach interpretation*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, pp. 499-533.
- LAI G. (1993). *Conversazionalismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- LANCIA F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*. Franco Angeli, Milano

- LOVELAND N.T. (1967), *The relation Rorschach: A technique for studying interaction*, in «Journal of Nervous and Mental Disorders», 145(2), pp. 93-105.
- MOLGORA S. (2005), *Anoressia: alla ricerca della personalità e delle matrici familiari. un'epistemologia qualitativa e le sue evidenze empiriche*, Tesi di Dottorato non pubblicata, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- MORIN E. (1989), *La conoscenza della conoscenza*, Feltrinelli, Milano.
- ONNIS L. (a cura di) (2004), *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglie e società*, Franco Angeli, Milano.
- PARISI S, PES P. (1990), *Lo specchio dei computi Rorschach secondo il metodo della Scuola Romana Rorschach.*, Edizioni Kappa, Roma.
- PARISI S, PES P. (1991), *La siglatura Rorschach secondo il metodo della Scuola Romana Rorschach*, Edizioni Kappa, Roma.
- PARISI S, PES P. (1995), *La psicodiagnostica Rorschach secondo il metodo della Scuola Romana Rorschach.*, Dispensa a cura della Scuola Romana Rorschach, Roma.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A. M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- SINGER M.T. (1968), *The consensus Rorschach and family transaction*, in «Journal of Projective Techniques & Personality Assessment», 32(4), pp. 348-351.
- WILLI J. (1978), *Il Rorschach comune. Diagnostica delle relazioni di coppia e di gruppo*, Piccin Editore, Padova.
- WYNNE L.C. (1968), *Consensus Rorschach and related procedures for studying interpersonal patterns*, in «Journal of Projective Techniques & Personality Assessment», 32(4), pp. 352-356.
- ZULLIGER H. (1942). *Z-Test/Diapositive*. Edizione italiana: Organizzazioni Speciali, Firenze (1979).

METACOGNIZIONE NEI DISTURBI D'ANSIA E NELLA DEPRESSIONE

*Basile B. *, Mari J. *, Orritos A. *, Pellicciari MC. *, Carabelli F. *,
Panetta I. *, Popolo R. **.*

Riassunto

La metacognizione permette di comprendere e regolare il funzionamento mentale proprio e altrui. Con essa intendiamo “la capacità di compiere operazioni cognitive sul comportamento proprio e altrui e la capacità di utilizzare tali conoscenze per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva” (*Carcione, Falcone, 1999; Semerari et al., 2002*).

Nella clinica è utile distinguere il funzionamento metacognitivo dai contenuti metacognitivi, ovvero contenuti mentali che hanno per oggetto altri contenuti mentali.

Diversi Autori hanno evidenziato come un malfunzionamento metacognitivo contribuisca all'esordio e al mantenimento della sintomatologia nei Disturbi di Personalità (*Fonagy, 1991, 2001; Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003*), nella schizofrenia (*Frith, 1992; Brune, 2003*) e nell'autismo (*Baron-Cohen, 1985, 1995*).

Altri Autori hanno studiato i contenuti metacognitivi nei disturbi d'ansia e nella depressione (*Wells, 1997, 1999, 2005; Teasdale, 1999, 2000, 2002*), osservando che la presenza di specifiche convinzioni metacognitive può contribuire al mantenimento e alla riacutizzazione dei disturbi.

In questa review abbiamo analizzato gli studi, pubblicati su MEDLINE e PsycINFO, che hanno valutato la relazione tra metacognizione e disturbi d'ansia e depressione. Nella prima parte sono illustrati i principali approcci

* Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva SPC - Roma

** III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

teorici cognitivi, mentre nella seconda vengono riportate le evidenze empiriche sulla relazione tra metacognizione e disturbi d'ansia e depressione.

Parole chiave: metacognizione, ansia, depressione, psicologia cognitiva.

Abstract

The metacognition allows to comprehend and to regulate own and other people's mental functioning. We define metacognition as "the capacity to make cognitive operations on their own and other people's behaviour, and the capacity to use this knowledge to solve problems and to cope with specific mental states which are a source of subjective sufferance" (*Carcione, Falcone, 1999; Semerari et al., 2002*).

Clinics usually distinguish between metacognitive functioning and metacognitive contents, that is mental contents which have other mental contents as objects.

Several Authors observed that a metacognitive malfunctioning may be responsible of beginning and maintaining of symptoms in Personality disorders (*Fonagy, 1991, 2001; Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003*), schizophrenia (*Frith, 1992; Brune, 2003*) and autism (*Baron-Cohen, 1985, 1995*).

Other Authors focused on metacognitive contents characterizing Anxiety Disorders and Depression (*Wells, 1997, 1999, 2005; Teasdale, 1999, 2000, 2002*), and they observed that specific metacognitive beliefs contribute to the maintaining and impairment of disorders.

In this review, we have analyzed all studies, published on MEDLINE and on PsycINFO, which have examined the relation between metacognition and Anxiety and Depression Disorders. We have illustrated the principal cognitive approaches in the first part, and empirical evidences of this relation in the second part.

Key words: metacognition, anxiety, depression, cognitive psychology.

Introduzione

La metacognizione rappresenta un aspetto generale della cognizione coinvolto in numerose attività cognitive. Con questo termine s'intende "ogni conoscenza o attività cognitiva che prende come oggetto, o regola, ogni aspetto di qualsiasi impresa cognitiva. E' chiamata metacognizione perché il suo significato centrale è cognizione della cognizione" (Flavell, 1979). Si tratta di un costrutto composito che abbraccia conoscenze, convinzioni, processi e strategie che valutano, monitorano o controllano la cognizione (Moses & Baird, 1998).

Il concetto di metacognizione si sviluppa a partire da quello di Teoria della Mente (TdM), con cui si indica la capacità di rappresentarsi gli eventi mentali, di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento manifesto sulla base di queste rappresentazioni (Premack e Woodruff, 1978). Negli anni successivi è emerso come "...possedere una teoria della mente non significa essere in grado di riflettere su di essa o sapere fornire una descrizione esaustiva in termini di regole, principi e processi" (Camaioni, 1995). La definizione di metacognizione è andata allora a interessare ambiti e funzionamenti più articolati, riguardando tanto la conoscenza quanto la regolazione degli stati mentali. Essa rappresenta l'attività continua con cui regoliamo noi stessi e le nostre relazioni comprendendo gli stati mentali nostri e degli altri nella vita di tutti i giorni. Non si tratta di una funzione unica, ma è costituita da diverse attività eterogenee; abilità che consentono l'uso delle conoscenze sul proprio e altrui funzionamento mentale per fronteggiare specifici stati problematici, e di acquisire abilità di problem-solving e capacità di padroneggiamento rispetto a situazioni specifiche, prima non altrimenti fronteggiabili (Carcione & Falcone, 1999).

La maggioranza dei teorici distingue fra due aspetti della metacognizione: contenuti e funzioni metacognitive. Per contenuti metacognitivi s'intendono le informazioni che ogni individuo possiede in merito alla cognizione e alle strategie di apprendimento che influiscono su di essa; si tratta di idee e credenze in base alle quali vengono interpretati e valutati i contenuti e i processi mentali (Wells & Purdon, 1999). Le funzioni metacognitive sono abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per risolvere compiti e per padroneggiare stati problematici fonte di sofferenza (Carcione et al., 1997).

Negli ultimi decenni numerose ricerche hanno indagato il ruolo del funzionamento metacognitivo in diversi disturbi psichici, soprattutto in patologie quali l'autismo (Baron-Cohen, 1985, 1995; Leekman & Perner, 1991; Frith & Happè, 1994; Frith, 1999; Hill & Frith, 2003), la schizofrenia (Frith, 1992; Pickup & Frith, 2001; Brune, 2003; Corcoran 2000) e i disturbi di personalità (Fonagy, 1991, 2001; Sicotte & Stemberger, 1999; Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003). Le evidenze empiriche risultanti hanno mostrato come il malfunzionamento metacognitivo svolga un ruolo significativo nell'esordio, nello sviluppo e nel mantenimento di questi gravi disturbi psichici. Altri autori hanno invece valutato la metacognizione in disturbi meno invalidanti ma con una maggiore prevalenza nella popolazione, come ad esempio nei disturbi emotivi; in questo ambito di ricerca l'attenzione è stata spostata verso i contenuti metacognitivi: sono stati così elaborati modelli esplicativi dei disturbi d'ansia (Wells, 1997, 1999, 2005) e della depressione (Teasdale, 1999, 2000, 2002; Papageorgiou & Wells, 1999, 1999b), nell'ambito dei quali le credenze metacognitive hanno un ruolo significativo nell'eziologia, nel mantenimento e nelle ricadute dei singoli disturbi. In linea con questi modelli teorici, diversi studi hanno empiricamente supportato le ipotesi degli autori, nel tentativo, inoltre, di identificare gli aspetti metacognitivi specifici per ciascun disturbo.

In questo articolo di revisione della letteratura, verranno presentati i principali studi che hanno valutato il ruolo della metacognizione nei disturbi emotivi (ansia e depressione). Ansia e depressione sono state considerate insieme in virtù delle caratteristiche comuni alla base delle due categorie diagnostiche; i disturbi emozionali, così definiti da Beck (1976), sono, infatti, caratterizzati da una comune tendenza degli individui a rivolgere l'attenzione verso di sé, a monitorare continuamente stimoli minacciosi e a preoccuparsi e ruminare in modo esagerato e disfunzionale. Ciò che, invece, distingue tra loro i disturbi è rappresentato, in accordo con il modello di Wells (1997; 2000), dal contenuto specifico delle convinzioni metacognitive.

Nella prima parte del lavoro illustreremo alcuni aspetti teorici fondamentali, come i principali riferimenti e modelli teorici e gli strumenti di valutazione della metacognizione utilizzati nei disturbi d'ansia e nella depressione; quindi mostreremo le evidenze empiriche e i dati relativi agli aspetti metacognitivi che sembrano caratterizzare ciascuno di questi disturbi, cercando

di delineare le possibili implicazioni ed i risvolti futuri relativi all'utilizzo dei concetti metacognitivi in ambito clinico.

Background teorico

Stati emotivi, metacognizione & psicopatologia

In diversi ambiti di indagine viene descritta l'esistenza di una reciproca influenza tra processi emotivi, cognitivi, metacognitivi e comportamenti. Nell'ambito della psicologia generale diversi studi hanno mostrato l'influenza di stati emotivi negativi, quali l'ansia, la paura o la tristezza, su processi cognitivi superiori, come l'attenzione, la memoria e il problem-solving (Schwartz, 2000; Fiedler, 2001; Sperry, Wagoner, & Funke, 2005). Le emozioni giocano un ruolo decisivo nei processi decisionali e nella direzione del comportamento (soprattutto in situazioni ad alto rischio), così come nella gestione delle relazioni interpersonali. A loro volta, le abilità metacognitive necessitano di un minimo grado di integrità di funzionamento cognitivo di base per un corretto funzionamento; si è visto infatti come una compromissione dell'attenzione, delle funzioni esecutive ed un livello di intelligenza inferiore possano influenzare negativamente le prove di teoria della mente (Brüne, 2003). Parallelamente, in ambito clinico, l'hyper-emotion theory di Johnson-Laird, Mancini, & Gangemi (2006) illustra l'interazione tra emozione, cognizione e tendenza all'agito nel mantenimento della psicopatologia. Il modello descrive i meccanismi attraverso cui le emozioni negative influiscono sulle valutazioni cognitive e sulle interpretazioni delle sensazioni corporee nei disturbi emotivi, innescando delle spirali negative che promuovono il mantenimento del disturbo. Dagli studi condotti nell'ambito della psicopatologia (Flavell, 1979; Leslie, 1987; Baron-Cohen, 1995; Cornoldi, 1995), emergono con sempre maggiore evidenza dati a supporto della stretta interdipendenza tra sviluppo affettivo-cognitivo, teoria della mente e abilità metacognitive (Frith & Frith, 2003; Frith, 2003; Frith & Happè, 1994).

Il rapporto tra affettività e cognizione, è stato approfondito in particolare nell'ambito dell'indagine dello sviluppo affettivo e cognitivo in età evolutiva (Flavell, 1979; Cornoldi et al., 1995; Carpendale & Lewis, 2004); a

tal riguardo, possiamo evidenziare alcuni punti che riassumono lo stretto legame che unisce le dimensioni affettiva e cognitiva in questa fase: 1) gli stati emotivi influiscono sullo sviluppo percettivo e cognitivo; 2) le valutazioni emotive positive possono farci percepire il mondo esterno come amichevole, mentre quelle negative come ostile e pericoloso; 3) il nostro comportamento sarà legato alla valenza delle nostre attribuzioni e all'influenza di queste sulle valutazioni cognitive. Le due dimensioni della vita mentale interagiscono allora nella costruzione di rappresentazioni della realtà così come di piani comportamentali; non solo le emozioni, ma anche i bias percettivi ed attenzionali possono modificare i nostri contenuti mentali e quindi dirigere i nostri comportamenti. Le valutazioni emotive hanno un peso significativo soprattutto quando sono molto intense. Per esempio, in situazioni altamente stressanti, dove l'intensità emotiva è elevata, controllare e monitorare l'attività cognitiva diventa più difficile, e, di conseguenza, anche regolare il comportamento richiede un maggior sforzo (Izard, 2002). In questi casi il perpetuarsi di pattern emotivi negativi può danneggiare in modo permanente le nostre abilità cognitive, metacognitive, il nostro comportamento e le capacità interpersonali.

In ambito psicopatologico, l'interazione complessa tra aspetti cognitivi, metacognitivi ed affettivi, pone il problema di definire il ruolo e le modalità di rapporto di ciascuno di essi all'interno di un modello esplicativo del singolo disturbo considerato; le singole dimensioni si possono comportare, di volta in volta, come variabili malfunzionanti che interagiscono con le altre in modo disfunzionale. In patologie pervasive ed invalidanti, come ad esempio nell'autismo (Baron-Cohen, 1985, 1995), nei disturbi di personalità (Fonagy, 1991, 2001; Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003), e secondo alcuni studi anche nella schizofrenia (Frith, 1992; Brune, 2003), la metacognizione sembra essere compromessa in modo permanente. Di contro, in patologie meno gravi, come l'ansia e la depressione, l'emergere di contenuti metacognitivi problematici si ha esclusivamente durante l'attivazione di stati emotivi negativi, conoscenze legate ai temi specifici dei singoli disturbi (Wells, 1997, 1999, 2000, 2005). Tale aspetto problematico sembra essere allora strettamente legato allo stato emotivo transitorio del soggetto, a fronte di un buon funzionamento metacognitivo al di fuori della situazione problematica e di sofferenza. In accordo con gli obiettivi di questo lavoro, illustriamo i due mo-

delli metacognitivi ampiamente rappresentati in letteratura e che propongono una spiegazione dell'esordio e del mantenimento dei disturbi emotivi.

Modelli metacognitivi nei disturbi emotivi

Il modello di Wells. Wells è uno dei primi autori che ha proposto e approfondito l'analisi del malfunzionamento metacognitivo nei disturbi d'ansia (1994, 1997). Nel suo modello della Funzione Autoregolatoria (1994, 1997) l'autore considera tre livelli di elaborazione dell'informazione. Al livello inferiore un sistema di elaborazione automatica, rapida, inconsapevole e guidata dallo stimolo, processa le informazioni senza richiedere l'intervento di attività cognitive; a livello intermedio una modalità di elaborazione controllata si avvale di funzioni cognitive superiori come l'attenzione e la consapevolezza; infine, ad un livello superiore, le informazioni vengono processate tenendo in considerazione le credenze che l'individuo ha di sé e del proprio funzionamento, ovvero le proprie convinzioni metacognitive. Queste sono conservate nella memoria a lungo termine e consentono all'individuo di elaborare dei piani generali e delle risposte di fronteggiamento che si prefiggono di diminuire la discrepanza tra lo stato di sé percepito e lo stato del sé ideale. Le convinzioni metacognitive guidano e dirigono i processi cognitivi di ordine inferiore, come la direzione dell'attenzione (questo meccanismo spiega, ad esempio, come negli attacchi di panico l'attenzione selettiva rafforzi nel paziente convinzioni e credenze disfunzionali circa il panico) e la memoria (ad esempio la tendenza a ricercare nella memoria eventi che confermano le convinzioni patogene specifiche del disturbo).

Tra le evidenze empiriche a sostegno di questo modello abbiamo il lavoro di Wells e Papageorgiou (1999), volto ad approfondire la conoscenza delle caratteristiche meta-cognitive dei pensieri depressivi e ansiosi nei soggetti sani. Gli autori osservano che i pensieri ansiosi sono orientati al futuro ed associati a un'elevata compulsione ad agire, mentre i pensieri depressivi comportano un minor dispendio di energie ed una minor fiducia nelle abilità di problem-solving. In accordo col modello di Wells e Matthews (1994), si è osservato che molte dimensioni del pensiero sono significativamente associate all'intensità delle emozioni.

Il modello di Teasdale. Il modello dell'interazione dei sistemi cognitivi - ICS di Teasdale (1999, 2000, 2002) si differenzia dal modello della funzione autoregolatoria di Wells, sebbene anche esso preveda un sistema di elaborazione dell'informazione strutturato in sottosistemi. Il modello ICS comprende nove sottosistemi organizzati in tre gruppi, ognuno dei quali opera in uno specifico codice mentale o livello di significato legato ad un particolare aspetto dell'esperienza. Questi tre gruppi sono costituiti da sottosistemi sensori (acustico e visivo), sottosistemi centrali (morfolessicale, proposizionale, implicazionale e dell'oggetto) e sottosistemi effettori (dell'articolazione, dello stato del corpo e degli arti). Il funzionamento mentale è il prodotto della continua e dinamica interazione dei sottosistemi cognitivi.

Teasdale ha applicato il suo modello per la comprensione del funzionamento mentale nella depressione. Nella depressione sono implicati principalmente due sottosistemi, il sottosistema proposizionale, che codifica i significati espliciti e specifici come quelli veicolati da una frase, e il sottosistema implicazionale che codifica livelli di significato più impliciti di ordine superiore che sono rappresentati dai modelli schematici costituiti da tematiche profonde ricorrenti. Il livello implicazionale è l'unico a produrre direttamente l'esperienza emotiva; esso infatti, riceve informazioni da tutti i diversi sottosistemi ed è quindi a questo livello che si possono combinare le diverse specifiche dell'esperienza emozionale. Teasdale spiega come le interazioni tra il sottosistema proposizionale e implicazionale sono coinvolti nel mantenimento e nella ricaduta di stati emotivi depressivi. Si genera un processo per cui i pattern di significato proposizionale trasmessi al sistema implicazionale, contribuiscono a creare, attivare e mantenere attivi specifici modelli schematici. A loro volta tali modelli schematici creano, attivano e mantengono significati specifici. Il modello spiega che gli scambi interattivi tra i due sottosistemi, proposizionale e implicazionale, possono operare in due modi specifici: in *direct mode* che consiste in una traduzione on line dell'informazione e una modalità definita *buffered mode* che riguarda la traduzione di una certa quantità di informazione accumulata in memoria. L'intero sistema di elaborazione dell'informazione è governato dal principio secondo cui solo un sottosistema alla volta può operare in un buffered mode per cui si generano diverse configurazioni del processo di elaborazione dell'informazione che corrispondono a diversi vissuti soggettivi.

Il modello di Teasdale spiega che il mantenimento e la vulnerabilità alle ricadute nella depressione è favorito dalla configurazione di processo in cui il sottosistema implicazionale lavora continuamente in direct mode, in quanto i modelli schematici depressogeni restano attivati e continuano a generare significati e stati emotivi negativi. Mentre, nella gestione degli stati mentali, che precedono la ricaduta depressiva la configurazione più funzionale è quella del vissuto definito mindfulness, in cui il sistema implicazionale elabora l'informazione in un buffered mode e il sistema proposizionale in direct mode, configurazione che permette di vivere e sentire consapevolmente gli stati mentali nel qui e ora. Tale configurazione è quella più funzionale al cambiamento in quanto è l'unica in cui è possibile produrre modelli schematici o modificare quelli vecchi, perché ha a disposizione nella sua memoria, contemporaneamente i vecchi modelli e tutte le rappresentazioni dell'informazione codificate in quel momento dai diversi sottosistemi. Al livello metacognitivo quindi vi è una visione d'insieme più chiara che facilita processi e compiti cognitivi (ad es. problem solving, decision making, comprensione etc.).

Diversi strumenti sono stati utilizzati per indagare le caratteristiche metacognitive dei disturbi emotivi e per validare i due modelli metacognitivi proposti con il relativo approccio terapeutico.

Metacognizione e strumenti di valutazione

La maggior parte degli strumenti utilizzati per valutare la metacognizione nei disturbi emotivi si sono sviluppati all'interno dello stesso paradigma teorico (Wells, 1997, 1999, 2005). Si tratta di questionari volti a valutare i contenuti metacognitivi relativi all'ansia, le convinzioni circa i propri pensieri ed il rimuginio e le capacità dell'individuo di utilizzare particolari strategie metacognitive per controllare i propri pensieri intrusivi patologici. I questionari maggiormente utilizzati, sia in ambito clinico che di ricerca, fanno riferimento al Meta-Cognition Questionnaire - MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) e all'Anxious Thoughts Inventory - AnTI (Wells, 1994b). Presentiamo una breve descrizione degli strumenti utilizzati nelle diverse ricerche raccolte.

1. **Anxious Thoughts Inventory - AnTI (Wells, 1994b):**
lo strumento è composto da 22 item volti a valutare le preoccupazioni lungo tre dimensioni: preoccupazioni sociali, preoccupazioni connesse allo stato di salute e metapreoccupazioni.
2. **Meta-Cognition Questionnaire - MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997):**
l'MCQ è composto da 65 item che indagano le convinzioni dell'individuo circa le proprie rimuginazioni, gli atteggiamenti e i processi associati all'elaborazione cognitiva. L'analisi fattoriale ha rivelato i seguenti costrutti: convinzioni positive, convinzioni che riguardano pensieri incontrollabili, confidenza cognitiva, bisogno di responsabilità, controllo e punizione e auto-consapevolezza.
3. **Meta-Cognition about Health Anxiety - MCHA (Bouman & Meijer, 1999):**
l'MCHA è composto da 27 item volti a identificare credenze e convinzioni metacognitive connesse alle preoccupazioni circa lo stato di salute e le malattie. L'analisi fattoriale ha identificato le seguenti sotto-scale: incontrollabilità ed interferenza, auto-consapevolezza e conseguenze positive e negative derivanti dal preoccuparsi del proprio stato di salute.
4. **Thought Control Questionnaire - TCQ (Wells & Davies, 1994):**
il TCQ misura la tendenza dell'individuo ad usare alcune strategie metacognitive per controllare pensieri fonte di sofferenza soggettiva. La strategie investigate fanno riferimento a: la distrazione, il controllo sociale, la preoccupazione, la punizione e la rivalutazione.
5. **Meta-Worry Questionnaire - MWQ (Wells, 2005):**
lo strumento, composto da sette item, misura le credenze e la loro frequenza, che l'individuo possiede in relazione alla propria preoccupazione verso pensieri intrusivi e rimuginio. Sino ad oggi però il MWQ è stato validato esclusivamente su una popolazione di soggetti normali.
6. **Positive & Negative Beliefs about Rumination Scale - PBRS & NBRS (Papageorgiou et al., 2001, 2001b):**
la scala valuta le meta-credenze positive e negative circa il rimuginio. Nello specifico, la PBRS identifica i vantaggi legati al rimuginare, mentre la NBRS misura la percezione del soggetto circa l'incontrollabilità e la dannosità del rimuginio considerando anche le sue conseguenze negative a livello interpersonale.

7. **Meta-Memory Questionnaire - MMQ (Troyer & Rich, 2001):**
l'MMQ è suddiviso secondo tre dimensioni: fiducia nelle proprie capacità di memoria, abilità di memoria e strategie di memorizzazione. Questo strumento è stato utilizzato soprattutto negli studi in ambito evolutivo e nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo.
Gli strumenti presentati indagano prevalentemente il contenuto delle credenze metacognitive ed il tipo di strategie metacognitive messe in atto dall'individuo; si tratta di questionari autosomministrati che vengono compilati in condizioni differenti rispetto a quelle problematiche; per questo motivo i pazienti devono avere una buona capacità di monitoraggio dei propri stati interni e di un buon livello di insight per poter accedere alle proprie rappresentazioni. Tale aspetto può rappresentare un limite degli studi, se consideriamo che le convinzioni metacognitive sono contesto dipendenti e vengono attivate dall'elicitarsi di emozioni specifiche. Certamente non sono strumenti costruiti in modo tale da fornire indicazioni circa il funzionamento metacognitivo del soggetto, ovvero sulla modalità di funzionamento delle abilità metacognitive in determinate situazioni; sarebbe allora auspicabile l'integrazione di questi con strumenti differenti, come interviste cliniche strutturate in modo specifico sul funzionamento metacognitivo.

Metodo

In questo lavoro abbiamo preso in esame gli studi che hanno valutato la relazione tra metacognizione, disturbi d'ansia e depressione, con riferimento alle ricerche pubblicate su MEDLINE e PsycINFO dal 1990 ad oggi.

La scelta delle parole chiave è stata articolata; sono stati utilizzati diversi termini che, sebbene leggermente diversi tra loro, vengono utilizzati in letteratura per fare riferimento alle abilità metacognitive. Queste includono: meta-rappresentazione (Sperber, 2000), metacognizione (Flavell, 1979), teoria della mente (Premack & Woodruff, 1978), mentalizzazione (Frith, Leslie & Morton, 1991; Byrne, 1998), lettura della mente (Vogeley et al., 2001; Gallagher, et al., 2000), intentional stance (Dennett, 1987), agency detection (Blair et al., 2002), cognizione sociale (Brothers, 1990; Dunbar, 1998),

comprensione sociale (Brothers, 1990; Dunbar, 1998), autoriflessività (Frith & Frith, 1999; Semerari, 1999), meta-memoria (Bruning, et. al., 1999), meta-pensiero, monitoraggio (Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003), decentramento (Semerari, 1999; Dimaggio & Semerari, 2003). Questi termini sono stati incrociati con ciascun disturbo d'ansia e con la depressione.

Abbiamo considerato come criteri di inclusione gli studi, sia teorici che empirici, nei quali la diagnosi di ansia o depressione veniva effettuata secondo i criteri del DSM; le pubblicazioni in lingua italiana o inglese; le pubblicazioni degli ultimi 16 anni; le ricerche i cui campioni comprendevano soggetti in età adulta (tra i 18 e 65 anni). I criteri di esclusione, invece, riguardavano gli studi in cui vi era la mancanza di un chiaro modello teorico di riferimento e quelli in cui il campione era costituito da soggetti di età inferiore ai 18 anni e maggiore ai 65 anni. Quest'ultimo criterio ci è sembrato fondamentale per distinguere, da una parte, le ricerche che fanno riferimento allo studio degli aspetti relativi all'acquisizione delle funzioni cognitive, metacognitive e all'apprendimento del concetto di teoria della mente (per approfondimenti, vedi Cornoldi, 1995), e, dall'altra, per evitare di confondere il malfunzionamento metacognitivo con il decadimento delle funzioni cognitive superiori in popolazioni geriatriche.

La metacognizione nei disturbi d'ansia e depressione: evidenze empiriche

Nella tabella 1 vengono presentati tutti gli studi empirici rilevati che hanno indagato la metacognizione in campioni clinici affetti da disturbi d'ansia o da depressione; sono stati considerati alcuni studi effettuati con soggetti normali valutati in condizioni di disagio emotivo.

Dalla rassegna degli studi presentati emerge come il numero dei lavori trovati non sia particolarmente elevato; tutti fanno riferimento ai due modelli psicopatologici presentati, in particolare al modello metacognitivo di Wells. Tra i diversi disturbi considerati, quelli maggiormente indagati in tale ambito sono la depressione e la patologia ossessiva. Un esiguo numero di studi ha valutato l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale metacognitivo (MCBT). Purtroppo i dati sono di difficile generalizzabilità, considerando l'unicità della provenienza culturale (anglosassone) dei soggetti e l'esigua nu-

merosità dei campioni studiati. Infine, alcuni disturbi d'ansia, come il disturbo da attacchi di panico (DAP), la fobia semplice, la fobia sociale (FS), l'ipocondria o il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), sono stati poco indagati, probabilmente anche a causa della mancanza di un modello teorico specifico che spieghi in modo accurato l'esordio e il mantenimento della patologia secondo una prospettiva metacognitiva.

Tabella 1 - Ricerche empiriche effettuate su popolazioni di soggetti sani o di pazienti volte ad indagare gli aspetti metacognitivi nei disturbi d'ansia e nella depressione. Le ricerche sono presentate secondo un ordine cronologico.

Autori	Disturbo	Campione	Strumenti di valutazione
Matthews et al., 1999	Popolazione normale di studenti	N=84	MCQ, AnTI, strumenti per valutare l'ansia da esame
Borkovec et al., 1999	Popolazione normale di studenti, DAG	N=29 con DAG N=30 controllo sani	Worry Outcome Diary, GADQ
Papageorgiou & Wells 1999	Popolazione normale di studenti	N=69	Diari metacognitivi, BAI, BDI
Wells & Carter, 2001	DAG, DAP, FS, depressione	N=24 DAG N=24 DAP N=24FS N=24 pz depressi	AnTI, MCQ
Wells & King, 2005	DAG	N=10	AnTI, BAI, BDI
Ladouceur et al., 2000	DAG	N= 14 pz DAG N=12 controllo sani	PSWQ, WAQ, BAI, IUS, SORS
Sugiura et al., 2003	Popolazione normale di studenti	N=127	PSWQ, SMCS, Problem-solving related to metacognition scale
Rachman, et al. 1995	Popolazione normale di studenti	N=234	RAQ, MOCI, BDI, GI, IBRO
Shafran et al., 1996	DOC	N=147 DOC N=190 sani	MOCI, TAF Scale, BDI
Shafran et al., 1996	DOC	N=118 DOC N=122 controllo sani adulti N=272 controllo sani studenti	MOCI, TAF Scale, BDI
Cartwright-Hatton & Wells, 1997	DAG, DOC	N=32 DAG N=17 DOC N=14 disturbi emotivi diversi da DAG e DOC N=30 controllo sani	MCQ, STAI, AnTI, PI, CFQ, PSCS
Wells & Papageorgiou 1998	Popolazione normale di studenti, DOC	N=105	PI, AnTI, PSWQ, MCQ

cont...

Emmelkamp & Aardema, 1999	Popolazione normale, DOC	N=305	PI, item volti ad indagare aspetti metacognitivi
Hermans et al., 2003	DOC	N=19 pz DOC N=19 controllo sani	PI, MOCI, MCQ, QMI
Janeck et al., 2003	DOC	N=30 pz DOC N=25 altro DA N=25 controllo sani	Y-BOCS, BAI, BDI, CIQ, III, OBQ, CSC-E, MCQ, PVAQ
Gwilliam et al., 2004	Popolazione normale	N=197	MOCI, TFI, RAQ-2, TAF, TFI, MCQ, PSWQ, STAI-Y, PI
Myers & Wells, 2005	Popolazione normale	N=100	RAS, MCQ-30, TFI, MOCI, PI, PSWQ
Tuna et al., 2005	DOC	N= 17 pz DOC N=16 pz sub-clinici DOC N=15 controllo sani	MOCI, Y-BOCS, BDI, STAI, FOK (per misurare la performance della meta-memoria)
Fisher & Wells, 2005	DOC	N=8 pz DOC	MOCI, Y-BOCS, BDI, BAI, PI, credenze mtc sulle ossessioni
Bouman & Meijer, 1999	ipocondria	N= 14 pz ipocondriaci N=25 controllo sani	WI, PSWQ, WDQ, MCQ, MCHA
Morrison & Wells, 2003	DAP	N=35 pz DAP N=24 pz Sc N=50 controllo sani	MCQ
Reynolds & Wells, 1999	DPTS, depressione	N= pz DPTS N= pz depressi N= controllo sani	TCQ
Wells & Sembi, 2004	DPTS	N=6 pz DPTS	PTSD, BDI, BAI, PTSD, DTS, IES
Roussis & Wells, 2006	DPTS, Popolazione normale di studenti	N=171	MCQ-30, Penn Invenotry, TCQ, IES
Dannahy & Stopa, 2007	FS, Popolazione normale di studenti	N=25 sog con Fobia Sociale (FS) N=25 controllo sani	Fear of negative evaluation scale FNES, MCQ, Social performance rating scale, Thoughts Questionnaire, Daily Thoughts Questionnaire
Teasdale et al., 2000	Depressione	N=76 pz depressi N=69 controllo sani	HRDS, BDI
Sheppard & Teasdale, 2000	Depressione	N=20 pz depressi N=30 controllo sani	HRS, BDI, DAS
Papageorgiou & Wells, 2003	Depressione	N=200	IDD, RRS, BPRS, NBRS, MCQ-30
Inoue et al., 2004	Depressione	N=50 pz depressi in remissione	HAM-D, WASI-R, ToM task
Inoue et al., 2006	Depressione	N=50 pz depressi in remissione	HAM-D, WASI-R, ToM task, GAF, SOFAS, GARF
Lee et al., 2005	Depressione	N=15 pz con depressione moderata N=37 pz con depressione grave N=30 controllo sani	HRSD, Eyes test, BDI, MASQ

Legenda dei questionari: Anxious Thoughts Inventory (AnTI; Wells, 1994b), Meta-Cognition Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997), General Anxiety Disorders Questionnaire (GADQ; Roemer, Posa, & Borkovec, 1991), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1961), il Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck, 1988), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ; Dugas, Freeston, Lachance et al., 1995), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS; Freeston et al., 1994), Significant Other Rating Scale (SORS; Ladouceur et al., 2000), Scale of Meditation-Related Cognitive Styles (SMCS; Sakairi, 2002), Responsibility Appraisal Questionnaire (RAQ; Rachman et al., 1995), Guilt Inventory (GI; Kugler & Jones, 1992), Inventory of Beliefs Related to Obsessionality (IBRO; Freeston et al., 1993), Cognitive Failures Questionnaire (CFQ, Broadben et al., 1982), Private self-consciousness Scale (PSCS; Fenigstein et al., 1975), Problem-solving related meta-cognitions (Sugiura, 2002), Padua Inventory (PI; Sanavio, 1988), Worry Domains Questionnaire (WDQ; Tallis et al., 1992), Questionnaire upon Mental Imagery (QMI; Sheehan, 1967) Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), Cognitive Intrusions Questionnaire (CIQ; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1991; Freeston & Ladouceur, 1993), Interpretation of Intrusion Inventory (III; OCCWG, 1997, 2001), Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ; OCCWG, 1997, 2001), Center for epidemiological Studies-Depression Scale (CSC-E; Radloff, 1977), PVAQ, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977), Thought-Fusion Instrument (TFI; Wells et al., 2001), Responsibility Appraisal Questionnaire (RAQ-2; Rachman et al., 1995), Thought-Action Fusion Scale (TAF; Shafran et al., 1996), Responsibility Attitude Scale (RAS; Salkovskis et al., 2000), Impact of Events Scale (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), Penn Inventory (Hammarberg, 1992), il Trait Anxiety Inventory (STAI-T; Spielberg et al., 1983), Eyes Test (Baron-Cohen, 1997), Meta-Cognition about Health Anxiety (MCHA; Bouman & Meijer, 1999), Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994), Meta-Worry Questionnaire (MWQ; Wells, 2005), Positive & Negative Beliefs about Rumination Scale (PBRS & NBRS; Papageorgiou et al., 2001, 2001b), Meta-Memory Questionnaire (MMQ; Troyer & Rich, 2001).

Dai lavori analizzati, anche se con i limiti metodologici indicati, emerge comunque un'associazione significativa tra aspetti metacognitivi disfunzionali e sintomatologia emotiva. Di seguito presentiamo i modelli metacognitivi che sono stati sviluppati nell'ambito dei vari disturbi emotivi ed i principali studi che li hanno supportati.

Ansia generalizzata

Credenze metacognitive positive e negative specifiche svolgono un ruolo centrale nel mantenimento del disturbo d'ansia generalizzato - DAG (Wells, 1995, 1997); a riguardo, evidenze empiriche sono emerse da alcuni studi che

hanno evidenziato una forte associazione tra credenze metacognitive e punteggi elevati in strumenti come l'AnTI, il MCQ e il PSWQ (Papageorgiou & Wells, 1998; Craske et al., 1989; Vasey & Borkovec, 1992). Nel modello metacognitivo del DAG, Wells, infatti, ipotizza che il soggetto sviluppi delle credenze metacognitive positive e negative circa il proprio disturbo. Il contenuto delle prime si riferisce all'utilità di attività mentali, come il preoccuparsi ed il rimuginio, quali efficaci strategie di coping per gestire stati d'animo dolorosi; le credenze metacognitive negative originano invece dalla percezione di pericolosità di questi processi stessi, sviluppando nel paziente convinzioni come "Preoccuparmi mi farà impazzire!", "Se continuo così diventerò matto", "La preoccupazione è impossibile da controllare", "Se non controllo le mie preoccupazioni non riuscirò ad andare avanti".

In linea con questo modello, alcuni studi dimostrano come modificare le credenze metacognitive, tramite il trattamento cognitivo-comportamentale metacognitivo (MCBT), favorisca la remissione dei sintomi nel DAG. In uno studio (Wells, 2005), dieci soggetti trattati con la MCBT hanno mostrato una significativa riduzione sintomatologica (valutata tramite il Beck Anxiety Inventory ed il Trait Anxiety Inventory), e del livello di sofferenza (misurata con il Beck Depression Inventory), a fine trattamento. In un altro studio, Ladoucer e collaboratori (2000) hanno messo a confronto l'efficacia di un trattamento cognitivo basato sull'utilizzo di tecniche metacognitive su un gruppo di pazienti con DAG (N=14) ed un gruppo di soggetti in lista d'attesa (N=12). La riduzione sintomatologica, misurata con il BAI, il BDI, ed il Worry and Anxiety Questionnaire - WAQ (Dugas, Freeston, Lachance et al., 1995), si è dimostrata significativamente maggiore e duratura nel tempo, ad un follow-up di 6 e 12 mesi, rispetto al gruppo di controllo. Infine, in un'altra ricerca, Nassif (1999) ha indagato il ruolo delle credenze metacognitive negative nello sviluppo del DAG. L'autore ha osservato come i soggetti che possedevano delle convinzioni negative sull'incontrollabilità e la pericolosità del rimuginio sviluppavano un DAG nel giro di 12-15 settimane, a dispetto dei soggetti che non avevano dimostrato possedere questo tipo di credenze.

In conclusione, il modello di Wells evidenzia il ruolo delle convinzioni metacognitive positive e negative nel mantenimento dei sintomi ansiosi, mostrando come un trattamento focalizzato sugli aspetti metacognitivi del processo di elaborazione delle informazioni abbia un ruolo nella riduzione sin-

tomatologica. In questo modo infatti il paziente ha l'opportunità di spezzare il circolo vizioso instauratosi tra pensieri, emozioni negative, comportamenti, convinzioni errate e credenze metacognitive.

Ipocondria

Il modello metacognitivo di Wells è stato applicato in ambito clinico all'ipocondria. In uno studio, Bouman & Meijer (1999) hanno confrontato un campione di 14 pazienti ipocondriaci con un gruppo di controllo di individui sani. Ai soggetti sono stati somministrati il Penn State Worry Questionnaire - PSWQ (Meyer et al., 1990), il Whitely Index - WI (Pilwosky, 1967), l'MCQ, il Worry Domains Questionnaire - WDQ (Tallis et al., 1992) ed il Meta-cognitions about Health Anxiety Questionnaire (MCHA), per valutare le convinzioni e le valutazioni metacognitive circa il proprio stato di salute. Dai risultati è emerso che le meta-preoccupazioni specifiche allo stato di salute rappresentano dei buoni predittori dei sintomi ipocondriaci e della generale tendenza a monitorare i propri pensieri e le preoccupazioni.

In linea con la teoria di Wells, il modello metacognitivo specifico per l'ipocondria, mostra come l'interpretazione minacciosa dei segnali corporei promuova l'attivazione di credenze metacognitive positive e negative che concorrono nel mantenimento del disturbo (Wells & Hackmann, 1993). Le convinzioni positive fanno riferimento all'utilità del preoccuparsi come strategia di problem-solving e come forma di "scongiuro" per proteggersi dalle sfide del fato, legata quindi all'attivazione di comportamenti superstiziosi volti ad evitare il contrarsi di malattie. Tuttavia, in parallelo con le credenze metacognitive positive, si attivano delle credenze negative circa i comportamenti e le proprie convinzioni sulla malattia, e sulla la pericolosità del preoccuparsi. Dialoghi interni tipici dei pazienti ipocondriaci sono rappresentati da affermazioni come "Gli altri sembrano capaci di controllare le loro preoccupazioni sul cancro, perchè io non ci riesco?!", "Preoccuparmi sul mio stato di salute mi aiuterà ad affrontare meglio la malattia", "La preoccupazione potrebbe nuocere alla mia salute mentale". L'instaurarsi del circolo vizioso è, quindi, favorito da credenze che facilitano lo sviluppo di preoccupazioni e da comportamenti, quali la ricerca di rassicurazione da parte di personale medico, che, a loro

volta, incrementano le risposte d'ansia. Per forza di necessità, tali strategie di fronteggiamento difficilmente raggiungono l'obiettivo prefissato, ma anzi rinforzano e favoriscono l'instaurarsi di un circolo vizioso in cui credenze metacognitive positive e negative si auto-alimentano favorendo, di conseguenza, l'ulteriore aumento dell'ansia, la ricerca continua di rassicurazioni e così via.

In conclusione, anche per quanto riguarda l'ipocondria il modello di Wells evidenzia il ruolo svolto dalle convinzioni metacognitive positive e negative nel mantenimento dei sintomi ipocondriaci, mostrando i risvolti terapeutici positivi di un intervento specifico sugli aspetti metacognitivi del disturbo.

Disturbo ossessivo-compulsivo

Specifiche credenze metacognitive, positive e negative, sarebbe alla base dell'esordio e del mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo (Wells & Matthews, 1994; 1996; Wells, 1997, 2000); diversi studi hanno messo evidenza una forte associazione tra tali contenuti e i sintomi ossessivo-compulsivi (Wells & Papageorgiou, 1998; Emmelkamp & Aardema, 1999; Myers & Wells, 2005; Rachman et al., 1995; Shafran et al., 1996; Hermans et al., 2003; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Janeck et al., 2003; Cartwright-Hatton et al., 1997; Guilliam et al., 2004; Fischer & Wells, 2005)

Wells e Matthews (1994, 1996) e successivamente Wells (1997, 2000) suggeriscono che uno stimolo scatenante (come un'idea intrusiva o un'emozione) attiva nel soggetto una serie di credenze metacognitive circa il significato o la pericolosità dello stimolo ed i rituali o i comportamenti da attuare in risposta ad esso. Tali credenze, a loro volta, orientano e influenzano la valutazione disfunzionale dello stimolo attivante. Le reazioni emotive negative che si accompagnano alla valutazione dello stimolo sono interpretate a loro volta in maniera disfunzionale; ne consegue un intensificarsi delle risposte emotive ed un aumento della probabilità di nuove intrusioni, in grado di abbassare la soglia per il riconoscimento di stimoli ossessivi. D'altra parte, i rituali o le risposte comportamentali messe in atto impediscono di falsificare le credenze metacognitive delle intrusioni; il fatto che non si siano verificate situazioni catastrofiche in conseguenza del pensiero intrusivo viene attribuito dal sog-

getto ai rituali messi in atto, piuttosto che all'incongruenza della valutazione dell'intrusione. Le risposte comportamentali, a loro volta, possono esacerbare le idee intrusive mediante una serie di meccanismi ricorsivi.

Diversi studi hanno portato evidenze empiriche a sostegno del modello metacognitivo del DOC proposto da Wells. In un lavoro Wells & Papageorgiou (1998) hanno messo in evidenza una correlazione tra le convinzioni metacognitive negative di incontrollabilità e di pericolosità dei pensieri intrusivi e i sintomi ossessivi. Prima Emmelkamp e Aardema (1999), e più di recente Myers & Wells (2005), hanno dimostrato che le credenze metacognitive sono correlate alla maggior parte dei comportamenti ossessivo-compulsivi (lavarsi, controllare, ruminazione, precisione, pensiero magico, responsabilità etc.). Nello studio di Emmelkamp et al. (1999) in particolare, viene osservato che uno specifico tipo di credenza, il pensiero Fusione Azione (TAF), è un predittore indipendente del controllo compulsivo. Questo risultato è perfettamente in linea con quanto ottenuto da Rachman precedentemente (1997), il quale identifica in questo tipo di credenza uno dei quattro fattori capaci di accrescere la vulnerabilità dell'individuo al DOC. Altri lavori (Rachman et al., 1995; Shafran et al., 1996) hanno evidenziato come la credenza del tipo TAF è particolarmente elevata in campioni di pazienti ossessivi.

Altri studi più recenti hanno dimostrato che alcune dimensioni metacognitive, misurate con il Meta Cognitions Questionnaire, correlano positivamente coi sintomi ossessivo-compulsivi (Hermans et al., 2003; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) e differenziano i pazienti DOC da quelli con altro tipo di disturbo d'ansia (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Tra questi lavori ricordiamo brevemente quello di Janeck e collaboratori (Janeck et al., 2003), i quali hanno dimostrato che una elevata autocoscienza cognitiva -CSC (cognitive self-consciousness), una delle cinque dimensioni identificate con il MCQ, accresce la tendenza a valutare negativamente i pensieri intrusivi, aumenta l'eccessiva importanza delle credenze relative ai pensieri, e aumenta la probabilità di sviluppare un DOC. Sulla stessa linea, Guilliam, Wells e Cartwright-Hatton (2004) hanno condotto uno studio correlazionale, e mediante l'impiego dell' MCQ e del Thought-Fusion Instrument - TFI (Wells et al., 2001), hanno messo in evidenza che le credenze metacognitive sono fortemente associate con i sintomi ossessivo-compulsivi e con la valutazione della responsabilità.

Infine, secondo il modello del DOC proposto da Wells, la modifica delle credenze metacognitive ha come effetto quello di ridurre l'ansia associata ai pensieri ossessivi e alle compulsioni. In uno studio recente Fischer & Wells (2005) hanno verificato l'ipotesi secondo cui una breve esposizione (5 minuti) a stimoli ossessivi e la prevenzione della risposta possono effettivamente indurre un cambiamento nelle credenze metacognitive disfunzionali relative alle ossessioni e alle compulsioni. La breve esposizione allo stimolo consentirebbe alla persona di testare la validità delle sue credenze, mentre la prevenzione della risposta agirebbe come una manovra di dis-conferma: in pratica la persona associa il mancato verificarsi della catastrofe immaginata alla falsità della credenza metacognitiva piuttosto che all'esecuzione di un rituale.

Possiamo concludere affermando che le credenze metacognitive hanno un ruolo centrale nell'eziologia e nel mantenimento del DOC. Tali credenze sono definite metacognitive poichè rappresentano delle credenze generali che l'individuo possiede sui propri pensieri (TEF, TAF, TOF, bias cognitivi, e altre assunzioni circa i processi di pensiero) e influenzano e sostengono le valutazioni disfunzionali delle ossessioni. Dunque, solo un intervento focalizzato sulle credenze circa il proprio funzionamento cognitivo garantirebbe il maggior successo della terapia.

Disturbo post-traumatico da stress, attacco di panico e fobie

Illustriamo brevemente i modelli e le ricerche che hanno indagato gli aspetti metacognitivi nei disturbi d'ansia meno studiati, quali il Disturbo Post-traumatico da Stress, il Disturbo da Attacchi di Panico e le Fobie.

In alcuni lavori sono stati valutati gli aspetti metacognitivi coinvolti nell'esordio e nel mantenimento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (DPTS). Nella validazione del TCQ su popolazione clinica, Reynolds & Wells (1999) hanno misurato le strategie di coping in un campione di pazienti affetti da depressione maggiore e da DPTS. Gli autori hanno osservato una stretta associazione tra i livelli della depressione e del DPTS e le sottoscale del TCQ. In uno studio successivo, Holeva e collaboratori (2001) hanno rilevato come il tipo di strategie di controllo dei pensieri utilizzato dopo aver subito un evento traumatico, rappresenti un buon predittore della probabilità di sviluppare un

DPTS tre mesi dopo l'avvenimento (rappresentato nello specifico da un incidente stradale). In un altro studio Roussis & Wells (2006) hanno misurato la metacognizione in un campione di 285 studenti somministrando ai soggetti l'Impact of Events Scale - IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), il Penn Inventory (Hammarberg, 1992), il TCQ e l'MCQ-30. I risultati hanno mostrato che le credenze metacognitive, sia positive che negative, spiegavano la severità dei sintomi ansiosi (valore nell'IES), anche quando si controllava per l'effetto del TCQ, ovvero delle strategie metacognitive usate per controllare pensieri negativi. Da questo studio, e dai precedenti, emerge come gli aspetti metacognitivi abbiano un ruolo nel determinare e nel mantenere la sintomatologia ansiosa nel DPTS. Wells & Sembi (2004 a,b) hanno valutato l'efficacia del trattamento metacognitivo (MCBT) in un campione di sei pazienti affetti da DPTS e da depressione maggiore. A fine trattamento, e ad un follow-up di tre mesi, tutti i pazienti hanno mostrato, e mantenuto, un significativo miglioramento dei sintomi, sia legati alla patologia ansiosa (misurati tramite il BAI, l'IES e il DTS) che alla depressione (valutati con il BDI).

In accordo con il suo modello generale, Wells (2000) sottolinea l'importanza delle credenze metacognitive nel mantenimento del disturbo post-traumatico, evidenziando la necessità di insegnare al paziente modalità più funzionali di gestione dei sintomi, in modo da ridurre il rimuginio ed il bisogno di monitoraggio e controllo, piuttosto che focalizzare sul contenuto dei pensieri, delle immagini o dei ricordi traumatici.

Nessuno studio, finora, ha indagato in modo approfondito il ruolo della metacognizione nel disturbo da attacchi di panico (DAP). L'unico lavoro fa riferimento ad uno studio di Morrison e Wells (2003) sulla schizofrenia. In questo studio gli autori hanno indagato le credenze metacognitive nel DAP e in pazienti schizofrenici con sintomatologia positiva attiva. Nello specifico, gli autori hanno rilevato punteggi più elevati nell'MCQ nei pazienti con DAP, rispetto al gruppo di controllo sano. Nonostante questi dati preliminari, nell'ambito del DAP manca un modello teorico specifico che spieghi il ruolo giocato dalle credenze metacognitive nell'esordio e nel mantenimento del disturbo; così come, d'altra parte, sarebbe necessario trovare maggiori evidenze empiriche del modello.

Il ruolo giocato dalla metacognizione nell'esordio e nel mantenimento della fobia sociale è stato approfondito solo di recente. In un recente artico-

lo, Dannahy & Stopa (2007) evidenziano come un'errata elaborazione delle informazioni relative all'evento ansioso ed il rimuginio che lo segue, abbiano un ruolo significativo nel mantenimento della sofferenza in soggetti sani con livelli di ansia sociale elevati, rispetto a soggetti con livelli di ansia molto bassi. In linea con i risultati di questo studio, Wells (2007) ha proposto un modello teorico specifico per spiegare il mantenimento della sintomatologia nella fobia sociale. Nel modello l'autore evidenzia il ruolo delle credenze metacognitive relative all'elaborazione delle informazioni ed al rimuginio, relativa all'interpretazione delle situazioni fobiche. Tali credenze si attivano solitamente subito dopo l'esposizione alla situazione sociale temuta, quando il soggetto dà avvio ad una ri-elaborazione dell'evento. Questo processo di elaborazione si perpetua per parecchio tempo e determina lo sviluppo di credenze metacognitive circa l'utilità ed il pericolo di mettere in atto tali strategie di pensiero.

Riassumendo, in questi disturbi d'ansia non abbiamo trovato numerose evidenze empiriche circa il ruolo svolto dalla metacognizione nell'espressione sintomatologica; in particolare, segnaliamo come siano assenti riferimenti a riguardo nell'ambito delle fobie semplici.

Depressione

Presentiamo gli studi che hanno spiegato il mantenimento ed il rischio di ricadute nella depressione secondo i due modelli metacognitivi principali: quello di Wells e il modello di Teasdale.

Modello della depressione di Wells. Aspetti metacognitivi giocano un ruolo chiaro nel mantenimento della depressione. In un campione di pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (in assenza di comorbidità in Asse I) sono state rilevate, mediante un'intervista semistrutturata, credenze metacognitive, positive e negative, specifiche circa il rimuginio (Papageorgiou & Wells, 2001a)

In uno studio successivo (Papageorgiou & Wells; 2001b) gli autori confermano la presenza di convinzioni metacognitive, identificando delle credenze positive specifiche dello stato depressivo, sostanzialmente diverse rispetto a quelle identificate nel DAP o nell'agorafobia. In un altro lavoro, Papageorgiou, Wells e Meina (2001) hanno indagato le credenze metacognitive negative in

pazienti depressi. Gli autori hanno identificato delle credenze metacognitive negative relative all'incontrollabilità, alla pericolosità e alle conseguenze interpersonali del rimuginio in un campione di pazienti depressi.

In un lavoro più recente, Papageorgiou e Wells (2003) confermano la presenza di un'associazione tra rimuginio e credenze metacognitive, in un campione di soggetti depressi, rispetto ad un gruppo di controllo sano. I risultati suggeriscono che le credenze positive circa il rimuginio sono strettamente collegate alla tendenza a rimuginare come reazione all'umore depresso. Le credenze negative circa il rimuginio, invece, sembrano svolgere un ruolo nella mediazione tra rimuginio e sintomi depressivi (Papageorgiou & Wells, 2003). In sostanza, come osservato nell'ansia, anche nella depressione il paziente sviluppa e mantiene credenze metacognitive positive (come ad esempio: "Ho necessità di rimuginare circa i miei problemi per trovare una soluzione alla depressione") e negative (come: "è impossibile non rimuginare circa le cose negative che sono accadute in passato") circa il rimuginio. Soprattutto queste ultime hanno un ruolo chiave nel mantenimento e nell'esacerbazione dei sintomi depressivi, poiché includono anche la valutazione di conseguenze negative sul piano sociale e interpersonale (come: "Gli altri mi eviteranno non appena si accorgeranno quanto rimuginino su me stesso") e cognitivo (ad esempio: "Qualche volta la memoria può trarmi in inganno, sono un incapace!") (Papageorgiou & Wells, 2003).

In conclusione, Papageorgiou e Wells mettono in luce il ruolo delle convinzioni metacognitive positive e negative circa il rimuginio nel mantenimento dello stato depressivo. Quindi il trattamento di questo disturbo per mezzo dell'analisi e della modifica di tali convinzioni sarà finalizzato all'interruzione dei circoli viziosi in cui rimuginio, depressione e metacognizione incrementano e mantengono i sintomi depressivi.

Modello della depressione di Teasdale. Teasdale e collaboratori (1999, 2000, 2002), hanno condotto diversi studi per valutare l'efficacia della Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness nella depressione, trattamento che facilitando la consapevolezza degli stati mentali alla base del disturbo depressivo, può interrompere i processi di elaborazione dell'informazione che sono alla base del mantenimento del disturbo e delle ricadute. Secondo il modello ICS, la depressione può essere descritta come un blocco dell'elaborazione dell'informazione, caratterizzato dallo stabilizzarsi di modelli schematici

depressogeni. Alla base del mantenimento della depressione vi sarebbe quello che viene definito *ingranaggio depressivo*, che è un processo auto perpetuante che continua a rigenerare i modelli schematici depressogeni; ciò avviene quando il sistema implicazionale (addeito all'elaborazione di significati di ordine superiore) elabora l'informazione in direct mode, modalità di elaborazione on line dell'informazione che non consente di ricevere informazioni per poter creare nuovi modelli schematici o modificare quelli vecchi. Le interazioni tra i sottosistemi cognitivi proposizionale e implicazionale (circuitto cognitivo), si bloccano quindi nel processare un numero limitato di temi di contenuto negativo (ad esempio, attribuzioni di fallimento alla propria inadeguatezza, valutazioni negative delle interazioni interpersonali, previsioni pessimistiche per il futuro). Accade che i modelli schematici depressogeni restano attivati e continuano a generare significati e stati emotivi negativi.

Secondo il modello ICS, la vulnerabilità alla depressione è collegata alla facilità con la quale l'ingranaggio depressivo viene ristabilito nei momenti di umore disforico. L'umore disforico infatti attiva l'assetto mentale associato ai precedenti episodi depressivi e i relativi stati mentali in cui il sé viene visto e sentito come inadeguato, privo di potere, di valore e inefficacie. Negli stati mentali legati alla disforia viene valutata anche la discrepanza tra lo stato attuale del sé e uno standard ideale; la persona vulnerabile alla depressione cercherà una soluzione a tale discrepanza attraverso la ruminazione, entrando così nel circolo vizioso dell'ingranaggio depressivo.

Gli studi condotti da Teasdale e collaboratori hanno dimostrato l'ipotesi che la vulnerabilità ad ulteriori episodi depressivi è associata con una ridotta accessibilità del livello implicazionale alla modalità buffered mode, che corrisponde al vissuto mindfulness (Teasdale et al 2002), e da un altro lato hanno dimostrato l'efficacia della terapia MCBT nel ridurre i rischi di ricadute depressive (Teasdale 2000; 2002). Uno studio condotto da Teasdale e Sheppard, condotto su pazienti depressi e su un gruppo di controllo ha evidenziato che la presenza di un malfunzionamento dei processi di Monitoraggio Metacognitivo in pazienti depressi favorisce un accesso relativamente automatico a schemi disfunzionali depressogeni rendendoli vulnerabili al rischio di ricadute (Teasdale & Shappard, 2000).

Riassumendo, gli studi condotti da Teasdale e quelli di efficacia della terapia MCBT, evidenziano come la presenza nei pazienti depressi di modalità

di elaborazione rigide ed automatiche possano alimentare processi di mantenimento e vulnerabilità alle ricadute depressive, e mostrano come favorendo l'accesso consapevole ai propri stati mentali si possano disinnescare i circoli viziosi della depressione e permettere la produzione di nuovi modelli schematici o la modificazione di quelli vecchi.

Conclusioni

Complessivamente dagli studi analizzati emerge una stretta interazione tra dimensione emotiva e metacognitiva. Le emozioni giocano un ruolo importante sui nostri processi mentali (ad esempio nel problem-solving, nei processi di decision making etc.) e nella direzione dei nostri comportamenti (Schwartz, 2000; Fiedler, 2001; Spering, Waganer, & Funke, 2005; Johnson-Laird, Mancini & Gangemi, 2006). Allo stesso tempo, le informazioni che provengono dal controllo e dal monitoraggio metacognitivo influenzano lo stato emotivo e di conseguenza il nostro comportamento. In particolare, la consapevolezza del proprio stato emotivo regola le nostre abilità sociali e sembra essere coinvolta in alcuni aspetti legati alla Teoria della Mente (Zimmer, 2003).

A partire da queste osservazioni, la ricerca sulla metacognizione nei disturbi d'ansia e nella depressione può contribuire alla comprensione dei singoli disturbi e al loro mantenimento. Sono stati proposti modelli esplicativi del loro funzionamento e di come metacognizione ed emozioni interagiscano favorendo il mantenimento del disturbo, modelli che presentano numerose caratteristiche comuni. Gli aspetti metacognitivi problematici, che si manifestano sotto forma di credenze e valutazioni maladattive e tramite strategie di controllo disfunzionali, rappresentano uno degli elementi centrali nell'esordio e nel mantenimento della patologia.

Tutti gli studi trovati fanno riferimento ciascuno a due modelli teorici principali; entrambi tentano di descrivere i disturbi emotivi in un'ottica metacognitiva, a partire però da prospettive differenti. Wells (1997; 2000) focalizza la propria attenzione sul contenuto delle credenze metacognitive, ovvero sulle cognizioni che l'individuo possiede circa le proprie cognizioni, che ritiene centrale nel mantenimento del disturbo. Teasdale (1999, 2000, 2002) propone un modello della depressione basato su un funzionamento

metacognitivo complesso, in cui si prende in considerazione l'intero mindset metacognitivo, senza focalizzare l'attenzione sui contenuti metacognitivi specifici. Riassumendo, mentre il modello di Wells indaga i contenuti metacognitivi che caratterizzano ciascun disturbo, l'approccio metacognitivo della depressione di Teasdale concepisce il deficit metacognitivo nei termini di un malfunzionamento generale.

Oltre ai modelli citati, ci sembra opportuno ricordare rapidamente altri autori, come Salkovskis (1985, 1988, 1989, 1995) e Rachman (1997, 1998), che hanno proposto precedentemente delle spiegazioni dell'ansia che potremmo definire, alla luce delle riflessioni fatte, "metacognitivi". Salkovskis (1985, 1988, 1989, 1995) ha proposto un modello del DOC in cui si accenna alle strategie di controllo, soppressione o neutralizzazione del pensiero. Rachman (1997, 1998), sempre nell'ottica di spiegare la sintomatologia ossessiva, sostiene la presenza di diversi processi, alcuni dei quali potrebbero essere definiti "metacognitivi"; in particolare questi ultimi fanno riferimento ad un'errata interpretazione dei propri pensieri intrusivi, derivante da un sistema pre-esistente di credenze a contenuto minaccioso e ad un insieme di bias cognitivi, come la fusione pensiero-evento - TEF (Wells, 1997), la fusione pensiero-azione -TAF (Rachman, 1993, 1997, 1998) e la fusione pensiero-oggetti -TOF, già citati e presi in considerazione nel modello del DOC di Wells.

In conclusione, dall'analisi dei risultati osservati nei diversi studi, si evince come gli aspetti metacognitivi giochino un ruolo chiave nel mantenimento dei disturbi emotivi. In particolare, emerge chiaramente una netta concentrazione sugli aspetti legati ai contenuti metacognitivi, che si diversificano nei singoli quadri psicopatologici. Una conseguenza terapeutica potrebbe essere quella di includere un'attenta valutazione dei contenuti metacognitivi nei programmi terapeutici. Nei lavori citati sono presenti diversi limiti. Innanzitutto, alcuni disturbi d'ansia sono stati poco studiati. Inoltre, in alcuni casi i campioni presi in esame per valutare la dimensione emotiva sono rappresentati da popolazioni normali, per lo più di studenti, elemento che non permette l'estensione diretta delle osservazioni ottenute ai quadri psicopatologici. Altro aspetto da tener presente è il numero ridotto dei soggetti valutati nel caso degli studi che hanno utilizzato campioni clinici, che rende difficile poter generalizzare le conclusioni. Gli studi che hanno valutato l'efficacia del trattamento metacognitivo nei diversi disturbi emotivi non si sono avvalsi di gruppi di

controllo, il che non permette di verificare l'effettiva efficacia del trattamento. Altro limite riguarda la modalità d'indagine, sia per quanto attiene alla valutazione psicopatologica (ansiosa o depressiva) dei pazienti che all'analisi dei contenuti metacognitivi. Questi ultimi sono stati infatti indagati tramite strumenti di tipo self-report, coerentemente ai presupposti teorici che prevedono per ciascun disturbo, contenuti metacognitivi disfunzionali, valutabili quindi con strumenti come questionari autosomministrati (Wells, 1997; 2000). Tale opzione può rappresentare un limite della ricerca se ipotizziamo invece la presenza di un malfunzionamento metacognitivo nei disturbi emotivi, il che richiede allora l'uso di strumenti differenti che vadano a valutare la modalità del funzionamento (interviste, analisi di narrazioni del paziente); questa posizione può rappresentare una prospettiva promettente per future ricerche. Williams (1998) in passato ha accennato al ruolo della metacognizione nei disturbi emotivi. L'autore ha individuato due tipi di bias cognitivi, operanti a livello dell'attenzione e della memoria, coinvolti nell'ansia e nella depressione. L'ansia, ad esempio, ha degli effetti sui processi pre-attentivi che portano l'individuo a percepire come minacciosi stimoli innoqui. In questo senso, quindi, le emozioni hanno un impatto significativo sul controllo metacognitivo e sul monitoraggio delle funzioni cognitive.

Visto l'impatto che le emozioni hanno sul funzionamento cognitivo e metacognitivo, visto che le emozioni intervengono nell'elaborazione delle informazioni, la manipolazione degli stati emotivi può contribuire a modificare le cognizioni e le interpretazioni disfunzionali dell'individuo che caratterizzano i disturbi emotivi. Tale processo può essere consolidato se vengono modificate le convinzioni metacognitive che i pazienti hanno circa il proprio disturbo; questo, probabilmente, è possibile se si interviene non solo sul contenuto specifico ma anche sul malfunzionamento metacognitivo che contribuisce a determinarlo.

Bibliografia

- BARON-COHEN S., JOLLIFFE T., MORTIMORE C., & ROBERTSON M. (1997) *Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome*, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, pp. 813-822.

- BARON-COHEN S., LESLIE A.M., FRITH U. (1985) *Does the autistic child have a theory of mind?* in *Cognitive psychology*, 21, pp. 37-46.
- BARON-COHEN S. (1995) *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: Bradford/MIT Press.
- BECK A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin USA.
- BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J., & ERBAUGH J. (1961) *An inventory for measuring depression*, in *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571.
- BECK A.T., BROWN G., EPSTEIN N., STEER R.A. (1988) *An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- BLAIR R.J.R., FRITH U., SMITH N., ABELL F., CIPOLOTTI L. (2002) *Fractionation of visual memory: agency detection and its impairment in autism*, in *Neuropsychologia*, 40, 108-118.
- BORKOVEC T. D., HAZLETT-STEVENS H., DIAZ M. L. (1999) *The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment*, in *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), pp. 126-138.
- BOUMAN T. K. & MEIJER K. J. (1999) *A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis*, in *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), pp. 96-101.
- BROTHERS L. (1990) *The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain*, in *Concepts in Neuroscience*, 1, pp. 27-51.
- BRUNE M. (2003) *Social cognition and behaviour in schizophrenia*. In : Brune, M., Ribbert, H., and Schiefenovel, W., eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, U. K. : Wiley and Sons, 277-313.
- BRUNING R. H., RONNING R. R., SCHRAW G. J. (1999) *Cognitive Psychology and Instruction, Third Edition*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall, Inc. pp. 95-98, 297-302.
- BYRNE R. (1998) *The thinking ape: evolutionary origins of intelligence*. Oxford University Press.
- CAMAIONI L. (1995) *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*. Laterza, Roma-Bari.
- CARCIONE A., FALCONE M., MAGNOLFI G. et al. (1997) *La funzione metacogni-*

- tiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M)*, in *Psicoterapia*, 3, pp. 91–107.
- CARCIONE A. & FALCONE M. (1999) *Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
- CARPENDALE J. I. M. & LEWIS C. (2004) *Constructing an understanding of mind: the development of children's social understanding within social interaction*, in *Behavioral and Brain Sciences*, 27, pp. 79-96.
- CARTWRIGHT-HATTON S. & WELLS A. (1997) *Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates*, in *Journal of Anxiety Disorders*, 11, pp. 279-296.
- CORCORAN R. (2000) *Theory of mind in other clinical conditions: Is a selective "theory of mind" deficit exclusive to autism?*. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. and Cohen, D. J., eds. *Understanding Other Minds*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 391-421.
- CORNOLDI C. (1995) *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- CRASKE M. G., RAPEE R. M., JACKEL L., & BARLOW D. H. (1989) *Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R. Generalised Anxiety Disorder subjects and non-anxious control*, in *Behaviour Research and Therapy*, 27, pp. 397-402.
- DANNAHY L. & STOPA L. (2007) *Post-event processing in social anxiety*, in *Behaviour research and therapy*, 45 (6), pp. 1207-1219.
- DENNETT D. C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- DIMAGGIO G. & SEMERARI A. (a cura di) (2003) *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarepresentazione, cicli interpersonali*. Editori Laterza, Bari.
- DUGAS M. J., FREESTON M. H., LACHANCE S., PROVENCHER M. & LADOUCEUR R. (1995, July). *The Worry and Anxiety Questionnaire: Initial validation in non-clinical and clinical samples*. (Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark)
- DUNBAR R. I. M. (1998) *The social brain hypothesis*, in *Evolutionary Anthropology*, 6, pp. 178-190.
- EMMELKAMP P. M. G. & AARDEMA A. (1999) *Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour*, in *Clinical Psychology*

- ogy and Psychotherapy, 6, pp. 139-145.
- FENIGSTEIN A., SCHEIER M. F., BUSS A. H. (1975) *Public and private self-consciousness: Assessment and theory*, in *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 43, pp. 522-527.
- FIEDLER K. (2001) Affective states trigger processes of assimilation and accommodation. In L. L. Martin & G. L. Clore (Eds.), *Theories of mood and cognition: A user's guidebook* (pp. 85-98). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- FISHER P. L. & WELLS A. (2005) *Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model*, in *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 821-829.
- FLAVELL J. H. (1979) *Meta-cognition and meta-cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry*, in *American Psychologist*, 34, pp. 906-911.
- FOA E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- FONAGY P. (1991) *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient*, in *International Journal of PsychoAnalysis*, 72, pp. 639-656.
- FONAGY P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press (NY).
- FREESTON M.H., LADOUCEUR R., GAGNON F., THIBODEAU N. (1993) *Beliefs about obsessional thoughts*, in *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, pp. 1-21.
- FREESTON M. H., LADOUCEUR R., LETARTE H., RHE'AIME J., GAGNON F., THIBODEAU N. (1994). *Measurement of obsessive-compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension*. Unpublished research report, School of Psychology, Laval University, Quebec, QnSbec Canada.
- FREESTON M. H., LADOUCEUR R., THIBODEAU N., GAGNON F. (1991). *Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal*, in *Behaviour Research and Therapy*, 29, pp. 585-597.
- FRITH C. D. (1992) *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- FRITH C. D. & FRITH U. (1999) *Interacting minds - A biological basis*, in *Science*, 286 (5445), pp. 1692-1695.
- FRITH U. & FRITH C. D. (2003) *Development and neurophysiology of men-*

- talizing*, in *Philos. Trans. R. Soc. Lond., B Biol. Sci.* 358 (1431), pp. 459-473
- FRITH U. & HAPPE F. (1994) *Autism: beyond "theory of mind"*, in *Cognition*, 50, pp. 115-132.
- FRITH U., MORTON J., LESLIE A. M. (1991) *The cognitive basis of biological disorder*, in *Trend in Neuroscience*, 14, pp. 433-438.
- GALLAGHER H. L., HAPPEA F., BRUNSWICK N., FLETCHER P. C., FRITH U., FRITH C. D. (2000) *Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of "theory of mind" in verbal and nonverbal tasks*, in *Neuropsychologia*, 38, pp. 11-21.
- GOODMAN W. K., PRICE L. H., RAMUSSEN S. A., MAZURE C., FLEISCHMANN R. L., HILL C. L., HENINGER G. R., CHARNEY D. S. (1989) *The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use and reliability*, in *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 1006-1011.
- GWILLIAM P., WELLS A., CARTWRIGHT-HATTON S. (2004) *Does Meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, pp. 137-144.
- HAMMARBERG M. (1992) *Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric Properties*, in *Psychological Assessment*, 4 (1), pp. 67-76.
- HERMANS D., MARTENS K., DE CORT K., PIETERS G., ELEN P. (2003) *Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder*, in *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 383-401.
- HILL E. & FRITH U. (2003) *Understanding autism: insights from mind and brain*, in *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 358(1430), 281-289.
- HODGSON R. J. & RACHMAN S. (1977) *Obsessional-compulsive complaints*, in *Behaviour Research and Therapy*, 15, pp. 389-395.
- HOLEVA V., TERRIER N., WELLS A. (2001) *Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support*, in *Behavior Therapy*, 32, pp. 65-83.
- HOROWITZ M., WILNER N., ALVAREZ W. (1979) *Impact of Event Scale: a measure of subjective stress*, in *Psychosomatic Medicine*, 41(3), pp. 209-218.
- INOUE Y., TONOOKA Y., YAMADA K., KANBA S. (2004) *Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder*, in *Journal of Affective Di-*

- sorders, 82, pp. 403-409.
- INOUE Y., YAMADA K., KANBA S. (2006) *Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression*. *Journal of Affective Disorders*, 95 (1-3), pp. 125-127.
- JANECK A. S., CALAMARI J. E., RIEMANN B. C., HEFFELFINGER S. K. (2003) *Too much thinking about thinling?: metaconitive differences in obsessive-compulsive disorder*, in *Anxiety Disorders*, 17, pp. 181-195.
- JOHNSON-LAIRD P. N., MANCINI F., GANGEMI A. (2006) *A hyper-emotion theory of psychological illness*, in *Psychological Review*, 113(4), pp. 822-841.
- KUGLER K. & JONES W. H. (1992) *On conceptualizing and assessing guilt*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- LADOUCEUR R., MICHEL J., DUGAS FREESTON M. K., LÉGER E., GAGNON F., THIBODEAU N. (2000) *Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. Evaluation in a Controlled Clinical Trial*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), pp. 957-964.
- LEE H. K., MIN S. S., GALLAGHER M., KIRKWOOD A. (2005) *NMDA receptor-independent long-term depression correlates with successful aging in rats*, in *Nature Neuroscience*, 8, pp. 1657-1659.
- LEEKMAN S. & PERNER J. (1991). *Does the autistic child have a metarepresentational deficit?* in *Cognition*, 40, pp. 203-218.
- LESLIE A. (1987) *Pretence and representation : The origins of "theory of mind"*, in *Psychological Review*, 94 , pp. 412-426.
- MATTHEWS G., HILLYARD E. J., CAMPBELL S. E. (1999) *Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 111-125.
- MEYER T. J., MILLER M. L., METZGER R. L., BORKOVEC T .D. (1990) *Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire*, in *Behaviour Research and Therapy*, 28, pp. 487-495.
- MORRISON A. P. & WELLS A. (2003) *A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls*, in *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), pp. 251-256.
- MOSES L. J. & BAIRD J. A. (1998) *Metacognition*. In: R.A. Wilson and F.C. Keil (Eds), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences*. Cambridge: MIT Press.
- MYERS S.G. & WELLS A. (2005) *Obsessive-compulsive symptoms: the contribu-*

- tion of metacognitions and responsibility*, in *Anxiety Disorders*, 19, pp. 806-817.
- NASSIF Y. (1999) *Predictors of pathological worry*. Unpublished master's thesis, University of Manchester, UK.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (1998) *Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series*, in *Psychological Medicine*, 28, pp. 193-200.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (2001a). *Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression*, in *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, pp. 160-164.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (2001b). *Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale*, in *Behavior Therapy*, 32, pp.13-26.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (2003). *An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression*, in *Cognitive Therapy and Research*, 27, pp. 261-273.
- PAPAGEORGIU C., WELLS A., MEINA L. J. (2001) *Development and preliminary validation of the Negative Beliefs about Rumination Scale*. Manuscript in preparation.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (1999a) *Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 156-162.
- PAPAGEORGIU C. & WELLS A. (1999b) *Dimensions of depressive rumination and anxious worry: A comparative study*. Paper presented at the 33rd Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.
- PILWOSKY I. (1967) *Dimensions of hypochondriasis*, in *The British Journal of Psychiatry*, 113 (494), pp. 89-93.
- PREMACK D. & WOODRUFF G. (1978) *Does the chimpanzee have a "theory of mind"?* in *Behavioral and Brain Sciences*, 4, pp. 515-526.
- PURDON C. & CLARK D. A. (1999) *Metacognition and obsessions*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6 (2), pp. 102-110.
- RACHMAN S. (1993) *Obsessions, responsibility, and guilt*, in *Behaviour Research and therapy*, 31, pp. 149-154.
- RACHMAN S. (1997) *A cognitive theory of obsessions*, in *Behaviour Research and Therapy*, 35, pp. 793-802.

- RACHMAN S. (1998) *A cognitive theory of obsessions: elaborations*, in *Behaviour Research and Therapy*, 36, pp. 385-401.
- RACHMAN S., THORDARSON D. S., SHAFRAN R., WOODY S. R. (1995) *Perceived responsibility: structure and significance*, in *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 779-784.
- RADLOFF L. S. (1977) *The CES-D Scale: a new self-report depression scale for research in the general population*, in *Applied Psychological Measurement*, 1, pp. 385-401.
- REYNOLDS M. & WELLS A. (1999) *The thought control questionnaire-Psychometric properties in a clinical sample and relationships with PTSD and depression*, in *Psychological Medicine*, 29 (5), pp. 1089-1099.
- ROUSSIS P. & WELLS A. (2006) *Posttraumatic stress symptoms: tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model*, in *Personality and Individual Differences*, 40, pp. 111-122.
- SAKAIRI Y. (2002) *Development of a scale for measuring cognitive styles modified by meditation*. Paper presented at the 7th international conference of physical, psychological, and spiritual wellbeing, 2002, July, Sydney, Australia.
- SALKOVSKIS P. M. (1985) *Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis*, in *Behaviour Research and Therapy*, 23, pp. 571-583.
- SALKOVSKIS P. M. (1988) Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. In S.J. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. New Jersey: Erlbaum.
- SALKOVSKIS P. M. (1989) *Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems*, in *Behaviour Research and Therapy*, 27, pp. 677-682.
- SALKOVSKIS P. M., RICHARDS H. C., FORRESTER E. (1995) *The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts*, in *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- SALKOVSKIS P. M., WROE A.L., GLEDHILL A., MORRISON N., FORRESTER E., RICHARDS C., REYNOLDS M., THORPE S. (2000) *Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder*, in *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp. 347-372.
- SANAVIO E. (1988) *Obsessions and compulsions: The Padua inventory*, in *Behaviour Research and Therapy*, 26, pp. 169-177.

- SCHWARZ N. (2000) *Emotion, cognition, and decision making*, in *Cognition and Emotion*, 14, pp. 433-440.
- SEMERARI A. (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- SEMERARI A., CARCIONE A., NICOLÒ G., FALCONE M. (2002) *L'approccio metacognitivo*, in C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringheri, Torino.
- SHAFRAN R. THORDARSON D.S. RACHMAN S. (1996) *Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder*, in *Journal of Anxiety Disorders*, 10, pp. 379-391.
- SHEEHAN P. W. (1967). *A shortened form of Betts' questionnaire upon mental imagery*, in *Journal of Clinical Psychology*, 23, pp. 386-389.
- SHEPPARD L. C. & TEASDALE J. D. (2000) *Dysfunctional thinking in major depressive disorder: a deficit in metacognitive monitoring?* in *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (4), pp. 768-776.
- SICOTTE C. & STEMBERGER R. M. T. (1999) *Do Children with PDDNOS Have a Theory of Mind?* in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (3), pp. 225-233.
- SPERING M., WAGENER D., FUNKE J. (2005) *The role of emotions in complex problem-solving*, in *Cognition & Emotion*, 19 (8), pp. 1252-1261.
- SPIELBERGER C. D., GORSUCH R. L., LUSHENE R., VAGG P. R., JACOBS G. A. (1983) *Manual of the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- SUGIURA Y. (2002). *Mondaishotengata taishohouryaku to sikou no seigyokonnansei no kanren: Mondai kaiketu horyaku wo hyouka, seigyō suru ninti ni chakumoku site [Problem focused coping strategies and the uncontrollability of thoughts: mediating role of meta-cognition]*, in *The Japanese Journal of Educational Psychology*, 50, pp. 271-282.
- TALLIS F., EYSENCK M., MATHEWS A. (1992) *A questionnaire for the measurement of nonpathological worry*, in *Personality and Individual Differences*, 13, pp. 161-168.
- TEASDALE J. D. (1999) *Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 146-155.
- TEASDALE J. D., SEGAL Z. V., WILLIAMS J. M. G., RIDGEWAY V. A., SOULSBY J. M., LAU M. A. (2000) *Prevention of relapse/recurrence in major depression*

- by *mindfulness-based cognitive therapy*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), pp. 615-623.
- TEASDALE J.D., MOORE R.G., HAYHURST H., POPE M., WILLIAMS S., SEGAL Z.V. (2002) *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), pp. 275-287.
- TROYER A. K. & RICH J. B. (2002). *Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults*, in *Journal of Gerontology B Psychological Sciences*, 57, pp. 19-27.
- Vasey M. W. & Borkovec T. D. (1992) *A catastrophising assessment of worrisome thoughts*, in *Cognitive Therapy and Research*, 16, pp. 505-520.
- VOGELEY K., BUSSFELD P., NEWEN A., HERRMANN S., HAPPE F., FALKAI P., MAIER W., SHAH N. J., FINK G.R., ZILLES K. (2001) *Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-Perspective*, in *Neuroimage*, 14, 170-181.
- WELLS A. (1994a) *A multi-dimensional measure of worry: development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory*, in *Anxiety, Stress and Coping*, 6, pp. 289-299.
- WELLS A. (1994b) *Attention and the control of worry*. In: G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- WELLS A. (1997) *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester. UK: Wiley.
- WELLS A. (1999) *A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 86-95.
- WELLS A. (2000) *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester. UK. Wiley.
- WELLS A. (2005a) *The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder*, in *Cognitive Therapy and Research*, 29, pp.107-121.
- WELLS A. (2005b) *Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder. The Metacognitive Theory and Treatment*. In D, Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical practice. Theory, research, and treatment* (p.119-144). New York: Guilford Press.
- WELLS A. (2007) *Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and*

- Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia*, in *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 1, pp. 18-25
- WELLS A. & CARTER K. (2001) *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non patients*, in *Behavior Therapy*, 32, pp. 85-102.
- WELLS A. & CARTWRIGHT-HATTON S. (2004) *A short form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ-30*, in *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), pp. 385-396.
- WELLS A. & DAVIES M. (1994) *The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts*, in *Behaviour Research and Therapy*, 32, pp. 871-878.
- WELLS A. & HACKMANN A. (1993) *Imagery and core beliefs in health anxiety: contents and origins*, in *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, pp. 265-273.
- WELLS A. & KING P. (2006) *Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial*, in *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212
- WELLS A. & MATTHEWS G. (1994) *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove. UK: Lawrence Erlbaum & Associates.
- WELLS A. & MATTHEWS G. (1996) *Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model*, in *Behaviour Research and Therapy*, 34, pp. 881-888.
- WELLS A. & PAPAGEORGIU C. (1998) *Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs*, in *Behaviour research and therapy*, 36, pp. 899-913.
- WELLS A. & PAPAGEORGIU C. (1999) *The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia*, in *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp. 653-658.
- WELLS A., PAPAGEORGIU C. (1998) *Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking*, in *Behavior Therapy*, 29, pp. 357-370.
- WELLS A. & PURDON C. (1999) *Metacognition and Cognitive- Behaviour Therapy: A Special Issue*, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 71-72.
- WELLS A. & SEMBI S. (2004a) *Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary*

- investigation of a new brief treatment*, in *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, pp. 307-318.
- WELLS A. & SEMBI S. (2004b) *Metacognitive therapy for PTSD: a core treatment manual*, in *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, pp. 365-377.
- ZIMMER C. (2003) *How the mind reads other minds*, in *Science*, 300 (5622), pp. 1079-1080.

INFORMAZIONI PER GLI AUTORI E NORME REDAZIONALI PER LA PREPARAZIONE DEI TESTI

La rivista pubblica lavori in forma di monografie, articoli originali, articoli di aggiornamento, recensioni di libri e riviste, rapporti di congressi, informazioni e segnalazioni dei lettori inerenti alla ricerca in psicoterapia.

I lavori vengono organizzati all'interno della seguente rubrica tematica: *editoriale, segnavia, strumenti e metodi, ricerca euristica, ricerca clinica, psicoterapia nelle istituzioni, lavori in corso, biblioteca del ricercatore, il punto di vista dei lettori, notizie SPR e SPR-Italia*.

I contributi devono essere inediti, gli autori sono responsabili delle affermazioni contenute nel testo; per i lavori sperimentali sono tenuti a dichiarare di avere ottenuto il consenso informato per la ricerca e le sue procedure compresa l'eventuale trascrizione di testi di sedute di psicoterapia.

I lavori vengono inizialmente esaminati dalla redazione e quindi inviati a referee esterni specificamente esperti nel campo proposto dal singolo lavoro. I lavori ricevono revisioni anonime; pertanto i nomi degli autori e la sede di appartenenza dovranno figurare sulla prima pagina. I revisori possono approvare, respingere o proporre modifiche migliorative; sarà cura della redazione informare gli autori dando risposta motivata del parere espresso dai revisori allo scopo di favorire un processo di miglioramento dello standard qualitativo della rivista e creare l'occasione per una crescita scientifica comune. Gli autori verranno informati entro 4 mesi sull'accettazione del lavoro.

Norme generali

Nella prima pagina devono comparire, oltre al titolo, *in italiano e in inglese*, e al nome degli autori e del loro ente di appartenenza, le *parole-chiave* e le *key words* e l'indirizzo prescelto per corrispondenza.

Ogni lavoro deve contenere un *riassunto* in lingua italiana e un *summary* in Lingua inglese di lunghezza non superiore alle 200 parole.

Vengono presi in considerazione solamente manoscritti originali. Tutti i lavori devono essere prodotti con una stampante di qualità adeguata, a interlinea

doppia con corpo 12 (preferibilmente AGaramond) su un solo lato di carta bianca standard A4. Devono essere inviate quattro copie; ciascuna copia deve essere nitida, con tutte le pagine numerate e contenere eventuali figure e tabelle. I manoscritti non vengono generalmente restituiti dopo il processo di revisione, e pertanto gli autori sono invitati a conservare una copia del manoscritto in loro possesso.

Al manoscritto deve essere accluso un floppy disk PC o Macintosh (in formato Word o Rich Text Format) contenente un file con il testo, uno con le tabelle (composte in Excel) e uno con tutti i grafici in bianco e nero o sfumature di grigio. Indicare chiaramente nel testo dove vanno inseriti tabelle, figure e grafici. Limitare il numero di tabelle all'essenziale (non più di cinque per articolo).

Formato della pagina

La parte scritta della pagina (la cosiddetta maschera) non deve mai superare cm 12 x 18,5.

- Le illustrazioni (fotografie, disegni, diagrammi e grafici) devono essere numerate con numeri arabi consecutivi.
- Le fotografie, in bianco e nero, devono essere stampate su carta patinata con forte contrasto.
- I disegni devono essere preparati con inchiostro di china e sono accettabili sia i disegni originali che fotocopie laser. Sul retro della figura deve essere riportato il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione.
- Le tabelle devono essere numerate e citate con il loro numero nel testo. Tabelle, grafici e immagini, incluse intestazione e legenda, devono essere stampate su fogli separati; la loro dimensione non deve mai superare quella della maschera (cm 12 x 18,5).

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata

Il riassunto e il summary devono essere organizzati nelle seguenti sezioni: Obiettivi (Objectives), Metodi (Methods), Risultati (Results), Conclusioni (Conclusions).

Nella sezione Obiettivi va sintetizzato con chiarezza lo scopo del lavoro e l'ipotesi che si intendono verificare, nei Metodi va riportato il numero e tipo di soggetti considerati, il disegno dello studio, gli strumenti impiegati e il tipo di analisi statistica utilizzata. Nella sezione Risultati vanno riportati i dati emersi dallo studio e dall'analisi statistica. Nella sezione Conclusione va riportato il significato dei risultati e l'eventuale ricaduta sul piano della pratica clinica.

Parole-chiave (key-words): riportare non più di 5 parole-chiave che caratterizzano il lavoro.

Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici devono essere elencati in ordine alfabetico alla fine del lavoro e citati nel testo con il nome dell'autore e l'anno di pubblicazione tra parentesi tonde. Quando un lavoro ha 2 autori entrambi i nomi devono essere riportati in tutte le citazioni del testo. Quando un lavoro ha 3 o più autori citare solamente il nome del primo autore seguito da *et al.* sia nella prima citazione che nelle successive.

In bibliografia vanno citati tutti i nomi degli autori delle monografie e degli articoli in maiuscolo e separati da una virgola.

Il titolo dei libri, dei capitoli di libri e dei lavori pubblicati su rivista va citato per esteso in corsivo.

La denominazione delle riviste va riportata per esteso in carattere normale tra virgolette basse. Nel caso di citazioni di traduzioni italiane l'espressione «traduzione italiana» va sempre contratta in "trad. it".

Le voci contenute nella bibliografia devono essere uniformate ai seguenti esempi:

Esempio di citazione di un libro

LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Esempio di citazione di un capitolo di un libro con più autori

BARBER J. P., CRITS-CRISTOPH P., LUBORSKY L. (1990), *A guide to CCRT standard categories and their classification*, in L. LUBORSKY, P. CRITS-CRISTOPH (a cura di), *Understanding Transference*, Basic Books, New York, pp. 37-50.

Esempio di citazione di un articolo pubblicato su una rivista:

CRITS-CRISTOPH P., DEMOREST A., CONNOLLY M.B. (1990), *Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy*, in «Psychotherapy», 27, pp. 5 13-21.

Aspetti etici, deontologici e legali

Una particolare attenzione va dedicata agli aspetti etici, deontologici e legali relativi alla protezione dell'anonimato del paziente in qualunque tipo di scritto e in modo specifico nei case-reports. Informazioni atte all'identificazione del paziente, come nomi, iniziali, luoghi di cura, date devono essere evitate o sostituite. Inoltre, gli autori devono modificare le informazioni in grado di identificare il paziente rispetto alle sue caratteristiche e alla storia personale. I manoscritti che riportano ricerche sperimentali con soggetti umani devono includere la dichiarazione dalla quale risulti che è stato ottenuto il consenso informato dopo avere accuratamente spiegato le procedure della ricerca. Quando sono coinvolti bambini gli autori sono invitati a includere delle informazioni anche rispetto al consenso ottenuto dai genitori o da legali rappresentanti del bambino. Gli autori sono responsabili dell'ottenimento del permesso dai proprietari dei diritti d'autore allorché usino illustrazioni, tabelle o citazioni lunghe (oltre le 100 parole) pubblicate altrove. Gli autori devono scrivere sia all'autore che all'editore di tali materiali richiedendo di potere utilizzare il materiale a scopo di pubblicazione. Traduzioni di articoli originariamente pubblicati in altre lingue verranno prese in considerazione se è stato preventivamente ottenuto il permesso dell'editore originario.

