



COGNITIVISMO CLINICO

INDICE

PRESENTAZIONE Claudia Perdighe e Giuseppe Romano	p.	117
SOPPRESSIONE VOLONTARIA DEI RICORDI: EVIDENZE SPERIMENTALI E IMPLICAZIONI CLINICHE Maurizio Gorgoni, Fabiola Pisciotta, Ludovica Bonifaci, Eleonora Chillemi, Claudia De Santis, Andrea Di Falco, Anna Florio, Melissa Piazzì, Alessia Rondoni, Federico Santilli, Emanuele Guarracino, Massimo Esposito	»	120
RELAZIONI TRA TEMPERAMENTO, CARATTERE E PREDISPOSIZIONE ALLA NOIA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE Paolo Iazzetta, Giuseppe Gagliardo, Michela Lupo, Tancredi Pascucci, Debora Pratesi, Diletta Sabatini, Marco Sættoni, Andrea Gragnani	»	134
TI RACCONTO PERCHÉ DORMIAMO TUTTI INSIEME: UNO STUDIO SUL FENOMENO DEL COSLEEPING Elena Bilotta, Valeria Semeraro, Elisa Salvi, Luna Carpinelli, Valeria Castellani, Gloria Pizzonia, Cristiana Patrizi, Lorenza Isola	»	149
IL DISGUSTO NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: UNA REVIEW Michele Questa, Angela Dassisti, Marta Gallese, Daniela Fagliarone, Sara Catarinella, Luana Oliviero e Teresa Cosentino	»	161
LA PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA NEGLI PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE: UN'INDAGINE ESPLORATIVA Francesca Mancini, Anna Santoruvo, Irene Biondani, Elisa Battilana, Marta Carolo, Elena Carozzo, Giulia Cazzolli, Alessandra Redolfi, Francesca Siviero, Chiara Stupiggia	»	173
BURNOUT, EMPATIA E REGOLAZIONE EMOTIVA: QUALI RELAZIONI Valentina Mordini, Valerio Castellucci, William Giardi, Simona Tripaldi	»	185

Rinnovi il suo abbonamento a *Cognitivismo clinico* **peer review**

Rivista semestrale, Italia privati € 20 - Istituzioni € 28 - Un fascicolo € 20 - Estero € 32 -
Air Mail € 40

L'abbonamento annuale dà diritto a ricevere 2 numeri a partire dal numero successivo al momento in cui viene ricevuto il versamento. Per nessuna ragione l'abbonamento potrà essere retroattivo.

L'abbonamento effettuato tramite libreria costa sempre € 28

Psichiatria e Psicoterapia **peer review**

Per soli € 40,00 riceverà l'informazione indipendente e peer review indispensabile per il suo aggiornamento

si abboni ora con la modalità più comoda: invii un assegno bancario non trasferibile intestato a Giovanni Fioriti Editore srl; effettui un bonifico bancario da appoggiarsi su banca IntesaSanPaolo IBAN IT35E0306905070100000103318 - BIC BCITITMM;

effettui un versamento su c.c.p. n. 1009210764, intestato a Giovanni Fioriti Editore srl; autorizzi l'addebito su carta di credito via fax o email agli indirizzi sotto riportati, indicando numero, CV2 e data di scadenza della sua carta.

Clinical Neuropsychiatry **peer review**

Journal of Treatment Evaluation
Bimonthly Journal

	Istitutions	Individuals
Europe-USA	€ 95,00	€ 80,00
Elsewhere	€ 107,00	€ 92,00
Full airmail	€ 30,00 extra	
Single copies of the journal are	€ 18,00 (post free)	

anni Fioriti Editore s.r.l., C.F e P. Iva 05690241004, Capitale sociale € 10.400,00, numero iscrizione registro imprese di Roma 57137/1999. N.R.E.A.: 914758. Sede: via Archimede 179, 00197 Roma, tel. 0039 06 8072063, fax 06 86703720.
info@fioriti.it www.fioriti.it www.clinicalneuropsychiatry.org

PRESENTAZIONE

Claudia Perdighe e Giuseppe Romano

Questo numero di *Cognitivism Clinico* è dedicato ai lavori più rappresentativi presentati all'ultimo Forum sulla Formazione in Psicoterapia che da diversi anni si svolge ad Assisi.

Nel presentarlo, abbiamo pensato di partire dalla storia del Forum.

Il primo incontro, che ancora non si chiamava Forum, venne organizzato a Roma nel 1996 su iniziativa di Francesco Mancini: "l'idea era di far interagire allievi di classi diverse, che avevano, come ora del resto, didatti molto differenti fra loro ed aumentare il senso di appartenenza alla scuola, all'epoca solo dell'APC (Associazione di Psicologia Cognitiva). La SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l.) è nata successivamente. Questo primo incontro coinvolse specializzandi romani, veronesi e leccesi e i partecipanti furono circa sessanta".

Il secondo, il primo denominato "Forum", fu organizzato a Bettolle (Orvieto), nel 1999. Questo appuntamento coinvolse anche gli allievi della Scuola di Specializzazione del Centro di Terapia Cognitiva di Como e l'assemblea annuale dei didatti e dei soci SITCC. Questo incontro lo ricordiamo anche noi, presenti nella veste di allievi: fu un vero convegno, con numerosi lavori interessanti. La sensazione, come allievi, era di autentico apprezzamento e valorizzazione dei lavori degli studenti. Inoltre, fu anche molto piacevole sul piano umano; in particolare Nicola Butera e i colleghi "veronesi" diedero un contributo fondamentale all'aspetto ludico, organizzando giochi e altri intrattenimenti durante la cena sociale.

Dal 2003 si inaugurò la sede di Assisi ed il titolo di "Forum sulla Formazione in Psicoterapia", la prima volta con la Scuola di Specializzazione del Centro di Terapia Cognitiva di Como e poi con le Scuole di Psicoterapia Cognitiva di "Studi Cognitivi", dirette da Sandra Sassaroli.

Dal 2009 è ormai un appuntamento fisso ogni due anni e ogni allievo delle Scuole di Psicoterapia APC e SPC ha la possibilità di partecipare almeno a due edizioni nel corso della propria formazione.

Durante le diverse edizioni, si è passati da un incontro con poche decine di persone ad un evento a cui partecipano circa cinquecento persone; anche la qualità e il valore scientifico dei lavori presentati è andato negli anni sempre migliorando. Si è anche deciso di dare la possibilità agli ex allievi di partecipare, così da favorire il mantenimento del legame creato durante la formazione.

Le finalità rimangono, comunque, sostanzialmente le stesse della prima edizione:

- far interagire allievi di classi e sedi diverse, dunque con percorsi formativi almeno in parte differenti (una delle ricchezze della scuola è il fatto che ogni trainer ha una sua specificità);
- aumentare il senso di appartenenza e favorire l'identità di "psicoterapeuti cognitivo-comportamentali";
- valorizzare la ricerca scientifica espressa dagli allievi durante la formazione, in particolare attraverso i project di ricerca;
- sensibilizzare i futuri psicoterapeuti all'importanza della ricerca scientifica nella

realizzazione della propria professione (almeno nel ruolo di lettori e fruitori delle ricerche).

La domanda che si potrebbe porre è: *perché una scuola di formazione in psicoterapia dovrebbe investire tempo e risorse per favorire il senso di appartenenza e sensibilizzare alla ricerca scientifica?*

In realtà ci sono delle ragioni assolutamente specifiche per farlo.

Il lavoro di psicoterapeuta, come tutte le professioni di aiuto, è psicologicamente faticoso e usurante (l'enorme numero di studi dedicati al fenomeno del burn out né è un indizio). Due antidoti a questo sono sicuramente:

- ridurre l'isolamento, creando una rete di colleghi, con cui interagire e avere uno scambio costante;
- coltivare e mantenere il senso di efficacia terapeutica: a qualche anno dalla conclusione della formazione in psicoterapia, se non c'è un processo di formazione e aggiornamento costante, il senso di efficacia percepita del terapeuta ritorna a essere più o meno allo stesso livello della fase pre-formazione (Boswell & Castonguay 2007).

In questo senso il Forum è l'occasione per dare agli studenti due strumenti importanti per evitare le trappole della professione e, invece, provare a svolgere con passione quello che è, potenzialmente, un bellissimo lavoro.

A testimonianza del valore dei lavori presentati a ogni edizione del Forum, in questo numero sono stati inseriti 6 contributi, premiati a conclusione dell'ultimo Forum che si è svolto ad Assisi nei giorni 18, 19 e 20 Ottobre 2013.

- È possibile dimenticare qualcosa volontariamente? Questo il tema della interessante rassegna presentata da Gorgoni M., Pisciotta F., Bonifaci L., Chillemi E., De Santis C., Di Falco A., Florio A., Piazzini M., Rondoni A., Santilli F., Guarracino E., Esposito M., dalla quale tra l'altro, emerge una minore capacità di soppressione dei ricordi in alcuni quadri psicopatologici.
- Una maggiore propensione alla noia e/o una maggiore intolleranza ad essa può essere considerato uno dei determinanti psicologici dell'abuso di sostanze? A guardare i dati che emergono dalla ricerca di Iazzetta P., Gagliardo G., Lupo M., Pascucci T., Pratesi D., Sabatini D., Saettoni M. e Gragnani A., condotta in una comunità terapeutica toscana, sembrerebbe proprio di sì, coerentemente alla letteratura sulla relazione tra ricerca di sensazioni, noia e uso di sostanze.
- Dormire con mamma e papà fa male o bene? E nello specifico: perché i bambini e i genitori italiani decidono di dormire insieme o di non farlo? Il cosleeping è il tema, molto attuale e discusso, della ricerca presentata da Bilotta E., Semeraro V., Salvi E., Carpinelli L., Castellani V., Pizzonia G., Patrizi C. e Isola L.: un campione di genitori e figli è stata intervistato sulle abitudini del sonno e sulle motivazioni alla base delle scelte o abitudini riguardanti il sonno.
- Qual è la relazione tra il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) ed il disgusto? Nella rassegna presentata da Questa M., Dassisti A., Gallese M., Fagliarone D., Catarinella S., Oliviero L. e Cosentino T. sono stati presi in considerazione gli studi presenti all'interno della letteratura internazionale, rintracciati in alcuni database scientifici online attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave, con lo scopo di chiarire se il

disgusto sia caratteristica peculiare del DOC, se esso caratterizzi specificamente un determinato sottotipo e se i due costrutti presi in esame, la propensione e la sensibilità al disgusto, abbiano un ruolo differente nel disturbo.

- Nella ricerca di Mancini F., Santoruvo A., Biondani I., Battilana E., Carolo M., Carozzo E., Cazzolli G., Redolfi A., Siviero F. e Stupiggia C., che ha coinvolto gli psicoterapeuti in formazione iscritti alle varie sedi delle scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l. (SPC), si indaga il rapporto tra l'autoefficacia percepita, la motivazione e l'impegno che i terapeuti investono nello svolgimento della propria professione e, parallelamente, come la capacità di immaginarsi impegnati in azioni di successo possa influenzare positivamente sia la realizzazione personale sia la sensazione di autoefficacia.
- Infine, Mordini V., Castellucci V., Giardi W. e Tripaldi S., allievi della Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitiva di "Studi Cognitivi", sede di San Benedetto del Tronto, hanno valutato la relazione esistente tra il burnout e le capacità metacognitive di auto-riflessività e comprensione della mente altrui in un campione di soggetti impegnati nelle cosiddette "professioni di aiuto", con l'ipotesi che all'aumentare di tali capacità corrisponda un minore rischio di *burnout*. I risultati hanno evidenziato come la capacità di regolazione emotiva, ed in particolare la capacità di "agire con consapevolezza", ha un ruolo determinante, nello specifico funziona da fattore protettivo, rispetto alla possibile insorgenza di una sindrome da burnout anche in presenza di elevati livelli di frustrazione.

Le ultime edizioni del Forum sulla Formazione in Psicoterapia sono state, sia per gli allievi che per i docenti delle Scuole, una reale opportunità di scambio scientifico e di discussione tra prospettive cognitive e tra scuole diverse. Sono stati enfatizzati numerosi aspetti della teoria clinica, con una attenzione condivisa per la ricerca scientifica sui meccanismi psicopatologici e sulla psicoterapia, e queste condizioni hanno contribuito a sancirne il successo in termini di partecipazione e di qualità dei lavori presentati.

Ci auguriamo che le prossime edizioni vedano un sempre maggiore coinvolgimento tra gli allievi per rendere questo evento un'occasione importante, rara nella formazione post universitaria, di contribuire a costruire sapere e conoscenza scientifica.

Riferimenti bibliografici

Boswell JF & Castonguay LG (2011). Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy* 44, 378-83, Chicago, Ill.

SOPPRESSIONE VOLONTARIA DEI RICORDI: EVIDENZE SPERIMENTALI E IMPLICAZIONI CLINICHE

Maurizio Gorgoni¹, Fabiola Pisciotta¹, Ludovica Bonifaci¹, Eleonora Chillemi¹, Claudia De Santis¹, Andrea Di Falco¹, Anna Florio¹, Melissa Piazzini¹, Alessia Rondoni¹, Federico Santilli¹, Emanuele Guarracino¹, Massimo Esposito¹

¹Associazione Psicologia Cognitiva - Roma

Ciascun autore ha contribuito significativamente al contenuto scientifico dell'articolo

Corrispondenza

Maurizio Gorgoni

maurizio.gorgoni@uniroma1.it

“L’oblio è una facoltà attiva”

Friedrich Nietzsche

Riassunto

Diversi autori hanno cercato di comprendere se l'essere umano sia in grado di sopprimere volontariamente un ricordo indesiderato. A questo scopo è stato ideato il paradigma *Think/No-Think* (T/NT), un compito simile al *Go/No-Go*, classicamente utilizzato per lo studio della soppressione motoria, ma avente come *target* le memorie dichiarative. Tramite il T/NT è stato osservato che i soggetti sembrano riuscire a inibire volontariamente l'emergere di un ricordo, ma i risultati sono caratterizzati da una notevole variabilità, soprattutto per quanto riguarda stimoli emotivamente connotati. Alla base dell'attività di soppressione è stato osservato un incremento dell'attività prefrontale e una *downregulation* ippocampale, ma lo specifico *pattern* di attivazione cerebrale varia a seconda della strategia di inibizione utilizzata. Diverse condizioni psicopatologiche (Depressione, Disturbo di Personalità *Borderline*, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività - ADHD) sembrano essere caratterizzate da un deficit nella capacità di soppressione dei ricordi. Sebbene alcuni autori, basandosi su questi studi, abbiano ipotizzato un possibile utilizzo di tecniche di soppressione del ricordo in psicoterapia, i limiti presenti nell'attuale letteratura, relativi sia ai fattori che possono influenzare la soppressione sia alle conseguenze che dell'impiego di tale abilità può avere, rendono quantomeno prematura l'idea di percorrere una strada di questo tipo.

Parole chiave: soppressione volontaria del ricordo, paradigma *Think/No Think*

VOLUNTARY SUPPRESSION OF MEMORIES: EXPERIMENTAL EVIDENCES AND CLINICAL IMPLICATIONS

Abstract

Several authors have tried to understand if humans can voluntary suppress unwanted memories. For this purpose has been designed the *Think/No-Think* paradigm (T/NT), similar to the *Go/No-Go* task, classically

used for the investigation of motor suppression, but with declarative memories as target. With the T/NT has been observed that subjects seem to voluntarily inhibit memories, but results are characterized by great variability, especially for what concern emotional stimuli. An increase of prefrontal activity and a hippocampal downregulation underlie the suppression of unwanted memories, but the specific pattern of cerebral activation vary depending on the inhibition strategy used. Different psychopathological conditions (Depression, Borderline Personality Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder –ADHD) seem to be characterized by a deficit in memories inhibition. While several authors have hypothesized a possible employment of memory suppression techniques in psychotherapy, the limits in the present literature, relatives to the factor that may influence suppression and the consequence of using such ability, make at least premature the idea to walk this kind of path.

Key words: voluntary suppression of memories, Think/No Think paradigm

1. Introduzione

Già Freud (1966) utilizzava il termine repressione per indicare quel processo mentale che permette a un essere umano di escludere volontariamente dalla coscienza un pensiero/ricordo.

Di recente, diversi gruppi di ricerca hanno cercato di comprendere se effettivamente siamo in grado di sopprimere volontariamente un ricordo indesiderato; partendo dalle evidenze sperimentali che indicano che è possibile inibire volontariamente un movimento automatico quando esso risulta contestualmente inadeguato, questi autori si sono chiesti se esiste un simile controllo cognitivo anche per quanto riguarda la memoria dichiarativa (Anderson e Green 2001; Anderson e Levy 2009). Per indagare i meccanismi di soppressione della memoria Anderson e Green (2001) hanno sviluppato il paradigma “*Think/No-Think*” (T/NT) a partire dal test “*Go/No-Go*”, ampiamente utilizzato per studiare la soppressione di risposte motorie volontarie (de Zubicaray et al. 2000; Garavan et al. 1999).

Nel presente lavoro illustreremo le caratteristiche del T/NT e riassumeremo le attuali evidenze sperimentali raccolte per mezzo di tale compito; cercheremo, inoltre, di comprendere i processi neurali alla base dell’attività di soppressione del ricordo; infine, poiché diversi autori si sono chiesti se i risultati ottenuti con il T/NT possono avvalorare l’utilizzo di tecniche di addestramento al controllo cognitivo nella pratica psicoterapeutica (Anderson e Levy 2009; Joormann et al. 2009), prenderemo in considerazione i primi pionieristici studi che si sono avvalsi del T/NT in presenza di condizioni psicopatologiche e illustreremo le possibili implicazioni cliniche dei lavori effettuati in quest’ambito passando in rassegna i limiti che attualmente portano, a nostro parere, a essere prudenti nell’ipotizzare l’utilizzo della soppressione del ricordo in ambito clinico.

2. Il paradigma Think/No-Think: evidenze comportamentali

Il T/NT, nella sua forma classica (Anderson e Green 2001), consiste di tre fasi: nella prima (*training*), i soggetti apprendono una lista di coppie di parole non correlate fra loro (es. Ordalia-Blatta); nella seconda, si presenta ai soggetti una delle due parole della coppia (es. Ordalia) e viene chiesto loro di pensare alla parola *target* (es. Blatta) a essa associata (condizione *Think* – T) o di inibirne il ricordo (condizione *No Think* – NT). Entrambe le condizioni vengono ripetute nel tempo per un numero variabile di volte, al fine di valutare come incide sull’inibizione del ricordo la reiterazione dell’attività di soppressione del medesimo *item*. Alcuni *item* appresi durante il *training* non vengono presentati in questa fase e serviranno da condizione di *baseline* con cui confrontare gli *item* presentati nelle condizioni T e NT. Nell’ultima fase (*test*), viene valutata la

capacità dei soggetti di rievocare le parole *target*. In particolare, esistono due varianti della fase di *test*: nel *same probe test* (SP) viene presentata ai soggetti una delle due parole della coppia e viene chiesto loro di rievocare la parola *target* a essa associata; nell'*independent probe test* (IP), invece, i soggetti devono rievocare la parola *target* in risposta alla presentazione della categoria semantica a cui essa appartiene e della sua lettera iniziale (es. Insetto –B _____). L'IP è stato creato per testare l'ipotesi che l'attività di soppressione abbia inciso negativamente sul ricordo della parola *target* e non sull'associazione tra la parola-indizio e la parola *target*; infatti, se la soppressione ha effettivamente inibito la memoria indesiderata in sé, il suo richiamo dovrebbe essere peggiore indipendentemente dal tipo di *item* utilizzato come indizio, sia esso la parola inizialmente associata alla parola *target* o un nuovo tipo di stimolo (Anderson e Green 2001).

Molti lavori hanno dimostrato tramite il T/NT che effettivamente i soggetti, in entrambe le varianti della fase di *test* (SP e IP), ricordano meno le parole che hanno cercato di sopprimere sia rispetto a quelle che hanno cercato di ricordare che rispetto a quelle presentate nella condizione di *baseline* (Anderson e Green 2001; Anderson et al. 2004; Bergström et al. 2006; Depue et al. 2006; Hertel e Calcaterra 2005; Hertel e Gerstle 2003). Inoltre, l'efficacia dell'attività inibitoria era maggiore all'aumentare del numero di tentativi di soppressione (Anderson e Green 2001; Anderson et al. 2004; Depue et al. 2006; Hertel e Calcaterra 2005). È significativo che simili risultati siano stati ottenuti anche se veniva promesso ai soggetti un compenso per ogni parola ricordata o se veniva fatto credere ai soggetti che gli sperimentatori ipotizzassero che l'attività di soppressione portava a un maggior ricordo degli *item* che si cerca di inibire, quindi il contrario dell'ipotesi reale (Anderson e Green 2001). La soppressione del ricordo, però, sembra avere un effetto limitato nel tempo, perdendo di efficacia dopo una settimana (Nørby et al. 2010).

L'attività di inibizione risulta essere efficace indipendentemente dal tipo di stimolo: studi che hanno utilizzato il T/NT con immagini (Hart 2006; Depue et al. 2006, 2007) hanno replicato i risultati ottenuti utilizzando le parole.

La capacità di sopprimere volontariamente ricordi indesiderati sembra variare con l'età; infatti, è stato osservato che i bambini mostrano un miglioramento nell'attività inibitoria tra gli 8 e i 12 anni (Paz-Alonso et al. 2009), mentre tale capacità peggiora nettamente negli anziani (Anderson et al. 2011). Questi dati sono in accordo con l'ipotesi (che approfondiremo nel paragrafo sulle basi neurali della soppressione) secondo cui alla base dell'attività di inibizione del ricordo ci sarebbe l'attivazione della corteccia prefrontale (Anderson et al. 2004): è noto, infatti, che nella fase finale dell'infanzia si osserva l'attivazione di aree prefrontali in compiti di memoria e controllo cognitivo (Bunge et al. 2002; Hare e Casey 2005; Paz-Alonso et al. 2008), mentre l'invecchiamento è connesso con un declino strutturale e funzionale della corteccia prefrontale (Raz et al. 2005; Erixon-Lindroth et al. 2005; Gazzaley et al. 2005).

Va detto che molti lavori non hanno confermato l'efficacia dell'attività di soppressione del ricordo al T/NT (Bulevich et al. 2006; Bergström et al. 2009a; Mecklinger et al. 2009). La situazione diventa ancora più complicata quando prendiamo in considerazione stimoli emotivamente connotati: alcuni lavori hanno infatti dimostrato una maggiore facilità di soppressione per gli stimoli negativi (Depue et al. 2006; Joorman et al. 2005; Lambert et al. 2010) mentre altri indicano esattamente l'opposto (Marx et al. 2008; Nørby et al. 2010) e altri ancora non trovano differenze significative (Murray et al. 2011). È plausibile che alla base di tale variabilità di risultati possa esserci il fatto che nella maggior parte dei lavori effettuati con l'ausilio del T/NT non veniva richiesto ai soggetti di utilizzare una specifica strategia per sopprimere il ricordo (es. pensare ad un pensiero alternativo) e non si teneva conto, in fase di analisi, delle strategie spontaneamente utilizzate dai soggetti. Levy e Anderson (2008), in una meta-analisi relativa alla prestazione al T/

NT di 687 soggetti, individuano più di 10 strategie spontanee (raccolte con un questionario dopo l'esecuzione del compito) delle quali la più comune (utilizzo di un'immagine mentale) veniva utilizzata solo dal 23% dei soggetti. I pochi studi che hanno indagato l'efficacia dell'utilizzo di diverse strategie al T/NT indicano che istruire i soggetti a utilizzare una strategia specifica, sia essa di sostituzione con un pensiero alternativo (Hertel e McDaniel 2010; Joormann et al. 2009) o di evitamento attivo del ricordo (Benoit e Anderson 2012; Bergström et al. 2009a; Hanslmayr et al. 2009), provochi una maggiore efficacia della soppressione rispetto alla semplice richiesta di inibizione del ricordo indesiderato.

Altre possibili spiegazioni proposte (ma non ancora valutate sperimentalmente) per la grande variabilità osservata negli studi con il T/NT potrebbero riguardare generali differenze individuali nelle capacità di controllo esecutivo e nella familiarità che i soggetti hanno con la soppressione di pensieri indesiderati (Levy e Anderson 2008). Nel complesso, sono tanti i dati a supporto dell'ipotesi secondo cui l'essere umano è in grado di inibire volontariamente un ricordo, anche se limitatamente nel tempo, indipendentemente dal tipo di materiale presentato, ma i fattori che possono influenzare tale attività sono tanti (es. strategie, controllo esecutivo, familiarità con la soppressione) ed ancora non indagati approfonditamente.

3. Substrato neurale dell'inibizione del ricordo

Diversi autori hanno cercato di convalidare le evidenze comportamentali relative alla soppressione del ricordo tramite l'individuazione delle basi neurali di tale processo. In particolare, è stato proposto un modello neurocognitivo secondo il quale l'attività cerebrale coinvolta nell'inibizione volontaria di un ricordo sarebbe molto simile a quella implicata nella soppressione motoria, con l'unica differenza relativa al *target* della soppressione: la rappresentazione della memoria dichiarativa piuttosto che le aree corticali motorie (Levy e Anderson 2008).

Tramite l'utilizzo della risonanza magnetica funzionale (fMRI), Anderson e i suoi collaboratori (2004) hanno osservato nella condizione NT, rispetto alla condizione T, una maggiore attivazione di una rete di aree comprendente la corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC) e ventrolaterale (vlPFC) e la corteccia cingolata anteriore (ACC), regioni usualmente coinvolte nella soppressione motoria (Menon et al. 2001; Garavan et al. 2002). Al contrario, l'attività ippocampale, notoriamente implicata nel recupero mnestico (Eldridge et al. 2000), risultava ridotta durante la soppressione. Similmente, in un altro studio con fMRI che utilizzava il T/NT con immagini connotate emotivamente (Depue et al. 2007), gli autori hanno individuato due meccanismi neurali temporalmente differenziati alla base della soppressione: una maggiore attività del giro frontale mediale destro (rMFG) connessa con una minore attivazione di aree implicate nel processamento della componente sensoriale della rappresentazione dei ricordi (corteccia visiva, nucleo pulvinare del talamo) e una maggiore attività del giro frontale inferiore destro (rIFG) che interferiva con l'attività di aree coinvolte nelle componenti multimodali ed emotive dei ricordi (ippocampo e amigdala).

Nel paragrafo precedente abbiamo visto come le differenti strategie utilizzate dai soggetti per inibire un ricordo possano essere tra loro diversamente efficaci; è ipotizzabile che tali strategie abbiano alla base dei processi neurali differenti. Un recente studio (Benoit e Anderson 2012) ha messo a confronto due strategie di soppressione, ovvero la sostituzione con un pensiero alternativo e l'evitamento attivo del ricordo, cercando di determinare eventuali differenze di attivazione cerebrale tra le due strategie tramite l'utilizzo della fMRI; i risultati non hanno evidenziato differenze in termini di efficacia della soppressione tra le due strategie, ma hanno

permesso di individuare due differenti *pattern* di attivazione cerebrale a esse sottese: per la sostituzione con un pensiero alternativo è stata osservata una maggiore attività della vIPFC sinistra e dell'ippocampo (quest'ultima dovuta, probabilmente, al recupero della parola-sostituto), mentre per l'evitamento attivo del ricordo è stato riscontrato un incremento dell'attività della dIPFC destra e una *downregulation* ippocampale. Sembra, quindi, che diverse strategie di soppressione abbiano alla base meccanismi neurali differenti.

Anche la spettroscopia funzionale nel vicino infrarosso (fNIRS) è stata impiegata per lo studio delle basi neurali della soppressione mnemonica, confrontando stimoli neutri con stimoli a valenza emotiva positiva e negativa (Dieler et al. 2010); a livello comportamentale, pur confermando la maggiore capacità di ricordare gli *item* nella condizione T piuttosto che nella condizione NT, gli autori non hanno riscontrato differenze nella capacità di soppressione tra stimoli neutri, positivi e negativi; per quanto riguarda i dati ottenuti tramite la fNIRS, invece, è stata riscontrata una maggiore attivazione di dIPFC e vIPFC nel tentativo di sopprimere stimoli negativi, rispetto al tentativo di inibizione di stimoli positivi o neutri. Questi dati sono in linea con i risultati ottenuti per mezzo della fMRI (Anderson et al. 2004; Depue et al. 2007) nell'affermare come la soppressione di un ricordo abbia alla base un incremento dell'attività prefrontale e sembrano indicare come l'attività di controllo cognitivo esercitata da tali aree sia maggiormente necessaria per stimoli negativi.

Nel complesso, i dati ottenuti tramite fMRI e fNIRS sembrano avvalorare il modello neurocognitivo proposto all'inizio del presente paragrafo: l'inibizione volontaria di un ricordo, coinvolgendo l'attivazione della corteccia prefrontale, sembra essere un meccanismo molto simile alla soppressione motoria ma con un diverso *target*, puntando ad inibire l'emergere delle memorie dichiarative rappresentate dall'attività ippocampale. Lo specifico *pattern* di attivazione cerebrale durante l'attività inibitoria, però, varia a seconda della strategia di soppressione utilizzata. L'attività di controllo cognitivo esercitata dalle aree prefrontali, inoltre, sembrerebbe maggiormente necessaria quando lo stimolo da sopprimere è caratterizzato da una valenza emotiva negativa.

La fMRI e la fNIRS sono tecniche caratterizzate da una scarsa risoluzione temporale rispetto ai metodi elettroencefalografici (EEG). Pertanto, allo scopo di studiare il decorso temporale dei processi cerebrali alla base della soppressione del ricordo, diversi autori hanno utilizzato i potenziali evento-correlati (ERPs). Con tale tecnica è stata osservata una maggiore negatività centro-parietale intorno a 400 ms post-stimolo per gli *item* NT, a confronto con gli *item* T, topograficamente coerente e positivamente correlata con l'incremento d'ampiezza della componente N2 (150-210 ms) associata ad una corretta soppressione motoria in un compito di segnale di stop (Mecklinger et al. 2009). Questo dato supporterebbe l'ipotesi secondo cui alla base della soppressione volontaria di un ricordo possano esserci almeno alcuni dei sistemi coinvolti nella soppressione di una risposta motoria. In un altro studio (Bergström et al. 2009a) è stata osservata, per gli *item* NT, una maggiore negatività più precoce (200 ms post-stimolo) e una più tardiva (*later negativity* – LN – 300-500 ms post-stimolo), rispetto a quella osservata da Mecklinger e collaboratori (2009), in aree fronto-centrali. Tali componenti potrebbero rappresentare differenti parti del processo di controllo inibitorio e la difformità tra gli studi potrebbe essere imputata a differenze metodologiche (Bergström et al. 2009a). Molti autori (Bergström et al. 2007, 2009a, 2009b; Hanslmayr et al. 2009; Mecklinger et al. 2009), inoltre, hanno riscontrato che gli *item* NT, a confronto con gli *item* T, erano affiancati da una minore ampiezza della *late parietal positivity* (LPP - 400-800 ms), una componente positiva con topografia centro-parietale nota per essere il principale correlato ERPs del recupero cosciente dei ricordi (Rugg 1995; Smith 1993;

Paller e Kutas 1992) ed è stato ipotizzato che tale fenomeno rifletta l'evitamento volontario del ricordo automatico. Hanslmayr e i suoi collaboratori (2009), inoltre, hanno osservato una riduzione più tardiva della positività degli ERP per gli *item* NT, con inizio a circa 1.6 s dalla presentazione dello stimolo, che potrebbe rappresentare l'effettiva soppressione dell'*item* alla base del successivo oblio. È interessante notare che solo una strategia di soppressione diretta del ricordo, ma non una strategia di sostituzione con un pensiero alternativo, si è dimostrata in grado di produrre una riduzione della positività centro-parietale a 300-600 ms dallo stimolo e ha permesso un oblio inibitorio predetto dalla negatività degli ERPs intorno a 200 ms post-stimolo (Bergström et al. 2009a); tale risultato sembra in linea con l'ipotesi che diverse strategie di soppressione abbiano alla base differenti processi neurali.

La registrazione degli ERPs è stata utilizzata anche per studiare i correlati elettrofisiologici della soppressione volontaria in funzione della valenza emotiva degli stimoli. Questi lavori indicano che la soppressione volontaria del ricordo risulta essere più difficoltosa per immagini con valenza negativa piuttosto che per immagini neutre (Hauswald et al. 2011; Chen et al. 2012) e tale maggiore difficoltà sarebbe connessa con una maggiore LPP (Hauswald et al. 2011; Chen et al. 2012) ed una minore LN (Chen et al. 2012).

4. Implicazioni cliniche

4.1 Capacità di soppressione del ricordo e psicopatologia

Molte popolazioni cliniche sono caratterizzate dalla presenza di ricordi/pensieri intrusivi (Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo di Personalità *Borderline*) o da difficoltà di inibizione motoria (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività - ADHD). Da un punto di vista clinico, è interessante comprendere come la capacità di inibizione del ricordo possa interagire con tali condizioni: l'individuazione di un deficit della soppressione mnestica volontaria (o, al contrario, di un eccessivo investimento in tale attività di soppressione) potrebbe permettere di caratterizzare maggiormente il quadro clinico dei pazienti, dando la possibilità di approfondire la comprensione delle alterazioni cognitive presenti in questi disturbi. Purtroppo, però, sono ancora molto poche le ricerche in quest'ambito, quantomeno quelle che hanno utilizzato il paradigma T/NT.

Innanzitutto, la presenza di tendenze ruminative risulta essere correlata con una maggiore difficoltà nell'inibizione di ricordi al T/NT (Hertel e Gerstle 2003; Dieler et al. 2013). Come è noto, la ruminazione è una caratteristica tipica della depressione (Donaldson e Lam 2004); coerentemente, soggetti disforici o depressi dimostrano una scarsa capacità di soppressione di ricordi indesiderati (Hertel e Gerstle 2003; Hertel e Mahan 2008; Joormann et al. 2005, 2009). La maggior parte dei lavori indicano una maggiore difficoltà per questi soggetti nell'inibire il ricordo di stimoli negativi (Hertel e Gerstle 2003; Hertel e Mahan 2008; Joormann et al. 2009), ma non sempre questo risultato è stato replicato (Joormann et al. 2005). Comunque, sembra che la possibilità di ripetere in più occasioni l'attività di soppressione volontaria (Joormann et al. 2005) e l'addestramento all'utilizzo di strategie di sostituzione del pensiero (Joormann et al. 2009) permettano ai soggetti depressi di migliorare la loro capacità di inibire l'emergere del ricordo di stimoli negativi.

Anche un alto livello di ansia di tratto è in grado di predire l'inefficacia della soppressione del ricordo (Waldhauser et al. 2011; Dieler et al. 2013). L'ansia è una condizione che richiede all'organismo l'investimento di risorse, per la preparazione di comportamenti di attacco-fuga, provocando una riduzione del funzionamento esecutivo (Eysenck et al. 2007) il quale porterebbe

a una peggiore capacità di inibizione dei ricordi indesiderati (Waldhauser et al. 2011).

Poiché *flashback* e pensieri intrusivi sono tipici del Disturbo di Personalità *Borderline* (DPB) Sala e collaboratori (2009) hanno indagato la prestazione di questo tipo di pazienti al T/NT con stimoli neutri. In questo modo, gli autori hanno riscontrato che i pazienti DPB, al contrario dei soggetti normali, non mostravano un miglioramento pratica-dipendente nel recupero mnestico delle parole da ricordare e al SP solo i controlli sani richiamaivano significativamente più parole da ricordare che parole da sopprimere; inoltre, i pazienti DPB con storia di abuso infantile mostravano una prestazione al T/NT significativamente peggiore anche rispetto al resto dei pazienti DPB; le capacità di controllo mnestico di questi pazienti, quindi, sembrano essere deficitarie. Come abbiamo visto precedentemente (paragrafo 3), la soppressione del ricordo di stimoli neutri nei soggetti sani è accompagnata da un incremento dell'attività prefrontale e da una *downregulation* ippocampale (Anderson et al. 2004; Depue et al. 2007). Effettivamente, diversi studi mostrano come i pazienti DPB, soprattutto con storia di maltrattamento infantile, sono caratterizzati da una ridotta dimensione dell'ippocampo (Driessen et al. 2000; Schmahl et al. 2003a; Tebartz va Elst et al. 2003; Brambilla et al. 2004; Irle et al. 2005) e altri lavori indicano la presenza di anomalie nell'attività prefrontale durante il richiamo di ricordi traumatici in donne con DPB (Schmahl et al. 2003b; Sala et al. 2004).

Infine, è stata indagata anche la prestazione al T/NT di pazienti con ADHD (Depue et al. 2010), allo scopo di comprendere se il deficit del controllo inibitorio dimostrato da questi pazienti nel dominio motorio (Gomez et al. 2003; Borger e Van der Meere 2000; Oosterlaan et al. 1996, 1998) fosse esteso anche al dominio della memoria. I risultati indicano una peggiore capacità dei pazienti con ADHD nell'inibire gli *item* da sopprimere rispetto ai soggetti di controllo sani; tale difficoltà nell'inibizione mnestica era positivamente correlata con la deficitaria prestazione a un compito di *Stop-Signal Reaction Time* (SSRT), un test per la valutazione del controllo inibitorio a livello motorio (Oosterlaan et al. 1996, 1998; Nigg 1999). Tramite l'utilizzo della fMRI gli autori hanno osservato, durante l'esecuzione del T/NT, una minore attività della corteccia prefrontale dorsolaterale destra (rIPFC) e una maggiore attivazione posteriore nei pazienti con ADHD rispetto ai controlli sani. Al contrario dei pazienti con ADHD, nei soggetti di controllo l'attività cerebrale prefrontale e posteriore risultano negativamente correlate e l'attività del rMFG è in grado di predire il successo nell'inibizione mnestica. Inoltre, è stata osservata una serie di correlazioni positive tra gravità della sintomatologia ADHD e prestazione ai compiti di inibizione, sia motoria che mnestica, con la ridotta attività prefrontale. In generale, questi dati confermano che il controllo inibitorio nel dominio motorio e la capacità di soppressione di ricordi indesiderati hanno alla base simili meccanismi neurali, coinvolgendo entrambi l'attivazione della corteccia prefrontale ed entrambe le capacità sarebbero compromesse nei pazienti con ADHD.

I risultati ottenuti in quest'ambito sembrano promettenti, ma la scarsità di lavori presenti in letteratura non permette di arrivare a conclusioni definitive relativamente alle capacità di soppressione volontaria del ricordo nelle condizioni psicopatologiche sopra elencate. Futuri studi, oltre a fornire prove sulla replicabilità dei risultati fin qui emersi, dovranno essere orientati a definire con maggiore accuratezza come avviene l'inibizione del ricordo di stimoli emotivamente connotati, soprattutto quelli significativi a livello personale, nelle diverse tipologie di pazienti. Inoltre, sarebbe opportuno estendere le ricerche ad altri disturbi caratterizzati da pensieri/ricordi intrusivi finora non presi in considerazione, come ad esempio il Disturbo Post-Traumatico da Stress o il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

4.2 Soppressione del ricordo e pratica clinica: quali prospettive?

Al di là della possibilità di utilizzare la capacità di inibizione del ricordo come metodo per descrivere e caratterizzare ulteriormente diversi tipi di condizioni psicopatologiche, gli studi effettuati tramite il paradigma T/NT potrebbero avere anche una ricaduta più direttamente connessa con la pratica psicoterapeutica; infatti, se l'essere umano può effettivamente inibire volontariamente l'emergere di un ricordo indesiderato, è lecito chiedersi se e come tale capacità possa essere sfruttata in psicoterapia. In altri termini: alla luce dei dati finora riportati, è ipotizzabile la costruzione di tecniche psicoterapeutiche incentrate sull'inibizione volontaria del ricordo?

In passato, l'utilizzo di tecniche basate sulla soppressione del pensiero è stato frenato dalla grossa mole di risultati emersi relativamente al cosiddetto fenomeno dell' "Orso Bianco" (per una *review* consultare Wenzlaff e Wegner 2000). In questi studi veniva chiesto ai soggetti di prevenire l'emergere di un pensiero a livello cosciente (classicamente, non pensare ad un orso bianco) e i risultati dimostrano come il pensiero da evitare fosse paradossalmente più accessibile rispetto ad altri pensieri non evitati. I dati ottenuti per mezzo del T/NT, quindi, sono evidentemente in contrasto con i lavori relativi al fenomeno dell'Orso Bianco. Inoltre, è stato dimostrato come, in diverse popolazioni cliniche, i soggetti maggiormente caratterizzati dalla tendenza alla soppressione volontaria del pensiero mostrassero una maggior quantità di pensieri intrusivi, dato interpretato in termini di effetto controproducente dell'inibizione del pensiero (Wenzlaff e Wegner 2000). Ciò ha portato all'abbandono di tecniche terapeutiche basate su tale tipo di controllo cognitivo. Possono gli studi ottenuti tramite il T/NT ribaltare questa tendenza?

Per rispondere a questa domanda è innanzitutto necessario cercare di comprendere l'origine del contrasto tra i risultati ottenuti con il paradigma dell'Orso Bianco e quelli raccolti tramite il T/NT. Recentemente, alcuni autori (Levy e Anderson 2008) hanno sostenuto che tale contrasto potrebbe essere dovuto a ragioni sostanzialmente metodologiche: nel paradigma dell'Orso Bianco l'unico modo che il soggetto ha per controllare se sta eseguendo correttamente il compito è, paradossalmente, pensare al pensiero da evitare, cosa non necessariamente vera per il T/NT (riprendendo l'esempio proposto dagli autori, se la coppia di parole è Ordalia-Blatta, il soggetto può chiedersi se sta pensando alla parola connessa con Ordalia e non direttamente a Blatta). Un'altra fonte di contrasto di natura metodologica potrebbe derivare dal fatto che nel T/NT il pensiero da evitare è associato a uno specifico *remainder*, cosa che non accade nel paradigma dell'Orso Bianco. L'importanza di tale differenza per l'efficacia dell'inibizione del ricordo dovrebbe essere sistematicamente indagata. Levy e Anderson (2008), inoltre, sostengono che l'interpretazione della correlazione osservata tra tendenza alla soppressione del pensiero e quantità di pensieri intrusivi potrebbe essere interpretata diversamente da quanto proposto in passato: invece di considerare la tendenza alla soppressione come causa (o fattore aggravante) dei pensieri intrusivi è possibile pensare, secondo gli autori, che i soggetti che esperiscono una maggiore quantità di pensieri intrusivi siano portati ad investire di più nell'attività inibitoria.

Il contrasto tra i risultati ottenuti con questi due metodi può essere mitigato se prendiamo in considerazione le strategie che i soggetti utilizzano per sopprimere l'emergere di un ricordo indesiderato. Negli studi sull'Orso Bianco, infatti, è stato dimostrato che, se i soggetti venivano istruiti a tenere a mente un pensiero alternativo nel tentativo di evitare l'emergere del pensiero *target*, la loro attività inibitoria aveva una maggiore probabilità di successo (Wenger et al. 1987). Come abbiamo visto (paragrafo 2) non sono molti i lavori che hanno indagato l'efficacia dell'utilizzo di diverse strategie al T/NT ma, in generale, sembra che chiedere ai soggetti di

utilizzare una strategia specifica permetta una più accurata soppressione (Hertel e McDaniel 2010; Joormann et al. 2009; Benoit e Anderson 2012; Bergström et al. 2009a; Hanslmayr et al. 2009). Inoltre, diverse strategie sembrano avere alla base diversi tipi di attivazione cerebrale (Benoit e Anderson 2012). Questi dati indicano la necessità di testare sistematicamente l'efficacia delle singole strategie (e le sottostanti basi neurali), indipendentemente dal paradigma sperimentale utilizzato, per comprendere quali siano le modalità in grado di garantire una più accurata soppressione del ricordo. Inoltre, questi risultati suggeriscono che il paradigma dell'Orso Bianco potrebbe essere semplicemente più difficile rispetto al T/NT, probabilmente a causa delle differenze metodologiche evidenziate da Levy e Anderson (2008), e la soppressione del pensiero in questo compito sarebbe possibile solo grazie all'utilizzo di un'adeguata strategia. Futuri studi avranno il compito di valutare sperimentalmente questa possibilità.

Ipotizzare una possibile coerenza tra i dati ottenuti con due diversi paradigmi sperimentali e, quindi, asserire che l'essere umano potrebbe essere in grado di sopprimere volontariamente l'emergere di un pensiero/ricordo, non autorizza però la costruzione di tecniche terapeutiche basate su questa capacità; a nostro parere, la presenza di diversi limiti negli studi attualmente presenti in letteratura sull'argomento rende quantomeno prematura l'idea di perseguire una strada di questo tipo.

Una prima serie di problematiche riguarda la scarsa conoscenza delle variabili che possono influenzare la soppressione del ricordo. Come abbiamo visto precedentemente, è stata evidenziata una notevole variabilità nei risultati ottenuti con il T/NT (Bulevich et al. 2006; Bergström et al. 2009a; Mecklinger et al. 2009), soprattutto quando vengono presi in considerazione stimoli emotivamente connotati (Depue et al. 2006; Joorman et al. 2005; Lambert et al. 2010; Marx et al. 2008; Nørby et al. 2010; Murray et al. 2011). Abbiamo anche detto che alla base di tale variabilità potrebbero esserci: le strategie di soppressione utilizzate dai soggetti; generali differenze individuali nelle capacità di controllo esecutivo; familiarità che i soggetti hanno con la soppressione di pensieri indesiderati. Le ultime due ipotesi non hanno ancora dati a supporto ed è evidente come la loro validazione sia essenziale anche in ambito clinico (ad esempio, è possibile che i soggetti che hanno subito un trauma investano di più e spontaneamente nella soppressione del ricordo, attività che risulterebbe quindi più familiare rispetto a soggetti sani?). Per quanto riguarda le strategie di soppressione, invece, se consideriamo i dati della meta-analisi di Levy e Anderson (2008) che indicano l'esistenza di diverse strategie spontaneamente utilizzate dai soggetti al T/NT e se abbiamo in mente le differenze di attivazione cerebrale osservate da Benoit e Anderson (2012) ci rendiamo conto di essere ancora ben lontani da una chiara comprensione dei processi mentali (e dei sottostanti meccanismi neurali) coinvolti nella soppressione di un ricordo. Inoltre, è verosimile che strategie differenti siano diversamente efficaci nella soppressione di materiale neutro e di stimoli emotivamente connotati. Per ora, gli unici dati al riguardo indicano l'efficacia della soppressione diretta di stimoli a valenza emotiva negativa (van Schie et al. 2013). Nella pratica clinica, poi, è importante chiedersi quale strategia si adatti meglio alle caratteristiche delle diverse condizioni psicopatologiche: una strategia che risulti adeguata per un determinato disturbo potrebbe colludere con le caratteristiche proprie di un'altra condizione clinica. La costruzione di eventuali terapie basate su tecniche inibitorie, pertanto, è imprescindibilmente legata a un futuro sforzo nella direzione di una maggiore comprensione del funzionamento e dell'efficacia di diverse strategie di soppressione, sia nei soggetti sani che in diverse popolazioni cliniche.

Un altro freno alla costruzione di tecniche terapeutiche incentrate sulla soppressione del ricordo deriva dall'assenza in letteratura di studi con il T/NT relativi all'inibizione di stimoli emotivamente significativi a livello personale. Sopprimere una serie di parole o immagini, seppur

emotivamente connotate, non può essere assimilabile all'inibizione di contenuti significativi a livello personale. Considerando l'argomento in un'ottica clinica, ciò che interessa veramente capire è se l'essere umano sia in grado di tenere volontariamente fuori dalla coscienza per un breve o lungo periodo dei contenuti mentali significativi; ad oggi, la ricerca col T/NT non è in grado di rispondere a questo quesito.

Un limite di tipo metodologico che può essere imputato agli studi col T/NT è quello di prestare scarsa attenzione al tempo di esposizione agli stimoli nelle corso del T/NT. Nessun lavoro, infatti, ha cercato di valutare gli effetti sulla capacità di soppressione della modulazione del tempo di esposizione agli *item* nelle condizioni T e NT. A nostro parere, è ragionevole pensare che maggiore è il tempo di esposizione allo stimolo-indizio nella condizione NT più difficoltosa potrebbe risultare l'attività inibitoria volontaria del soggetto. Comprendere come il fattore tempo influenzi la soppressione del ricordo è fondamentale per meglio caratterizzare tale abilità e capire se essa possa essere effettivamente sfruttata in ambito clinico.

Un secondo ordine di limiti all'utilizzo di tecniche di inibizione del ricordo in clinica riguarda la quasi totale assenza di informazioni sulle conseguenze dell'utilizzo di tali strategie di controllo cognitivo. Innanzitutto, bisogna comprendere quali sono i margini di efficacia della soppressione nel lungo periodo. Abbiamo visto che, quando l'inibizione del ricordo va a buon fine, i suoi effetti scompaiono dopo una settimana (Nørby et al. 2010), rendendo difficile immaginare un protocollo clinico basato su questa abilità. È vero d'altro canto che, se addestrati nel corso di più sessioni, soggetti depressi possono migliorare nelle loro capacità di soppressione di stimoli negativi (Joermann et al. 2005). Nonostante ciò, non ci sono dati relativi all'efficacia della soppressione in seguito alla sospensione del *training*. È fondamentale, poi, comprendere gli effetti dell'utilizzo di tecniche di soppressione del ricordo in diverse condizioni psicopatologiche. Come abbiamo visto in precedenza, gli studi che utilizzano il paradigma T/NT su popolazioni cliniche sono ancora molto pochi. Inoltre, la capacità di soppressione del ricordo tramite il T/NT non è stata valutata in molti disturbi caratterizzati da pensieri/ricordi intrusivi, come il Disturbo Post-Traumatico da Stress e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Prima di poter pensare all'utilizzo di tecniche di soppressione in terapia, sarebbe auspicabile avere maggiori conoscenze su come questa capacità interagisca con lo specifico disturbo psicopatologico. In particolare, perché una tecnica di controllo cognitivo possa essere presa in considerazione nella pratica clinica deve dimostrare di essere in grado di tendere a bada i pensieri intrusivi ma, soprattutto, deve contribuire ad un miglioramento dello stato emotivo del paziente. Al momento gli studi con il T/NT non hanno preso in considerazione queste variabili fondamentali, mentre una grossa mole di lavori precedenti porta a ritenere controproducente l'utilizzo di strategie di soppressione del pensiero (Wenzlaff e Wegner 2000).

In sintesi, i dati raccolti per mezzo del T/NT, attualmente, non permettono di stabilire se e come tecniche di soppressione del ricordo possano essere utilizzate con successo nella pratica clinica. Obiettivo dei futuri lavori con questa tecnica sarà, quindi, quello di colmare le lacune conoscitive dell'attuale letteratura relativamente alle variabili che possono influenzare l'efficacia della soppressione del ricordo (strategie; capacità di controllo esecutivo; familiarità con la soppressione; contenuto emotivo significativo; tempo di esposizione agli stimoli) e degli effetti che l'attività inibitoria può produrre (efficacia a lungo termine; interazione con diverse condizioni patologiche; effetti sui pensieri intrusivi; conseguenze sullo stato emotivo). Solo la costruzione di un tale *corpus* di conoscenze integrate, in grado di spiegare il contrasto con i risultati ottenuti con altre tecniche (Wenzlaff e Wegner 2000), può permettere di immaginare un uso razionale e contestualizzato di tecniche di soppressione del ricordo in psicoterapia.

5. Conclusioni

Nel complesso, gli studi effettuati tramite l'utilizzo del paradigma T/NT sembrano suggerire che l'essere umano sia in grado di sopprimere volontariamente l'emergere di un ricordo indesiderato, anche se la presenza di una notevole variabilità dei risultati, soprattutto in presenza di stimoli emotivamente connotati, indica che siamo ancora ben lontani dal raggiungere una soddisfacente comprensione di tale abilità. Le basi neurofisiologiche della soppressione del ricordo, invece, sembrano essere ben delineate: è coinvolta l'attivazione di una serie di strutture prefrontali, similmente a quanto accade nell'inibizione motoria, ma lo specifico *network* di aree attivate durante l'inibizione del ricordo varia a seconda della specifica strategia utilizzata. Da un punto di vista clinico, la variabilità interindividuale osservata al T/NT, la scarsa conoscenza delle variabili che possono influenzare la *performance* a questo compito e l'assenza di dati sugli effetti della soppressione su pensieri intrusivi e stato emotivo rendono quantomeno prematura l'idea di utilizzare tecniche psicoterapeutiche incentrate sull'inibizione volontaria del ricordo. Allo stesso tempo, tale capacità potrebbe rappresentare un utile strumento per descrivere diverse popolazioni cliniche caratterizzate da ruminazioni, pensieri intrusivi e generali difficoltà inibitorie.

In ogni caso, pur restando scettici sulla possibilità di utilizzo della soppressione del ricordo in termini applicativi, riteniamo che un giudizio definito sull'argomento possa essere possibile solo in seguito al superamento dei limiti riscontrati nell'attuale letteratura.

Bibliografia

- Anderson MC, Green C (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature* 410, 366-369.
- Anderson M, Levy B (2009). Suppressing unwanted memories. *Current Directions in Psychological Science* 18, 189-194.
- Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E, Gabrieli SW, Glover GH, Gabrieli JDE (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science* 303, 232-235.
- Anderson MC, Reinholz J, Kuhl BA, Mayr U (2011). Intentional suppression of unwanted memories grows more difficult as we age. *Psychology and Aging* 26, 2, 397-405.
- Benoit RG, Anderson MC (2012). Opposing mechanisms support the voluntary forgetting of unwanted memories. *Neuron* 76, 450-460.
- Bergström ZM, de-Fockert J, Richardson-Klavehn A (2009a). ERP and behavioural evidence for direct suppression of unwanted memories. *Neuroimage* 48, 726-737.
- Bergström ZM, de Fockert J, Richardson-Klavehn A (2009b). Event-related potential evidence that automatic recollection can be voluntarily avoided. *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, 1280-1301.
- Bergström ZM, Velmans M, De Fockert J, Richardson-Klavhen A (2007). ERP evidence for successful voluntary avoidance of conscious recollection. *Brain Research* 1115, 119-133.
- Borger N, Van der Meere J (2000). Motor control and state regulation in children with ADHD: A cardiac response study. *Biological Psychology*, Special Issue: Error processing and adaptive responding 51, 247-267.
- Brambilla P, Solo PH, Sala M, Nicoletti M, Keshavan M, Soares J (2004). Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry Research* 131, 125-133.
- Bulevich JB, Roediger HL, Balota DA, Butler AC (2006). Failures to find suppression of episodic memories in the think/no think paradigm. *Memory and Cognition* 34, 1569-1577.
- Bunge S, Dudukovic NM, Thomason ME, Vaidya CJ, Gabrieli JDE (2002). Immature frontal lobe contributions to cognitive control in children: evidence from fMRI. *Neuron* 33, 301-311.
- Chen C, Liu C, Huang R, Cheng D, Wu H, Xu P, Mai X, Luo Y (2012). Suppression of aversive memories associates with changes in early and late stages of neurocognitive processing. *Neuropsychologia* 2839-

2848. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.08.004.
- Depue BE, Banich MT, Curran T (2006). Suppression of emotional and non-emotional content in memory: effects of repetition on cognitive control. *Psychological Science* 17, 441-447.
- Depue BE, Burgess GC, Willcutt EG, Ruzic L, Banich BA, Banich MT (2010). Inhibitory control of memory retrieval and motor processing associated with the right lateral prefrontal cortex: evidence from deficits in individuals with ADHD. *Neuropsychologia* 48, 13, 3909-3917.
- Depue BE, Curran T, Banich MT (2007). Prefrontal regions orchestrate suppression of emotional memories via a two-phase process. *Science* 317, 215-219.
- de-Zubicaray GI, Andrew C, Zelaya FO, Williams SCR, Dumanoir C (2000). Motor response suppression and the prepotent tendency to respond: A parametric fMRI study. *Neuropsychologia* 38, 1280-1291.
- Dieler AC, Plichta M, Dresler T, Fallgatter AJ (2010). Suppression of emotional words in the Think/No-Think paradigm investigated with functional near-infrared spectroscopy. *International Journal of Psychophysiology* 78, 29-135.
- Dieler AC, Herrmann MJ, Fallgatter AJ (2013). Voluntary suppression of thoughts is influenced by anxious and ruminative tendencies in healthy volunteers. *Memory* 1-10. doi: 10.1080/09658211.2013.774420
- Donaldson C, Lam D (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine* 34, 1309-1318.
- Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry* 57, 1115-1122.
- Eldridge LL, Knowlton BJ, Furmanski CS, Bookheimer SY, Engel SA (2000). Remembering episodes: A selective role for the hippocampus during retrieval. *Nature Neuroscience* 3, 1149-1152.
- Erixon-Lindroth N, Farde L, Robins Wahlin TB, Sovago J, Halldin C, Bäckman L (2005). The role of the striatal dopamine transporter in cognitive aging. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 138, 1-12.
- Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo M (2007). Anxiety and cognitive performance: The attentional control theory. *Emotion* 7, 336-353.
- Freud S. (1966). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* 1, pp. 117-128. Hogarth, London.
- Garavan H, Ross TJ, Stein EA (1999). Right hemispheric dominance of inhibitory control: An event-related functional MRI study. *Proceedings of the National Academy of Science* 96, 8301-8306.
- Garavan H, Ross TJ, Murphy K, Roche RAP, Stein EA (2002). Dissociable executive functions in the dynamic control of behavior: Inhibition, error detection, and correction. *Neuroimage* 17, 1820-1830.
- Gazzaley A, Cooney JW, McEvoy K, Knight R, D'Esposito M (2005). Top-down enhancement and suppression of the magnitude and speed of neural activity. *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, 507-517.
- Gomez R (2003). Underlying processes in the poor response inhibition of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 6, 111-122.
- Hanslmayr S, Leipold P, Pastötter B, Bäuml KH (2009). Anticipatory signatures of voluntary memory suppression. *The Journal of Neuroscience* 29, 2742-2747.
- Hare TA, Casey BJ (2005). The neurobiology and development of cognitive control and affective control. *Cognitive Brain Behaviour* 9, 273-286.
- Hart RE (2006). Applications of intentional suppression: The effect of suppression on recognition memory of ecologically valid stimuli. *Unpublished doctoral dissertation*.
- Hauswald A, Schulz H, Iordanov T, Kissler J (2011). ERP dynamics underlying successful directed forgetting of neutral but not negative pictures. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 6, 1-10.
- Hertel PT, Calcaterra G (2005). Intentional forgetting benefits from thought substitution. *Psychonomic Bulletin & Review* 12, 484-489.
- Hertel PT, Gerstle M (2003). Depressive deficits in forgetting. *Psychological Science* 14, 573-578.
- Hertel P, Mahan A (2008). Depression-related differences in learning and forgetting responses to unrelated cues. *Acta Psychologica* 127, 636-644.
- Hertel P, McDaniel L (2010). The suppressive power of positive thinking: Aiding suppression-induced forgetting in repressive coping. *Cognition and Emotion* 24, 7, 1239-1249.

- Irle E, Lange C, Sachsse U (2005). Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 57, 173-182.
- Joorman J, Hertel PT, Brozovich F, Gotlib IH (2005). Remembering the good, forgetting the bad: Intentional forgetting of emotional material in depression. *Journal of Abnormal Psychology* 114, 640-648.
- Joormann J, LeMoult J, Hertel PT, Gotlib IH (2009). Training Forgetting of Negative Material in Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 1, 34-43.
- Lambert AJ, Good KS, Kirk IJ (2010). Testing the repression hypothesis: Effects of emotional valence on memory suppression in the think – No think task. *Consciousness and Cognition* 19, 281-293.
- Levy BJ, Anderson MC (2008). Individual differences in the suppression of unwanted memories: The executive deficit hypothesis. *Acta Psychologica* 127, 623-635.
- Marx BP, Marshall PJ, Castro F (2008). The moderating effects of stimulus valence and arousal on memory suppression. *Emotion* 8, 2, 199-207.
- Mecklinger A, Parra M, Waldhauser GT (2009). ERP correlates of intentional forgetting. *Brain Research* 1255, 132-147.
- Menon V, Adelman NE, White CD, Glover GH, Reiss AL (2001). Error-related brain activation during a go/no go response inhibition task. *Human Brain Mapping* 12, 131-143.
- Murray BD, Muscatell KA, Kensinger EA (2011). Effects of emotion and age on performance on a Think/No-think memory task. *Psychology and Aging* 26, 940-955.
- Nigg JT (1999). The ADHD response-inhibition deficit as measured by the stop task: Replication with DSM-IV combined type, extension, and qualification. *Journal of Abnormal Child Psychology* 27, 393-402.
- Nørby S, Lange M, Larsen A (2010). Forgetting to forget: On the duration of voluntary suppression of neutral and emotional memories. *Acta Psychologica* 133, 1, 73-80.
- Oosterlaan J, Logan GD, Sergeant JA (1998). Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD + CD, anxious, and control children: A meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39, 411-425.
- Oosterlaan J, Sergeant JA (1996). Inhibition in ADHD, aggressive, and anxious children: A biologically based model of child psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24, 19-36.
- Paller KA, Kutas M (1992). Brain potentials during memory retrieval provide neurophysiological support for the distinction between conscious recollection and priming. *Journal of Cognitive Neuroscience* 4, 375-391.
- Paz-Alonso PM, Ghetti S, Donohue S, Goodman GS, Bunge SA (2008). Neurodevelopmental correlates of true and false recognition. *Cerebral Cortex* 19, 2208-2216.
- Paz-Alonso PM, Ghetti S, Matlen BJ, Anderson MC, Bunge SA (2009). Memory suppression is an active process that improves over middle childhood. *Frontiers in Human Neuroscience* 3, 1-6.
- Raz N, Lindenberger U, Rodrigue KM, Kennedy KM, Head D, Williamson A, Dahle C, Gerstorf D, Acker JD (2005). Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex* 15, 1676-1689.
- Rugg MD (1995). ERP studies of memory. In Rugg MD, Coles MGH (Eds) *Electrophysiology of Mind*. Oxford Univ. Press, pp. 133-170. Oxford.
- Sala M, Caverzasi E, Marraffini E, De Vidovich G, Lazzaretti M, d'Allio G, Isola M, Balestrieri M, D'Angelo E, Zappoli Thyron F, Scagnelli P, Barale F, Brambilla PC (2009). Cognitive memory control in borderline personality disorder patients. *Psychological Medicine* 39, 5, 845-853.
- Sala M, Perez J, Solo P, Ucelli Di Nemi S, Caverzasi E, Soares J, Brambilla PC (2004). Stress and hippocampal abnormalities in psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology* 14, 393-405.
- Schmahl CG, Elzinga B, Vermetten E, Sanislow C, McGlashan T, Bremner J (2003b). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 54, 142-151.
- Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga B, Douglas, Bremner J (2003a). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 122, 193-198.

Soppressione volontaria dei ricordi

- Smith M E (1993). Neurophysiological manifestations of recollective experience during recognition memory judgments. *Journal of Cognitive Neuroscience* 5, 1-13.
- Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, Lieb K, Bohus M, Hennig J, Ebert D (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry* 54, 163-171.
- van Schie K, Geraerts E, Anderson MC (2013). Emotional and non-emotional memories are suppressible under direct suppression instructions. *Cognition & Emotion* 27, 6, 1122-1131.
- Waldhauser GT, Johansson M, Bäckström M, Mecklinger A (2011). Trait anxiety, working memory capacity, and the effectiveness of memory suppression. *Scandinavian Journal of Psychology* 52, 21-27.
- Wegner DM, Schneider DJ, Carter S, White T (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 5-13.
- Wenzla RM, Wegner DM (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology* 51, 59-91.

RELAZIONI TRA TEMPERAMENTO, CARATTERE E PREDISPOSIZIONE ALLA NOIA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

Paolo Iazzetta¹, Giuseppe Gagliardo^{1,2}, Michela Lupo^{1,3}, Tancredi Pascucci¹, Debora Pratesi¹,
Diletta Sabatini¹, Marco Sactoni^{1,5}, Andrea Gragnani^{1,4}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto

² Centro CARE, Cocaine Addiction Rehabilitation Enforcement, Roma

³ Dipartimento di Psicologia, Università La Sapienza, 00185 Roma, Italia

⁴ Centro di Psicoterapia Cognitiva, Psicopatologia Sperimentale

⁵ Centro di Psicoterapia Cognitiva "Pandora" Lucca

Corrispondenza

Dr. Paolo Iazzetta

SPC, via Lanza 26 - Grosseto

E-mail: iazzetta.paolo@gmail.com; p.iazzetta@usl9.toscana.it

Riassunto

La noia è inquadrabile dal punto di vista scopistico come un'emozione che segnala lo stallo del sottosistema-mente, per la rilevazione dell'assenza di scopi attivi o l'impossibilità di arricchire il patrimonio di conoscenze. L'inclinazione alla noia è correlata in letteratura con dimensioni come il *sensation seeking*, che paiono avere un ruolo importante nei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS). Sono stati reclutati 29 pazienti con DUS in fase di compenso e 29 soggetti sani, utilizzando SCID e SCID-NP per l'inquadramento diagnostico. Sono state somministrate la SIN in versione likert a 5 punti e la TCI-R, per valutare le correlazioni tra inclinazione alla noia e dimensioni temperamentali e caratteriali della personalità. Il punteggio totale medio alla SIN è risultato più alto nel gruppo di pazienti con uso/dipendenza da sostanze rispetto ai controlli sani, in modo statisticamente significativo al t-test, con $p < 0,05$: DUS $\mu = 77,20$ vs Controlli $\mu = 67,58$, il campione clinico presenta valori medi di NS e RD maggiori rispetto ai controlli in modo statisticamente significativo: *Novelty Seeking* del campione clinico $\mu = 107,86$ vs $\mu = 100,26$ nei controlli; *Reward Dependence* campione clinico $\mu = 101,6$ vs $\mu = 96$ nei controlli, $p < 0,05$; *Self Directedness* $\mu = 127,49$ vs $\mu = 148,65$ e *Cooperativeness* $\mu = 124,79$ vs $\mu = 137,35$. Il punteggio medio nelle scale delle due dimensioni risulta quindi inferiore, in modo statisticamente significativo nel campione clinico rispetto ai controlli sani con $p < 0,05$ per la SD e $p < 0,005$ per la *Cooperativeness*. La ricerca di eventuali correlazioni fra dimensioni temperamentali e caratteriali e l'inclinazione alla noia ha prodotto un risultato interessante ma non ancora statisticamente significativo. L'inclinazione alla noia risulta essere una dimensione correlata statisticamente all'abuso di sostanze, rappresentando un topic di interesse per la ricerca futura, foriero di implicazioni nella terapia e prevenzione dell'abuso stesso. I risultati corroborano quelli presenti in letteratura per quanto riguarda le correlazioni tra dimensioni del TCI-R e DUS.

Parole chiave: noia, teoria della mente, disturbi da uso di sostanze

RELATIONSHIPS BETWEEN TEMPERAMENT, CHARACTER AND BOREDOM PRONENESS IN SUBSTANCE USE DISORDERS

Abstract

Boredom is described in terms of goal-oriented theory of mind as an emotion, that signals the deadlock of the mind-subsystem, because of the absence of active goals or the inability to enrich the wealth of knowledge. Boredom proneness is correlated in scientific literature with dimensions such as sensation seeking, which seems to play an important role in Substance Use Disorder (SUD). We recruited 29 patients with SUD in remission and 29 healthy subjects using SCID and SCID -NP for diagnostic classification. We administered the SIN 5-point likert version and the TCI- R to assess the correlations between boredom proneness and the temperamental and character dimensions of personality. The mean total score on the SIN was higher in the group of patients with substance use/addiction compared to the healthy controls, in a statistically significant way at t-test, $p < 0.05$: DUS $\mu = 77.20$ vs. controls $\mu = 67.58$; the clinical sample presents the average values of Novelty Seeking (NS) and Reward Dependence (RD) greater than the controls in a statistically significant way: Novelty Seeking the clinical sample $\mu = 107.86$ vs. 100.26 in controls; Reward Dependence clinical sample $\mu = 101.6$ vs. controls $\mu = 96$, $p < 0.05$; Self Directedness (SD) $\mu = 127.49$ vs. 148.65 and Cooperativeness (C) $\mu = 124.79$ vs. 137.35 . The average score in the scales of the two dimensions is therefore statistically lower in a significant way in the clinical sample compared to the healthy controls. The search for possible correlations between dimensions of temperament and character and boredom proneness has produced an interesting but not yet statistically significant result. Discussion and conclusions: Boredom proneness turns out to be a dimension statistically correlated to substance abuse , and represents a topic of interest for future research , with implications in the treatment and prevention of substance abuse.

Key words: boredom, theory of mind, substance use disorder

Introduzione

La noia è uno stato emotivo ubiquitario nella psicologia normale e in psicopatologia. Malgrado la sua diffusione, così pervasiva nel continuum emozionale, e forse a causa della sua natura proteiforme e indefinita, essa è un costrutto poco indagato nella storia della psicologia e a tutt'oggi non definitivamente descritto. Il presente contributo costituisce un tentativo di comprendere meglio il significato psicologico dell'esperienza della noia e i suoi rapporti con condizioni psicopatologiche legate all'abuso di sostanze.

Di solito le parole che designano la noia e sentimenti simili nelle diverse lingue hanno un'etimologia relativamente incerta. Il vocabolo *boredom* compare nella lingua inglese solo dopo il 1760, e il suo impiego è aumentato progressivamente col passare del tempo. Inizialmente è un'emozione che risulta appannaggio della *upper class* vittoriana mentre il termine riferito alla *lower class* è tendenzialmente *apathy*. Il corrispondente vocabolo tedesco *langeweile* (letteralmente attimo lungo) compare un paio di decenni prima, in realtà ha dei precedenti nell'antico tedesco, che però designano solo un lungo lasso di tempo e non un'esperienza del tempo. Il francese *ennui* e l'italiano noia, da ricondurre entrambi – attraverso la mediazione del provenzale *enojo* – alla radice latina *inodiare* (avere in odio o detestare), risalgono addirittura al XIII secolo; lo stesso vale per l'inglese *spleen* che compare dal XVI secolo (Svendsen 2004).

Studi che riguardano il campo semantico del costrutto della “noia” sono stati effettuati da neurolinguisti e psicologi cognitivisti.

L'applicazione di un' "etichetta" linguistica ad una determinata emozione sarebbe comunque un processo che richiede una funzione autoriflessiva (Salvatore et al. 2004). Esiste una cesura tra il vissuto emozionale e la sua definizione linguistica: il primo è per natura "non una categoria discreta, ma un insieme sfocato" (Fehr e Russell 1984), mentre un'etichetta linguistica rappresenta un elemento chiaro e ben discriminato, che indica il più delle volte il prototipo emozionale a cui si avvicina di più l'esperienza descritta.

Questa breve divagazione linguistica rende conto, oltre che dell'indefinitezza della noia, anche del suo tardivo affiorare all'attenzione della speculazione scientifica. Si possono infatti individuare nella speculazione intorno alla noia almeno quattro fasi: 1) fase morale; 2) fase filosofica; 3) fase medica; 4) fase psicologica.

Nel mondo classico il concetto appare pressoché assente. Anche l'*otium* romano, dedicato in realtà all'attività intellettuale e contrapposto al *negotium* della vita politica cittadina, è ben lontano dalla nostra concezione di ozio come inattività.

Nel medioevo cristiano compare in Occidente una riflessione intellettuale sulla noia ascrivibile alla riflessione morale. Le dissertazioni dei pensatori dell'epoca ruotano intorno al peccato (o morbus) di *acedia*. Questo termine, pur nel suo diverso spettro connotativo semantico, sembra rappresentare adeguatamente nel medioevo il concetto più assimilabile alla noia, come argomentano Maggini e Dalle Luche (1991): "Uno stato affettivo indicato da una parola greca che nella *weltanschauung* cristiana acquista un nuovo significato".

Il chierico acidioso è afflitto da *otiositas*, *somnolentia*, *importunitas*, *inquietudo*, *pervagatio mentis*, *instabilitas mentis et corporis*, *verbositas et curiositas* (Cassiano 1888). L'inattività patologica, l'inquieto confrontarsi con il vuoto sembra colpire meramente la classe intellettuale, ovvero i monaci, i teologi e coloro che sono dediti alle attività mentali o alla contemplazione mistica; anche per questo l'acedia è espressione di una crisi spirituale, e come tale viene trattata (Benedetti 1999).

Nel XVIII secolo si apre la fase filosofica di speculazione sulla noia che attraverso la mediazione di Pascal, che si era riappropriato del lavoro dei moralisti medioevali, arriva agli illuministi e all'*Encyclopedie* (Maggini e Dalle Luche, ibidem). Anche in questo ambito si evidenzia come la noia sia un fenomeno della modernità o almeno – come osserva Kierkegaard (1843) – sia cresciuta esponenzialmente con il passare dei secoli. Il contributo della filosofia rimane capitale soprattutto per la carenza di interesse sull'argomento della scienza medica, che solo tardivamente e parzialmente si occupa di questo vissuto centrale per la vita psichica.

A cavallo tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, i maggiori studiosi dell'epoca sfiorano solo l'argomento come Kraepelin (1903) che riscontra come la noia sia assente nelle psicosi maggiori, attribuendole quindi il ruolo di emozione normale o al più della nevrosi.

Un più accurato tentativo definitorio della noia è attribuibile a Mantegazza (1880), medico e antropologo italiano, che la descrive come "bisogno non soddisfatto di esercitare in modo fisiologico l'una o l'altra o tutte le attività centrifughe che si vanno accumulando nei centri nervosi degli individui".

Anche Janet riconosce all'annoiato un surplus di energia, una tensione verso la liberazione dallo stato di vuoto che lo opprime (1903). Gli allievi di Janet sulla stessa falsariga individuano nell'*ennui morbide* la conseguenza dello iato tra "tensione" e "forza" psicologica, per cui l'individuo non ha l'energia per sostenere l'attenzione spontanea, il rapporto con gli stimoli esterni diviene labile e ne deriva uno stato di languore e involontaria indifferenza al mondo esterno (Dupuis 1922).

In ambito psicoanalitico la riflessione sulla noia è ancor più tardiva. Secondo Fenichel (1934)

la noia origina dalla contemporanea presenza di un desiderio di attività e la repressione di questo, lasciando il soggetto privo di scopo, quindi secondo il paradigma psicanalitico in una situazione di inibizione pulsionale. Un punto centrale nell'elaborazione psicodinamica di una teoria della noia è fornito dal contributo di Greenson, che ne delinea i caratteri clinici e fenomenologici. Egli identifica la noia come la copresenza di uno stato di insoddisfazione e avversione all'azione, uno stato di intenso desiderio in cui non si riesce a identificare l'oggetto del proprio bisogno, di sentimenti di vuoto, di un atteggiamento passivo di attesa legato alla speranza che il mondo esterno fornisca soddisfazione ed infine di una distorta percezione temporale. Solitamente, nella psicoanalisi, la mancanza di pulsioni è uno stato piacevole, ma la noia diviene uno stato paradossale "di spiacevole mancanza di pulsione", uno stato di dolorosa indifferenza e di tensione, che non è assente, ma necessita di stimolazione esterna per manifestarsi: "La tensione pulsionale è presente, ma è lo scopo che è perduto" (Greenson 1949). Scherer si è occupato specificatamente della noia, annoverandola tra le emozioni concernenti i controlli valutativi dello stimolo (1982, 1984). L'autore sostiene che di fronte ad ogni stimolo, la mente opera una valutazione sulla novità e la rilevanza che lo stimolo stesso riveste per l'individuo da cui scaturisce una reazione emotiva. Traslimento, sorpresa, noia, nel caso di non novità dello stimolo, costituiscono queste reazioni che controllano il comportamento dell'individuo: in primis, la focalizzazione dell'attenzione. Anche Levorato (2000) sostiene che la noia, insieme all'interesse, alla sorpresa e alla curiosità, appartenga al gruppo di emozioni, che lei definisce "emozioni della mente". Esse si attivano in relazione agli scopi epistemici, cioè quelli legati alla necessità di massimizzare la conoscenza del mondo e la sua prevedibilità.

Il presente lavoro cerca di collocare il costrutto generale della noia in una duplice prospettiva. Da una parte inquadriamo la noia come un'emozione secondo le teorie della mente classiche del cognitivismo clinico, dall'altra sul piano metodologico la noia viene considerata come un costrutto emotivo quantificabile, la propensione verso il quale viene indagata con metodi psicometrici.

Si può considerare la mente come un sottosistema di regolazione finalistica del comportamento di un sistema, sulla base di rappresentazioni come credenze e scopi (Castelfranchi e Miceli 2002). La cosiddetta BDTE (Belief-Desire Theory of Emotion) rappresenta una "famiglia" di interpretazioni riguardo alla genesi dei processi affettivi (Reisenzein 2012). Secondo alcune declinazioni della BDTE le emozioni possono rappresentare un indicatore del funzionamento di questo meccanismo per determinati scopi (è il cosiddetto *appraisal* emotivo: una valutazione più o meno implicita, primitiva, globale della situazione rispetto agli scopi dell'individuo). Secondo altri punti di vista, le emozioni sono causate da credenze e desideri, che però non appartengono all'emozione *sensu strictu*. In accordo con Castelfranchi e Miceli (ibidem), in questo lavoro interpretiamo la noia nell'ambito della teoria generale delle emozioni, come uno stato mentale *ibrido*, con una componente cognitiva (per cui desideri e credenze sono parte costitutiva dell'emozione), una componente neurovegetativa/somatica e una componente conativa o di disposizione all'azione (Izard 1977). Le componenti neurovegetative, somatiche e conative della noia sono state ben descritte dai moralisti, dai filosofi, dai medici e nella recente letteratura (psico)patologica: la tensione interna accompagnata talora paradossalmente all'oziosità, talora all'inquietudine ed alla smania, lo sbadiglio, la propensione ad attività pseudoesplorative fino ad agitazione inconcludente o viceversa il ripiegamento nell'inerzia e nell'immobilismo. L'indagine cognitiva rende ragione della possibilità di almeno due prototipi di noia, forse sovrappontesi in modo variabile nell'espressione dell'emozione.

La noia infatti può indicare: 1) uno stato interno in cui gli scopi, pur presenti, sono al

momento del tutto inattivi e/o 2) una valutazione di monotonia e ripetitività degli stimoli esterni, tale da impedire l'acquisizione di nuove conoscenze, caso in cui può però mantenersi attivo lo scopo epistemico dell'accrescimento del patrimonio di credenze. Se le emozioni primarie segnalano all'individuo la compromissione o il raggiungimento di scopi esterni alla mente (Von Cranach 1982), le "emozioni della mente" segnalerebbero lo stato del sottosistema-mente stesso, monitorando l'acquisizione di nuove conoscenze o di differenti livelli di lettura delle conoscenze già acquisite. Complessivamente si potrebbe interpretare la noia come un'emozione metacognitiva, un'emozione della mente che indica come il sistema cognitivo sia in qualche modo "in stallo".

La noia viene caratterizzata da Greenson come da uno stato di insoddisfazione e di repulsione all'azione, la cui unicità rispetto a costrutti "confinanti" come apatia, anedonia, tristezza, sta nel forte desiderio che la caratterizza, nonostante l'individuo non sappia indicare l'oggetto che potrebbe soddisfarlo. Questo, con le debite differenziazioni di tipo semantico e legate al contesto epistemologico, rappresenta un modello che presenta analogie sia con quello janetiano della "tensione" psicologica insoddisfatta, sia con il concetto di stallo cognitivo da noi precedentemente introdotto. Secondo D'Urso e Trentin (2001) si può descrivere un meccanismo omeostatico il cui squilibrio sottende al manifestarsi della noia. Esisterebbe un punto di equilibrio soggettivo tra stimolazione e attivazione. Lo squilibrio per mancanza di attivazione, descritto principalmente dagli psicoanalisti, risulterebbe principalmente da una condizione intrapsichica che conduce l'individuo a esperire uno stato a tonalità malinconica accompagnato da un rallentamento dei processi ideativi e dalla paralisi esterna del comportamento (Greenson, ibidem). Nel caso opposto la noia è sentita come tensione eccessiva quando il livello di attivazione è più elevato rispetto alla stimolazione. Secondo Berlyne (1960) i motivi ricorrenti di questo tipo di noia sarebbero ripetitività, monotonia dell'ambiente, assenza di sorprese, in modo che il mondo esterno risulta privo di complessità e di quell'incertezza che fornisce un normale grado di sfida per l'essere umano. Si esperisce una mancanza di situazioni sia interne sia esterne, che richiedano all'individuo comportamenti di adattamento. Per ripristinare questa sorta di "sfida" viene prodotto in realtà un surplus di attivazione; il fenomeno è particolarmente accentuato nei soggetti definiti *sensation seeker*. Zuckerman ha sottolineato a più riprese (1971, 1977, 1979) il legame tra noia e *stimulation-seeking*. Gli individui *arousal-seeking* o *sensation seeker* tendono a provare maggiormente noia in circostanze monotone e ripetitive e probabilmente di conseguenza a ricercare nuovi stimoli con la funzione di evitare questa emozione. L'individuo *sensation seeker* è caratterizzato da un notevole bisogno di novità, di cambiamento, di eccitazione e di esperienze comportamentali ed emotive complesse. Questa caratteristica è probabilmente temperamentale ed è scomponibile sul piano psicologico in quattro diverse dimensioni: la ricerca di emozioni e di sensazioni, la ricerca di esperienze, la disinibizione e la suscettibilità alla noia.

Il rapporto tra noia, *sensation seeking* e abuso di sostanze sembra essere un campo di particolare interesse, che potrebbe replicare dati della letteratura recente, secondo i quali l'inclinazione alla noia rappresenta una dimensione psicologica con numerose correlazioni con la psicopatologia, in particolare con i Disturbi dell'Umore (Lari et al. 2013).

Obiettivi

Nell'ipotesi che una maggiore sensibilità alla noia possa determinare in alcuni soggetti una propensione alla sperimentazione di psicoattivi, facilitando l'incontro con le sostanze, il presente studio si è posto i tre seguenti obiettivi:

1. Descrivere le differenze nell'inclinazione alla noia tra soggetti con disturbo da abuso di sostanze e controlli;
2. Descrivere le differenze tra dimensioni del temperamento e del carattere, così come descritte dalla teoria biosociale di Cloninger, tra il campione clinico e il gruppo di controllo;
3. Valutare eventuali correlazioni tra dimensioni temperamentali e caratteriali e inclinazione alla noia.

Materiali e metodo

Partecipanti

Sono stati reclutati 29 soggetti DUS, in accordo con i criteri del DSM IV-TR. Di questi, 8 erano dipendenti da eroina e/o polidipendenza, 7 da cocaina e 1 da eroina (successivamente abusante di alcool), tali soggetti sono stati reclutati nella comunità residenziale di recupero a soglia medio-alta di Città della Pieve e nel Sert di Montevarchi Valdarno (USL 8). Completano il campione 13 soggetti alcolisti in fase di remissione, afferenti al CRARL, Centro di riferimento Alcolologico Regione Lazio del Policlinico Umberto I di Roma, al Sert di Montevarchi Valdarno (Usl 8) e al CIM, Centro di Igiene Mentale di La Spezia.

Inoltre, sono stati reclutati 31 soggetti sani come gruppo di controllo, di cui 2 sono stati esclusi perché positivi ai criteri della SCID/NP per disturbi dell'umore. Il gruppo di controllo è stato così composto da 29 soggetti che non presentavano alcuna patologia psichiatrica attuale o progressa; tali soggetti non sono stati retribuiti per il loro coinvolgimento.

Tutti i pazienti sono stati inseriti nello studio mentre erano sottoposti ad una terapia psicologica e 10 di questi erano anche trattati con una terapia combinata (con stabilizzatori dell'umore, ansiolitici o benzodiazepine). Dei 13 pazienti alcolisti, 4 erano trattati farmacologicamente, 2 seguivano esclusivamente un percorso psicoterapeutico, 5 erano trattati con terapia combinata e 2 non eseguivano nessun trattamento.

Tutti i soggetti reclutati nello studio sono stati informati riguardo la procedura e gli scopi della ricerca e hanno sottoscritto un consenso al trattamento dei dati personali per finalità di cura e ricerca.

Procedura

Per determinare la diagnosi dei pazienti è stata somministrata l'Intervista Clinica Strutturata per il Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV (DSM-IV) (American Psychiatric Association 2000) (SCID-I) (First et al. 1997; Mazzi et al. 2000), oppure si è utilizzato il certificato di tossicodipendenza del Sert di appartenenza. Psicologi e psichiatri formati in psicoterapia hanno raccolto i dati socio-demografici dei pazienti e le informazioni sugli attuali trattamenti farmacologici. Inoltre, gli psicologi hanno somministrato la SCID-I e hanno proposto una batteria di questionari autosomministrati.

I criteri di inclusione ed esclusione scelti per selezionare i soggetti sono stati i seguenti:

1. Per il gruppo dei DUS: diagnosi primaria di disturbo da uso di sostanze secondo il DSM-IV, basata sulla SCID-I, i pazienti non assumevano sostanze di abuso da almeno 30 gg.
2. Per i soggetti di controllo: assenza di trattamenti psicofarmacologici in corso, negativi alla

- SCID NP, assenza di malattie internistiche in fase di scompenso.
3. Per tutti i partecipanti: range di età tra i 18 e i 65 anni, capacità di comprendere adeguatamente la lingua italiana scritta, assenza di malattie internistiche in fase di scompenso.

Strumenti di misura

Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders

Per determinare la diagnosi dei disturbi psichici in Asse I abbiamo somministrato la versione italiana della SCID-I (First et al. 1997; Mazzi et al. 2000) un'intervista strutturata basata sui criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association 2000).

SCID NP

Per escludere che i soggetti di controllo non avessero disturbi psichiatrici, è stata somministrata la versione italiana della SCID-I/NP (Edizione Non-Pazienti) (First e Pincus 2002; Perone 2002). I moduli diagnostici di questa scala sono gli stessi di quelli della SCID-I/P (con screening psicotico). L'unica differenza tra le due versioni riguarda la rassegna anamnestica, infatti nella SCID-I/NP non c'è l'assunzione di una malattia, e vengono utilizzate domande diverse per indagare sulla storia psicopatologica.

Scala di Inclinazione alla Noia (SIN)

Per valutare la propensione alla noia è stata somministrata, sia ai soggetti sani che ai DUS, la versione italiana della Boredom Proneness Scale (Farmer e Sundberg 1986; Gray e Saettoni 2006). La SIN è la prima scala di misurazione del costrutto generale della noia. I soggetti sono invitati a indicare fino a che punto ciascun item è applicabile al loro caso, nella versione originale la scala è dicotomica, mentre nel presente studio è stata usata la versione modificata su una scala likert a 5 punti con un punteggio compreso tra 1 (totalmente falso) e 5 (totalmente vero), (Vodanovich e Kass 1990).

Gli item includono affermazioni come “è facile per me concentrarmi sulle mie attività”, e “se non faccio qualcosa di eccitante, o perfino pericoloso, mi sento apatico e come morto”. Questa scala è costituita da due fattori per l'interpretazione dei punteggi, un fattore di stimolazione interna (SI), composto da 16 item che identificano un deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso e un fattore di stimolazione esterna (SE), basato su 11 item che riflettono il bisogno di varietà e di cambiamento e indicano la disposizione del soggetto a individuare nell'ambiente esterno la causa della propensione all'esperienza della noia provata. La somma di questi due punteggi permette di calcolare il punteggio totale, ossia l'indice di propensione alla noia.

Temperament & Character Inventory (TCI-R)

Tutti i partecipanti allo studio, soggetti di controllo e DUS, sono stati valutati tramite il TCI-R. Questo test valuta le differenze individuali su sette dimensioni di base della Personalità (Cloninger 1994, 1999). I soggetti sono invitati a indicare fino a che punto ciascun item è applicabile al loro caso su una scala likert a 5 punti (1= indubbiamente falso, 2= per lo più o probabilmente falso, 3= né vero né falso o ugualmente vero e falso, 4= per lo più o probabilmente vero, 5= indubbiamente vero). Questa scala distingue due tipologie di fattori che possono determinare i cambiamenti di personalità riscontrata nei diversi individui ossia, dei tratti neurobiologici che

determinano la dimensione temperamentale dell'individuo e dei tratti di influenza socioculturale, che specificano la dimensione caratteriale. Tramite queste due dimensioni, Cloninger individua 7 fattori di base della personalità dell'individuo, 4 temperamentali indicati col nome di *Novelty Seeking* (NS), *Harm Avoidance* (HA), *Reward Dependence* (RD), *Persistence* (P) e 3 caratteriali cioè *Self Directedness* (S), *Cooperativeness* (C) e *Self Transcendence* (ST).

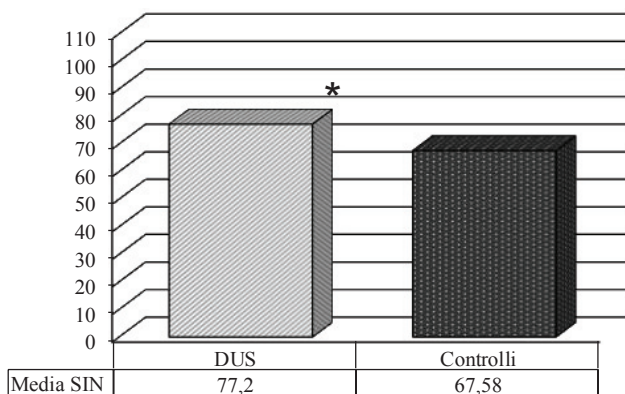
Analisi statistica

Le variabili continue sono state presentate come media e deviazione standard. E' stata effettuata una ANOVA *one-way* per l'analisi della varianza, con test post hoc di Bonferroni per due gruppi indipendenti. I coefficienti di correlazione sono stati calcolati usando il metodo di Pearson, con un valore di $P < 0,05$ statisticamente significativo. Sono state effettuate correlazioni bivariate tra il gruppo sperimentale e quello di controllo tra la SIN e le sottoscale del TCI-R.

Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando SPSS per Windows 16.0 (SPSS, Chicago, IL).

Risultati

Grafico 1. Confronto al t test dei valori medi della SIN versione likert a 5 punti, tra gruppo clinico con DUS e gruppo di controllo



Correlazione di Pearson = 0,3

1) Per quanto concerne l'inclinazione alla noia, il punteggio totale medio alla SIN è risultato più alto nel gruppo di pazienti con uso/dipendenza da sostanze rispetto ai controlli sani, in modo statisticamente significativo al t-test, con $p < 0,05$: DUS $\mu = 77,20$ vs Controlli $\mu = 67,58$ (vedi **grafico 1**).

2) Per quanto riguarda il confronto nelle scale del TCI-R, l'analisi dei punteggi medi evidenzia differenze significative tra gruppo clinico e controlli, per quanto riguarda due scale di temperamento, la *Novelty Seeking* (NS) e la *Reward Dependence* (RD), e due scale caratteriali,

la *Self-Directedness* (SD) e la Cooperativeness (C).

Per quanto riguarda le scale di temperamento, il campione clinico presenta valori medi di NS e RD maggiori rispetto ai controlli in modo statisticamente significativo: NS media del campione clinico $\mu=107,86$ vs $\mu=100,26$ nei controlli; RD campione clinico $\mu=101,6$ vs $\mu=96$ nei controlli, $p<0,05$.

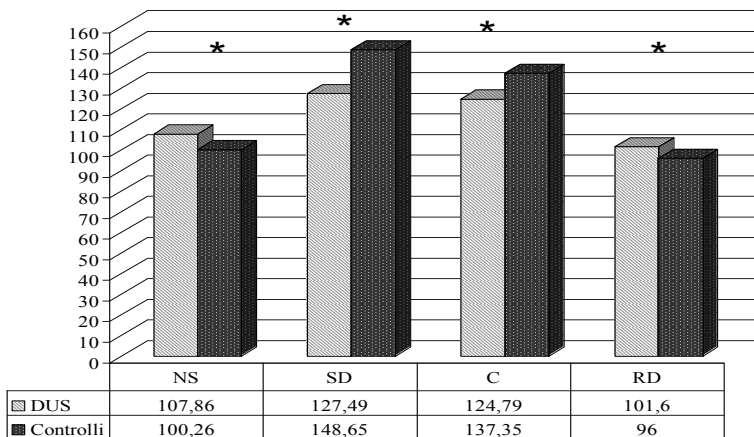
Per quanto concerne le scale delle dimensioni caratteriali, si rilevano differenze tra gruppo clinico e gruppo di controllo, rispettivamente per la SD: $\mu=127,49$ vs $\mu=148,65$ e la C $\mu=124,79$ vs $\mu=137,35$). Il punteggio medio nelle scale delle due dimensioni risulta quindi inferiore, in modo statisticamente significativo nel campione clinico rispetto ai controlli sani con $p<0,05$ per la SD e $p<0,005$ per la C (vedi **tabella 1** e **grafico 2**).

Tabella 1. Confronto tra punteggi medi delle dimensioni temperamentali e caratteriali del TCI-R nei due campioni

	NS	SD	C	RD
DUS	107,86*	127,49*	124,79**	101,6*
Controlli	100,26	148,65	137,35	96

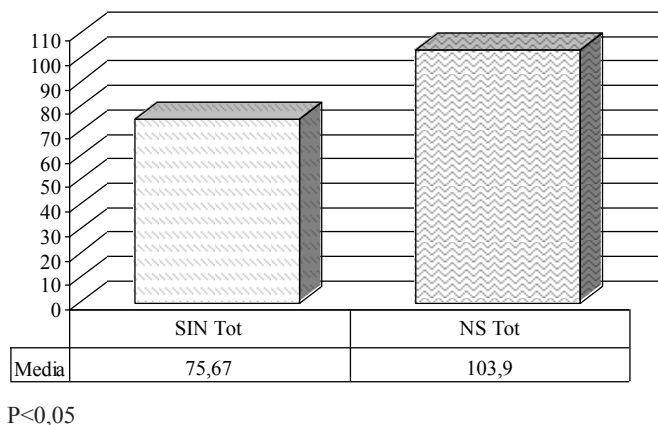
* $p<0,05$ ** $p<0,005$

Grafico 2. Confronto dei punteggi medi del TCI-R fra campione clinico e controlli relativamente alle dimensioni temperamentali Novelty Seeking (NS) e Reward Dependence (RD) e alle dimensioni caratteriali Self-Directness (SD) e Cooperativeness (C)



$P<0,05$

Grafico 3. Correlazione tra i punteggi medi della Scala di Inclinazione alla noia e dimensione NS del TCI-R



3) La ricerca di eventuali correlazioni fra dimensioni temperamentali e caratteriali e l'inclinazione alla noia ha prodotto un risultato interessante ma non ancora statisticamente significativo. L'analisi della varianza, condotta con Anova *one-way*, conferma infatti una correlazione positiva tra i punteggi della SIN e della scala NS del TCI-R: SIN tot $\mu=75,67 \pm 14,42$; NS tot $=103,9 \pm 19,24$. Tuttavia l'analisi raggiungeva un livello di significatività di 0,83 superiore al cut-off $p > 0,05$. L'analisi della correlazione tra le due scale, effettuata per conferma, ha ribadito la non significatività statistica del risultato con indice di Pearson 0,30 (vedi **grafico 3**).

Discussione e conclusioni

I nostri risultati confermano un dato presente in letteratura secondo il quale l'inclinazione alla noia sembra essere una dimensione psicologica in grado di discriminare tra soggetti sani e soggetti con disturbo da uso di sostanze (Zuckerman 1971, 1979; Mazzotti et al. 1990; Todman 2003; Le Bon et al. 2004).

Inoltre una maggiore propensione alla noia, correlata con valori maggiori di NS nei DUS, avvalorata l'ipotesi che individui con maggiore impulsività e tendenza alla ricerca della sensazione possano avere una propensione più marcata alla sperimentazione di sostanze stupefacenti o all'utilizzo di sostanze per combattere lo stato emotivo sgradito.

Un'ampia letteratura conferma una correlazione positiva tra la dimensione del NS e l'abuso di sostanze. Studi neurobiologici recenti (Gardini et al. 2009) evidenziano come persone con alti punteggi di NS siano più inclini a comportamenti che includono il rischio, l'esplorazione e un'alta soglia di stimolazione percettiva, e suggeriscono che questa dimensione psicologica possa rappresentare un fattore di vulnerabilità per l'abuso di sostanze. La correlazione tra la scala NS e le dimensioni dell'anedonia e del *craving* induce alcuni autori a ipotizzare che proprio la difficoltà nel provare piacere, in modo simile a quanto avviene nei pazienti psichiatrici, possa

portare all'uso di sostanze psicoattive nel tentativo di controbilanciare tale condizione (Martinotti et al. 2008).

La RD, la dipendenza dalla ricompensa, è definita da Cloninger come una tendenza temperamentale a rispondere intensamente alle situazioni che comportano una ricompensa o gratificazione, in modo particolare ai segnali di approvazione sociale, ai segnali affettivi, o alle offerte di aiuto. Questo tratto comporta la tendenza a mantenere o a evitare l'estinzione di quei comportamenti che sono stati associati a gratificazioni o all'evitamento della punizione. Esso implica una tendenza al sentimentalismo, ai comportamenti abitudinari, all'eccessivo attaccamento sociale e alla dipendenza dall'approvazione sociale (Cloninger 1987).

In letteratura i dati esplicativi del rapporto fra questa dimensione temperamentale e i pazienti con disturbo da uso di sostanze sono articolati e parzialmente discordanti. Alcuni studi rilevano una bassa RD associata all'uso di sostanze, suggerendo l'ipotesi che alcuni tossicodipendenti potrebbero trovare "convenzionali" e poco stimolanti i normali metodi di gratificazione e rivolgersi quindi a metodi non convenzionali, come le sostanze di abuso (Ball et al. 1999).

Ci sono invece lavori secondo i quali i pazienti con più alta RD presenterebbero un più alto uso di sostanze, forse perché persone con maggiore dipendenza e dunque maggiore bisogno di approvazione sociale, in uno stato di carenza di soddisfazione di questo bisogno si rivolgerebbero all'uso di sostanze psicoattive (Varma et al. 1994; Cloninger 1999).

Il dato del nostro studio, che presenta valori di RD maggiori nel campione clinico di DUS, sembra confermare queste evidenze, ma è in realtà in linea con una lettura più complessa, che associa le dimensioni temperamentalmente a diversi profili e differenti approcci alle sostanze.

Cloninger ha infatti da sempre ipotizzato diversi profili per vari tipi di tossicodipendenza con diverse alterazioni che sottendono a differenti sostanze di abuso. In particolare alcuni studi differenziano un profilo "antisociale" (alta NS e bassa RD) nei dipendenti da oppiacei ed un profilo "sensibile" (alta NS, alta RD) negli alcolisti (Cloninger 1987, 1999).

Il nostro campione presenta una significativa percentuale di alcolisti (circa un terzo del totale) e dunque il dato osservato non si discosta dalle conclusioni riscontrate in queste ricerche.

Per quanto riguarda le dimensioni caratteriali della SD e della C la nostra indagine conferma un dato ampiamente presente in letteratura.

La SD, tradotta generalmente come auto-direzionalità, riflette la capacità del soggetto di controllare, regolare e adattare il comportamento nella maniera ottimale per sé e per il raggiungimento dei propri obiettivi, e risulta tipicamente carente fra i soggetti tossicodipendenti (Basiaux et al. 2001). Si tratta di un elemento caratteriale spesso associato alla forza di volontà, ed è considerato uno dei determinanti principali per la presenza o l'assenza di disturbi di personalità (Cloninger et al. 1997; Gutierrez et al. 2002).

In uno studio coreano condotto su 585 adolescenti maschi, la SD risulta essere il tratto di carattere con il più elevato potere predittivo di disturbo di personalità (Ha et al. 2007).

Il tratto della C esprime tolleranza sociale, empatia, capacità e disponibilità all'aiuto. Alcuni studi sembrano confermare una dimensione deficitaria di questa dimensione fra i tossicodipendenti, in particolare ad esempio per quanto riguarda la motivazione e l'aderenza a programmi terapeutici comunitari. Uno studio italiano del 2007 ha indagato il ruolo delle dimensioni caratteriali nel tasso di *drop-out* rispetto a programmi terapeutici per pazienti con dipendenza da oppiacei, rilevando come la C risultasse fra i tratti caratteriali predittivi del *drop-out* a un anno (Zoccali et al. 2007).

Alcuni studi rilevano infine come i tratti caratteriali della SD e della C in età adulta sembrano particolarmente influenzati da traumi precoci di natura emozionale. Uno studio piuttosto recente

su questo tema è stato condotto su un campione di 242 soldati valutati come non psicopatologici (Rademake et al. 2008). Si tratta in realtà di fattori che riflettono dimensioni correlate a uno scarso controllo degli impulsi e a difficoltà delle relazioni interpersonali, frequentemente riscontrate anche nella clinica dei pazienti con disturbo da uso di sostanze.

In conclusione, lo studio presenta una buona validità legata all'utilizzo di buoni criteri di inclusione diagnostica e risulta invece limitato prevalentemente dalla numerosità campionaria. Anche per questo probabilmente alcune correlazioni, e in particolare tra punteggi SIN e la scala NS del TCI-R non hanno raggiunto la significatività statistica. L'allargamento del campione potrebbe rappresentare un campo di studio importante per il futuro, oltre alla possibilità di confermare i risultati ottenuti con studi di psicologia sperimentale.

Ciononostante sul piano speculativo l'idea che la sensibilità alla noia possa rappresentare il tramite emozionale di quella dimensione psicologica e psicopatologica nota come NS, con le implicazioni che ha sull'abuso di sostanze, rimane un elemento intrigante. La possibilità di implementare le attuali psicoterapie con interventi modulari sulla sensibilità alla noia è di sicuro interesse nel trattamento e nella prevenzione dei disturbi correlati a sostanze oltre che un argomento di interesse per ricerche future.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano sentitamente per la cooperazione e soprattutto per le estensive revisioni della letteratura storico-filosofica e psicologia sulla noia, purtroppo ancora non pubblicate, i colleghi dottoresse Stefania Iazzetta, Lisa Lari ed Eleonora Piccini.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, text revised. American Psychiatric Association, Washington.
- Ball SA, Tennent H, Kranzler HR (1999). Factor replicability and validity of the Temperament and Character Inventory in substance-dependent patients. *Psychological Assessment* 11, 4, 514-524.
- Basiaux P, le Bon O, Dramaix M, Massat I, Souery D, Mendlewicz J, Pelc I, Verbanck P (2001). Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol* 36, 6, 584-587.
- Benedetti G. (1999). *Prefazione*, in G. Bunge, *Akèdia. La dottrina spirituale di Evagrio Pontico sull'accidia*. Abbazia di Praglia, Padova 1992, 8-9.12.
- Berlyne DE (1960). *Conflict, Arousal, and Curiosity*. McGraw Hill, New York.
- Bucci W (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. Guilford, New York. Tr. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Fioriti, Roma 1999.
- Cassiano GB (1888). *De institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remedis libri XII*, Petschening, Vienna.
- Castelfranchi C, Miceli M (2002). Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica. In C Castelfranchi, F Mancini, M Miceli (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico*, pp. 17-62. Bollati Boringhieri, Torino.
- Cloninger CR (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 236, 410-416.
- Cloninger CR (1994). Temperament and personality. *Current Opinions Neurobiology* 4, 2, 266-273.
- Cloninger CR (1999). A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand journal of Psychiatry* 33, 2, 174-186.

- Cloninger CR (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry* 13, 611-616.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 12, 975-990.
- Cloninger CR, Svrakic NM, Svrakic DM (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology* 9, 4, 881-906.
- D'Urso V, Trentin R (2001). *Introduzione alla psicologia delle emozioni*, Laterza, Roma.
- Dupuis L (1922). L'ennui morbide. *Revue Philosophique de la France Et de l'Etranger* 93, 417-442.
- Evren C, Evren B (2006). The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. *Nord Journal Psychiatry* 60, 4, 263-269.
- Farmer R, Sundberg ND (1986). Boredom proneness: the development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment* 50, 1, 4-17.
- Fenichel O (1934). Zur Psychologie der Langeweile. *Imago* 20, 270-281.
- Fehr B, Russell JA (1984). Concept of emotion viewed from a Prototype Perspective. *Journal of Examinations Psychology* pp.464-486.
- First MB, Pincus HA (2002). The DSM-IV Text Revision: rationale and potential impact on clinical practice. *Psychiatric Services: a journal of the American Psychiatric Association* 53, 3, 288-292.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition. (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York.
- First MB, Michael B, Spitzer RL, Robert L, Gibbon MW, Janet BW (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP)*, Biometrics Research. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Gardini S, Cloninger CR, Venneri A (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain research bulletin* 79, 5, 265-270.
- Greenson R (1949). The Psychology of Apathy. *The Psychoanalytic Quarterly* 18, 290-302.
- Gutiérrez F, Sangorrín J, Martín-Santos R, Torres X, Torres M (2002). Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of personality disorders* 16, 4, 344-359.
- Ha JH, Kim EJ, Abbey SE, Kim TS (2007). Relationship between personality disorder symptoms and temperament in the young male general population of South Korea. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 61, 1, 59-66.
- Izard CE (1977). *Human Emotions*. Plenum Press, New York.
- Janet P (1903). *Les obsession et la psychasténie*. Alcan, Parigi.
- Kierkegaard S (1843). *Enten-Eller*. Reitzel, Copenhagen. Tr. it. *Aut-Aut*. Adelphi, Milano 1978.
- Kraepelin E (1903). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Barth, Lipsia.
- Lari L, Gragnani A, Calugi S, Sаетtoni M (2013). La noia nei disturbi dell'umore: esperienze cliniche e di ricerca. *Cognitivismo Clinico* 10, 1, 45-64.
- Le Bon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hanak C, Hansenne M, Anseau M, Pelc I, Verbanck P, Dupont S (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and alcohol dependence* 73, 2, 175-182.
- Leong, FT, Schneller, GR (1993). Boredom proneness: temperamental and cognitive components. *Personality and individual differences* 14, 233-239.
- Levorato MC (2000). *Le Emozioni della lettura*. Il Mulino, Bologna.
- Maggini C, Dalle Luche R (1991). *Il Paradiso e la Noia: riflessioni metapsicologiche sulla noia morbosa*. Bollati Borighieri, Torino.

- Mantegazza P (1880). *Fisiologia del dolore*. Felice Paggi Editore, Firenze.
- Martinotti G, Cloninger CR, Janiri L (2008). Temperament and character inventory dimensions and Anhedonia in Detoxified Substance-Dependent Subjects. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 34, 2, 177-183.
- Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Bussetti M, Guaraldi GP (2000). *SCID, Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Mazzotti R, Dalle Luche R, Cortopassi E, Ciapparelli A, Polidori E, Cibin M, Gentile N, Maggini C (1990). La noia nei disturbi da uso di sostanze. In P Sarteschi, C Maggini (a cura di) *Personalità e psicopatologia*, pp. 521-530. ETS, Pisa.
- Perone R (2002). Traduzione italiana della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002b).
- Rademaker AR, Vermetten E, Geuze E, Mulilwijk A, Kleber RJ (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology* 64, 7, 863-875.
- Reisenzein R (2012). What is an emotion in the belief-desire theory of emotion? In F Paglieri, L Tummolini, R Falcone, M Miceli (a cura di) *The goals of cognition –Essays in honour of Cristiano Castelfranchi*, pp. 185-212. College Publications, Londra.
- Rosch M (1978). Principle of categorization. In E Rosch, BB Lloyd (a cura di) *Cognition and categorization*, pp. 189-206. Erlbaum, Hillsdale.
- Salvatore G, Dimaggio G, Semerari A (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice* 77, 2, 231-254.
- Scherer KR (1982). Emotions as a process, function, origin and regulation. *Social Science Information* 21, 551-570.
- Scherer KR (1984a). On the Nature and Function of Emotion: A Component Process Approach. In K Scherer e P Ekman (a cura di) *Approaches to emotion*, pp. 293-317. Erlbaum, Hillsdale.
- Scott J (1995). Psychotherapy for bipolar disorder: an unmet need? *British Journal of Psychiatry* 167, 3, 581-588.
- SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).
- Svendsen LFH (2004). *A Philosophy of Boredom*, Rektion Books, London. Tr. it. *Filosofia della noia*. Guanda, Parma 2005.
- Todman M (2003). Boredom and psychotic disorders: cognitive and motivational issues. *Psychiatry* 66, 2, 146-167.
- Varma VK, Basu D, Malhotra A, Sharma A, Mattoo SK (1994). Correlates of early-and late-onset alcohol dependence. *Addictive behaviors* 19, 6, 609-619.
- Vodanovich SJ, Kass SJ (1990). A factor analytic study of the Boredom Proneness Scale. *Journal of Personality Assessment* 55, 115-123.
- Von Cranach M (1982). The psychological study of goal directed action: basic issues. In M Von Cranach e R Harré (a cura di) *The analysis of action: recent theoretical and empirical advances*, pp.35-74, Cambridge University Press, Cambridge.
- Zoccali R, Muscatello MR, Bruno A, Bilardi F, De Stefano C, Felletti E, Isgrò S, Micalizzi V, Micò U, Romea A, Meduri (2007). Temperament and character dimensions in opiate addicts: comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *American Journal of Drug alcohol abuse* 33 5, 707-715.
- Zuckerman M (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, 45-52.
- Zuckerman M (1972). Drug usage as one manifestation of a sensation seeking trait. In W Keup (a cura di)

Paolo Iazzetta et al.

- Drug abuse: current concepts and research*, pp. 154-163. C Thomas Pub LTD, Springfield.
- Zuckerman M (1977). Development of situation specific trait-state test for the prediction and measurement of affective responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, 513-523.
- Zuckerman M (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Erlbaum, Hillsdale.

TI RACCONTO PERCHÉ DORMIAMO TUTTI INSIEME: UNO STUDIO SUL FENOMENO DEL COSLEEPING

Elena Bilotta¹, Valeria Semeraro¹, Elisa Salvi¹, Luna Carpinelli², Valeria Castellani², Gloria Pizzonia², Cristiana Patrizi³, Lorenza Isola⁴

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

² Psicologa, Specializzanda APC Roma

³ Psicologa, Psicoterapeuta, Docente APC-SPC, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta APC-SPC e SITCC, Responsabile dell'Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Corrispondenza

Elena Bilotta, PhD
bilotta.elena@gmail.com
Viale Castro Pretorio, 116
00185 Roma

Riassunto

La riflessione sulle abitudini legate al dormire in età evolutiva, quali il *cosleeping*, deve partire dalla comprensione della cornice culturale e della storia familiare nella quale si esplica, accertando se tale assetto del dormire derivi da una scelta di vita, da una risposta transitoria a eventi stressanti, se sia conseguenza di un più ampio insieme di relazioni familiari problematiche, o ancora di problemi psicologici individuali. Non esistono molti contributi in letteratura che si occupino in modo specifico delle motivazioni che spiegano l'esordio del *cosleeping*. Il presente studio si propone di approfondire le ragioni che portano genitori e figli a optare per il *cosleeping*, prendendo in esame due aspetti in particolare: le ragioni che hanno condotto ad adottare il *cosleeping* e le attività alle quali i figli si dedicano prima di andare a dormire, verificando anche il grado di concordanza tra le risposte date dai genitori e dai figli. Sulla base dei risultati ottenuti, è stato adattato un questionario sulle abitudini del sonno, proposto per l'utilizzo nella pratica clinica.

Parole chiave: *cosleeping*, psicopatologia dell'età evolutiva, analisi qualitativa

I TELL YOU WHY WE SLEEP ALL IN THE SAME BED: A STUDY ABOUT COSLEEPING

Abstract

In order to understand the phenomenon of *cosleeping*, we should start from the cultural framework where it occurs and from the child family history. It must be ascertained if *cosleeping* is a consequence of a life choice, or if it is a strategy to cope with stressful life events. *Cosleeping* could also be a consequence of problematic family relationships or personal psychological issues. However, the literature does not explain the reasons why parents and sons choose to sleep together. The present study aims at investigating the explanation given by parents and children to the choice of sleeping together or apart. In particular, this

study examines two particular aspects: the reasons that led parents and children to choose cosleeping and the activities that the children are into before going to bed. The answers given by parents and children were also compared, in order to measure their agreement level. Moreover, a questionnaire of sleep habits was adapted, in order to be used in a clinical setting.

Key words: cosleeping, developmental psychopathology, qualitative data analysis

Introduzione

Il sonno è potenzialmente un'area critica della relazione genitori-figli. In tutta la prima infanzia, fino ai tre anni, sembra essere molto diffusa la richiesta da parte del bambino di dormire con i genitori o di addormentarsi vicino a loro, indipendentemente dalla cultura di appartenenza. Il sonno può essere infatti incluso tra le situazioni che stimolano maggiormente la ricerca di prossimità nel bambino, in quanto corrisponde a una condizione di maggiore vulnerabilità, e la ricerca di vicinanza si fa più intensa quando il bambino è spaventato, a disagio o ammalato. Il momento di andare a dormire può dunque rappresentare per il bambino una separazione dai genitori, e per questo è probabile che egli metta in atto comportamenti appartenenti al repertorio di attaccamento, protestando e cercando di ripristinare il contatto con i genitori nel loro letto. Le modalità attraverso le quali i genitori rispondono alle richieste e alle proteste del bambino sono molto diversificate, soprattutto perché influenzate da numerosi fattori, quali gli stili di vita familiari e culturali (Brisch 2007; McKenna e Mosko 1993).

In generale, nei Paesi occidentali, il desiderio del bambino di dormire insieme ai genitori viene considerato come uno specifico bisogno del bambino stesso, etichettato spesso come “vizio”, nonostante si possa inquadrare nell'insieme più ampio dei normali comportamenti di attaccamento (Nanni 2006). Certamente il fenomeno del *cosleeping* può assumere significati molto diversi in base al contesto culturale, all'età del bambino, alle relazioni familiari e alla presenza di eventi traumatici nella vita della famiglia. Per questo motivo, è importante approfondire le modalità attraverso le quali esso si manifesta e le motivazioni che ne spiegano l'insorgenza e il mantenimento nel tempo, così come ci si propone di fare nello studio qui presentato.

Definizione del *cosleeping*

L'acquisizione da parte del bambino di un ritmo sonno-veglia stabile e con rari risvegli nel corso della notte è un processo fisiologico lento e progressivo, rispetto al quale esistono, in molti *caregiver*, aspettative non realistiche, spesso legate ai consigli contraddittori e disorientanti forniti dalla letteratura al riguardo (ad esempio, Brazelton 1990; Estivill e De Bejar 1999; Wailoo et al. 2004). In molti casi avviene che, di fronte alle problematiche relative al sonno che possono emergere nei primi mesi di vita del bambino, si ricorra al *cosleeping*. Il *cosleeping* (letteralmente “dormire insieme”) è definito come la pratica messa in atto da genitori e figli di dormire nello stesso letto, a stretto contatto, per l'intera notte o parte di essa (Cortesi 2008; Owens 2002). Può succedere che il bambino dorma insieme a solo uno dei genitori (generalmente la madre) o a entrambi, o che il dormire insieme si limiti a una condivisione della stanza, in questo caso spesso per motivi di spazio insufficiente (*room sharing*; Nanni 2006). In letteratura vengono descritte differenti categorie di *cosleeping*, formulate principalmente a partire dall'età di insorgenza del fenomeno: *cosleeping* primario, secondario, e tardivo. Le caratteristiche di ciascuna tipologia vengono riportate sinteticamente in **tabella 1**.

Tabella 1. *Tabella riassuntiva sulle diverse tipologie e caratteristiche del cosleeping*

Tipo di <i>cosleeping</i>	Età	Caratteristiche accessorie
Primario o neonatale	0-12/18 mesi	Ogni intera notte Scelta o tradizione Collegato ad allattamento al seno Arredi predisposti
Secondario, reattivo, o di ritorno	Dopo i 18 mesi	<i>Child/Parent initiated</i> Con/senza lotte serali <i>Coping</i> per disturbi del sonno Episodico o <i>part-night</i> Arredi non predisposti
Tardivo o protratto	Oltre i 4-5 anni	Stabile, con scambi di letto Esordio: primario/secondario/tardivo Assenza/perdita di un genitore Confusione/inversione di ruoli

Cosleeping e psicopatologia in età evolutiva

Indipendentemente dall'età di esordio del *cosleeping*, sono diversi gli studi che mostrano come esso sia associato a disturbi del sonno del bambino (Hayes et al. 2001; Latz et al. 1999; Rath e Okum 1995). Col tempo, bambini abituati ad addormentarsi e a dormire con i propri genitori, possono poi riscontrare problemi a farlo da soli, portando così al protrarsi del *cosleeping* in età più avanzate (Latz et al. 1999; Lozoff et al. 1996; Rath e Okum 1995; Weimer et al. 2002). Se, da una parte, il *cosleeping* non è considerabile un disturbo del sonno a sé stante (non compare infatti nelle classi diagnostiche dei disturbi del sonno del DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), dall'altra parte esso è associato in letteratura a problematiche psicologiche come quadri ansiosi o depressivi, sia del bambino che del genitore (Benoit et al. 1992; Cortesi 2008; Lozoff et al. 1985). Per questo motivo, in ambito clinico, è importante prendere in considerazione la presenza di *cosleeping* e di alcune sue caratteristiche, possibili segnali della presenza di un quadro psicopatologico, come il momento dell'esordio, le sue ragioni e il suo protrarsi nel tempo.

Per quanto non siano molti gli studi sull'ipotesi circa il rapporto tra *cosleeping* e psicopatologia in età evolutiva (ad esempio, Cortesi et al. 2008), è esperienza abbastanza comune tra i terapeuti riscontrare *cosleeping* protratto in bambini che manifestano problemi di autonomia e ansia da separazione. In una ricerca recente condotta dalla nostra Equipe (Equipe per l'età evolutiva APC-SPC di Roma) si è voluta verificare l'esistenza di una correlazione fra lo sviluppo di una

corretta autonomia nel bambino, misurata attraverso la capacità di passare delle notti lontano dai genitori, e il *cosleeping* tardivo/protratto. Per fare ciò, abbiamo valutato l'uso di una serie di strumenti che ci permettessero di comprendere tale fenomeno sia dal punto di vista dei bambini che dei genitori, in un campione clinico (disturbi somatoforme, d'ansia e depressivo) e in uno non clinico (nessuna diagnosi). I risultati hanno mostrato una correlazione tra *cosleeping* tardivo/protratto e problematiche ansiose (ad esempio, paure ed evitamenti), sia nei bambini, che nei loro genitori, in particolare modo nel campione clinico (Patrizi et al. in corso di stampa).

Come già accennato, la letteratura evidenzia come il *cosleeping* possa essere determinato dall'insieme di numerose variabili, che ne possono influenzare la durata e l'eventuale esito sul versante psicopatologico. Cortesi (2008) nel suo studio svolto su un campione di bambini *cosleeper* italiani in età scolare, rileva come nel 98% dei casi i genitori optino per il *cosleeping* protratto/tardivo a causa dei disturbi del sonno del figlio. Sembra infatti che tra i predittori di un persistente *cosleeping* si possano individuare le difficoltà nell'addormentamento, i risvegli notturni frequenti e un livello elevato di ansia del sonno (Cortesi et al. 2008). Il *cosleeping* sarebbe dunque una strategia di *coping* messa in atto dal genitore per affrontare tali difficoltà. Nelle famiglie monoparentali, la scelta di dormire insieme può essere dovuta a cause molto diverse: può essere frutto di uno status prescelto, oppure di una condizione subita legata a una separazione conflittuale o un lutto. In questi scenari, la condivisione del letto tra madre e figlio può assumere significati estremamente dissimili, che spaziano dalla sana normalità fino alla psicopatologia (inversione di ruoli). Un discorso differente dovrebbe essere fatto per il *cosleeping* tardivo/reattivo legato al lutto. Infatti, con la perdita di una persona cara, compaiono nel bambino nuove paure che spesso sono incontrollabili, e che necessitano attenzione e considerazione da parte degli adulti. In questi casi, condividere il letto col genitore può diventare una strategia adeguata adottata dal *caregiver* per favorire l'elaborazione del lutto.

In ultimo, gli studi condotti nell'ambito dei disturbi del sonno mettono in luce una correlazione di questi ultimi con una serie di problematiche di diversa natura, quali basso status socio-economico, stress (Owens-Stively et al. 1997), scarsa relazione genitore-figlio (Sadeh 1996), salute mentale del genitore (Benoit et al. 1992), depressione del genitore (Lam et al. 2003), o ancora conflitti tra i genitori (El-Sheikh et al. 2006). Tuttavia, non sono riscontrabili studi che mettano direttamente in collegamento tali problematiche con la scelta di dormire insieme.

Obiettivi dello studio

La letteratura suggerisce che la più frequente motivazione che porta a scegliere il *cosleeping*, indipendentemente dall'età del bambino, è riscontrabile nei disturbi del sonno di quest'ultimo (ad esempio, difficoltà nell'addormentamento, risvegli notturni frequenti e livello elevato di ansia del sonno; Cortesi 2008; Hayes et al. 2001; Latz et al. 1999; Lozoff et al. 1984; Rath e Okum, 1995). Tuttavia, le motivazioni fornite dal bambino in età scolare del dormire insieme ai genitori non sono sempre del tutto chiare e univoche. Partendo dai questi presupposti, il presente studio ha lo scopo di approfondire le motivazioni che portano figli e genitori a optare per il *cosleeping* tardivo/protratto e, dall'altra parte, quelle che invece hanno portato alla scelta del dormire separati, misurando anche il loro grado di accordo nel fornire le risposte. Si intende inoltre registrare le attività svolte prima di andare a dormire nei due gruppi, per verificare l'esistenza di particolari *routine* legate al momento di andare a letto. Infine, ulteriore obiettivo del presente studio è il perfezionamento del questionario sulla abitudini legate al sonno,

adattato dal CSHQ – *Children's Sleep Habits Questionnaire* (Owens et al. 2000), il questionario maggiormente usato in letteratura per misurare i disturbi del sonno nei bambini.¹

Metodo

Campione

Il campione è composto da soggetti *clinici* (58 bambini tra gli 6 e i 13 anni (32 femmine, 26 maschi; età media 10,9; d.s. 2,1) afferenti alla Clinica di Pediatria e Neuropsichiatria della Sapienza Università di Roma (Diagnosi di Disturbo Somatoforme, Disturbo d'Ansia o di Disturbo Depressivo) e soggetti *non clinici* (47 bambini tra i 7 e i 14 anni; 28 femmine, 19 maschi; età media 10,2; d.s. 2,0) individuato in una scuola elementare di Roma e in una scuola media della Calabria, con nessuna diagnosi di disturbo psichico e nessuna psicoterapia pregressa. L'età media dei genitori è di 43,9 (d.s. 6,2). La **tabella 2** descrive le frequenze dei *cosleeper* e dei non *cosleeper* all'interno dei due campioni. Nelle analisi del presente studio, è stata mantenuta la distinzione tra soggetti *cosleeper* e non *cosleeper*, indipendentemente dal campione di appartenenza.

Tabella 2. Frequenze e percentuali di *cosleeper* e non *cosleeper*

	<i>Cosleeper</i>	<i>Non cosleeper</i>	<i>N</i>
Gruppo clinico	34 (58,6%)	24 (42,4%)	58
Gruppo non clinico	10 (21,3%)	37 (78,7%)	47
Totale	44	61	105

Strumento

Lo strumento consiste in un questionario carta e penna per i bambini e uno per i genitori con una serie di scale per misurare le abitudini legate al dormire, insieme a due domande aperte sulle motivazioni che hanno portato alla scelta di una determinata modalità del sonno, e sulle attività svolte prima di andare a letto.

Nello specifico, il questionario sulle abitudini del sonno per il bambino contiene le seguenti scale (Tuttavia, nel presente studio sono state prese in analisi esclusivamente le ultime domande aperte):

- 10 item tratti dal CSHQ - *Children's Sleep Habits Questionnaire* (Owens et al. 2000) per misurare eventuali resistenze all'addormentamento, durata del sonno, ansia legata al sonno, risvegli notturni;
- 4 item sul *cosleeping* (ad esempio, "dormi con mamma e/o papà?");
- 4 item sugli evitamenti (ad esempio, "dormi a casa dei tuoi amici?");
- 1 domanda aperta sulle motivazioni che hanno portato alla scelta di dormire insieme/separati;
- 1 domanda aperta sulle attività svolte prima di andare a letto.

¹ La presente ricerca fa parte di una più ampia analisi in corso di pubblicazione (Patrizi et al. in corso di stampa), nella quale sono stati presi in esame i correlati di ansia e depressione nei *cosleeper* e non, insieme alle problematiche ansiose dei genitori.

Il questionario per i genitori contiene le seguenti scale che riguardano le abitudini legate all'andare a dormire del figlio:

- 10 item tratti dal CSHQ - *Children's Sleep Habits Questionnaire* (Owens et al. 2000) per misurare eventuali problemi al momento di andare a dormire, durata del sonno, ansia legata al dormire, risvegli notturni del figlio;
- 4 item sul *cosleeping* (ad esempio, "dorme da solo?");
- 4 item sugli evitamenti (ad esempio, "dorme a casa dei suoi amici?");
- 1 domanda aperta sulle motivazioni che hanno portato alla scelta di dormire insieme/separati;
- 1 domanda aperta sulle attività svolte prima di andare a letto.

Procedura

A ciascun partecipante veniva richiesto di completare il questionario carta e penna riguardante la qualità e le abitudini del sonno. Ogni bambino impiegava circa 10 minuti per la compilazione del questionario, che veniva completato, per il campione clinico, presso la Clinica di Neuropsichiatria de la Sapienza Università di Roma, mentre per il campione non clinico, presso la Scuola di appartenenza. I genitori dei bambini del campione clinico completavano il questionario presso la Clinica, mentre ai genitori dei bambini del campione non clinico veniva consegnato il questionario, che veniva riconsegnato in breve tempo.

Analisi dei dati

Per approfondire le motivazioni che hanno portato i bambini e i genitori a scegliere la modalità del sonno, è stata realizzata un'analisi qualitativa delle risposte alle domande aperte del questionario. La stessa analisi è stata realizzata per le risposte alle domande aperte sulle attività svolte prima di dormire. È stato effettuato il test del Chi Quadro per verificare le differenze nelle distribuzioni delle frequenze dei due gruppi. Inoltre, sono state confrontate le risposte date dai bambini e dai genitori, calcolando il grado di concordanza tra le due (V di Cramer). Per le analisi dei dati quantitativi è stato utilizzato SPSS 17.0.

Risultati

In primo luogo, sono state analizzate le risposte alla domanda "*Qual è stato il motivo che vi ha portato a dormire così?*" somministrata ai bambini e ai genitori. Allo scopo di creare delle categorie di risposta diversificate e indipendenti, sono state contate le frequenze con cui comparivano determinate risposte da due codificatori in maniera indipendente, con un grado di accordo superiore al 90%. In un secondo momento, è stato realizzato un confronto tra le due categorizzazioni per verificarne la compatibilità. Le analisi così condotte hanno portato all'identificazione di 10 diverse motivazioni, riportate in **tabella 3** e in **tabella 4**.

Il test del Chi Quadro ha mostrato una differenza significativa nella distribuzione delle frequenze dei due gruppi (per le risposte dei bambini: $\chi^2(9) = 55,4$; $p < .001$; per le risposte dei genitori: $\chi^2(9) = 41,0$; $p < .001$), e in particolare, i residui standardizzati hanno rivelato che le principali differenze tra i due gruppi sono ascrivibili alle categorie "Paure" e "Disturbi del sonno" che per i *cosleeper* sono significativamente più frequenti rispetto ai valori attesi, e "Abitudine", che è significativamente più citata per i non *cosleeper* rispetto ai valori attesi.

Allo scopo di verificare il grado di accordo tra genitori e figli nel descrivere il motivo che li ha portati a dormire insieme o separati, è stato calcolato il coefficiente V di Cramer, che è risultato pari a 0,76; $p < .001$ per i *cosleeper* e 0,81 ($p < .001$) per i non *cosleeper*.

Tabella 3. Frequenze delle motivazioni del dormire insieme/separati (risposte dei bambini)

<i>Categoria</i>	<i>Cosleeper</i>	<i>Non cosleeper</i>
Paure	9	-
Avvenimenti traumatici	6	-
Divorzio	4	-
Disturbi del sonno	4	-
Lutto	3	-
Ansia del bambino	3	1
Ansia del genitore	3	1
<i>Privacy</i>	1	10
Autoefficacia	1	15
Abitudine	-	18
<i>Missing</i>	16	10
Totale	61	44

Tabella 4. Frequenze delle motivazioni del dormire insieme/separati (risposte dei genitori)

<i>Categoria</i>	<i>Cosleeper</i>	<i>Non cosleeper</i>
Paure	8	-
Divorzio	6	-
Lutto	6	1
Disturbi del sonno	5	-
Avvenimenti traumatici	4	-
Abitudine	3	21
Ansia del genitore	2	1
Ansia del bambino	1	1
<i>Privacy</i>	-	3
Autoefficacia	-	7
<i>Missing</i>	27	9
Totale	61	44

È stata effettuata, inoltre, l'analisi delle risposte date alla domanda "Cosa fai prima di addormentarti?" somministrata ai bambini, e alla domanda "Cosa fa suo figlio prima di addormentarsi?" somministrata ai genitori dei due gruppi. Le **tabelle 5 e 6** mostrano le categorie emerse e le frequenze di risposta nei bambini e nei genitori.

Tabella 5. Frequenze delle attività svolte prima di dormire (risposte dei bambini)

<i>Categoria</i>	<i>Cosleeper</i>	<i>Non cosleeper</i>
Guardare la TV	26	11
Leggere	15	3
Ascoltare musica	12	2
Stare al PC	2	-
Fare sport	2	-
Giocare	2	1
Pregare	1	1
Mangiare	-	1
<i>Missing</i>	43	25
Totale	61	44

Tabella 6. Frequenze delle attività svolte prima di dormire (risposte dei genitori)

<i>Categoria</i>	<i>Cosleeper</i>	<i>Non cosleeper</i>
Guardare la TV	21	13
Leggere	15	4
Ascoltare musica	8	1
Fare sport	1	-
Mangiare	-	-
Giocare	-	1
Stare al PC	-	1
Pregare	-	1
<i>Missing</i>	16	23
Totale	61	44

Il test del Chi Quadro non ha evidenziato differenze significative nella distribuzione delle frequenze nei due gruppi. Anche in questo caso è stato calcolato il grado di accordo tra le risposte date da genitori e figli: V di Cramer = 0,81 ($p < .001$), sia per genitori e figli *cosleeper*, che non *cosleeper*.

Discussione e conclusioni

L'osservazione delle frequenze delle motivazioni che hanno portato a scegliere genitori e figli di dormire insieme, permette di trarre delle conclusioni fondamentalmente in linea con la letteratura di riferimento (Cortesi et al. 2008; Hayes et al. 2001; Latz et al. 1999; Lozoff et al. 1984; Rath e Okum 1995). Nel presente studio, infatti, oltre ai disturbi del sonno (risvegli notturni, difficoltà nell'addormentamento ecc.), sono le paure a essere il motivo scatenante della scelta di dormire insieme (come riscontrato anche da Cortesi et al. 2008), un motivo riconosciuto

sia dal genitore, che dal figlio. Questo dato assume una certa rilevanza da un punto di vista clinico. Si può infatti ritenere che, nel caso di un *cosleeping* tardivo/protratto mantenuto dalla presenza di paure, sia utile intervenire con una terapia che fornisca al giovane paziente una strategia di *coping* più efficace per affrontarle. In questi casi, infatti, il *cosleeping* può essere visto come un evitamento assecondato e mantenuto dai genitori, che può ostacolare il percorso verso una migliore gestione dei problemi di ansia del bambino.

Di contro, è l'abitudine la motivazione più frequente data dai bambini e dai genitori non *cosleeper* per spiegare la loro scelta di dormire separati. Non sembrerebbe dunque una vera e propria scelta, quella di dormire ognuno per conto proprio, ma probabilmente una consuetudine che ha avuto inizio dalla prima infanzia ed è proseguita negli anni senza problemi.

I due gruppi non sembrano differire nelle attività svolte prima di andare a dormire, ma sono accomunati da una maggioranza di bambini che guardano la TV prima di andare a letto. Questo risultato ci permette, entro una certa misura, di ipotizzare che il diverso assetto nel dormire non sia attribuibile a una determinata *routine* o, dall'altra parte, all'assenza di una *routine* specifica.

L'elevato grado di accordo tra genitori e figli nel fornire le risposte è un risultato interessante perché suggerisce che, in studi futuri nei quali il campione sia composto da bambini di età inferiore a quella del presente studio, sia possibile chiedere ai genitori di compilare il questionario del sonno descrivendo le abitudini del proprio figlio.

L'analisi qualitativa condotta in questo studio ha permesso il perfezionamento della versione italiana del questionario sulle abitudini del sonno, adattato in parte dal CSHQ - *Children's Sleep Habits Questionnaire* (Owens et al. 2000; cfr. Appendice). In particolare, nella prima sezione del questionario sono stati mantenuti alcuni degli item del CSHQ, nello specifico: 4 item sulla resistenza ad andare a dormire ("*bedtime resistance*"), 3 item sull'ansia legata al sonno ("*sleep anxiety*"), 2 item sui risvegli notturni ("*night wakings*"), e 1 item sulla durata del sonno ("*sleep duration*"). A completamento della scala, sono stati aggiunti 4 item sugli evitamenti creati ad hoc. Nella seconda sezione del questionario, sono stati inseriti alcuni item creati per la descrizione delle abitudini legate al sonno (ad esempio, "*dormi da solo?*", "*da quanto tempo?*"), seguiti dagli elenchi delle motivazioni che hanno portato a scegliere un determinato assetto del dormire e delle attività svolte prima di andare a letto.

Se utilizzato in terapia, il questionario potrebbe fornire interessanti informazioni circa le abitudini legate al dormire del paziente, oltre a dare spunti di approfondimento importanti nel corso del trattamento. Alla luce dei risultati emersi in questo studio e nella prima fase della ricerca (Patrizi et al. in corso di stampa), possiamo infatti sostenere l'importanza di un approfondimento del tema delle abitudini legate al dormire, a partire dalla fase di *assessment*. Il fenomeno del *cosleeping*, specialmente se tardivo/protratto, può essere infatti associato a problematiche internalizzanti del bambino o ancora a difficoltà del genitore, e merita dunque a tutti gli effetti, un suo spazio nel corso della terapia in età evolutiva.

Appendice

QASBA

Questionario sulle Abitudini del Sonno per Bambini e Adolescenti

Qui di seguito troverai alcune affermazioni riguardanti le tue abitudini prima di andare a dormire. Ti chiediamo di rispondere tenendo bene in mente che non esistono risposte giuste o sbagliate; ci interessa solo la tua esperienza.

Prima di tutto ...

Quanti anni hai? _____

Sei Maschio o Femmina? _____

Quanto spesso	Mai/ Raramente (da 0 a 1 volta a settimana)	A volte (da 2 a 4 volte a settimana)	Spesso/Sempre (da 5 a 7 volte a settimana)
1. Ti addormenti nel tuo letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ti addormenti nel letto di qualcun altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desideri la presenza di uno dei tuoi genitori per addormentarti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fai i capricci quando è il momento di andare a letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hai paura di dormire da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hai paura di dormire al buio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fai brutti sogni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vai nel letto dei tuoi genitori durante la notte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ti svegli durante la notte e chiami mamma e/o papà per essere rassicurato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dormi poco (meno di 7/9 ore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi a casa dei tuoi amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dormi a casa dei tuoi parenti (nonni, cugini, zii ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Partecipi alle gite (campo scuola, scout ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rimani da solo a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dormi da solo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SÌ, da sempre | <input type="checkbox"/> NO, non ho mai dormito da solo |
| <input type="checkbox"/> SÌ, ho cominciato quando avevo ... anni | <input type="checkbox"/> NO, ho cominciato a dormire insieme a qualcuno (mamma e/o papà, fratello/sorella) quando avevo ... anni |

Hai una tua stanza?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SÌ, da sempre | <input type="checkbox"/> NO, condivido la stanza con mio/a fratello/sorella |
| <input type="checkbox"/> SÌ, da quando avevo ... anni | <input type="checkbox"/> NO, condivido la stanza con mamma e/o papà |

Dormi nel letto insieme a mamma e/o papà?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÌ, da sempre | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SÌ, ho cominciato quando avevo ... anni | |

Quanto spesso?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tutte le notti | |
| <input type="checkbox"/> Una o due volte alla settimana | |
| <input type="checkbox"/> Solo quando sto male | |

Segna quale tra le seguenti alternative (una o più di una) meglio spiega il motivo che vi ha portati a dormire così.

- Ho bisogno della mia privacy
- Sto bene così
- È un'abitudine
- A causa della mia ansia
- Ho perso una persona cara
- A causa dell'ansia di mia madre e/o mio padre
- È successo qualcosa che mi ha traumatizzato
- I miei genitori si sono separati/divorziati
- Ho paura
- Ho il sonno molto disturbato (non mi addormento facilmente, faccio brutti sogni e mi risveglio più volte durante la notte)

Quale/i tra le seguenti attività svolgi prima di dormire?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Guardo la TV | <input type="checkbox"/> Ascolto la musica |
| <input type="checkbox"/> Leggo | <input type="checkbox"/> Faccio sport |
| <input type="checkbox"/> Gioco | <input type="checkbox"/> Prego |
| <input type="checkbox"/> Sto al computer | <input type="checkbox"/> Mangio |

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, Minde KK (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 31, 86-93.
- Brazelton T (1990). Parent–infant cosleeping revisited. *Ab Initio* 2, 1-7.
- Brisch KH (2007). The prevention of emotional and attachment disorders. In W von Sucholotetz (a cura di), *The Prevention of Developmental Disorders*, pp. 167-181. Hogrefe/Germany, Göttingen.
- Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C, Marioni P (2008). *Cosleeping Versus Solitary Sleeping in Children With Bedtime Problems: Child Emotional Problems and Parental Distress*. *Behavioral Sleep Medicine* 6, 89-105.
- Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C (2004). Cosleeping and Sleep Behavior in Italian School-Aged Children. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 25, 28-33.
- El-Sheikh M, Buckhalt A, Mize J, Acebo C. (2006). Marital conflicts and disruption of children's sleep. *Child Development* 77, 31-43.
- Estivill E e De Béjar S (1999). *Fate la nanna*. Mandragora, Firenze.
- Hayes MJ, Parker KG, Sallinen B, Davare AA (2001). Bedsharing, temperament and sleep disturbance in early childhood. *Sleep* 24, 657-662.
- Lam P, Hiskock H, Wake M (2003). Outcomes of infant sleep problems: A longitudinal study of sleep, behavior and maternal well-being. *Pediatrics* 111, 203-207.
- Latz S, Wolf AW, Lozoff B (1999). Cosleeping in context: Sleep practice and problems in young children in Japan and the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153, 339-346.
- Lozoff B, Askew GL, Wolf A. W. (1996). Cosleeping and early childhood sleep problems: Effects of ethnicity and socio-economic status. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics* 17, 9-15.
- Lozoff B, Wolf AW, Davis NS (1985). Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics* 75, 477-483.
- McKenna JJ e Mosko S (1993). Evolution and infant sleep: an experimental study of infant-parent co-sleeping and its implications for SIDS. *Acta Paediatrica* 82, 31-6.
- Nanni F (2006) (a cura di). *Dove dormono i bambini. Rassegna della letteratura scientifica sul cosleeping*. [www.soscrecere.org](http://www.soscreocere.org).
- Owens JA (2002). Cosleeping. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics* 23, 254-255.
- Owens JA, Spirito A, McGuinn M (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep* 23, 1043-1051.
- Owens-Stively JA, Frank N, Smith A, Hagino O, Spirito A, Arrigan M et al. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and daytime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics* 18, 314-321.
- Patrizi C, Semeraro V, Bilotta E, Salvi E, Isola L (in corso di stampa). Relazione tra abitudini legate al sonno e psicopatologie dello spettro internalizzante in bambini di età scolare: uno studio correlazionale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*.
- Rath FH e Okum ME (1995). Parents and children sleeping together: Cosleeping prevalence and concerns. *American Journal Orthopsychiatry* 65, 411-418.
- Sadeh A (1996). Stress, trauma and sleep in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 5, 685-700.
- Wailoo M, Ball H, Flaming P, Ward Platt MP (2004). Infant bed-sharing with mothers. *Archives of Diseases in Childhood* 89, 1082-1083.
- Weimer SM, Dise TL, Evers PB, Ortiz MA, Welidaregay W, Steinmann WC (2002). Prevalence, predictors, and attitudes toward cosleeping in an urban pediatric center. *Clinical Pediatrics* 41, 433-438.

IL DISGUSTO NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: UNA REVIEW

Michele Questa[°], Angela Dassisti[°], Marta Gallese[°], Daniela Fagliarone[°], Sara Catarinella[°],
Luana Oliviero[°] e Teresa Cosentino*

[°] Allievi del II anno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) Roma

* Tutor del project di ricerca

Corrispondenza

E-mail: michele.questa@hotmail.it

Riassunto

Numerosi studi in questi ultimi decenni hanno messo in luce il ruolo svolto dal disgusto nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi d'ansia (Olatunji e McKay 2007), del comportamento alimentare (Cooper et al. 1998; Aharoni e Hertz 2012), come anche nei pazienti schizofrenici (Schienle et al. 2003), negli ipocondriaci (Davey e Bond 2006) e tra coloro che soffrono di disfunzioni sessuali (de Jong 1998).

In questa review, aggiornamento di un precedente lavoro sullo stesso argomento (Berle 2006), sono stati presi in rassegna gli articoli nazionali e internazionali inerenti la peculiare relazione tra Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e disgusto. In particolare si farà riferimento alla distinzione tra propensione al disgusto, intesa come tendenza a sperimentare più frequentemente e con maggiore intensità l'emozione di disgusto, e sensibilità al disgusto, ossia la tendenza a sovrastimare le conseguenze negative delle manifestazioni del disgusto (van Overveld et al. 2006), distinzione non ancora presente o chiara nella precedente *review*. Nello specifico, tenteremo di chiarire se il disgusto sia caratteristica peculiare del DOC, se esso caratterizzi specificamente un determinato sottotipo e se i due costrutti di propensione e sensibilità abbiano un ruolo differente nel disturbo. Infine, verranno discussi i limiti delle varie ricerche, con suggerimenti per gli studi futuri.

Parole chiave: disgusto, propensione al disgusto e sensibilità al disgusto, disgusto e psicopatologia, disgusto nel DOC

DISGUST IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A REVIEW

Abstract

In these latest decades several studies found important associations between disgust and the origin and the maintenance of different anxiety disorders (Olatunji & McKay 2007), of eating disorders (Cooper et al. 1998; Aharoni e Hertz 2012), schizophrenia (Schienle et al. 2003), hypochondria (Davey e Bond 2006) and sexual dysfunctions (de Jong, 1998). This review is an update of a previous work based on the same topic (Berle 2006): we examined national and international publications involving the relationship between disgust and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Specifically, our work is based on the distinction between disgust propensity (frequency and intensity of experiencing disgust in specific contexts) and disgust sensitivity (perceived harmful consequences of experiencing disgust) (van Overveld et al. 2006);

such distinction was not considered or was still unclear in the previous review. We will try to demonstrate if disgust is uniquely related to OCD, if disgust is associated to a specific OCD subtype and if disgust propensity and sensitivity play a different role in this disorder. In the end, limitations of the studies and future implications are discussed.

Key words: disgust, disgust propensity and disgust sensitivity, disgust and psychopathology, disgust in OCD

Introduzione

Il disgusto è un'emozione di base che ha la funzione di proteggere le persone dal contatto con stimoli contaminati (Olatunji e Sawchuk 2005) o potenzialmente dannosi (Miller 2004); è generalmente accompagnata da un'espressione facciale universale (naso arricciato, angoli delle labbra rivolti verso il basso, occhi chiusi, midriasi) e una tipica reazione fisiologica che include nausea e vomito, incremento della salivazione e attivazione del sistema nervoso autonomo (Rozin e Fallon 1987), come bradicardia, maggiore conduttanza cutanea e rallentamento della frequenza respiratoria. L'emozione del disgusto non sembra essere presente alla nascita e si ipotizza il suo sviluppo durante l'infanzia attraverso la socializzazione e l'esposizione a stimoli specifici (Rozin e Fallon 1987).

Il disgusto, a differenza di altre emozioni, ha da sempre suscitato scarso interesse negli ambienti scientifici. È a partire da Darwin che la psicologia moderna ha iniziato ad occuparsene: *“Il termine disgusto indica qualcosa che ha un sapore sgradevole e nauseante... è curioso vedere quanto facilmente suscitati questa sensazione qualsiasi cosa insolita nell'aspetto, nell'odore e nella natura rispetto al nostro cibo ordinario. Nella terra del Fuoco un indigeno toccò con un dito la carne fredda conservata che io stavo mangiando e, sentendola tenera manifestò estremo disgusto; allo stesso tempo, io fui molto disgustato dal fatto che il mio pasto fosse stato toccato da un selvaggio nudo, benché le sue mani non sembrassero sporche”* (Darwin 1872).

Fino agli ultimi decenni si trovavano poche riflessioni sull'argomento; tra esse, in un articolo del 1941 Angyal sosteneva che il disgusto fosse associato alla paura di sporcarsi e avesse lo scopo di prevenire il contatto con certi oggetti, solitamente rifiuti del corpo umano e animale, che non contaminano a causa di una palese dannosità ma in quanto denotano inferiorità e volgarità.

Il principale modello relativo al disgusto è quello proposto da Rozin et al. (1986, 2000) che distingue quattro differenti domini in cui esso si manifesta: disgusto di base (*core disgust*), elicitato da alcuni alimenti, animali e prodotti corporei e avente lo scopo di proteggere il corpo dalla contaminazione; il disgusto che rimanda alla nostra natura animale (*animal reminder disgust*) che comporta ripugnanza verso quegli oggetti e azioni che ci ricordano le nostre origini animali e la nostra mortalità (ad esempio, atti sessuali inappropriati, mutilazioni, lesioni e morte); il disgusto interpersonale (*interpersonal disgust*), avente la funzione di proteggere l'anima e l'ordine sociale attivato dal contatto con altri indesiderabili, e il disgusto morale (*moral disgust*), attivato dalle infrazioni o reati morali a salvaguardia dell'ordine sociale.

Successivamente altri autori hanno sviluppato un modello di indagine adottando una prospettiva evolutiva (Tybur et al. 2009) che suggerisce che le funzioni del disgusto siano a salvaguardia di tre differenti problemi adattivi: evitamento patogeno, inteso come allontanamento da microrganismi potenzialmente nocivi; disgusto sessuale, riferito alla scelta del partner in termini di evitamento dell'insuccesso riproduttivo; disgusto morale, che motiva l'evitamento di coloro che violano le norme morali.

Come le altre emozioni, il disgusto ha una componente di stato, l'attivazione in presenza di

uno stimolo disgustoso, ed una componente di tratto, intesa come una tendenza relativamente stabile che determina quanto facilmente le persone esperiscono disgusto in differenti situazioni.

Più recentemente, si tende a distinguere tra *propensione al disgusto*, intesa come la tendenza a esperire l'emozione con una certa frequenza ed intensità, e *sensibilità al disgusto*, ovvero la tendenza a sovrastimare le conseguenze negative delle manifestazioni del disgusto (van Overveld et al. 2006; Olatunji et al. 2007), concetto analogo a quello dell'*anxiety sensitivity*, introdotto nel 1985 da Reiss and McNally.

Data la frequenza con cui i soggetti affetti da DOC riferiscono sensazioni e pensieri inerenti lo sporco e la contaminazione con sostanze disgustose, un numero cospicuo di ricerche ha indagato la relazione tra disgusto ed il disturbo ossessivo-compulsivo.

Obiettivo di questa revisione è quello di rispondere ai seguenti quesiti:

1. la vulnerabilità al disgusto caratterizza in maniera specifica il DOC rispetto agli altri disturbi psicopatologici?
2. la vulnerabilità al disgusto differenzia i diversi sottotipi OC?
3. Sensibilità e propensione al disgusto hanno un ruolo differente nel DOC?

A tale scopo abbiamo consultato gli studi presenti nella letteratura internazionale rintracciati nei database scientifici online di *PubMed*, *PsychInfo* e *Google Scholar*.

DOC e disgusto

Il DOC è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla presenza di ossessioni, ossia idee, pensieri o immagini ricorrenti e/o persistenti percepite dai soggetti come intrusive, fastidiose e prive di senso, e compulsioni, atti mentali o comportamentali messi in atto per neutralizzare e/o prevenire una possibile minaccia (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association 2000). Attualmente sono riportati in letteratura 4 sottotipi di DOC, ciascuno con specifiche ossessioni e compulsioni: ossessioni e checking, pulizia e lavaggi, ordine e simmetria e accumulo.

L'interesse sul potenziale ruolo del disgusto nel DOC nasce dall'osservazione che tali pazienti riferiscono frequentemente pensieri ossessivi inerenti lo sporco e la contaminazione.

L'associazione tra la propensione ad esperire disgusto e la sintomatologia OC è stata documentata da numerosi studi, utilizzando strumenti self-report (Charash e McKay 2002; Cisler et al. 2010; Mancini et al. 2001; Muris et al. 2000; Schienle et al. 2003; Thorpe et al. 2003; Woody & Tolin 2002), compiti comportamentali di evitamento (*BAT*: Deacon e Olatunji 2007; Olatunji et al. 2007; Tsao e McKay 2004) e misure implicite (Nicholson et al. 2013).

Rispetto ad un fattore di vulnerabilità come il *negative affect*, predisponente generico a vari disturbi d'ansia e dell'umore, la propensione al disgusto sembra rappresentare un fattore di vulnerabilità specifico per lo sviluppo della sintomatologia del DOC (Olatunji et al. 2011). In altre parole, considerando un possibile modello di mediazione, è come se la relazione tra fattori di vulnerabilità generici, come il *negative affect*, e lo sviluppo della sintomatologia OC fosse mediata dalla vulnerabilità al disgusto (Olatunji et al. 2010).

In un recente studio di D'Olimpio e collaboratori (2013), i pazienti OC mostrano una maggiore propensione a esperire disgusto, sia rispetto ai soggetti di controllo non clinici che a quelli affetti da altri disturbi d'ansia. Inoltre, nel gruppo OC, e non nei gruppi di controllo, la propensione al disgusto si è dimostrata un buon predittore della severità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, anche dopo aver controllato gli effetti dell'ansia di tratto e della depressione.

L'implicazione del disgusto nel DOC sembra ulteriormente corroborata dai risultati di alcuni studi di *neuroimaging*, che hanno evidenziato un coinvolgimento delle medesime strutture

cerebrali: durante compiti di processamento di informazioni collegate al disgusto, infatti, è stata riscontrata un'attivazione della corteccia orbitofrontale e dell'insula anteriore (Phillips et al. 1997; Calder et al. 2007; Phillips et al. 1998), aree note per essere iperattivate in soggetti DOC (Rachman 1993; Whiteside 2004). Un ulteriore studio, seppur con un modesto campione di soggetti, ha dimostrato che durante un compito di presentazione di espressioni facciali raffiguranti disgusto in soggetti DOC sottoposti a risonanza magnetica si registrava, rispetto ai controlli, un incremento di attività maggiore a livello dell'insula di destra, della regione paraippocampale e del giro frontale inferiore (Shapira et al. 2003).

Tuttavia, la vulnerabilità al disgusto non sembra essere peculiare del DOC: sembra essere presente, infatti, anche in altri disturbi d'ansia, tra cui le fobie specifiche di piccoli animali, come ragni e serpenti (Matchett e Davey 1991), la fobia del sangue, delle iniezioni e delle ferite (Sawchuk et al. 2000; Toli et al. 1997), l'ipocondria (Davey e Bond 2006; Thorpe 2011) e la fobia sociale (Amir et al. 2010). Inoltre, tale vulnerabilità è stata riscontrata anche in pazienti affetti da disturbi alimentari, in particolare bulimia e anoressia nervosa (Cooper et al. 1998; Aharoni e Hertz 2012), nei pazienti schizofrenici (Schienle et al. 2003) e tra coloro che soffrono di disfunzioni sessuali (de Jong et al. 2013).

Disgusto e sottotipi DOC

L'osservazione che le valutazioni associate alle reazioni di disgusto spesso rimandano a preoccupazioni di contaminazione ha portato ad ipotizzare che tale emozione sia rilevante, in misura differente, nei diversi sottotipi DOC (Berle e Phillips 2006).

L'associazione più forte dimostrata in letteratura è sicuramente con le ossessioni di contaminazione e le compulsioni di lavaggio (Tolin et al. 2006; Muris et al. 2000; Olatunji et al. 2004), indipendentemente dagli effetti di ansia e depressione (Olatunji et al. 2007): alti livelli di vulnerabilità al disgusto predicono maggiori livelli di sintomatologia di contaminazione, di *distress* relativo al lavaggio, di credenze ossessive (Moretz e McKay 2008) e il comportamento di lavaggio, misurati in termini di frequenza (Thorpe et al. 2003).

Un recente studio (Olatunji e Armstrong 2009) ha impiegato un compito con validità ecologica per indagare l'effetto dell'induzione di uno stato emotivo di disgusto sul disagio sperimentato durante l'esposizione a stimoli potenzialmente contagiosi in individui con alto e basso timore di contaminazione. A seguito dell'induzione del disgusto, rispetto ad una condizione neutra, i soggetti con basso timore di contaminazione riferivano gli stessi livelli di disagio rispetto a quelli riportati dal gruppo con alto timore di contaminazione, in riferimento a stimoli con alto potenziale di contagio.

Inoltre, sempre per quanto riguarda il timore di contaminazione, due recenti studi con campione non clinico hanno dimostrato la presenza di *bias* attentivi in individui con alta paura di contaminazione rispetto a soggetti con bassa paura: in compiti di decisione lessicale (parole vs non parole) e in caso di parole elicitanti disgusto essi riportavano un aumento del tempo di latenza della risposta (Armstrong et al. 2009), mentre durante un compito di presentazione di espressioni facciali mostravano, misurando i movimenti oculari, una maggiore difficoltà nel disancoraggio dell'attenzione per espressioni di disgusto e paura (Armstrong 2010).

Oltre al sottotipo contaminazione, il disgusto risulta predire le tendenze al controllo, alla ruminazione ed al perfezionismo nei maschi e solamente le tendenze al controllo nelle femmine, dopo aver controllato l'effetto di età, ansia e depressione (Mancini et al. 2001); correla con le sottoscale MOCI (*Maudsley Obsessive Compulsive Inventory*) del lavaggio, del controllo,

del dubbio e della lentezza (Schienle et al. 2003), con i sintomi di controllo, dubbio, ordine, ossessione e neutralizzazione (Thorpe et al. 2003).

La propensione al disgusto non sembra differenziare i pazienti ossessivi con compulsioni di lavaggio dai checkers, aventi maggiore propensione a esperire tale emozione sia rispetto ad un gruppo di pazienti ansiosi di controllo che a soggetti non clinici, anche dopo aver controllato gli effetti della depressione e dell'ansia di tratto (D'Olimpio et al. 2013).

Un certo grado di associazione è stato dimostrato anche con la sintomatologia OC a sfondo religioso: oltre all'evidenza che il disgusto e le violazioni morali sono processati da strutture cerebrali sovrapponibili (Moll et al. 2005), è emerso che sensazioni di disgusto verso violazioni morali sono strettamente collegate a ossessioni religiose, come il timore di commettere peccato o di una punizione divina (Olatunji et al. 2005), e al desiderio di lavarsi (Zhong e Liljenquist 2006).

L'unico sottotipo DOC che sembra avere ridotta associazione con il disgusto è l'accumulo (Berle et al. 2012), come si può ipotizzare dal fatto che alcuni individui con grave sintomatologia vivano in condizioni igieniche precarie (Phillips e Mataix-Cols 2004; Thorpe et al. 2003).

Sensibilità e propensione al disgusto nel DOC

Una volta introdotta in letteratura la distinzione tra i costrutti di propensione (frequenza e intensità) e sensibilità (valutazione catastrofica), l'interesse si è focalizzato sul grado in cui entrambi fossero associati al DOC e se uno dei due avesse maggior rilevanza rispetto all'altro nella determinazione della sintomatologia; essi, infatti, sembrano contribuire diversamente alla psicopatologia: la paura dei ragni, ad esempio, è maggiormente associata alla propensione, mentre la fobia del sangue correla con entrambi i costrutti (van Overveld et al. 2006; van Overveld et al. 2008).

Uno dei primi studi al riguardo con un campione di soggetti non clinici ha dimostrato che, tra i due, solo la sensibilità al disgusto è un buon predittore della paura di contaminazione e dei comportamenti di lavaggio, indipendentemente dal *negative affect* (Olatunji et al. 2007).

Uno studio successivo su soggetti non clinici dimostra che la sensibilità al disgusto predice la stima della probabilità di contrarre una malattia se esposti a stimoli potenzialmente contaminati e l'urgenza di lavaggio, anche dopo aver controllato gli effetti dell'ansia, e tale bias di giudizio è indipendente dalle ossessioni di contaminazione e dalle compulsioni di lavaggio; la propensione, invece, predice i comportamenti di evitamento (Mitte 2008).

Recentemente una ricerca condotta su una popolazione non clinica, che ha impiegato questionari e compiti di tipo comportamentale, ipotizzava una maggior tendenza a evitare i compiti comportamentali negli individui non solo inclini a sperimentare tale emozione (propensione), ma che la considerano un'esperienza fortemente spiacevole (sensibilità). In linea con i risultati ottenuti da Mitte (2008), i dati dimostrano una particolare capacità predittiva della propensione al disgusto verso il numero di *step* completati nei compiti comportamentali. Tuttavia, sembra che la sensibilità al disgusto non aggiunga alcuna significativa validità predittiva dell'evitamento dei compiti comportamentali impiegati. Gli autori comunque sostengono che in altre circostanze la sensibilità al disgusto potrebbe contribuire all'avversione o paura di specifici elicitatori del disgusto (es. fobia del vomito) (van Overveld et al. 2010).

Uno studio prospettico con soggetti non clinici (Olatunji 2010) ha previsto la compilazione di una batteria di test alla baseline e a distanza di 12 settimane; dai risultati emerge che cambiamenti nei livelli di sensibilità al disgusto, piuttosto che di propensione, si riflettevano in cambiamenti

della sintomatologia DOC, indipendentemente dagli effetti di età, genere e di cambiamenti nel negative affect. Inoltre, il cambiamento nei livelli di sensibilità al disgusto media totalmente la relazione tra cambiamenti nei livelli di propensione al disgusto e cambiamenti nella sintomatologia DOC: in altre parole, è come dire che la propensione al disgusto giocherebbe un ruolo di fattore di rischio e/o di mantenimento del DOC qualora l'esperienza di disgusto fosse giudicata come potenzialmente pericolosa (sensibilità al disgusto).

Nello stesso anno (Olatunji et al. 2010), uno studio con campione clinico ha confermato la significativa correlazione tra propensione e sensibilità al disgusto e sintomi di contaminazione DOC, indipendentemente dal *negative affect*, un dato interessante che emerge da tale studio è che, contrariamente alle aspettative, i due costrutti sembrano correlare anche con i sintomi di accumulo nel DOC. Inoltre, lo stesso studio ha utilizzato un campione non clinico dimostrando che la propensione al disgusto risulta avere un maggiore peso nei sintomi di lavaggio, mentre la sensibilità sembra essere il miglior predittore del timore di contaminazione e di ricerca di sicurezza.

Un risultato esattamente opposto viene tuttavia raggiunto dal medesimo autore in un successivo studio (Olatunji et al. 2011a): tale ricerca ha preso in considerazione 30 adulti con diagnosi di GAD, 30 DOC e 30 controlli che hanno compilato diversi strumenti self-report; i risultati sembrano dimostrare che non ci sono differenze significative tra i due gruppi di soggetti clinici nei livelli di sensibilità al disgusto, bensì solo nei livelli di propensione, presente in misura maggiore nei DOC rispetto ai GAD.

Lo stesso studio ha ulteriormente indagato il ruolo della propensione prevedendo che cambiamenti nel tempo della propensione al disgusto si riflettono in cambiamenti della sintomatologia OC. A 40 soggetti con diagnosi di DOC sono stati somministrate diverse scale e successivamente è stato applicato un trattamento intensivo (4 giorni a settimana, 3 ore e ½ al giorno) che prevedeva psicoeducazione e terapia cognitiva generale, ma soprattutto esposizione e prevenzione della risposta. Le medesime scale sono state risomministrate nel post-trattamento ed analizzando i risultati è emerso che, quando si esaminano contemporaneamente *negative affect* e propensione al disgusto, cambiamenti in quest'ultima erano associati ad un cambiamento nei sintomi DOC mentre ciò non avveniva se si considerava il *negative affect* da solo. Questi risultati fornirebbero quindi una prova della specificità dell'effetto di mediazione della propensione al disgusto rispetto al miglioramento dei sintomi DOC durante un trattamento basato sull'esposizione (Olatunji et al. 2011b).

Se si considerano misure implicite, in un campione non clinico emerge che la sensibilità al disgusto predice l'evitamento in compiti comportamentali di varia natura, indipendentemente dalla propensione e dall'ansia, mentre entrambi correlano con le tendenze ossessive misurate dall'OCI-R; in particolare, la propensione è collegata alla sottoscala ossessioni, mentre la sensibilità alla sottoscala lavaggi (Nicholson e Barnes-Holmes 2012).

Conclusioni

I dati presenti in letteratura al momento attuale propendono per una stretta associazione tra disgusto e DOC, seppure non univoca, dato che tale emozione sembra essere coinvolta in una certa misura anche in altri disturbi d'ansia e, più in generale, in altri disturbi psicopatologici. Analizzando poi nello specifico la relazione tra vulnerabilità al disgusto e i diversi sottotipi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, non sembra esserci una correlazione specifica con qualche sottotipo particolare quanto piuttosto con tutti, seppure in misura più significativa nel caso di

timore di contaminazione ed in misura ridotta nel sottotipo caratterizzato dall'accumulo. Infine, quando si considera la distinzione tra i due costrutti di *propensione* al disgusto, ossia la tendenza ad esperire l'emozione del disgusto con una certa frequenza ed intensità, e *sensibilità* al disgusto, ovvero la tendenza a sovrastimare le conseguenze negative delle manifestazioni del disgusto, i dati sembrano ancora non essere del tutto univoci, anche perché in alcuni studi non risulta ancora chiaro a quale dei due concetti si faccia riferimento. Tuttavia, da un'analisi della letteratura i modelli di funzionamento dei soggetti non clinici risultano essere differenti da quelli dei soggetti OC: nei primi, la sensibilità sembrerebbe predire il timore di contaminazione ed i comportamenti di lavaggio, mentre la propensione avrebbe a che fare con l'evitamento; nei soggetti clinici sarebbe maggiormente rilevante il concetto di propensione, piuttosto che di sensibilità, sia in termini di comportamenti di lavaggio che di predittività della gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

A fronte di tante evidenze sull'esistenza di una relazione tra disgusto e DOC, restano ancora sconosciuti i meccanismi specifici che spiegano tale nesso. Gli approcci cognitivi alle ossessioni ipotizzano che sia l'errata interpretazione dei pensieri intrusivi, sensazioni e immagini a motivare i comportamenti problematici quali l'evitamento, la ricerca di rassicurazione e il lavaggio eccessivo (Salkovskis 1985; Rachman 1997, 1998; Salkovskis et al. 1999). In linea con tale concettualizzazione, Teachman (2006) suggerisce che potrebbero essere le interpretazioni negative dell'iniziale sensazione di disgusto (sensibilità al disgusto) a motivare comportamenti specifici, come il lavaggio eccessivo e il controllo. La risposta disadattata al disgusto potrebbe essere interpretata in termini di eccessiva responsabilità per la prevenzione della contaminazione: un individuo che ha una maggiore sensibilità al disgusto potrebbe interpretare come sua responsabilità ripulire o eliminare dall'ambiente l'oggetto disgustoso o contaminato. A corroborare tale ipotesi, un recente studio di Nicholson e collaboratori (2013), svolto con soggetti non clinici, dimostra che la tendenza a interpretare negativamente gli stimoli disgustosi, nei termini dei sei domini di credenze definiti dall'*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (responsabilità eccessiva, sovrastima della minaccia, perfezionismo, intolleranza per l'incertezza, importanza dei pensieri e necessità di controllare i pensieri) predice alti punteggi in particolare nella sottoscala responsabilità eccessiva/sovrastima della minaccia dell'*Obsessive-Beliefs Questionnaire* e la sottoscala *Checking* del *Padua Inventory*, indipendentemente dai livelli di ansia; è da notare che in questo caso, utilizzando uno strumento di natura implicita, i dati tra soggetti normali e clinici tendono a coincidere. Alla luce di questi risultati, si può concludere che l'inflazionato senso di responsabilità, componente fondamentale del DOC (Salkovskis 1985, 1989) possa avere un ruolo cruciale anche nelle risposte maladattive al disgusto.

Un'ulteriore ipotesi viene sostenuta da D'Olimpio e collaboratori in una recente ricerca (2013), dalla quale emerge che solo nei soggetti OC la propensione al disgusto correla positivamente con la tendenza ad esperire colpa, anche dopo aver controllato ansia e depressione. Inoltre, la sintomatologia ossessiva era predetta dalla propensione alla colpa, ma inserendo tra i predittori sia la colpa che il disgusto, la colpa non risultava più significativa, suggerendo che il disgusto media l'associazione tra la gravità della sintomatologia e la colpa di tratto. Gli autori nel commentare tali risultati ipotizzano che l'associazione tra propensione alla colpa e al disgusto possa essere meglio spiegata facendo riferimento a un tipo particolare di colpa, quella deontologica: entrambe le emozioni, colpa deontologica e disgusto, strettamente connesse tra loro, hanno forti connotazioni morali e deontologiche. Una convincente dimostrazione di quanto le due emozioni siano tra loro correlate viene dal cosiddetto "effetto Lady Macbeth" descritto da Zhong e Liljenquist (2006): «Una minaccia alla propria integrità morale induce la necessità

di lavarsi; data la sovrapposizione psicologica, fisiologica e neurologica tra il disgusto fisico e quello morale, la pulizia fisica che attenua le sensazioni di disgusto fisico è in grado di ridurre anche la sensazione di disgusto sociale o morale e, dunque, la percezione di minaccia alla propria immagine morale». Gli autori, in uno degli studi effettuati, hanno registrato un'attenuazione delle emozioni morali (colpa, disgusto, vergogna e dispiacere) nei partecipanti che avevano avuto la possibilità di lavarsi le mani dopo aver rievocato una loro azione immorale rispetto a quelli che non avevano potuto farlo.

Infine, è da sottolineare il dato che i due tipi di esperienze, la colpa deontologica ed il disgusto, sembrano attivare la stessa area cerebrale, l'insula (Basile et al. 2011).

Dall'analisi degli studi comunque emergono diversi limiti che non consentono una totale generalizzabilità dei risultati: in primis, l'utilizzo prevalente di soggetti non clinici, soprattutto studenti e donne; inoltre, la maggioranza delle ricerche è basata su strumenti *self-report*, con limiti derivanti dalla parziale sovrapposizione tra gli item che misurano il disgusto e quelli che descrivono la patologia e dall'indagare esclusivamente la componente di tratto e non di stato. Infine, sebbene esista uno strumento di valutazione che discrimina specificamente i due diversi costrutti, ancora oggi alcune ricerche non differenziano tra propensione e sensibilità.

Possibili suggerimenti, quindi, per future ricerche includono l'utilizzo di soggetti clinici OC e il confronto con altre psicopatologie, una chiara distinzione tra i concetti di propensione e sensibilità al disgusto e l'impiego di strumenti di varia natura (strumenti *self-report*, compiti comportamentali e misure implicite). Infine, ci sembra importante indagare ulteriormente nei soggetti ossessivo-compulsivi la relazione esistente tra colpa e disgusto.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Author, text rev., Washington, DC.
- Amir N, Najmi S, Bomyea J, Burns M (2010). Disgust and angry faces in social anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 3, 11-22.
- Angyal A (1941). Disgust and related aversions. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 36, 393-412.
- Armstrong T, Divack M, David B, Simmons C, Benning S, Olatunji BO (2009). Impact of experienced disgust on information-processing biases in contamination-based OCD: an analogue study. *International Journal of Cognitive Therapy* 2, 37-52.
- Armstrong T, Olatunji BO, Sarawgi S, Simmons C (2010). Orienting and maintenance of gaze in contamination fear: Biases for disgust and fear cues. *Behaviour Research and Therapy* 48, 402-408.
- Basile B, Mancini F, Macaluso E, Caltagirone C, Frackowiack R, Bozzali M (2011). Deontological and altruistic guilt: evidence for neurobiological different substrates. *Human Brain Mapping* 32, 2, 229-39.
- Berle D, Phillips ES (2006). Disgust and obsessive-compulsive disorder: An update. *Psychiatry* 69, 228-238.
- Berle D, Starcevic V, Brakoulias V, Sammut P, Milicevica D, Hannana A, Moses K (2012). Disgust propensity in obsessive-compulsive disorder: Cross-sectional and prospective relationships. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43, 656-663.
- Brand J, McKay D, Wheaton MG, Abramowitz JS (2013). The relationship between obsessive compulsive beliefs and symptoms, anxiety and disgust sensitivity, and Swine Flu fears. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 1-7.
- Broderick J, Grisham JR, Weidemann G (2013). Disgust and fear responding in contamination-based obsessive-compulsive disorder during pictorial exposure. *Behavior Therapy* 44, 27-38.
- Calder AJ, Beaver JD, Davis MH, Van Ditzhuijzen J, Keane J, Lawrence AD (2007). Disgust sensitivity predicts the insula and pallidal response to pictures of disgusting foods. *European Journal of*

- Neuroscience* 25, 3422-3428.
- Charash M, McKay D (2002). Attention bias for disgust. *Journal of Anxiety Disorders* 16, 529-541.
- Cisler JM, Brady RE, Olatunji BO, Lohr JM (2010). Disgust and Obsessive Beliefs in Contamination-Related OCD. *Cognitive Therapy Research* 34, 439-448.
- Cisler JM, Reardon JM, Williams NL, Lohr JM (2007). Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fears. *Personality and individual differences* 42, 935-946.
- Cooper MJ, Todd G, Wells A (1998). Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 12, 212-230.
- D'olimpio F, Cosentino T, Basile B, Tenore K, Gragnani A, Mancini F (2013). Obsessive-compulsive disorder and propensity to guilt feelings and to disgust. *Clinical Neuropsychiatry* 10, 3, Suppl. 1, 20-29.
- Darwin C, Ekman P (1998). In Prodger P. (Ed) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, 3rd ed./with an Introduction, Afterword and Commentaries by Paul Ekman, Essay on the History of the Illustrations. HarperCollins, London.
- Davey GCL, Bond N (2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis, and health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 4-15.
- De Jong PJ, Merckelbach H (1998). Blood-injection-injury phobia and fear of spiders: domain specific individual differences in disgust sensitivity. *Personality and Individual Differences* 24, 153-158.
- De Jong PJ, Merckelbach H (1998). Blood-injection-injury phobia and fear of spiders: domain specific individual differences in disgust sensitivity. *Personality and Individual Differences* 24, 153-158.
- Deacon B, Olatunji BO (2007). Specificity of disgust sensitivity in the prediction of behavioral avoidance in contamination fear. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2110-2120.
- Haidt J, McCauley C, Rozin P (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: a scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences* 16, 701-713.
- Hughes S, Barnes-Holmes D, De Houwer J (2011). The dominance of associative theorising in implicit attitude research: propositional and behavioral alternatives. *The Psychological Record* 61, 465-496.
- Jones MK, Menzies RG (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive handwashing. *Behaviour Research and Therapy* 35, 843-850.
- Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jung K, Kim SJ (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 141, 286-293.
- Kleinknecht RA, Kleinknecht EA, Thorndike RM (1997). The role of disgust and fear in blood and injection-related fainting symptoms: A structural equation model. *Behaviour Research and Therapy* 35, 1075-1087.
- Lawrence NS, An SK, Mataix-Cols D, Ruths F, Speckens A, Phillips ML (2007). Neural Responses to Facial Expressions of Disgust but not Fear are Modulated by Washing Symptoms in OCD. *Society of Biological Psychiatry* 61, 1072-1080.
- Mancini F, Gangemi A (2011). Fear of deontological guilt and fear of contamination in obsessive-compulsive disorder. *EABCT: special interest group obsessive-compulsive disorder*. Ed. Erickson – Trento, Vol. 17, n. 3, 395-404.
- Mancini F, Gragnani A, D'Olimpio F (2001). The connection between disgust and obsession and compulsions in a non-clinical sample. *Personality and Individual* 31, 1173-1180.
- Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML (2004). Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 61, 6, 564-576.
- Matchett G, Davey GCL (1991). A test of a disease-avoidance model of animal phobias. *Behavior Research and Therapy* 29, 91-93.
- Miller SB (2004). *Disgust: the gatekeeper emotion*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Miller WI (1997). *The anatomy of disgust*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Mitte K (2008). Trait-disgust vs. fear of contamination and the judgmental bias of contamination concerns. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, 577-586.

- Mogg K, Bradley BP (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 809-848.
- Moll J, De Oliveira-Souza R, Moll F, Ignacio F, Bramati I, Caparelli-Daquer E, Eslinger P (2005). The moral affiliations of disgust: a functional MRI study. *Cognitive and behavioral neurology* 18, 68-78.
- Moretz MW, McKay D (2008). Disgust sensitivity as a predictor of obsessive-compulsive contamination symptoms and associated cognitions. *Journal of Anxiety Disorders* 22, 707-715.
- Muris P, Merckelbach H, Nederkoorn S, Rassin E, Candel I, Horselenberg R (2000). Disgust and psychopathological symptoms in a nonclinical sample. *Personality and Individual Differences* 29, 1163-1167.
- Nicholson E, Barnes-Holmes D (2012). Developing an implicit measure of disgust propensity and disgust sensitivity: Examining the role of implicit disgust propensity and sensitivity in obsessive-compulsive tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 922-930.
- Nicholson E, Barnes-Holmes D (2012). Developing an implicit measure of disgust propensity and disgust sensitivity: Examining the role of implicit disgust propensity and sensitivity in obsessive-compulsive tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43, 922-930.
- Nicholson E, McCourt A, Barnes-Holmes D (2013). The implicit relational assessment procedure (IRAP) as a Measure of Obsessive Beliefs in Relation to Disgust. *Journal of Contextual Behavioral Science* 1-31.
- Ólafsson RP, Emmelkamp PMG, Gunnarsdóttir ER, Snæbjörnsson T, Ólason DT, Kristjánsson Á (2013). Suppressing disgust related thoughts and performance on a subsequent behavioural avoidance task: Implications for OCD. *Behaviour Research and Therapy* 51, 152-160.
- Olatunji BO (2009). Incremental specificity of disgust propensity and sensitivity in the prediction of health anxiety dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 40, 230-239.
- Olatunji BO (2010). Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: A prospective examination of specificity. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 313-317.
- Olatunji BO, Armstrong T (2009). Contamination Fear and Effects of Disgust on Distress in a Public Restroom. *Emotion* 9, 4, 592-597.
- Olatunji BO, Armstrong T (2009). Contamination fear and effects of disgust on distress in a public restroom. *American Psychological Association* 9, 4, 592-597.
- Olatunji BO, Cisler J, McKay D, Phillips ML (2010). Is disgust associated with psychopathology? Emerging research in the anxiety disorders. *Psychiatry Research* 175, 1-10.
- Olatunji BO, Ebesutani C, David B, Fana Q, McGrath PB (2011). Disgust proneness and obsessive-compulsive symptoms in a clinical sample: Structural differentiation from negative affect. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 932-938.
- Olatunji BO, Lohr JM, Sawchuk CN, Tolin DF (2007). Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 45, 263-276.
- Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath PB, Ciesielski BG (2010). Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy* 41, 475-490.
- Olatunji BO, Sawchuk CN (2005). Disgust: characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24, 7, 932-962.
- Olatunji BO, Sawchuk CN, Arrindell W, Lohr JM (2005). Disgust sensitivity as a mediator of the sex difference in contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 38 713-722.
- Olatunji BO, Sawchuk CN, De Jong PJ, Lohr JM (2007). Disgust sensitivity and anxiety disorder symptoms: psychometric properties of the disgust emotion scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 29, 115-124.
- Olatunji BO, Sawchuk CN, Lohr JM, De Jong PJ (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1, 93-104.
- Olatunji BO, Tart CD, Ciesielski BG, McGrath PB, Smits JAJ (2011). Specificity of disgust vulnerability in the distinction and treatment of OCD. *Journal of Psychiatric Research* 45, 1236-1242.
- Olatunji BO, Williams NL, Tolin DF, Abramowitz JS, Sawchuk CN, Lohr JM et al. (2007). The disgust

- scale: item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological Assessment* 19, 281-297.
- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Willems J, Lohr JM, Armstrong T (2009). Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 118-123.
- Phillips ML, Young AW, Scott SK, Calder AJ, Andrew C, Giampietro V, Gray JA (1998). Neural responses to facial and vocal expressions of fear and disgust. *Proceedings of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences* 265, 1408, 1809-1817.
- Phillips ML, Young AW, Senior C, Brammer M, Calder AJ, Bullmore ET, David AS (1997). A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. *Nature* 389, 6650, 495-498.
- Rachman S (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 31, 149-154.
- Reiss S, McNally R J (1985). Expectancy model of fear. In S Reiss, RR Bootzin (Eds) *Theoretical issues in behavior therapy*, pp. 107-121. Academic Press, San Diego, CA.
- Rozin P, Fallon A, Mandell R (1984). Family resemblance in attitudes to foods. *Developmental Psychology*, 20, 309-314.
- Rozin P, Fallon AE (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review* 94, 1, 23-41.
- Rozin P, Haidt J, McCauley CR (2000). Disgust. In Lewis M, Haviland-Jones J (Eds) *Handbook of emotions*, 2nd ed., 673-653. Guilford Press, New York.
- Rozin P, Millman L, Nemeroff C (1986). Operation of the laws of sympathetic magic in disgust and other domains. *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 703-712.
- Sawchuk CN, Lohr JM, Tolin DF, Lee TC, Kleinknecht RA (2000). Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood–injection–injury phobias. *Behaviour Research and Therapy* 38, 753-762.
- Schienle A, Stark R, Walter B, Vaitl D (2003). The connection between disgust sensitivity and blood-related fears, faintness symptoms, and obsessive compulsive symptoms. *Anxiety, Stress and Coping* 16, 185-193.
- Schnall S, Haidt J, Clore GL, Jordan AH (2008). Disgust as embodied moral judgment. *Pers. Soc. Psychol Bull* 34, 8, 1096-1109.
- Shapira NA, Liu Y, He AG, Bradley MM, Lessig MC, James GA, Goodman WK (2003). Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 54, 7, 751-756.
- Vollmoeller W, Kuhn W, Sartory G, Przuntek H (1997). Disgust implicated in obsessive-compulsive disorder. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 264, 1767-1773.
- Summerfeldt LJ, Endler NS (1998). Examining the evidence for anxiety related cognitive biases in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 12, 579-598.
- Teachman BA (2006). Pathological disgust: In the thoughts, not the eye, of the beholder. *Anxiety, stress & coping* 19, 4, 335-351.
- Thorpe SJ, Barnett J, Friend K, Nottingham K (2011). The mediating roles of disgust sensitivity and danger expectancy in relation to hand washing behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 39, 175-190.
- Thorpe SJ, Patel SP, Simonds LP (2003). The relationship between disgust sensitivity, anxiety, and obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 41, 1397-1409.
- Thorpe SJ, Barnett J, Friend K, Nottingham K (2011). The Mediating Roles of Disgust Sensitivity and Danger Expectancy in Relation to Hand Washing Behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 175-190.
- Tolin DF, Lohr JM, Sawchuk CN, Lee TC (1997). Disgust and disgust sensitivity in blood–injection–injury and spider phobia. *Behaviour Research and Therapy* 35, 949-953.
- Tolin DF, Woods CM, Abramowitz JS (2006). Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 1, 30-40.
- Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35, 193-205.
- Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour and Research Therapy* 44, 469-480.

- Tsao SD, McKay D (2004). Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: distinctions from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 42, 207-216.
- Tybur JM, Lieberman D, Griskevicius V (2009). Microbes, Mating, and Morality: Individual Differences in Three Functional Domains of Disgust. *Journal of Personality and Social Psychology* 97, 103-122.
- Van Overveld M, De Jong PJ, Peters M (2010). The disgust propensity and sensitivity scale e revised: its predictive value for avoidance behavior. *Personality and Individual Differences* 49, 706-711.
- Van Overveld WJM, De Jong PJ, Peters ML, Cavanagh K, Davey GCL (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences* 41, 1241-1252.
- Verwoerd J, De Jong PJ, Wessel I, Van Hout W J (2013). "If I feel disgusted, I must be getting ill": Emotional reasoning in the context of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy* 51, 122-127.
- Weierich MR, Treat TA, Hollingworth A (2008). Theories and measurement of visual attentional processing in anxiety. *Cognition and Emotion* 22, 985-1018.
- Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 15, 132, 1, 69-79.
- Woody SR, Tolin DF (2002). The relationship between disgust sensitivity and avoidant behaviour: studies of clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders* 16, 543-559.
- Zhong CB, Liljenquist K (2006). Washing Away Your Sins: Threatened Morality and Physical Cleansing. *Science* 313, 1451-1452.

LA PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA NEGLI PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE: UN'INDAGINE ESPLORATIVA

Francesca Mancini, Anna Santoruvo, Irene Biondani, Elisa Battilana, Marta Carolo, Elena Carrozzo, Giulia Cazzoli, Alessandra Redolfi, Francesca Siviero, Chiara Stupiggia

Specializzande Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC, Verona

Corrispondenza

Francesca Mancini
francesca.mancini@univr.it

Riassunto

Uno degli aspetti centrali della psicoterapia cognitivo-comportamentale è la ricerca scientifica di prove relative all'efficacia dei trattamenti proposti. Oltre all'analisi e alla stesura di protocolli validati per il trattamento dei singoli disturbi, si è assistito negli anni ad un crescente numero di ricerche aventi come focus centrale il terapeuta stesso. La letteratura del settore riporta studi che approfondiscono il ruolo di caratteristiche personali dello psicoterapeuta negli esiti della terapia, o ancora, ricerche che fanno riferimento alla dimensione emozionale di quest'ultimo in relazione, ad esempio, alla patologia del paziente.

Il presente studio si pone l'obiettivo di approfondire alcune tematiche legate all'autoefficacia percepita in ambito lavorativo da parte dei terapeuti in formazione ad orientamento cognitivo-comportamentale. In particolare, ci si propone di indagare la relazione esistente fra percezione di autoefficacia e variabili personali ed esperienziali.

L'autoefficacia percepita può essere definita come la convinzione degli individui di poter fornire un certo livello di prestazione e, quindi, di sapere gestire adeguatamente le situazioni problematiche e stressanti. Il senso di autoefficacia influenza il modo in cui gli individui sentono, pensano, trovano motivazioni e si comportano.

Di conseguenza, il rationale dello studio presuppone che l'autoefficacia percepita incida sulla motivazione e sull'impegno che i terapeuti investono nello svolgimento della professione e che, parallelamente, la capacità di immaginarsi impegnati in azioni di successo influenzi positivamente sia la loro realizzazione sia la sensazione di autoefficacia.

L'indagine svolta considera tre aspetti: in primo luogo si vuole indagare se ed in che modo la percezione di autoefficacia si modifichi nel corso dei quattro anni di specializzazione in psicoterapia; in secondo luogo si indaga l'eventuale relazione esistente tra autoefficacia percepita, stile di coping e tratti di personalità; infine, si vuole verificare se il numero di drop out possa influire sulla percezione di autoefficacia stessa.

Hanno preso parte allo studio psicoterapeuti in formazione, iscritti alle varie sedi delle scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC). Lo strumento di indagine utilizzato consiste in un questionario on line in cui si sono raccolte sia le informazioni anamnestiche relative al soggetto e alla sua attività clinico-lavorativa, che le relative risposte a tre questionari validati specifici ("EPQ-R", "COPE NVI" e la "Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi"). Successivamente, la variabile "Percezione di Autoefficacia" è stata indagata secondo quattro dimensioni: "Maturità Emotiva", "Finalizzazione

dell’Azione”, “Fluidità Relazionale” ed “Analisi del Contesto”. Inoltre, per ogni soggetto si è individuato lo stile di personalità (“Estroversione”, “Nevroticismo”, “Psicoticismo”) e lo stile di coping adottato (“Sostegno Sociale”, “Evitamento”, “Attitudine Positiva”, “Orientamento al Problema”, “Orientamento Trascendente”).

In conclusione, i risultati ottenuti mostrano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia modulato positivamente in funzione della propria attitudine positiva e della capacità di orientamento al problema. Diversamente, il senso di autoefficacia sembra diminuire negli studenti con alti livelli di nevroticismo e che tendono ad adottare strategie di evitamento. Infine, il senso di autoefficacia non sembra essere influenzato significativamente dal numero di drop out subiti.

Parole chiave: percezione di autoefficacia, effetto dello psicoterapeuta, psicoterapeuta in formazione, stress lavoro correlato, motivazione, stile di coping, caratteristiche di personalità

THE PSYCHOTHERAPIST TRAINEES’ PERCEIVED SELF-EFFICACY: AN EXPLORATORY SURVEY

Abstract

One of the main aspects of CBT is the scientific research of evidences concerning the effectiveness of proposed treatments. In the last years, in addition to the analysis and the creation of validated protocols for the treatment of individual disorders, an increasing number of researches focalized on the psychotherapists themselves has been carried out. The specialized literature deeps the role of personal characteristics of therapist in the outcomes of therapy. Furthermore, the literature of the field proposes researches that consider the therapist’s emotional dimension in relation to the pathology of the patient.

The objective of the study is to analyze some issues connected to the perceived self-efficacy in working field of the therapists who are specializing themselves in CBT methodology. In particular, this study proposes to investigate the relationship between perceived self-efficacy and personal and experiential variables.

Perceived self-efficacy can be defined as people’s belief in their own ability to reach appropriate levels of performances; in other words, to deal with complicated and stressful situations. Self-efficacy belief affects people feelings, thoughts, motivation and behaviors.

Consequently, the rationale of this study is based on the assumption that the perceived self-efficacy influences motivation and commitment of therapists. At the same time, the ability to imagine themselves in acting successfully affects positively both their own self-realization and their own self-efficacy perception.

This survey considers three aspects: first of all we want to investigate if and in which way the perceived self-efficacy changes during the four years of training (the duration of the course in psychotherapy in Italy); in the second place we investigate the possible relationship among the perceived self-efficacy, coping style and personality traits; in the end we want to verify if the number of the drops out can affect the therapist trainees’ perceived self-efficacy.

People engaged in the study are psychotherapist trainees in schools of specialization in cognitive-behavioral psychotherapy, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) and Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

For the study enquiry has been used an on line questionnaire that gathers: the anamnesis information about the therapists and their work; their answers to three specific and validated questionnaires (“EPQ-R”, “COPE NVI” and the “Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi”).

In a second phase, the variable “Perceived Self-Efficacy” has been examined considering four dimensions: “Emotional Maturity”, “Finalization of Action”, “Relational Fluidity” and “Analysis of the Context”. Furthermore, for each subject has been identified the personality style (“Extroversion”, “Nevroticismo”, “Psicoticismo”) and the coping style used (“Social Support”, “Avoidance Strategies”,

“Positive Attitude”, “Problem Solving”, and “Turning to Religion”).

In conclusion, the results obtained show how the psychotherapist trainees' perceived self-efficacy is related to their own positive attitude and to their own ability of problem solving. Otherwise, the perceived self-efficacy seems to be lower in the students characterized by high levels of neuroticism and use of avoidance strategies.

At last, the number of patients who left the therapy seems not to influence therapists' perceived self-efficacy.

Key words: perceived self-efficacy, psychotherapist effect, psychotherapist trainee, work-related stress, motivation, coping style, characteristics of personality

Introduzione

L'autoefficacia è definita da Bandura (1977) come la convinzione circa le proprie capacità di organizzare e realizzare le sequenze di azioni necessarie a gestire adeguatamente le situazioni, in un particolare contesto, in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati.

Non si tratta, dunque, di una generica fiducia in se stessi e nelle competenze possedute, ma è un concetto legato a variabili contesto e compito dipendenti.

Il sistema delle convinzioni di efficacia personale riveste un considerevole ruolo in diversi ambiti del funzionamento umano, dai processi di adattamento alla promozione della salute e del benessere psicologico. Le convinzioni di autoefficacia sono, infatti, i più prossimi indicatori dell'agentività umana (*human agency*), capacità della persona di operare consapevolmente per il raggiungimento dei propri obiettivi, secondo i personali standard di prestazione. Specificatamente, regolando processi cognitivi, motivazionali, affettivi e processi di scelta, il senso di efficacia personale influenza modi di pensare, attività intraprese, obiettivi, risultati attesi, resistenza alle avversità e livello di stress sperimentato nell'affrontare le richieste ambientali (Bandura 1993).

Il presente studio vuole indagare il senso di autoefficacia percepita nei terapeuti in formazione, inserendosi nell'ambito di studi che si propongono di approfondire il ruolo del terapeuta e delle sue personali caratteristiche nel processo terapeutico stesso.

L'approfondimento del ruolo dello psicoterapeuta, inteso come *individuo* all'interno della diade terapeutica, è ritenuto importante per una buona comprensione del paziente e del suo sviluppo nel corso del trattamento (Rogers 1957, 1961). In particolare, caratteristiche proprie del terapeuta come l'agentività e le abilità interpersonali, la capacità di gestione di situazioni stressanti (*coping*), e alcune qualità temperamentali sembrano essere in grado di promuovere il successo o il fallimento del trattamento proposto, modulando l'alleanza terapeutica tra paziente e psicoterapeuta (Nissen-Lie et al. 2013; Flückiger et al. 2012; Heinonen et al. 2013).

Alcuni studi hanno dimostrato che la capacità di riflettere su di sé e la percezione di competenza sono centrali nello sviluppo delle abilità professionali dei terapeuti e nella gestione di alcuni aspetti critici della terapia come il rapporto con i pazienti, la durata e la chiusura della terapia stessa (Orlinsky et al. 1975; Strean 1993; Brady et al. 1996). Altri studi inoltre hanno mostrato l'importanza di aspetti come ansia, autoefficacia professionale e autocritica proprio negli psicoterapeuti in formazione (Howard et al. 2006; Lee et al. 2001; Williams et al. 1997).

La letteratura del settore ha evidenziato come il lavoro di terapeuta sia un'occupazione particolarmente stressante (Cushway e Tyler 1996), per la natura ambigua del lavoro clinico psicoterapeutico (Skovholt e Ronnestad 2003), elemento maggiormente stressogeno nelle fasi iniziali del percorso formativo. Pica (1998) sostiene che gli specializzandi abbiano, rispetto ai

professionisti, una minore capacità di tollerare e accettare tale ambiguità e siano più inclini a sviluppare un atteggiamento “*ossessivamente perfezionistico*”, in termini di risultati; quest’ultimo entra in conflitto con la consapevolezza di “*non conoscere tutte le risposte*” relative alle problematiche con cui sono chiamati a confrontarsi. Inoltre, Sherman e Tholen (1998) affermano che i terapeuti con maggior esperienza riportano livelli più bassi di stress lavoro correlato con un conseguente minor impatto sull’efficacia professionale. Tale risultato sembra essere collegato ad una maggior padronanza delle abilità di coping associata ad un incremento della propria sensazione di autoefficacia.

I terapeuti specializzandi sembrano vivere la discrepanza tra l’ideale professionale ricco di aspettative stimolanti e affascinanti e la difficile realtà lavorativa spesso vissuta come svalutante e ricca di limiti, in termini di risorse e tempi clinici. In particolare, gli specializzandi potrebbero sovrastimare sia le loro abilità di indurre un cambiamento stabile e funzionale nei pazienti sia la loro capacità di costruire una solida alleanza terapeutica. Ulteriori elementi stressogeni dimostrati sono le ore di lezione, le attività di ricerca, le supervisioni e i tirocini concomitanti l’attività più strettamente clinica e caratterizzanti il percorso di formazione (Schwartz-Mette 2009).

I livelli di stress influenzano negativamente alcuni processi cognitivi come la memoria dichiarativa, l’attenzione e la concentrazione e le abilità di decision making (Kirschbaum et al. 1996; Skosnik et al. 2000; Klein 1996) che sono attivamente coinvolte nel processo terapeutico. Inoltre, è noto come il livello di stress comprometta il senso di efficacia percepita influenzando negativamente sul trattamento terapeutico offerto (Smith e Moss 2009).

Alcuni studi mostrano come l’utilizzo di strategie di coping appropriate nella regolazione di emozioni disturbanti e nella gestione dei problemi possano proteggere dagli effetti dannosi dello stress a livello psicofisiologico (Connor Smith e Compas 2004).

Ne consegue che saper gestire lo stress in modo funzionale può incrementare il senso di autoefficacia percepita e influire positivamente sul processo terapeutico (Stafford-Brown e Pakenham 2012).

L’adozione di determinati stili di coping avviene sulla base di contesti e situazioni. Tuttavia, la letteratura e gli strumenti di misura hanno evidenziato la natura disposizionale dei processi di coping postulando l’esistenza di alcuni stili di base e strategie abituali, espressioni di caratteristiche stabili di personalità (Mc Crae e Costa 1986; Caver e Sheier 1994; Sica et al. 2008).

Alla luce di queste premesse teoriche, il seguente lavoro si pone l’obiettivo di approfondire la relazione esistente tra percezione di autoefficacia, variabili personali e modalità di gestione dello stress, attraverso le strategie di coping utilizzate, negli studenti specializzandi in psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale.

Obiettivi della ricerca

Il razionale dello studio si basa sul presupposto che la percezione di autoefficacia sia in grado di modulare sia la motivazione che l’impegno che i soggetti investono nello svolgimento di compiti complessi e multidimensionali (Bandura e Adams 1977; Bandura 1986). L’autoefficacia percepita, quindi, può rappresentare una variabile cruciale nello svolgimento della professione psicoterapeutica, influenzando positivamente sulla qualità del trattamento terapeutico offerto. Di conseguenza, abbiamo voluto approfondire sia il ruolo dell’autoefficacia nei processi di svolgimento dell’attività psicoterapeutica, sia la relazione di questa componente con alcune variabili esperienziali, lo stile di personalità e di coping.

In particolare, nel presente lavoro ci si propone di studiare il senso di autoefficacia percepita in

ambito lavorativo da parte di studenti specializzandi in psicoterapia con orientamento cognitivo-comportamentale. In primo luogo, si vuole indagare la presenza di eventuali cambiamenti nella percezione di autoefficacia durante il percorso di formazione (dal primo al quarto anno di studi) in funzione, quindi, dell'acquisizione e del consolidamento di nuove conoscenze e competenze professionali. Secondariamente, si vuole verificare l'eventuale relazione esistente tra percezione di autoefficacia, variabili personali e di gestione dello stress, attraverso le strategie di coping generalmente utilizzate, verificando quale di questi aspetti possa essere maggiormente predittivo del senso di autoefficacia in questo specifico contesto professionale. In ultimo, si vuole chiarire se ed in che modo l'eventuale numero di drop-out influenzi a sua volta il senso di autoefficacia percepita dai terapeuti in formazione. A tale proposito, si potrebbe ipotizzare che un elevato numero di drop-out possa essere interpretato dagli psicoterapeuti in formazione come un feedback negativo rispetto alle loro competenze professionali, abbassando il loro senso di autoefficacia, e conseguentemente la loro motivazione allo svolgimento della professione.

Metodologia

Partecipanti e procedura sperimentale

Hanno partecipato allo studio 220 soggetti (M = 34) di età compresa tra 25 e 60 anni ($media=30,7$; $d.s.=4,2$), iscritti ai quattro anni delle scuole di specializzazione "Associazione di Psicoterapia Cognitiva" (APC) e "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" (SPC), nelle diverse sedi presenti sul territorio nazionale (Verona, Roma, Grosseto, Napoli, Ancona, Reggio Calabria, Lecce). I dati relativi al campione sono rappresentati in **tabella 1**.

Tabella 1. Campione Sperimentale n totale = 220

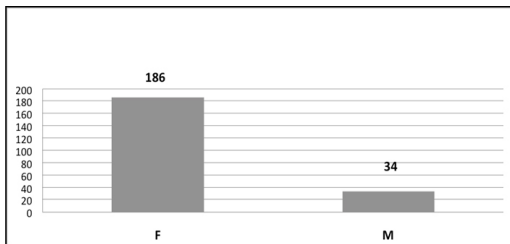


Grafico A. n soggetti suddivisi per genere

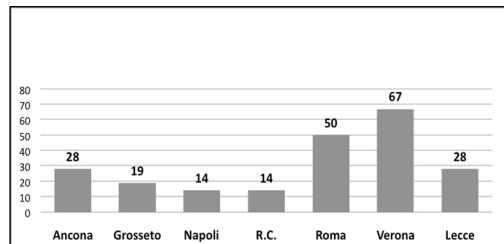


Grafico B. n soggetti suddivisi per sede

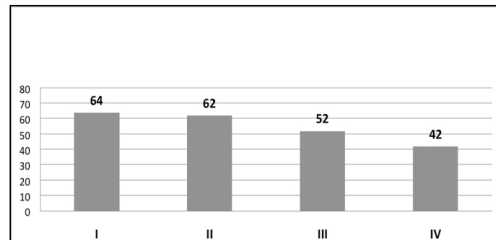


Grafico C. n soggetti suddivisi per anno di scuola

Lo strumento di indagine utilizzato consiste in un questionario proposto in modalità online, inviato tramite e-mail ed elaborato utilizzando “Google Drive”. Ai soggetti è stata inviata una e-mail con il link a cui collegarsi per rispondere al questionario proposto in forma anonima e in autosomministrazione. Il questionario è suddiviso in quattro sezioni principali, il cui ordine è bloccato: la prima, costituita da domande atte a valutare informazioni demografiche relative al soggetto e alla sua attività clinica quali numero totale di pazienti in carico, tipo di trattamento offerto (sostegno psicologico o psicoterapia), categoria diagnostica dei pazienti in carico (asse I, asse II, disturbi non riferibili alle precedenti categorie diagnostiche) e numero di eventuali drop out; le altre sezioni corrispondono a tre questionari validati descritti di seguito. La batteria dei tre questionari self-report comprende l’ “Eysenck Personality Questionnaire” forma ridotta (EPQ-R), il “Coping Orientation to Problems Experienced” (COPE NVI), e la “Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi” che valuta l’autoefficacia nei contesti lavorativi.

Il tempo di compilazione previsto era di circa 20 minuti.

Strumenti

L’**“Eysenck Personality Questionnaire”** forma ridotta-EPQ-R (Dazzi et al. 2004) è composto da 48 item con risposta dicotomica (sì/no) che indagano quattro dimensioni di personalità su altrettante scale di valutazione (12 item per scala), nello specifico:

- **Scala E-Estroversione** descrive la dimensione di introversione *Vs* estroversione.
- **Scala N-Nevroticismo** descrive la dimensione di stabilità *Vs* instabilità emotiva.
- **Scala P-Psicoticismo** descrive la dimensione della socializzazione, che può includere aspetti di anticonformismo, disadattamento sociale, ostilità e antisocialità.
- **Scala di controllo L-Lie** che misura la distorsione nelle risposte in funzione di scopi di desiderabilità sociale. Con punteggi medi (inferiori a 60) il profilo è da ritenersi valido.

Il calcolo dei punteggi ottenuti per ciascuna scala del questionario si ottiene sommando le risposte fornite ai relativi item. Le proprietà psicometriche di attendibilità, stabilità e coerenza interna sono da ritenersi buone (Dazzi et al. 2004).

Il **“Coping Orientation to Problems Experienced”-COPE NVI** (Sica et al. 2008) è un questionario self-report che ha lo scopo di indagare lo stile di coping, ossia la modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Il test è composto da 60 item a cui il soggetto è chiamato a rispondere su una scala Likert a 4 punti (1 = di solito non lo faccio; 4 = lo faccio quasi sempre). Tale strumento genera punteggi relativi a cinque domini che descrivono diverse modalità di gestione di eventi stressanti:

- **Sostegno sociale** (12 item) definito da attività di *ricerca di comprensione, ricerca di informazioni, sfogo emotivo*
- **Strategie di evitamento** (16 item) definito da *attività di negazione, umorismo, uso di droga, distacco comportamentale, distacco mentale*
- **Attitudine positiva** (12 item): definito da attività di *accettazione, contenimento, reinterpretazione positiva*
- **Orientamento al problema** (12 item) definito da attività di *soppressione, pianificazione, attività*

- **Orientamento trascendente** (8 item) definito da attività connesse alla *religione*

La coerenza interna e la stabilità nel tempo per le cinque dimensioni individuate si possono considerare soddisfacenti e in linea con quella dei classici costrutti di personalità (Sica et al. 2008).

La “**Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi**” (Farnese et al. 2007) ha lo scopo di rilevare le convinzioni di autoefficacia dei soggetti nella gestione di esperienze di vita problematiche. Nel presente lavoro la consegna per la sua compilazione è stata dettagliata in riferimento al contesto professionale legato all’esercizio dello specifico ruolo di psicoterapeuta. Il questionario è costituito da 24 item, si rivolge ad adulti tra i 20 e i 65 anni, e la modalità di risposta è su scala Likert a 5 punti (da 1 = “Per nulla capace” a 5 “Del tutto capace”). La scala considera quattro dimensioni (6 item ognuna):

- **Maturità emotiva:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di gestire situazioni stressanti e problematiche.
- **Finalizzazione dell’azione:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di definire e perseguire obiettivi concreti e adatti alle proprie competenze.
- **Fluidità relazionale:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di ingaggiare e mantenere buone relazioni sociali.
- **Analisi del contesto:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di comprensione e di adattamento al contesto sociale o lavorativo di riferimento.

Il questionario ha mostrato di possedere buone proprietà psicometriche in termini di attendibilità e validità interna (Farnese et al. 2007).

In conclusione, i test sopra descritti sono stati scelti per la presente ricerca sia per la loro specificità nel misurare le variabili di nostro interesse, sia in funzione delle loro buone caratteristiche psicometriche e relativa brevità di somministrazione.

Di conseguenza, per ogni soggetto l’autoefficacia verrà declinata secondo quattro dimensioni: “*Maturità Emotiva*”, “*Finalizzazione dell’Azione*”, “*Fluidità Relazionale*” ed “*Analisi del Contesto*”. Inoltre, per ogni soggetto verrà individuato sia lo stile di personalità (“*Estroversione*”, “*Nevroticismo*”, “*Psicoticismo*”) che lo stile di coping preferibilmente adottato (“*Attitudine positiva*”, “*Sostegno sociale*”, “*Evitamento*”, “*Orientamento al problema*”, e “*Orientamento trascendente*”).

Risultati

I punteggi ottenuti dai soggetti in risposta ai questionari sono stati trasformati in punteggi T, e analizzati attraverso studi di correlazione e regressione lineare (semplice e multipla). In particolare, sono state indagate le possibili relazioni tra i fattori relativi alla **Personalità** (3 livelli: Estroverso, Nevrotico, Psicotico), **Coping** (5 livelli: Sostegno Sociale, Evitamento, Attitudine Positiva, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente) e **Dimensioni di Autoefficacia** (4 livelli: Maturità Emotiva, Finalizzazione all’Azione, Fluidità Relazionale e Analisi del Contesto). La compilazione dei questionari è risultata corretta, e nel caso dell’EPQ-R i profili sono da ritenersi validi (punteggio medio alla *scala L* pari a 25,14) e, pertanto, non è stato ritenuto opportuno inserire i punteggi relativi alla *scala L* nelle successive analisi.

Nello specifico, è stata condotta un’analisi preliminare con uno studio di correlazione

($p \leq 0.004$, correzione di Bonferroni) calcolando il coefficiente di Pearson tra le diverse scale misurate dai questionari “EPQ-R”, “COPE NVI” e la “Scala per la valutazione dell’Autoefficacia per la gestione di problemi complessi”.

I risultati mostrano come esista una significativa collinearità fra i livelli del fattore relativo alle Dimensioni di Autoefficacia (per ogni confronto $r^2 > 0,760$ e $p < 0,001$); tale dato suggerisce di collapsare i quattro livelli indagati in un’unica variabile che chiameremo “Autoefficacia”, inserita nei successivi studi di correlazione e regressione al fine di aumentarne la potenza statistica.

A questo punto, per indagare la prima ipotesi, ovvero se esistano differenze significative tra il livello di autoefficacia percepita dagli studenti iscritti ai quattro anni del corso di studio in psicoterapia cognitivo-comportamentale, è stata condotta un’Anova Univariata. In questo modo abbiamo potuto confrontare le medie dei quattro gruppi relativi ai quattro anni di studi (“Anno di Scuola”, fattore between subject a 4 livelli I, II, III, IV) in funzione della variabile dipendente “Autoefficacia” confrontando la variabilità interna a questi gruppi con la variabilità tra i gruppi. Il modello non è risultato significativo ($F=0,358$, $p=0,784$), pertanto possiamo concludere che non sussistono differenze significative in termini di autoefficacia percepita tra i quattro gruppi iscritti ai diversi anni di studio.

Per la verifica della seconda ipotesi, ossia chiarire l’eventuale relazione tra senso di autoefficacia percepita, variabili personali e di gestione dello stress è stata condotto un secondo studio di correlazione ($p \leq 0,006$, correzione di Bonferroni). Abbiamo, quindi, calcolato il coefficiente di Pearson tra i fattori di “Personalità” (3 livelli: Estroversione, Nevroticismo, Psicoticismo), “Coping” (5 livelli: Sostegno Sociale, Evitamento, Attitudine Positiva, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente) e “Autoefficacia”. Sono risultate significative le correlazioni tra alcuni livelli di personalità e stili di coping: nello specifico, l’“Estroversione” correla positivamente con l’“Attitudine Positiva” ($r^2 = 0,221$, $p < 0,001$) e il “Nevroticismo” correla positivamente con le strategie di “Evitamento” ($r^2 = 0,385$, $p < 0,001$).

Inoltre, i risultati mostrano come l’“Autoefficacia” correli negativamente con il “Nevroticismo” ($r^2 = -0,297$, $p < 0,001$) e con l’“Evitamento” ($r^2 = -0,213$, $p < 0,001$), mentre correli positivamente con l’“Attitudine Positiva” ($r^2 = 0,415$, $p < 0,001$) e l’“Orientamento al Problema” ($r^2 = 0,335$, $p < 0,001$).

A questo punto, ci siamo chiesti quali tra queste variabili fossero maggiormente predittive del fattore “Autoefficacia” e abbiamo condotto uno studio di regressione lineare multipla con fattore dipendente l’ “Autoefficacia” e predittori il “Nevroticismo”, l’ “Evitamento”, l’ “Attitudine Positiva” e l’ “Orientamento al Problema”. Il modello risulta significativo ($F_{[1;4]} = 19,085$; $p < 0,001$).

I risultati mostrano che l’“Attitudine Positiva” è la variabile in grado di predire maggiormente il senso di “Autoefficacia” percepita dai soggetti ($\beta = 0,295$; $p < 0,001$; vedi **tabella 2**).

Infine, per verificare la terza ipotesi sperimentale, se l’eventuale numero di drop-out riferiti influenzi il senso di autoefficacia, abbiamo condotto una regressione lineare semplice tra la variabile dipendente “Autoefficacia” e il predittore “Numero di Drop-out”. Il modello non risulta significativo ($F < 1$); sembra, quindi, che il numero di pazienti che abbandonano in itinere la terapia non influisca in modo significativo sul senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione.

In conclusione, i risultati ottenuti mostrano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia modulato positivamente in funzione della propria attitudine positiva e della capacità di orientamento al problema. Diversamente, il senso di autoefficacia sembra diminuire nelle personalità nevrotiche e nei soggetti che adottano prevalentemente

strategie di evitamento. Infine, il numero di drop-out subiti sembra non influire sul livello di autoefficacia percepita.

Tabella 2. REGRESSIONE LINEARE MULTPLA

Variabile dipendente: Autoefficacia

Predittori: Attitudine Positiva, Orientamento al Problema, Nevroticismo, Evitamento

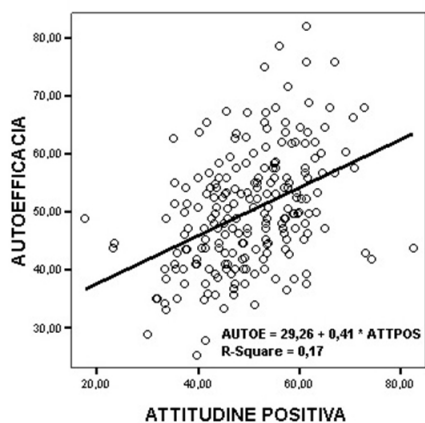


Figura 1. Attitudine Positiva

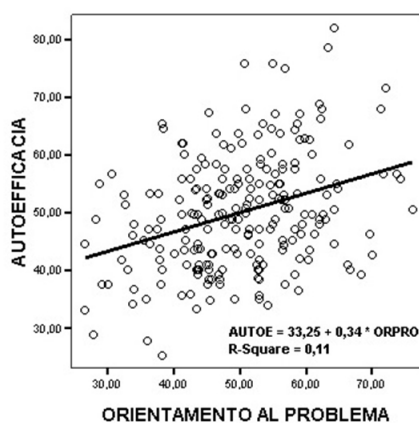


Figura 2. Orientamento al Problema

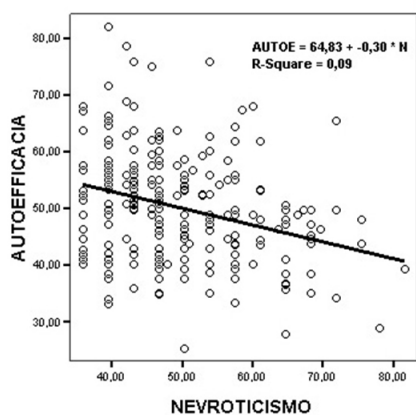


Figura 3. Nevroticismo

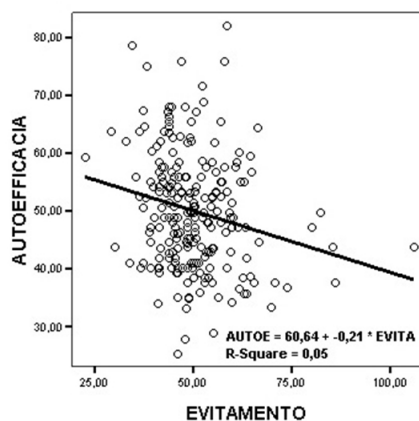


Figura 4. Evitamento

Conclusioni

La letteratura del settore evidenzia come i risultati della terapia dipendano non soltanto dai diversi metodi utilizzati ma anche dalle differenti caratteristiche personali dello psicoterapeuta che modulano, ad esempio, l'alleanza terapeutica (Nissen-Lie et al. 2013). Quest'ultima è definita come l'accordo tra il terapeuta e il paziente sugli obiettivi terapeutici, sui compiti o le attività terapeutiche, e sullo sviluppo di un legame personale, di reciproca fiducia e apprezzamento, tra terapeuta e paziente (Bordin 1979). Risulta evidente il riferimento ad una dimensione personale del rapporto terapeuta-paziente, relazione che entrambi sono in grado di modulare. A tale proposito, è stato dimostrato che quando i terapeuti sono meno stressati, sono maggiormente in grado di entrare in relazione con i bisogni dei loro pazienti e di condurre la terapia in modo tale da sviluppare alleanze resistenti e durature con un impatto positivo sull'esito della terapia stessa (Safran e Muran 2000).

Di conseguenza, risulta evidente la necessità da parte del terapeuta di sapere gestire in modo efficace situazioni problematiche e stressanti, sia in ambito personale che lavorativo, soprattutto durante le fasi iniziali del suo percorso formativo, che potrebbero essere considerate insidiose in termini di un possibile decremento del senso di autoefficacia percepita e di un conseguente abbassamento della motivazione professionale.

Nel presente lavoro si è indagato il senso di autoefficacia percepita da terapeuti in formazione ad orientamento cognitivo-comportamentale (frequentanti le scuole APC-SPC). Nello specifico, si voleva chiarire se l'autoefficacia percepita potesse variare nel corso dei quattro anni di studi e se fosse modulata da variabili personali e di coping. Infine, si è verificato l'eventuale legame fra numero di drop out e senso di autoefficacia percepita.

I risultati ottenuti evidenziano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia positivamente modulato dall'attitudine positiva e in minor misura dalla capacità di orientamento al problema (Sica et al. 2008). L'attitudine positiva è intesa come il risultato dell'interazione di atteggiamenti di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva. Nello specifico, si tratta di un atteggiamento di accettazione della situazione o della propria incapacità di affrontarla, che, da un lato facilita l'inibizione di comportamenti impulsivi di gestione dello stress e, dall'altro, permette una reinterpretazione positiva degli eventi, consentendo di elaborare gli aspetti critici dell'esperienza vissuta in termini di crescita umana. L'orientamento al problema coniuga la scelta e l'uso di strategie di attività, di pianificazione e di soppressione utili ad elaborare ed intraprendere attività per superare il problema e gestire lo stress, inibendo ogni altra azione interferente (Sica et al. 2008).

Diversamente, l'autoefficacia percepita sembra diminuire nelle personalità nevrotiche che, confermando i dati noti in letteratura, frequentemente mettono in atto strategie di evitamento (vedi anche Sica et al. 2008); queste ultime comprendono l'utilizzo di droghe, la negazione del problema stressogeno o il riferirsi ad esso con toni umoristici ed il distacco sia comportamentale, con l'abbandono di tutti i tentativi di risoluzione, sia mentale, con l'assorbimento delle risorse da parte di attività distraenti (Sica et al. 2008).

Altro risultato interessante è che il numero di drop-out esperiti durante la storia clinica degli specializzandi sembra non influire sul livello di autoefficacia percepita; questo dato forse è da mettere in relazione con un atteggiamento di accettazione di una quota di insuccessi da parte del terapeuta che li considera parte integrante e prevedibile del proprio percorso di crescita professionale. In particolare, tale risultato potrebbe essere ricondotto alla natura validante e normalizzante sia del confronto con i colleghi che delle supervisioni con i trainer, aspetti intrinseci

al percorso formativo. In alternativa, tale mancanza di effetto potrebbe essere attribuibile al numero relativamente basso di drop out riportati in rapporto al numero totale di pazienti trattati (ad es. IV anno di scuola: media di drop out pari a 1,5 su una media totale di pazienti trattati pari a 8,8).

Il senso di autoefficacia non sembra neppure subire modificazioni significative nel corso dei quattro anni di studi. Questo dato potrebbe essere in linea con quanto affermato da Thèriault e Gazzola (2005), secondo cui sentimenti di incompetenza sono intrinseci all'esperienza personale dell'essere terapeuta, anche con anni di lavoro alle spalle.

È opportuno, tuttavia, evidenziare la presenza di alcuni limiti metodologici con cui lo studio è stato condotto che potrebbero aver inficiato i risultati ottenuti, mascherando eventuali variazioni nel senso di autoefficacia percepita lungo il percorso di studi. Nello specifico, i limiti della ricerca sono legati all'uso di strumenti self report e al campione sperimentale. Quest'ultimo, infatti, non risulta omogeneo, essendo composto da gruppi diversi di studenti iscritti ai vari anni del corso di specializzazione, numericamente non equivalenti, con una partecipazione decrescente dal primo al quarto anno (vedi **grafico C. tabella 1**).

Di conseguenza, sarebbe opportuno testare e approfondire le ipotesi formulate all'interno di uno studio longitudinale, in modo tale da poter raccogliere i dati su un campione omogeneo seguito durante l'intero percorso formativo che possa meglio fare emergere eventuali variazioni relative al senso di autoefficacia percepita degli specializzandi.

Infine, un ulteriore approfondimento potrebbe riguardare l'estensione del campione sperimentale a specializzandi appartenenti ad altri orientamenti al fine di indagare l'eventuale effetto dell'approccio terapeutico sulla percezione di autoefficacia.

Bibliografia

- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 2, 191-215.
- Bandura A, Adams NE, Beyer J (1977). Cognitive processes mediating behavioural change. *Journal of Personality Social Psychology* 35, 3, 125-39.
- Bandura A (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist* 28, 2, 117-148
- Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 252-260.
- Brady J, Guy J, Poelstra P, Brown, J (1996). Difficult goodbyes: A national survey of therapists' hindrances to successful terminations. *Psychotherapy in Private Practice* 14, 4, 65-76.
- Carver CS, Scheier MF (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, 184-195.
- Connor-Smith JK, Compas BE (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research* 26, 39-55.
- Cushway D (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology* 2, 169-79.
- Cushway D, Tyler P (1996). Stress in clinical psychologists. *International Journal of Social Psychology* 42, 4, 141-149.
- Eysenck HJ (2004). *Scale di personalità Eysenck per adulti: EPQ-R personality questionnaire riveduto, EPQ-R forma ridotta*; adattamento italiano a cura di Dazzi C, Pedrabissi L, Santinello M. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Farnese ML, Avallone F, Pepe S, Porcelli R (2007). Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi. *Temi & Strumenti Studi e ricerche* 41 'Bisogni, valori e autoefficacia nella scelta del lavoro', realizzato da ISFOL in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 Università degli Studi di Roma

- 'Sapienza', I.G.E.R. srl, Roma.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 59, 10-17.
- Heinonen E, Lindfors O, Härkänen T, Virtala E, Jääskeläinen T, Knekt P (2013). Therapists' Professional and Personal Characteristics as Predictors of Working Alliance in Short-Term and Long-Term Psychotherapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 28, [Epub ahead of print]
- Howard EE, Inman AG, Altman AN (2006). Critical incidents among novice counsellor trainees. *Counselor Education and Supervision* 46, 88-102.
- Kirschbaum C, Wolf OT, May M, Wippich W, Hellhammer DH (1996). Stress and treatment induced elevations of cortisol levels associated with impaired declarative memory in healthy adults. *Life Sciences* 58, 17, 1475-1483.
- Klein G. (1996). The effect of acute stressors on decision making. In J. Driskell & E. Salas (Eds.), *Stress and human performance*, pp. 49-88. Erlbaum Hillsdale, NJ.
- Lee RE, Eppler C, Kendal N, Latty C (2001). Critical incidents in the professional lives of first year MFT students. *Contemporary Family Therapy* 23, 51-61.
- Mc Crae RR, Costa PT (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality* 54, 384-405.
- Nissen-Lie HA, Havik OE, Høglend PA, Monsen JT, Rønnestad MH (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Consulting Psychology* 60, 4, 483-95.
- Orlinsky D, Howard R, Hill J (1975). Conjoint psychotherapeutic experiences: Some dimensions and determinants. *Multivariate Behavioral Research* 10, 463-477.
- Pica M (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 35, 3, 361-365.
- Rogers C (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Rogers C (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston, MA.
- Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press, New York, NY.
- Schwartz-Mette RA (2009). Challenges in addressing graduate student impairment in academic professional psychology program. *Ethics and Behaviour* 19, 2, 91-102.
- Sherman MD, Thelen MH (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 29, 79-85.
- Sica C, Magni C, Ghisi M, Altoè G, Sighinolfi C, Chiri LR, Franceschini S (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 14, 1, 27-53.
- Smith PL, Moss SB (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice* 16, 1-15.
- Skosnik PD, Chatterton RT, Swisher T, Park S (2000). Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology* 36, 59-68.
- Skovholt TM, Rønnestad MH (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development* 30, 1, 45-58.
- Stafford-Brown J, Pakenham I (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychology* 68, 6, 592-613.
- Strean HS (1993). *Resolving counterresistances in psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Thériault A, Gazzola N (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced therapists? *Counselling Psychology Quarterly* 19, 4, 313-330.
- Williams EN, Judge A, Hill CE, Hoffman MA (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients' and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology* 44, 390-399.

BURNOUT, EMPATIA E REGOLAZIONE EMOTIVA: QUALI RELAZIONI

Valentina Mordini, Valerio Castellucci, William Giardi, Simona Tripaldi

Scuola di Psicoterapia Cognitiva “Studi Cognitivi”
San Benedetto del Tronto

Corrispondenza

Valerio Castellucci
Email: valerio1983@alice.it

Riassunto

Questa ricerca si propone di valutare e individuare la relazione esistente tra il burnout e le capacità metacognitive di auto-riflessività e comprensione della mente altrui. L'ipotesi è che all'aumentare di tali capacità metacognitive corrisponda un minore rischio di burnout.

Il campione della ricerca è costituito da 115 soggetti italiani di entrambi i sessi, di età compresa tra i 24 e i 55 anni e impegnati in “helping profession”. A ogni soggetto sono stati somministrati i seguenti strumenti d'indagine: MBI per la valutazione e quantificazione del burnout, IRI volto a misurare le capacità empatiche, FDS-R per la misurazione dell'intolleranza alla frustrazione sul luogo di lavoro e l'FFMQ per investigare i diversi aspetti legati alla consapevolezza e alla regolazione emotiva dei propri stati mentali.

I risultati evidenziano che la capacità di regolazione emotiva, ed in particolare di “agire con consapevolezza”, ha un ruolo determinante come fattore protettivo rispetto alla possibile insorgenza di una sindrome da burnout anche in presenza di elevati livelli di frustrazione.

Diversamente da quanto si aspettava l'empatia nei confronti dell'utenza non sembra avere un effetto rilevante nel proteggere o nell'incrementare il livello di burnout.

Parole chiave: burnout, funzioni metacognitive, frustrazione, agire con consapevolezza, empatia.

BURNOUT, EMPATHY, EMOTIVE REGULATION: FOCUS ON CONNECTIONS

Abstract

The present study aims to examine and specify the connections between burnout and metacognitive functions and metacognitive reflective self function and understanding of other's mind, based on the assumption that increased the metacognitive functions correspond to a minor risk of burnout.

The study sample consisted of 115 Italian subjects, male and female, aged between 24 and 55 years old, employed in helping profession. The test battery included: MBI for the evaluation and quantification of burnout, IRI to measure empathy, FDS-R to quantify frustration intolerance, FFMQ to investigate the various aspects related to awareness and to emotive regulation.

Our results showed that the capacities of “acting with awareness” plays a crucial role as a protective

factor against a possible burnout's syndrome even in the presence of elevated levels of frustration.

Contrary to what was expected, empathy does not seem to have any significant effects on limiting or increasing the burnout level.

Key words: burnout, metacognitive function, frustration, aging with awareness, empathy

Introduzione

Il presente studio ha l'obiettivo di fornire un contributo nell'approfondimento dei temi relativi a burnout, empatia e regolazione emotiva, verificando un'eventuale correlazione tra le suddette variabili e determinati aspetti sintomatici all'interno di contesti tradizionalmente considerati a rischio, come le comunità residenziali, le scuole dell'infanzia e le residenze sanitarie assistenziali.

Il *burnout* o sindrome da burnout è un processo stressogeno legato alle professioni d'aiuto (*helping profession*). Si tratta di tutte quelle professioni – psicologi, psichiatri, infermieri, medici, insegnanti, assistenti sociali, operatori di assistenza di base ecc. – che prevedono una relazione di aiuto nei confronti del prossimo all'interno della sfera sociale e/o psicologica. Letteralmente burnout significa proprio “bruciare fuori”. Dunque è un fenomeno che investe in un primo momento la dimensione interiore per poi “esplosione” all'esterno e manifestarsi. Le figure professionali interessate da tale processo sono sottoposte a una duplice fonte di stress: il loro stress personale e quello della persona aiutata e se non opportunamente trattate cominciano a sviluppare un lento processo di “logoramento” o “decadenza” psicofisica.

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del burnout descritti in letteratura, non sembra esistere un accordo unanime tra i differenti autori, sebbene si riscontri un determinato livello di coincidenza per alcune variabili sia soggettive, sia oggettive.

Tra le variabili soggettive si è individuato:

- *Età*: sembra esistere un preciso periodo di sensibilizzazione, in quanto durante i primi anni di carriera professionale il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile;
- *Sesso*: le donne risultano maggiormente vulnerabili rispetto agli uomini. Questo è dovuto al doppio carico lavorativo (professionale e familiare) a cui spesso sono sottoposte e all'espletamento di determinate specialità professionali che prolungherebbero il ruolo di donna;
- *Stato civile*: la presenza di una relazione sentimentale stabile, di una famiglia e di figli sembra rappresentare un fattore protettivo.

Tra le variabili oggettive si è individuato:

- *Turnazione lavorativa*: turnazione e orario di lavoro possono favorire l'insorgenza della sindrome. Si è constatato ad esempio che l'orario di lavoro delle infermiere, che presenta anche una turnazione notturna, richiede un dispendio psicofisico superiore a quello dei medici e per questo sono maggiormente esposte al burnout;
- *Anzianità professionale*: su questo tema esistono dati discordanti in quanto alcuni autori hanno individuato una relazione positiva tra la sindrome e l'anzianità lavorativa mentre altri una relazione inversa, individuando nei soggetti con più anni lavorativi un minor livello di associazione con la sindrome stessa;
- *Sovraccarico lavorativo*: produce una diminuzione sia qualitativa che quantitativa della prestazione offerta soprattutto per ciò che riguarda i professionisti assistenziali;
- *Salario*: anche questo fattore è stato invocato anche se in letteratura non vi sia alcunché di chiaro al riguardo;

- *Contesto organizzativo*: la struttura e il funzionamento di questo contesto sociale plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra loro e il modo in cui eseguono il loro lavoro. Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio di burnout cresce, portando con sé un alto prezzo da pagare. È pertanto necessaria una rigorosa analisi del contesto organizzativo del lavoro.

Tutte le professioni socio-assistenziali implicano un intenso coinvolgimento emotivo tra l'operatore e l'utente: la loro interazione infatti è incentrata sui problemi contingenti di quest'ultimo (psicologici, sociali o fisici) ed è, perciò, accompagnata e spesso gravata da sensazioni d'ansia, disagio, imbarazzo, paura o disperazione. Nell'ambito delle professioni socio-assistenziali la risoluzione dei problemi dell'utente non è affatto semplice e molto spesso non ottenibile, motivazioni per cui la condizione lavorativa diviene sempre più ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore e condurlo al burnout. Questo viene normalmente definito come una sindrome:

- di esaurimento emotivo,
- di depersonalizzazione,
- di ridotta realizzazione personale,

che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa "di aiuto".

Consiste dunque in uno stato di malessere e di disagio che consegue a una situazione lavorativa percepita come stressante e che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici con i propri utenti, indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro. In casi estremi tale sindrome può comportare gravi danni psicopatologici (insonnia, problemi coniugali o familiari, incremento nell'uso di alcol o farmaci), cui consegue un deterioramento della qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori e spesso assenteismo e alto turnover. Pur nella eterogeneità delle definizioni relative alla sindrome del burnout gli autori concordano nel considerarlo non un evento, ma un processo il cui esordio e decorso si caratterizzano e diversificano a seconda delle peculiarità del soggetto e del contesto sociale di appartenenza.

In conclusione il burnout rappresenta l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le helping profession qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress da queste comportati. A causa della rilevanza sociale del fenomeno soprattutto in ambito sociosanitario, tale sindrome ha da sempre riscontrato un notevole interesse da parte della letteratura psicologica e psichiatrica.

Gli effetti dello stress lavorativo sulle condizioni di salute dell'operatore sanitario e i conseguenti rischi di burnout coinvolgono numerosi fattori che si sviluppano diversamente in ogni individuo e/o in ciascuna categoria professionale. L'azione patogena degli stressor protratti nel tempo, argomento su cui è ormai disponibile un'ampia casistica sperimentale e clinica, anche se originariamente ristretti all'ambito lavorativo, può determinare reazioni disadattive che si estendono alla sfera extralavorativa fino a favorire l'insorgenza di quadri nevrotici o depressivi.

Risulta confermata, anche a livelli subclinici, l'ipotesi di una corrispondenza fra grado di burnout lavorativo e manifestazioni sintomatologiche dell'ansia, in particolare con le sue espressioni somatiche e con le modificazioni del tono dell'umore in senso depressivo, quali indicatori di un disagio lavorativo che tende a coinvolgere aspetti più generali della personalità dell'operatore sanitario. Tale esito sembra essere molto frequente quando l'operatore percepisce una forte discrepanza fra aspirazioni di carriera e performance effettiva. Rimane, tuttavia, ancora poco approfondito il problema delle caratteristiche personologiche dell'operatore predisponenti il burnout e le strategie di coping impiegate per fronteggiare lo stress nelle cosiddette helping professions.

Tra le conseguenze della sindrome si descrivono, alterazioni emozionali e comportamentali, psicosomatiche e sociali, perdita dell'efficacia lavorativa ed alterazioni lievi della vita familiare (Orlowski e Gullledge 1986). Secondo Alboreda-Flórez, l'alto livello di assenteismo lavorativo tra questi professionisti si giustificerebbe inoltre tanto per problemi di salute fisica quanto psicologica, a causa della frequente insorgenza di situazioni depressive, fino all'autoprescrizione incongrua di psicofarmaci ed aumento del consumo di alcool ed altre sostanze psicotrope (Alboreda-Flórez e Holley 1991).

Da un punto di vista sintomatologico si possono distinguere sia disturbi della sfera cognitiva, sia della sfera emotiva. Christina Maslach descrive tre gruppi di sintomi: esaurimento emotivo, depersonalizzazione dell'utente, ridotta realizzazione professionale (Maslach e Jackson 1986). Successivamente Fabio Folgheraiter aggiunge a questi tre gruppi una serie di sintomi descrivibili globalmente come perdita di controllo (Folgheraiter 1994).

Costrutti teorici

Il modello di Maslach

Maslach parla di burnout come di una «forma di stress interpersonale che comporta il distacco dall'utente» causato dalla continua tensione emotiva del contatto con persone che portano una richiesta di aiuto. Pur precisando che il burnout non colpisce soltanto i soggetti impegnati in specifiche professioni socio-sanitarie, ma tutti coloro che lavorano a stretto contatto con persone per lunghi periodi di tempo, ne sottolinea, tuttavia, la specificità per tutte le professioni d'aiuto. La sua rielaborazione costituisce l'approccio che sembra influenzare maggiormente i ricercatori. Successivamente la definizione viene trasformata operazionalmente e ricondotta ad un costrutto multifattoriale costituito da tre dimensioni tra loro relativamente indipendenti (Maslach e Jackson 1986):

1. *L'esaurimento emotivo*, cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. È dovuto alla percezione delle richieste come eccessive rispetto alle risorse disponibili. L'operatore si sente come svuotato delle risorse emotive e personali, e con l'impressione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. L'esaurimento emotivo è, quindi, la sensazione di aver oltrepassato i propri limiti sia fisici sia emotivi, sentendosi incapaci di rilassarsi e recuperare e ormai privi dell'energia per affrontare nuovi progetti o persone. L'esaurimento emotivo è la caratteristica centrale del burnout e la manifestazione più ovvia di questa complessa sindrome. Quest'aspetto riflette la dimensione di "stress" del burnout, coglie gli aspetti critici della relazione che le persone hanno con il proprio lavoro. L'esaurimento non è semplicemente un vissuto, piuttosto spinge ad allontanarsi dal punto di vista emotivo e cognitivo dalla professione, presumibilmente un modo per far fronte al carico di lavoro (Maslach et al. 2001).

2. *La depersonalizzazione*, cioè la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; costituisce un modo per porre una distanza tra sé e i destinatari del servizio, ignorando attivamente le qualità che li rendono unici. Le richieste di queste persone sono maggiormente gestibili quando queste ultime vengono considerate oggetti impersonali. In questa condizione l'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo con un atteggiamento burocratico e distaccato e con comportamenti di rifiuto o palese indifferenza verso l'utente. Questi atteggiamenti negativi di distacco, cinismo, freddezza e ostilità costituiscono il tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, riducendo al minimo il proprio

coinvolgimento nel lavoro. Una frequente conseguenza della depersonalizzazione è la percezione del senso di colpa da parte dell'operatore.

3. La *ridotta realizzazione personale*, cioè la sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno. L'operatore si percepisce come inadeguato e incompetente sul lavoro e perde la fiducia nelle proprie capacità di realizzare qualcosa di valido. La motivazione al successo cala drasticamente, l'autostima diminuisce e possono emergere sintomi di depressione. In questa condizione è possibile che il soggetto si rivolga alla psicoterapia oppure decida di cambiare lavoro. Questo costruito ha una relazione complessa con gli altri due: sembra sia una funzione di entrambi, oppure una combinazione dei due. Una situazione lavorativa caratterizzata da richieste croniche e opprimenti che contribuiscono all'esaurimento e al "cinismo" è probabile possa erodere il senso di efficacia dell'individuo. Ancora, esaurimento e depersonalizzazione interferiscono con l'efficacia: è difficile raggiungere un senso di realizzazione quando ci si sente esauriti o si aiuta persone verso le quali si prova indifferenza. Comunque, in altri contesti lavorativi, l'inefficacia sembra svilupparsi parallelamente con gli altri due aspetti del burnout, piuttosto che in maniera sequenziale (Leiter 1988). La mancanza di efficacia sembra derivare più chiaramente da una mancanza di risorse, mentre l'esaurimento e il cinismo emergono dalla presenza di sovraccarico lavorativo e conflitto sociale.

Raffrontando il modello con gli studi precedenti sull'argomento, Maslach rileva che la depersonalizzazione appare come la dimensione distintiva del burnout, ma anche la meno analizzata nelle ricerche sullo stress (Maslach e Jackson 1986). Nei vari studi sullo stress sono stati invece più ampiamente considerati gli aspetti dell'esaurimento emotivo e della realizzazione personale, analizzata soprattutto nei termini di autostima e self-efficacy. Questo porta a concludere che ciò che rende il burnout una sindrome specifica, e distinta dallo stress lavorativo, non sono tanto le sue cause e le reazioni di tensione o insoddisfazione, quanto i sintomi legati ai rapporti interpersonali che si creano nelle relazioni d'aiuto, come il distacco dagli utenti o l'indifferenza.

Più recentemente Folgheraiter introduce un quarto elemento descritto come perdita della capacità del controllo, vale a dire smarrimento di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione. La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita di relazione e l'individuo non riesce a "staccare" mentalmente tendendo a lasciarsi andare anche a reazioni emotive, impulsive e violente (Folgheraiter 1994).

In un altro modello elaborato successivamente, le cause oggettive del burnout vengono ordinate in sei classi, rispettivamente relative a: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori. Nel medesimo lavoro si perviene alla conclusione che il burnout è dovuto principalmente ai fattori oggettivi dello stress professionale, relegando in secondo piano le cause soggettive (Maslach e Leiter 1997).

Il modello di Cherniss

Cherniss definisce burnout una strategia di adattamento che ha ripercussioni negative sia per la persona sia per l'organizzazione; si tratta di una modalità errata di adattamento allo stress lavorativo, messa in atto da operatori che non dispongono delle risorse appropriate per fronteggiarlo; è una sorta di "ritirata psicologica" dal lavoro, in risposta ad un eccessivo stress o insoddisfazione, per cui ciò che un tempo era sentito come "vocazione" diventa soltanto un lavoro. Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere: vi è, quindi, una perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità per la propria professione. Questa incapacità a

fronteggiare lo stress è determinata sia da elementi personali, sia da variabili riguardanti il lavoro in sé e la sua organizzazione (Cherniss 1980).

Obiettivi

Il lavoro sperimentale qui presentato si propone di indagare i processi sottostanti lo sviluppo di burnout all'interno di contesti tradizionalmente considerati a rischio, come le comunità residenziali, le scuole e le residenze sanitarie assistenziali.

Dall'analisi dell'ampia letteratura esistente, è emerso che sono essenzialmente tre le dimensioni soggettive che interessano la sindrome, strettamente connesse alle capacità metacognitive di auto riflessività e comprensione della mente altrui: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale (Maslach e Jackson 1986). Questa ricerca si pone pertanto l'obiettivo di valutare ed individuare la relazione esistente tra il burnout e la capacità del singolo individuo di comprendere sia i propri stati mentali che quelli delle persone con cui lavora (colleghi e utenti). L'ipotesi è che all'aumentare di tali capacità metacognitive corrisponda un minore rischio di burnout.

Tale ipotesi sperimentale deriva principalmente dallo studio dei modelli eziopatogenetici sopraccitati, che hanno messo in evidenza l'importanza di specifiche componenti soggettive nello sviluppo della sindrome.

Secondo il modello elaborato da Christina Maslach (Maslach e Jackson 1986), il burnout si configura come una sindrome specifica e distinta dallo stress lavorativo, non tanto per le sue cause e le reazioni di tensione o insoddisfazione, quanto per i sintomi legati ai rapporti interpersonali che si creano nelle relazioni d'aiuto, come il distacco dagli utenti o l'indifferenza. Secondo l'autrice sono pertanto da considerarsi di primaria importanza le caratteristiche di questa relazione dal punto di vista sia quantitativo (frequenza, durata o il numero degli utenti), sia qualitativo (intimità e distanza interpersonale). Si è pertanto proceduto alla valutazione della relazione tra le capacità empatiche dell'operatore e la presenza di sintomi caratteristici della sindrome.

L'altro modello riferimento è quello di Cherniss (Cherniss 1980), che descrive il burnout come una modalità errata di adattamento allo stress lavorativo, messa in atto da operatori che non dispongono di risorse appropriate per fronteggiarlo: una sorta di "ritirata psicologica" dal lavoro, in risposta ad un eccessivo stress o insoddisfazione, per cui ciò che un tempo era sentito come "vocazione" si tramuta nella ripetizione quasi automatica delle mansioni lavorative. Ne consegue una perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità per la propria professione, accompagnata dalla sensazione di essere incapaci di fronteggiare lo stress e determinata sia da elementi personali sia da variabili riguardanti il lavoro in sé e la sua organizzazione.

Contributi più recenti (Gorgens-Ekermans e Brand 2012) rilevano inoltre come l'intelligenza emotiva, intesa come capacità di riconoscere e gestire in modo consapevole le proprie ed altrui emozioni, funga da mediatore rispetto allo sviluppo della sindrome di burnout in un campione di infermieri. Ai fini della ricerca si è pertanto deciso di utilizzare il Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al. 2006), in grado di indagare le capacità di regolazione emotiva del singolo operatore, per poi osservare le strategie di gestione dei propri stati emotivi più utili per prevenire l'insorgenza di burnout.

Campione

Il campione della ricerca è costituito da 115 soggetti italiani di entrambi i sessi, di età compresa tra i 24 e i 55 anni ed impegnati in “helping profession”.

In particolare il campione è composto da 40 psicologi che operano all’interno di comunità residenziali, 43 insegnanti di scuola primaria e dell’infanzia e 32 Operatori Socio Sanitari (tabella 1).

Tabella 1. Campione

	PSICOLOGI (N=40) M (Ds)	INSEGNANTI (N=43) M (Ds)	OSS/INFERMIERI (N=32) M (Ds)
ETA'	35,70 (11,90)	41,67 (11,55)	47,44 (5,37)
GENERE	14 M; 26 F	43 F	32 F
ANNI PROFESSIONE	9,58 (9,04)	15,92 (11,82)	11,84 (5,76)

Strumenti di ricerca

A tutti i soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari Self Report con lo scopo di indagare i livelli di burnout, le capacità empatiche, la frustrazione percepita nei rispettivi ambienti di lavoro e le capacità di regolazione emotiva:

- *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, (Maslach e Jackson 1986): il costruito da cui parte il test considera il burnout come un’erosione dell’impegno nel lavoro caratterizzato da tre fattori (energia, coinvolgimento ed efficacia), che rappresentano i tre poli opposti delle dimensioni del burnout, quali esaurimento emotivo (vs energia) depersonalizzazione (vs coinvolgimento) ridotta realizzazione personale (vs efficacia). Il burnout si presenta quindi come il polo opposto dell’impegno nel lavoro.

- *Indice di Reattività Interpersonale (IRI)*, (Davis 1983): questo test è volto a misurare l’empatia, intesa come la capacità di “mettersi nei panni degli altri” e “sentire” il loro stato emotivo. Il costruito si compone di una duplice dimensione: cognitiva ed emotiva, in cui la prima delle due riguarda l’abilità di riconoscere e comprendere pensieri, intenzioni, e sentimenti dell’altro, mentre la seconda concerne l’esperienza di condivisione affettiva dello stato d’animo dell’altro. L’autore propone di misurare entrambe le dimensioni dell’empatia attraverso l’uso del cosiddetto “episodio prototipico”.

- *Frustration Discomfort Scale-Revised (FDS-R)*, (Harrington 2005) *adattato alle problematiche lavorative*: questo test si basa sul concetto che l’intolleranza alla frustrazione è uno dei maggiori problemi che causano disturbi psicologici. La cornice teorica all’interno della quale si sviluppa il questionario è quella della REBT.

Con il fine di valutare la frustrazione percepita all'interno dell'ambiente lavorativo, gli item sono stati adattati sostituendo generiche parole come "vita" o "persone" con una terminologia semanticamente più vicina ai contesti di lavoro (es. "utenti, colleghi ecc.").

• *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, (Baer et al. 2006). Il questionario è stato realizzato estrapolando dai test già esistenti una serie di item che differenziano i diversi aspetti della consapevolezza e della regolazione emotiva dei propri stati mentali seguendo la corrente teorica della Mindfulness. Dall'analisi fattoriale sono emerse cinque dimensioni, che rappresentano le sottoscale del reattivo:

- 1) osservare: saper monitorare pensieri ed emozioni proprie;
- 2) descrivere: capacità di attribuire significato a stati mentali;
- 3) agire con consapevolezza: dimensione fondamentale che implica l'essere consapevoli dell'esperienza vissuta nel qui e ora;
- 4) non giudicare: atteggiamento acritico nei confronti delle proprie emozioni;
- 5) non reagire: misura l'abilità di saper scegliere di non reagire con eccessiva reattività alla propria esperienza interna.

Metodo

I risultati sono stati elaborati mediante il software SPSS-21. Inizialmente è stata effettuata un'analisi Anova univariata per calcolare la differenza di medie tra i gruppi, mentre in un secondo momento si è proceduto all'analisi post hoc, che ha permesso di individuare le specifiche differenze tra gruppi risultate significative all'Anova precedente. È stata poi effettuata un'analisi delle correlazioni, allo scopo di comprendere l'andamento delle relazioni tra le diverse variabili; si è quindi svolta un'analisi di regressione lineare che ha evidenziato la relazione causale tra le variabili più significative.

I risultati emersi dall'analisi statistica hanno confermato l'ipotesi di partenza, evidenziando aspetti molto interessanti inerenti la stretta relazione tra i livelli di burnout e le altre dimensioni indagate.

Risultati

Dall'analisi delle caratteristiche del campione utilizzato emergono significative differenze che in parte confermano le indicazioni della letteratura vigente in merito all'influenza del sesso e dell'età rispetto alla possibilità di sviluppare una sindrome da burnout.

Una variabile molto importante riguarda il sesso degli operatori coinvolti, infatti mentre per il gruppo degli psicologi si ha un campione composto sia da maschi che da femmine, negli altri due gruppi si hanno soltanto femmine.

È inoltre possibile notare nei tre gruppi età medie differenti. In particolare il gruppo degli psicologi risulta essere il più giovane ($M=35,70$; $ds=11,90$), mentre quello degli O.S.S. il più anziano con un'età media di quasi 47 anni e mezzo ($M=47,44$; $ds=5,37$). Anche l'anzianità di servizio sembra essere una variabile che differenzia i gruppi in oggetto: gli psicologi, infatti, rappresentano il gruppo con meno esperienza lavorativa ($M=9,58$; $ds=9,04$).

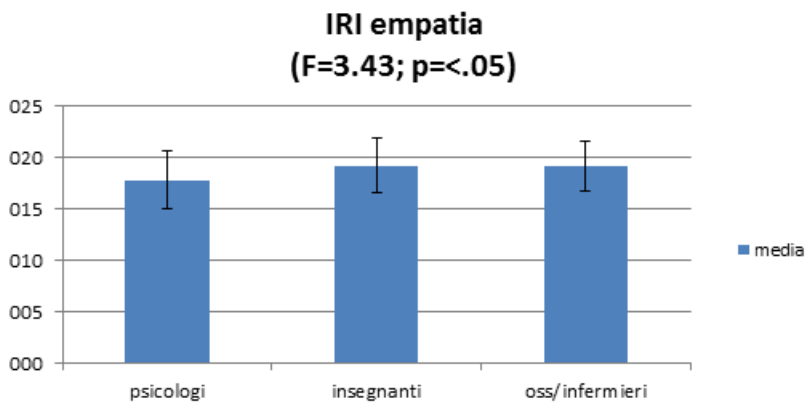
Le analisi statistiche sono state effettuate sia tra i gruppi sia sull'intero campione.

Analisi tra gruppi

Dalle analisi effettuate utilizzando l'Anova univariata e quindi il test del post-hoc per confronti multipli (Bonferroni) emergono alcune differenze tra i gruppi in relazione alle dimensioni dell'empatia e alle dimensioni del burnout.

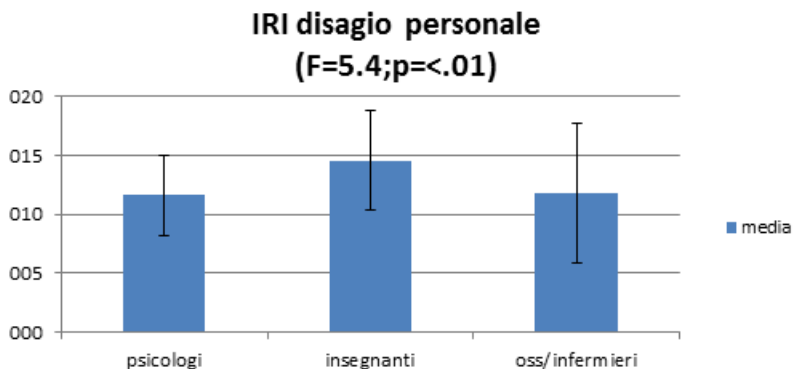
Dal **grafico 1** si può notare che esistono differenze significative tra i diversi gruppi in relazione alla dimensione "empatia" indagata dal IRI. In particolare si evidenziano differenze che si avvicinano alla soglia della significatività tra il campione degli psicologi e quello degli insegnanti ($F=1,38$; $p=.055$), che risultano avere una capacità empatica maggiore rispetto ai primi.

Grafico 1. Confronto medie tra gruppi della sottoscala "empatia" del IRI



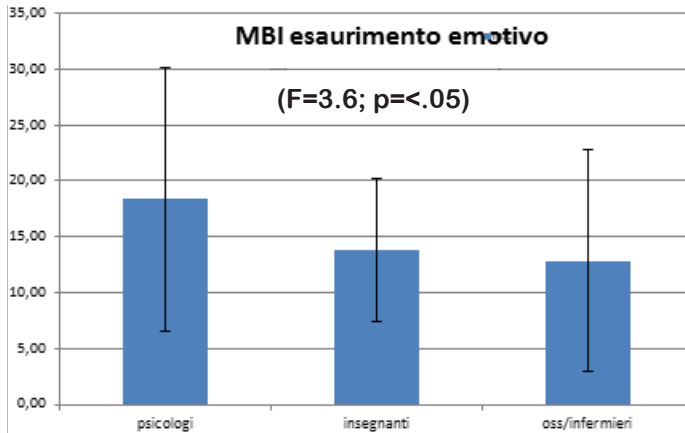
L'altra variabile oggetto di attenzione è quella del "disagio personale". Come si può notare dal **grafico 2**, emergono differenze significative tra i tre gruppi. Il campione degli insegnanti risulta quello che esperisce un più alto grado di disagio personale rispetto agli psicologi ($F=2,93$; $p=.012$) e rispetto agli OSS ($F=2,80$; $p=.028$).

Grafico 2. Confronto medie tra gruppi della sottoscala "disagio personale" del IRI



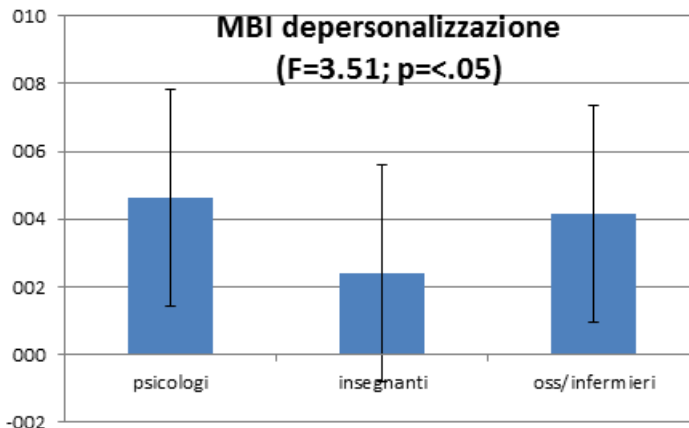
Dalle analisi effettuate tra i gruppi emergono alcune importanti differenze anche per le dimensioni indagate dal MBI. In particolare, come si può vedere dal **grafico 3**, emerge che il gruppo degli psicologi presenta un livello di “esaurimento emotivo” più alto rispetto agli altri gruppi, tale differenza diventa statisticamente significativa ($F= 5.5$; $p<.05$) nel confronto con il gruppo degli O.S.S., che viceversa risultano quelli con un livello di esaurimento emotivo più basso.

Grafico 3. Confronto medie tra gruppi della sottoscala “esaurimento emotivo” del MBI



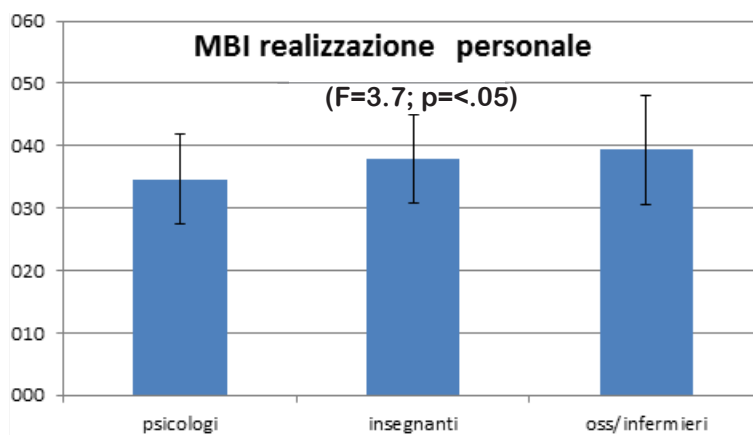
Gli psicologi presentano, inoltre, un maggior livello di “depersonalizzazione” rispetto agli altri due gruppi, in particolare la differenza risulta statisticamente significativa nel confronto tra psicologi e insegnanti ($F=2,2$; $p<.05$), dal momento che gli psicologi mostrano un livello di distacco dall’utente statisticamente più elevato (**grafico 4**).

Grafico 4. Confronto tra medie dei gruppi rispetto alla sottoscala “depersonalizzazione” del MBI



Rispetto, infine, alla sottoscala “realizzazione personale” emergono differenze significative tra i gruppi, e anche in questo caso gli psicologi manifestano livelli di realizzazione personale più bassi rispetto agli altri due gruppi. La differenza in questo caso risulta statisticamente significativa rispetto al campione degli O.S.S. ($F=4,7$; $p<.05$), che costituiscono il gruppo con il livello più elevato di realizzazione personale.

Grafico 5. Confronto tra medie dei gruppi rispetto alla sottoscala “realizzazione personale” del MBI



Analisi sul campione totale

Sull'intero campione sono state condotte sia analisi di tipo correlazionale sia analisi delle regressioni.

Analisi delle correlazioni

Tabella 2. Correlazioni sul campione totale

	FFMQ oss	FFMQ desc	FFMQ agire consapevole	FFMQ non reagire	FDSDI	FDSE	FDSEI	FDSA
MBI esaurimento emotivo			-,366**		,431**	,428**	,446**	,313**
MBI depersonalizzazione		-,195*	-,475**		,331**	,245**	,301**	,249**
MBI realizzazione personale	,324**	,283**	,249**	,342**	-,339**	-,211*	-,288**	-,224*

Come si può notare dalla tabella sopra riportata (**tabella 2**), dalle correlazioni effettuate emerge il seguente quadro:

- La sottoscala “esaurimento” del MBI correla positivamente con tutte e quattro le sottoscale del FDS-R, ciò sta ad indicare che all’aumentare del valore della dimensione esaurimento corrisponde un incremento del livello di frustrazione (dato per altro altamente prevedibile). Emerge, inoltre, una forte correlazione negativa con la sottoscala “agire consapevole” del FFMQ, che misura la capacità di essere consapevoli dell’esperienza vissuta nel qui ed ora. Questa correlazione negativa mette in evidenza che all’aumentare del valore della dimensione esaurimento si ha una drastica riduzione della dimensione “agire consapevole”; si potrebbe ipotizzare un effetto di questa componente sul livello di burnout, in particolare si potrebbe ipotizzare che, coloro che sono maggiormente in grado di “agire in maniera consapevole” siano meno esposti all’esaurimento emotivo, caratteristica centrale della sindrome da burnout.

- La sottoscala “depersonalizzazione” del MBI correla positivamente con tutte le dimensioni del FDS-R, quindi ad un incremento del valore della dimensione depersonalizzazione corrisponde un aumento del livello di frustrazione. Si riscontra anche in questo caso una forte correlazione negativa con la dimensione dell’ “agire consapevole” del FFMQ.

- La sottoscala “realizzazione personale” del MBI correla negativamente con tutte le sottoscale del FDS-R, quindi in questo caso, ipotesi per altro prevedibile, all’aumentare del livello di realizzazione personale diminuisce il livello di frustrazione. Inoltre emerge anche una correlazione positiva con 4 delle 5 dimensioni del FFMQ: “osservazione, descrizione, agire consapevole e non reagire”. Questo sembra indicare come al crescere della realizzazione personale aumentino anche le capacità di osservare e descrivere le proprie emozioni, pensieri e sentimenti, di agire consapevolmente e di non reagire di fronte alle esperienze interne.

Si può quindi notare come il livello di burnout correli soprattutto con la capacità “autoriflessiva” cioè con quelle dimensioni che riguardano la sfera prettamente personale (in questo caso con la frustrazione e con le variabili della mindfulness). Emerge inoltre il ruolo determinante della mindfulness (in particolare della sottoscala “agire con consapevolezza”) sia per quanto riguarda il livello di burnout sia per quanto riguarda i livelli di frustrazione.

Non emergono, invece, correlazioni significative tra i livelli di burnout e l’empatia misurata con l’IRI, sembra dunque che “la capacità di mettersi nei panni degli altri” colta sia nella sua dimensione cognitiva che in quella emotiva non abbia un ruolo preponderante nel burnout, o ancora si potrebbe ipotizzare che il livello di burnout non incida così significativamente sulla percezione empatica.

Analisi delle regressioni

L’analisi delle regressioni sul campione totale della **tabella 3** fornisce un quadro più completo della situazione già indagata con le correlazioni.

Considerando come variabile dipendente il MBI totale, si osserva che la frustrazione predice il livello di burnout. Emerge infatti che il punteggio totale dell’FDS-R predice il totale del MBI. Questo sta ad indicare che un livello più alto di frustrazione è predittore di un maggior livello di burnout ($t=2,763$; $p=.007$).

Sebbene l’effetto della frustrazione sia molto forte, esiste un fattore che è in grado di annullare questo effetto: la variabile “agire consapevole”. Come si può notare nella **tabella 3**, se nel modello si aggiunge la variabile “agire consapevole”, il punteggio dell’FDS-R totale perde la sua capacità predittiva sul burnout. Ciò sta a indicare che la dimensione “agire consapevole”

Tabella 3. *Analisi delle regressioni*

Modello		Coefficienti ^a				
		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
a. Variabile dipendente: MBI totale	(Costante)	44,603	4,249		10,497	,000
	IRI disagio personale	-,033	,264	-,013	-,124	,901
	FDS totale	,170	,061	,280	2,763	,007
	(Costante)	65,485	10,697		6,122	,000
	IRI disagio personale	-,030	,260	-,011	-,114	,909
	FDSTOT	,111	,066	,184	1,672	,097
	FFMQagconsapevole	-,353	,166	,213	-2,121	,036

è quella che meglio predice il burnout anche quando aumenta il livello di frustrazione. In altre parole chi ha una buona capacità di “agire consapevole” tende a essere più protetto rispetto all’insorgenza della sindrome da burnout anche qualora sia sottoposto a un elevato livello di frustrazione.

Conclusioni

Questa ricerca, effettuata allo scopo di valutare l’impatto delle variabili autoriflessive e di quelle più legate alle dimensioni interpersonali sulla sindrome da burnout, ha fornito alcune considerazioni significative.

Innanzitutto sono emerse delle differenze interessanti tra i diversi gruppi di soggetti presi in esame. Si è evidenziato infatti che gli psicologi tendono ad esperire un livello più alto di burnout rispetto alle altre due categorie oggetto dello studio. Questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, tra cui l’età e l’anzianità di servizio degli psicologi che risultano essere più basse degli altri due gruppi. Come illustrato all’inizio di questo articolo, infatti, sembra che le prime fasi lavorative siano quelle che espongano maggiormente al rischio di burnout. Altra variabile sicuramente rilevante riguarda l’ambito lavorativo nel quale si trovano a operare gli psicologi del nostro campione, questi infatti, sono quasi tutti occupati in comunità terapeutiche, dove spesso svolgono mansioni diverse e meno qualificate rispetto a quelle previste dal loro titolo di studio con una significativa ricaduta sia sulla soddisfazione personale che anche sullo stipendio. Tutti questi fattori potrebbero determinare un’importante ricaduta sul livello di burnout. Un’altra osservazione riguarda la variabile empatia, confrontata tra i gruppi: anche in questo caso emerge che gli psicologi tendono ad avere un livello di empatia più basso rispetto alle altre due categorie e in particolare rispetto agli insegnanti.

Le riflessioni più significative giungono comunque dalle analisi statistiche effettuate sul campione totale. Dai risultati ottenuti emerge un fortissimo effetto predittivo della frustrazione

rispetto al burnout, aspetto che risulta facilmente comprensibile in quanto la stessa sindrome è legata ad un sovraccarico in ambito lavorativo, difficile da fronteggiare e quindi fonte di forte frustrazione. Il risultato più innovativo di tutta la ricerca è costituito dal concetto di “agire consapevole”: emerge infatti dall’analisi delle regressioni che la capacità di agire con consapevolezza ha un effetto talmente forte sul burnout da ridurre significativamente l’effetto della frustrazione. Questo sta quindi a indicare che la capacità di “agire consapevolmente” ha un ruolo determinante come fattore protettivo rispetto alla possibile insorgenza di una sindrome da burnout anche in presenza di elevati livelli di frustrazione.

Altro risultato molto interessante riguarda le dimensioni dell’empatia che non risultano correlate con il livello di burnout. Diversamente da quanto ipotizzabile, l’empatia nei confronti dell’utenza non sembra avere un effetto rilevante nel proteggere o nell’incrementare il livello di burnout. Risulta pertanto che empatia e burnout sembrano due costrutti non collegati tra loro.

Si può quindi concludere che la capacità di “agire con consapevolezza”, indipendentemente dai livelli di frustrazione e di empatia esperiti dai soggetti, eserciti un effetto molto importante sul burnout e che questo risultato possa influenzare futuri interventi di prevenzione del burnout nelle categorie a rischio.

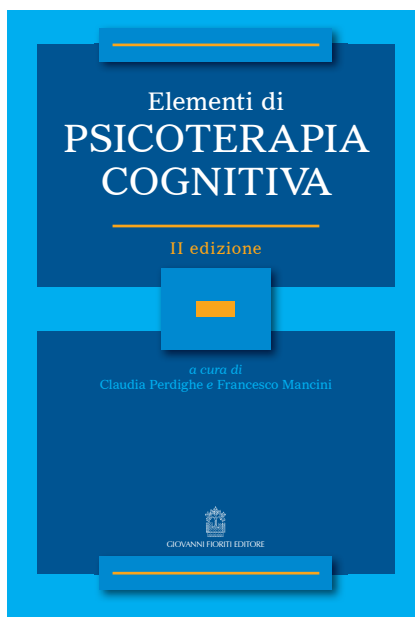
Bibliografia

- Alboreda-Florez J e Holley HL (1991). Antisocial burnout: An exploratory study. *Journal of the American Academy of Psychiatry* 19, 2, 173-183.
- Baiocco R (2004). *Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto*. Erickson, Trento.
- Baer RA (2003). Mindfulness Training As a Clinical Intervention: A conceptual Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 125-143.
- Baer RA et al. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment* 13, 1, 27-45.
- Beer J e Beer J (1992). Burnout and Stress, Depression and Self-Esteem of Teachers. *Psychological Reports* 71, 1331-1336.
- Belcastro PA et al. (1983). Maslach Burnout Inventory: Factor Structures for Samples of Teachers. *Psychological Reports* 53, 364-366.
- Berg JE et al. (1998). Functional Diagnosis As A Tool In Rehabilitation: A Comparison Of Teachers And Other Employees. *International Journal of Rehabilitation Research* 21, 273-284.
- Boccalon RM (2001). Chi cura rischia di bruciarsi. *Sanità Management* 37- 44.
- Borg MG e Riding RJ (1993). Teacher Stress And Cognitive Style. *British Journal Of Educational Psychology* 63, 271-286.
- Burke RJ e Greenglass ER (1993). Work Stress, Role Conflict, Social Support, And Psychological Burnout Among Teachers. *Psychological Reports* 73, 371-380.
- Cherniss C (1980). *Professional Burnout In Human Service Organization*. Praeger, New York.
- Cherniss C (1980). *Staff Burnout*. Sage, Beverly Hills. Tr. it. *La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi sociosanitari*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1986.
- Davis MH (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 113-126.
- Del Rio G (1990). *Stress e Lavoro Nei Servizi. Sintomi, Cause e Rimedi Del Burnout*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Demerouti E et al. (2001). The Job Demands-Resources Model Of Burnout. *Journal of Applied Psychology* 86, 499-512.
- Edelwich JE e Brodsky A (1980). *Burnout. Stages of Disillusionement In The Helping Professions*. Human Science Press, New York.
- Farber BA (1983). *Stress And Burnout In The Human Service Professions*. Pergamon Press, New York.

- Faber BA (1984). Clinical Psychologist perception of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist* 38, 1, 10-13.
- Farber BA (2000). Introduction: Understanding And Treating Burnout In A Changing Culture. *Psychotherapy in Practice* 56, 5, 589-594.
- Folgheraiter F (1994). *Operatori sociali e lavoro di rete*. Erickson, Trento
- Folgheraiter F (2000). *L'utente che non c'è: lavoro di rete ed empowerment nei servizi alla persona*. Erickson, Trento.
- Gorgens-Ekermans G e Brand T (2012). Emotional intelligence as a moderation in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurse. *Journal of clinical nurse* 21, 2275-85.
- Gabassi PG e Mazzon M (1995). *Burnout: 1974-1994. Vent'Anni di Ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari*. Franco Angeli, Milano.
- Golembiewski RT et al. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in old research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science* 19, 461- 481.
- Harrington N (2005). The Frustration Discomfort Scales: Development and Psychometric properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 12, 5, 374-387.
- Iverson RD et al. (1998). Affectivity, Organizational Stressors, And Absenteeism: A Causal Model Of Burnout And Its Consequences. *Journal Of Vocational Behaviour* 52, 1-23.
- Leiter MP (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies* 13, 111-128.
- Maslach C e Jackson SE (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 12, 837-851.
- Maslach C e Jackson SE (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edn. Consulting Psychologists Press, Palo Alto. Tr. it. *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per L'Italia*. O.S., Firenze 1993.
- Maslach C. e Leiter MP (1997). *The truth about burnout. how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Boss Inc., Usa. Tr. it. *Burnout e Organizzazione*. Erickson, Trento 2000.
- Maslach C (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 34, 111-124.
- Maslach C et al. (2001). Job Burnout. *Annual Review Of Psychology* 52, 397-422.
- Orlowski JP e Gullede AJ (1986). Critical care stress and burn-out. *Journal of Critical Care Clinic* 2, 173-181.
- Trombini G (1994). *Come logora curare*. Zanichelli, Bologna.
- Wilde J (2012). The relationship between frustration intolerance and academic achievement in college. *International Journal of Higher education* 1, 2, 345-358.

Elementi di psicoterapia cognitiva. II Edizione

Claudia Perdighe e Francesco Mancini



In questo volume, in accordo con la tradizione cognitivista, la sfida lanciata dagli autori è proprio quella di utilizzare, nel modo più raffinato possibile e migliorandola, la psicologia intuitiva o ingenua della mente, nel tentativo di estenderla anche alla risoluzione di problemi che tradizionalmente la psicologia del senso comune ha avuto difficoltà ad affrontare, come ad esempio il fenomeno del paradosso nevrotico, o della resistenza al cambiamento, ovvero: come è possibile che un individuo persista in una condotta per lui fonte di infelicità e nociva, nonostante le informazioni di cui dispone, i suoi strumenti cognitivi e i suoi scopi rendano possibile ed opportuno un cambiamento? l'intento è quello di coniugare la psicologia del senso comune con le conoscenze della psicologia di base per spiegare, più in generale, la bizzarra delle condotte psicopatologiche.

pp. 290 € 25,00

2010 - ISBN: 978-88-95930-16-9

Disturbi dell'attaccamento. Dalla teoria alla terapia

Karl Heinz Brisch



Karl Heinz Brisch dimostra chiaramente come la teoria dell'attaccamento di Bowlby possa essere impiegata nella prassi clinica. Dopo uno sguardo di insieme agli aspetti principali della teoria dell'attaccamento, Brisch sviluppa un modello e una classificazione delle diverse forme dei disturbi dell'attaccamento, prendendo in considerazione fasce di età differenti, dai neonati ai bambini in età infantile e fino agli adulti. Basandosi su numerosi casi tratti dalla pratica reale, egli dimostra come si possa applicare un approccio orientato all'attaccamento in diverse situazioni – ambulatoriali, ospedaliere o in collaborazione con pediatri e ginecologi – e dà vita a un modello prezioso per diagnosticare e trattare i disturbi psichici da una nuova prospettiva. Inoltre, quest'approccio si rivela utile in campo pedagogico, dove può aprire più ampie prospettive di assistenza.

pp. 300 € 30,00

2007 - ISBN: 978-88-87319-86-6

Giovanni Fioriti Editore

Cognitivismo clinico: diretta da Francesco Mancini

Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo. Un manuale terapeutico di Angelika Lakatos e Hans Reinecker, 2005, pp. 200, € 24,00.

Analisi funzionale in psicologia. Guida operativa di Roberto Mosticoni, 2006, pp. 132, € 16,50.

Il bambino abbandonato. Guida al trattamento dei disturbi dell'attaccamento di Niels Peter Rygaard, 2007, pp. 225, € 19,00.

Disturbi dell'attaccamento. Dalla teoria alla terapia di Karl Heinz Brisch, 2007, pp. 300, € 30,00.

Elementi di psicoterapia cognitiva (a cura di) Claudia Perdighe e Francesco Mancini, II ed. 2010, pp. 290, € 25,00.

Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale di Roberto Mosticoni con la collaborazione di Maria Cristina Filograno e Antonio Rigliaco, 2011, pp. 147, € 18,00.

Il lavoro di Sisifo. Il progetto riabilitativo tra etica, evidenze ed esperienze (a cura di) Pietro Nigro, Giuseppe Saccottelli, Tiziana De Donatis, Domenico Semisa, 2011, pp. 207, € 25,00.

Lo "Spettro" Bipolare. Manuale di Auto Aiuto sul Disturbo Bipolare per pazienti, familiari e gruppi di Auto Mutuo Aiuto di Sergio Longo, Alessandra Tronci, Francesca Saccomandi, Daniela Carrozzo, 2011, pp. 176, € 20,00.

SAFE, Formazione sicura per i genitori di Karl Heinz Brisch, 2012, pp. 138, € 15,00.

Il disturbo bipolare. Un approccio terapeutico cognitivo, di Cory F. Newman, Robert L. Leahy, Aaron T. Beck, Noreen A. Reilly-Harrington, Laszlo Gyulai, 2012, pp. 248, € 25,00.

Desideri e valori nell'identità personale, di Alessio Vaccari, 2012, pp. 140, € 18,00.

Schizofrenia. Dati della ricerca e approcci terapeutici, di Gudrun Sartory, 2013, pp. 196, € 17,00.