



COGNITIVISMO CLINICO

INDICE

FUNZIONI METACOGNITIVE, STILI DI ATTACAMENTO E DIMENSIONI PATOLOGICHE Uberta Ganucci Cancellieri, Giovanna Castaldo, Antonia Pitasi, Maurizio Cafari, Stefano De Dominicis, Giovanna Impiduglia, Piera Mangano, Iolanda Marino, Fabiana Minutolo, Francesco Timpano, Sabrina Zaccone, Maria Muscolo	p.	3
PSICOPATOLOGIA E GENITORIALITÀ: PROGETTO DI TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ RISPETTO ALLE COMPETENZE DI PARENTING Chiara Riso	»	23
LA NOIA NEI DISTURBI DELL'UMORE: ESPERIENZE CLINICHE E DI RICERCA Lisa Lari, Andrea Gragnani, Simona Calugi, Marco Sauttoni	»	45
ESPLORARE LA MENTE DI PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE. QUALITÀ DEL PARENTING, STILE DI ATTACAMENTO, CAPACITÀ DI DISCRIMINAZIONE DELLE EMOZIONI E RUOLO DEGLI EVENTI DI VITA IN UN CAMPIONE DI SPECIALIZZANDI Nerina Fabbro, Maddalena Bazzoli, Maddalena Ciaghi, Valentina Colucci, Elisa Dalla Bona, Monica Dalla Valle, Chiara Dell'Aquila, Francesco De Rossi, Anna Follador, Simona Goberti, Alberto Magli, Silvia Marchetto, Francesca Mar- chiorello, Giuditta Mosna, Chiara Novello, Elisa Pancheri, Donata Paternicò, Carmen Petriccione, Sandra Rossi, Giovanna Vacca, Elena Prunetti	»	65
SCHEMA THERAPY: MODELLO TEORICO E TRATTAMENTO Francesca Micaela Serrani	»	87
PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN EARLY AND VERY EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF LITERATURE Maria Pontillo, Marco Armando	»	98

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

FUNZIONI METACOGNITIVE, STILI DI ATTACAMENTO E DIMENSIONI PATOLOGICHE

Uberta Ganucci Cancellieri[°], Giovanna Castaldo[°], Antonia Pitasi[°], Maurizio Cafari[°], Stefano De Dominicis[#], Giovanna Impiduglia[°], Piera Mangano[°], Iolanda Marino[°], Fabiana Minutolo[°], Francesco Timpano[°], Sabrina Zaccone[°], Maria Muscolo^{*}

[°] Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Reggio Calabria

^{*} Associazione Ecoipoiesis Reggio Calabria- Docente SPC

[#] Sapienza Università di Roma-Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione

Corrispondenza

Uberta Ganucci Cancellieri

E-mail: uberta.ganucci@gmail.com

Riassunto

Nel corso degli anni sono state condotte alcune ricerche con lo scopo di indagare la correlazione fra metacognizione e stili di attaccamento e metacognizione e stati mentali.

Il presente lavoro ha come obiettivo di fornire un ulteriore contributo all'approfondimento dei temi relativi a metacognizione ed attaccamento, verificando l'ipotesi che determinati aspetti sintomatici siano correlabili a specifiche funzioni metacognitive e particolari stili d'attaccamento, analizzando inoltre la correlazione tra queste ultime due variabili.

Il campione della ricerca è costituito da 30 soggetti italiani di entrambi i sessi, di età compresa tra i 25 e i 60 anni. Ad ogni soggetto sono stati somministrati i seguenti strumenti di indagine: SCL-90R; ASQ, un questionario utilizzato per valutare le differenze individuali nell'attaccamento adulto; SVaM (V 4.0), una scala di valutazione della metacognizione e l'AAI, un'intervista utilizzata nello specifico della nostra ricerca esclusivamente come trascritto su cui valutare le funzioni metacognitive.

In generale i risultati evidenziano una tendenza ad una maggiore insicurezza nelle relazioni di attaccamento nei soggetti che ottengono punteggi elevati nelle singole dimensioni sintomatologiche considerate. Per quanto riguarda il rapporto tra funzioni metacognitive e stili d'attaccamento, è stata rilevata un'unica correlazione significativa.

Non risultano invece correlazioni significative tra funzioni metacognitive e sintomatologia, ad eccezione dei soggetti con sintomi di tipo ansioso e depressivo nei quali la funzione "autoriflessività-monitoraggio" risulta maggiormente utilizzata.

Parole chiave: metacognizione, attaccamento, funzioni metacognitive

METACOGNITIVE FUNCTIONS, ATTACHMENT STYLES AND PSYCHOPATHOLOGICAL DIMENSIONS

Abstract

There has been some research over the years investigating the correlation between metacognition and attachment styles and between metacognition and mental states.

The present study aims to examine the themes of metacognition and attachment in depth, assessing the hypothesis that certain symptomatic aspects could be correlated to specific metacognitive functions and particular attachment styles. An analysis was also made of the correlation between the latter two variables.

The research sample consisted of 30 Italian subjects, male and female, aged between 25 and 60 years old. The test battery includes: Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90R); Attachment Scale Questionnaire (ASQ); MAS 4.0 Version for the metacognition evaluation; and Adult Attachment Interview (AAI).

Our results showed greater level of insecurity in attachment relationships in those subjects with high scores in each of the scales concerning symptoms.

An only one significant correlation was found between metacognitive functions and attachment styles.

Moreover, subjects with anxious and depressive symptoms showed higher scores in only one of subscales concerning metacognitive functioning.

Key words: metacognition, attachment, metacognitive functions

Introduzione

La presente ricerca ha come obiettivo di fornire un ulteriore contributo all'approfondimento dei temi relativi alla metacognizione ed agli stili di attaccamento, verificando un'eventuale correlazione tra le suddette variabili e determinati aspetti sintomatici.

Le ricerche condotte in passato erano finalizzate ad indagare la correlazione fra metacognizione e stili di attaccamento e metacognizione e stati mentali (Teasdale 1999).

Il concetto di metacognizione assume diverse sfaccettature a seconda degli autori considerati; in particolare all'interno del presente lavoro prenderemo in considerazione la definizione elaborata da Carcione et al. (1997) e Semerari (Semerari 1999, Semerari et al. 2003) i quali attribuiscono alla metacognizione un significato piuttosto ampio che risponde a specifiche esigenze di ricerca in ambito clinico, intendendola specificamente come la "capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali, fonte di sofferenza soggettiva".

Diversi autori hanno evidenziato come un malfunzionamento metacognitivo contribuisca all'esordio ed al mantenimento della sintomatologia nei disturbi di personalità (Fonagy 1991, Semerari 1999, Dimaggio e Semerari 2003), nella schizofrenia (Frith 1992) e nell'autismo (Baron-Cohen et al. 1985); altri autori hanno studiato i contenuti metacognitivi (ovvero contenuti mentali che hanno per oggetto altri contenuti mentali) nei disturbi d'ansia e nella depressione (Teasdale 2002), osservando che la presenza di specifiche convinzioni metacognitive può contribuire al mantenimento ed alla riacutizzazione dei disturbi.

Il costrutto di metacognizione è stato oggetto di studio anche nell'ambito delle ricerche relative alla teoria dell'attaccamento.

Main et al. (Main 1991; Main et al. 1992, 1995) e Fonagy (1991, 1993, 1995, 1996) hanno inteso le abilità metacognitive come la capacità di comprendere la natura meramente

rappresentazionale del pensiero proprio ed altrui. Per questi autori lo sviluppo delle capacità di pensare sugli stati mentali è in stretta relazione con la qualità del legame di attaccamento che un bambino ha con chi si prende cura di lui. In particolare, secondo la Main (1995), le esperienze con i genitori possono alterare i contenuti mentali del bambino piccolo e la capacità di operare su di essi.

Un filone di ricerca di grande interesse teorico e clinico connette l'Insicurezza nell'Attaccamento in generale, e la Disorganizzazione dell'Attaccamento (DA) in particolare, a deficit nello sviluppo e nell'esercizio delle funzioni metacognitive (Flavell 1993).

Un serio deficit nel monitoraggio metacognitivo, ovvero della capacità di osservare le operazioni mentali del pensiero e dell'affettività mentre si svolgono, così da poterne controllare il decorso, sembra essere caratteristico delle relazioni al cui interno compare la disorganizzazione dell'attaccamento (Main 1991, Main 1995, Main & Salomon 1995). Anche un'altra funzione dipendente dalla metacognizione, la capacità del Sé di riflettere sugli stati mentali (pensieri, emozioni, convinzioni, ricordi) come entità discrete, relative e soggettive, sembra essere particolarmente compromessa nelle relazioni di attaccamento insicuro, e in quelle di attaccamento disorganizzato (Fonagy 1995). Adolescenti che certamente erano stati disorganizzati nell'attaccamento precoce (ad un anno di età) venivano considerati dagli insegnanti, in un recente studio, più portati ad "assentarsi mentalmente", cioè ad entrare in uno stato di attenzione e di coscienza simile ad una trance spontanea, indice di ridotto o disfunzionale uso delle capacità metacognitive.

Il nostro studio si inserisce dunque nel filone di ricerca che si propone di individuare le connessioni tra metacognizione e stili di attaccamento e di come questi ultimi possano essere correlati a sintomi psicopatologici specifici.

Metacognizione

Il concetto di metacognizione ha conosciuto diverse definizioni a seconda dell'ambito di studio nel quale è stato elaborato. Nell'accezione originaria metacognizione significa "cognizione della cognizione".

Le prime ricerche sulla metacognizione vengono compiute su bambini in età prescolare per esaminare le loro capacità di valutare le proprie abilità di memoria (Flavell et al. 1970). Spesso i termini "metamemoria" e "metacognizione" sono stati usati come sinonimi per indicare il nascente campo di studi.

La prima definizione complessiva di metacognizione è stata proposta da Flavell che la intende come "[...] ogni conoscenza e attività cognitiva che prende come oggetto, o regola, ogni aspetto di qualsiasi impresa cognitiva" (Flavell 1976, 1981; Flavell et al. 1993).

In una prima accezione, quella attualmente usata nell'ambito degli studi sull'apprendimento, per metacognizione si intende "l'insieme di conoscenze e i processi di controllo relativi al proprio funzionamento cognitivo". Sempre in questo ambito, Cornoldi (1995) ha definito la metacognizione come "le idee che un individuo possiede sul [proprio] funzionamento mentale" (conoscenza metacognitiva) a cui rinviamo tutte le attività cognitive che presiedono a qualsiasi funzionamento cognitivo (processi metacognitivi di controllo). I processi metacognitivi di controllo includono attività quali:

- definire il problema;
- essere in grado di definire la propria prestazione;
- pianificare l'attività cognitiva;
- prevederne l'efficacia;

- monitorare i processi e regolarli in vista degli scopi.

Una spinta sperimentale certamente importante per lo studio della metacognizione è stata data da Premack e Woodruff (1978) con l'introduzione del concetto di "Teoria della Mente" (TdM). Con questo termine gli autori si riferivano a tutto un insieme di abilità e di conoscenze che prima appartenevano alla cosiddetta "psicologia del senso comune", e cioè alla capacità di rappresentarsi eventi mentali, di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento manifesto sulla base di questi dati (Premack e Woodruff 1978).

È un'abilità specifica della mente umana (Baron-Cohen et al. 1985, Harris 1989) e viene utilizzata costantemente e pervasivamente per regolare la vita quotidiana; è stata evidenziata per la prima volta da Wimmer e Perner con il "compito della falsa credenza". Tale esperimento depone per l'acquisizione di tale capacità intorno ai quattro anni, anche se alcuni autori riconoscono, in abilità già presenti nei primi due anni di vita, gli antecedenti precoci della TdM (Camaioni 1995).

Controversa è la questione se tale capacità sia innata (Leslie 1995), o se nasca dall'attività integrata di diverse funzioni acquisite durante lo sviluppo (Karmiloff-Smith 1992).

È ormai condiviso da più autori che la TdM è un presupposto fondamentale per possedere una competenza metacognitiva, anche se a volte il concetto di TdM è stato utilizzato come sinonimo di metacognizione. Il concetto di metacognizione ha costituito oggetto di studio anche nell'ambito delle ricerche sulla teoria dell'attaccamento. Main et al. (1992, 1995) e Fonagy (1991, 1993, 1995, 1996) hanno inteso la capacità metacognitiva come "la capacità di comprendere la natura meramente rappresentazionale del proprio pensiero e di quello degli altri"; il costrutto assume, quindi, un'estensione più vasta di quella che possiede nell'ambito della teoria dell'apprendimento comprendendo così sia la definizione ristretta di metacognizione, sia i concetti della TdM.

Per questi autori lo sviluppo delle capacità di pensare sugli stati mentali è in stretta relazione con la qualità del rapporto di attaccamento di un bambino con le figure che ne hanno cura. Per Main & Salomon (1995) "le esperienze con i genitori possono, non solo, alterare i contenuti mentali del bambino piccolo, ma anche la capacità di operare su questi contenuti (per es. accesso ai ricordi precoci e operare su tali informazioni).

Secondo tale autrice i bambini giudicati sicuri con i genitori risultano essere più avanti dei bambini insicuri per quanto riguarda la conoscenza ed il monitoraggio metacognitivo di esperienze relative all'attaccamento.

La Main collega la qualità della metacognizione delle figure di attaccamento alle diverse organizzazioni dell'attaccamento infantile.

Sulla base degli studi della Main, Fonagy individua l'elemento fondamentale per la costituzione di un'adeguata Teoria della Mente da parte del bambino e per la realizzazione di un contesto relazionale sicuro: si tratta di una specifica competenza della figura di attaccamento e cioè "la capacità della madre di pensare al suo bambino come essere pensante".

L'espressione "operazioni cognitive euristiche" comprende i processi di controllo descritti dalle teorie dell'apprendimento e sottolinea come la metacognizione non coincida con momenti di *insight*, ma sia una funzione sempre attiva utilizzata costantemente, a livelli più o meno complessi, per regolare il comportamento quotidiano (Carcione et al. 1999).

La definizione ora fornita evidenzia che la metacognizione è un processo di riflessione cosciente, in cui la conoscenza psicologica è descritta e usata in modo consapevole ed intenzionale.

Ricorriamo ad attività metacognitive, quando riflettiamo sui nostri pensieri e su quello che riteniamo essere il nostro modo di "ragionare", quando riflettiamo su come prepararci adeguatamente per un esame e su quanto riteniamo di essere preparati a sufficienza, e così via.

Esempio di metacognizione sono: sapere che le immagini non sono copia fedele dell'esperienza

sensoriale, possedere una strategia che porta a raggruppare le figure simili in una serie di stimoli da memorizzare, l'impressione di non essere capaci di mantenere a lungo l'attenzione in un compito, il vissuto di inferiorità in compiti intellettivi.

La metacognizione è una funzione che la persona attiva quando tenta di elaborare un'informazione che è:

- a) specifica;
- b) raccolta in un determinato momento;
- c) riferita ad un preciso contesto intrapsichico o interpersonale;
- d) riferita ad eventi accaduti in uno spazio e tempo precisi.

Oggi molti autori concordano nel definire la metacognizione come un sistema composto da diversi sottosistemi in interazione tra loro (Semerari et al. 2003). Inoltre le evidenze delle neuroscienze mettono in luce l'esistenza di aspetti specifici della metacognizione relativamente indipendenti l'uno dall'altro ma collegati tra loro.

Poiché nel nostro lavoro faremo riferimento al concetto di metacognizione così come è stato articolato da Carcione et al. (1997) è opportuno sottolineare la distinzione tra contenuti metacognitivi e funzioni metacognitive. Per contenuti metacognitivi intendiamo le idee e le convinzioni con cui vengono interpretati e valutati i contenuti e i processi mentali. Per funzioni metacognitive, intendiamo quell'insieme di abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per la risoluzione di compiti e per padroneggiare gli stati mentali (Carcione e Falcone 1999).

La definizione generica di funzioni metacognitive include un insieme eterogeneo di funzioni e di abilità quali: l'attività autoriflessiva, la comprensione degli stati mentali altrui, le strategie di padroneggiamento, o per usare il termine inglese, di *Mastery*.

L'autoriflessività e la comprensione della mente altrui fanno riferimento al potere di discriminazione, organizzazione e sintesi dei dati posseduto da un sistema di conoscenze sulla base delle operazioni da questo poste in atto. Pertanto si prende in considerazione la capacità del soggetto di discriminare diverse componenti di uno stato mentale e di cogliere aspetti comuni tra essi.

La *Mastery* è, invece, riconducibile a strategie che si differenziano tra loro per complessità ed efficacia ed è assimilabile alle strategie che un soggetto usa per fronteggiare o risolvere un problema, all'efficacia della strategia e alla congruenza tra mezzi e fini. Ogni funzione metacognitiva si suddivide in diverse sottofunzioni, in dettaglio:

- 1) La sezione dell'autoriflessività comprende le seguenti sottofunzioni:
 - a) Monitoraggio, che si riferisce alla capacità di identificare e definire le componenti di uno stato mentale in termini di pensieri, desideri, emozioni (Identificazione) e di comprenderne i nessi causali (Relazione tra Variabili).
 - b) Differenziazione, ovvero la capacità di cogliere la differenza esistente tra diversi tipi di rappresentazioni (sogni, fantasie, credenze e ipotesi) e tra rappresentazione e realtà nonché di cogliere la natura ipotetica e soggettiva del proprio pensiero (Fonagy & Target 1996, Rachman e Shafran 1999).
 - c) Integrazione, che si riferisce alla capacità di riflettere su differenti stati mentali e di descriverli in modo completo e coerente, all'interno di una narrazione che tenga conto di come tali stati mentali possano evolvere e modificarsi nel tempo (Semerari et al. 2003).
- 2) La sezione comprensione della mente altrui si suddivide in:

- a) Monitoraggio, che comprende Identificazione e Relazione tra Variabili relativamente alla comprensione della mente altrui.
 - b) Decentramento, che valuta la capacità di descrivere il funzionamento mentale dell'altro formulando ipotesi indipendenti dalla propria prospettiva mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione.
- 3) Vi è poi la sezione relativa alla *Mastery*. Le strategie di *Mastery* possono essere suddivise in quattro categorie, a seconda della complessità delle operazioni metacognitive coinvolte:
- a) Requisiti basilari, ovvero la capacità di descrivere i problemi in termini psicologici e di avere un atteggiamento orientato alla soluzione attiva dei problemi.
 - b) Strategie di primo livello, che implicano una modificazione dello stato mentale intervenendo direttamente sull'organismo, evitamenti o il ricorso al supporto interpersonale.
 - c) Strategie di secondo livello, che comprendono l'autoinibizione di una condotta o la distrazione volontaria.
 - d) Strategie di terzo livello, che comprendono la critica razionale a credenze disfunzionali, l'uso delle conoscenze sugli stati mentali altrui per risolvere problemi interpersonali e l'accettazione matura dei limiti personali.

Partendo da questa definizione di metacognizione alcuni autori (Dimaggio e Semerari 2003, Dimaggio et al. 2007) rilevarono, mediante l'osservazione clinica sul campo, che le diverse funzioni metacognitive risultavano essere scarsamente ingaggiate soprattutto in pazienti affetti da disturbi di personalità e schizofrenia, ma anche che il problema non si presentava in modo omogeneo da paziente a paziente. Alcuni avevano gravi difficoltà nel tradurre lo stato somatico in linguaggio affettivo e a spiegare le cause e le motivazioni delle proprie azioni, altri avevano poche difficoltà in questo ambito, ma erano incapaci di distinguere una fantasia disturbante dalla realtà delle cose.

Gli avanzamenti della scienza cognitiva fornirono a tali autori gli strumenti per sostenere che la metacognizione fosse composta da aspetti parziali che costituivano un sistema, che fosse in qualche modo formata da un insieme di moduli, ovvero da parti della mente specializzate per trattare determinate informazioni.

Spinti dall'obiettivo di sottoporre tale modello a verifica empirica Carcione et al. (1997) elaborarono la Scala di Valutazione della Metacognizione [SVaM (V 4.0)] (Carcione et al. 1997, Semerari 1999, Semerari et al. 2003).

La SVaM (V 4.0), applicata esclusivamente a ricerche *single case* e quindi con i limiti propri di tale metodologia, portò ad identificare precisi indicatori di processo e di esito in psicoterapia, e a delineare specifici profili metacognitivi caratteristici di determinati disturbi di personalità nonostante ciascun paziente presentasse proprie peculiarità di funzionamento metacognitivo rispetto ad altri pazienti con la stessa diagnosi.

In particolare, si rilevò in pazienti affetti da disturbo borderline uno specifico malfunzionamento delle sottofunzioni autoriflessive della differenziazione e dell'integrazione (Semerari et al. 2005) a differenza dei pazienti narcisisti ed evitanti che manifestavano solo una compromissione parziale della sottofunzione integrazione ma presentavano una specifica difficoltà nel definire i propri stati interni così come a metterli in relazione a fattori psicologici o del contesto (Dimaggio et al. 2007).

Indagini specifiche sulla funzione metacognitiva comprensione della mente altrui portarono ad evidenziare che la compromissione del decentramento è un tratto che accomuna i diversi disturbi di personalità ovvero, i pazienti analizzati avevano tutte difficoltà ad assumere la

prospettiva dell'altro nel corso delle relazioni mentre, al contrario, erano capaci a cogliere i pensieri e le emozioni altrui, quindi a comprendere la mente dell'altro, funzione questa solo occasionalmente danneggiata (Dimaggio et al. 2007).

Per quanto riguarda la *Mastery*, Carcione e collaboratori hanno recentemente evidenziato che il suo malfunzionamento non è omogeneo tra i pazienti. Da un punto di vista qualitativo, infatti, i pazienti esaminati si distinguevano sia nel tipo di strategia che tendevano ad usare più frequentemente, sia nel tipo di strategia che usavano più efficacemente. Complessivamente, le strategie utilizzate con maggiore efficacia all'inizio del trattamento erano quelle che richiedevano una minima conoscenza degli stati mentali: queste consistevano in interventi concreti, essenzialmente di tipo comportamentale, che venivano attuati sulla situazione in corso (Carcione et al. 2010).

Infine, gli studi condotti per analizzare il funzionamento cognitivo in disturbi d'ansia e dell'umore hanno portato ad avvalorare l'ipotesi che in tali disturbi la presenza di un malfunzionamento metacognitivo non è un fattore nucleare come nei disturbi di personalità ma si possa presentare a seguito dell'attivazione emotiva o nell'ambito di situazioni relazionali problematiche contribuendo all'espressione sintomatologica del disturbo (Carcione et al. 2008).

Attaccamento

La Teoria dell'Attaccamento, proposta da John Bowlby a partire dagli anni cinquanta (Bowlby 1979), sostiene che l'essere umano manifesta una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure genitoriali primarie. Lo scopo di tali relazioni, che si evidenziano dalla fine del primo anno di vita, è quello di garantire la sicurezza e la protezione nei confronti dei pericoli. Non tutti i rapporti umani, anche quando sono significativi, devono comunque essere considerati relazioni di attaccamento. Perché un legame possa essere considerato tale, devono essere presenti almeno tre condizioni di base (Weiss 1982): 1) la ricerca della vicinanza tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento; 2) la presenza di reazioni di protesta di fronte alla separazione, cioè la manifestazione di "comportamenti di attaccamento" (proteste, accuse, grida, pianti) che hanno lo scopo di richiamare la figura di attaccamento quando si allontana o non è disponibile; 3) lo sviluppo di una "base sicura", cioè di una particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che si instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento. Il concetto di base sicura, introdotto da Mary Ainsworth, è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1988) che ha spiegato come un bambino, per esplorare in modo sereno l'ambiente extrafamiliare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato". Fornire una base sicura è quindi una delle caratteristiche principali dell'essere genitori. Quelli che sanno offrire una base sicura sostengono i figli nelle loro esperienze di autonomia, ma, quando necessario, intervengono per proteggerli, rassicurarli e accudirli (Baldoni 2004). Secondo Bowlby (1973) ogni individuo costruisce psicologicamente dei "modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi". Questi "Modelli Operativi Interni" (Internal Working Models) sono rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano. Si tratta di modelli di relazione che si sviluppano nei primi anni di vita e che si mantengono relativamente stabili nel tempo. I Modelli Operativi Interni vengono utilizzati per rapportarsi con l'esterno. Le esperienze passate, particolarmente quelle relative ai pericoli, possono in questo modo essere conservate nel tempo

generando aspettative e vengono utilizzate come guida influenzando i comportamenti futuri. Bowlby riteneva che i modelli rappresentativi interni fossero “multipli”, in quanto legati a diverse relazioni (madre, padre, nonni, fratelli, altri adulti), e caratterizzati da specifiche funzioni cognitive, in particolare dall’uso differente dei sistemi di memoria (come quella procedurale, quella semantica o quella episodica) (Bowlby 1980). Le ricerche sull’attaccamento hanno dimostrato che per lo sviluppo dei Modelli Operativi Interni sono importanti le esperienze reali, sia presenti che passate (Bowlby 1969, 1973, 1980). Essi sono quindi sottoposti ad un continuo processo di riorganizzazione e possono modificarsi, soprattutto sulla base di esperienze significative nel corso del ciclo vitale. Le condizioni che sono risultate più importanti per lo sviluppo della qualità dell’attaccamento fino all’adolescenza sono: 1) la continuità delle cure genitoriali, 2) la sensibilità materna nel corso di tutta l’infanzia e 3) i Modelli Operativi Interni degli stessi genitori. Il genitore, infatti, ha sviluppato a propria volta rappresentazioni interne in conseguenza delle esperienze di pericolo e delle relazioni con le figure di attaccamento nell’infanzia e nell’età adulta (ad esempio con il proprio *partner*). I Modelli Operativi Interni del genitore lo guidano nel rapporto con il bambino e sono determinanti per lo sviluppo successivo dell’attaccamento infantile. Il concetto di attaccamento è legato a due dimensioni dei Modelli Operativi Interni entrambe influenzate dalla qualità della relazione di attaccamento e del conseguente effetto di base sicura: la ricerca di protezione nei confronti dei pericoli e lo sviluppo di una capacità di esplorazione dell’ambiente. La prima di queste dimensioni è stata messa in luce sin dai primi lavori di Bowlby e Mary Ainsworth (che la utilizzò per classificare le relazioni di attaccamento attraverso la *Strange Situation*) ed è tuttora la più studiata sia nel bambino che nell’adulto. In questo senso sono valutati i comportamenti di attaccamento (ricerca della vicinanza, protesta per la separazione) e le conseguenti reazioni difensive di adattamento (come il distanziamento e l’evitamento) che si manifestano nelle situazioni di pericolo. Gli affetti sollecitati da queste situazioni sono la paura, la rabbia, la tristezza e le sensazioni di vulnerabilità e il desiderio di conforto. Buona parte degli studi sull’attaccamento sono stati sviluppati in questa prospettiva. Una seconda dimensione legata all’attaccamento, già individuata da Ainsworth e Bowlby (1988), ma valorizzata solo in anni recenti, riguarda lo sviluppo della capacità di esplorazione. In realtà questa funzione è la naturale conseguenza dell’effetto Base Sicura. La qualità e le caratteristiche dell’attaccamento non si evidenziano infatti solamente nelle situazioni di pericolo e di paura, ma anche in quelle in cui l’individuo può manifestare sicurezza, fiducia, curiosità e interesse nell’esplorazione dell’ambiente e nei confronti delle nuove esperienze. Questa dimensione risulta particolarmente importante per la valutazione dell’attaccamento nella tarda infanzia e in preadolescenza. Come noto, lo studio dell’attaccamento nel ciclo vitale si basa principalmente su due modelli di valutazione: la *Strange Situation* per la prima infanzia e l’*Adult Attachment Interview* per l’età adulta. La *Strange Situation* (SS), sviluppata originariamente da Mary Ainsworth è una procedura standardizzata videoregistrata in cui un bambino di uno-due anni viene esposto a una serie di brevi separazioni dalla propria madre (o un’altra figura di attaccamento) in un ambiente sconosciuto e in presenza di un estraneo. Utilizzando questo strumento Ainsworth ha descritto per la prima volta le differenze di attaccamento nel bambino classificandole in tre tipi di *pattern*: 1) Sicuro (B); 2) Insicuro-Evitante (A); 3) Insicuro-Ambivalente (C). Successivamente Mary Main e Judith Solomon (1995) hanno identificato un quarto *pattern*, definito Insicuro- Disorganizzato/Disorientato (D) e Patricia Crittenden un quinto denominato Evitante/Ambivalente (A/C). La metodica della *Strange Situation* è stata sviluppata per bambini di uno-due anni, ma è stata modificata dalla Crittenden per essere utilizzata fino a tutta l’età prescolare (*Preschool Assessment of Attachment*, PAA). In età adulta la tecnica ritenuta

più valida per la valutazione dell'attaccamento è l'*Adult Attachment Interview* (AAI), un'intervista semistrutturata ideata nel 1985 da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei loro figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento", un'ipotesi avanzata da Mary Main. Il primo sistema proposto per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto tramite l'AAI, messo a punto dalla stessa Main assieme a Goldwyn, è basato su quattro *pattern* di stile di attaccamento nell'adulto, ognuno dei quali in relazione con un corrispondente *pattern* infantile individuato dalla Ainsworth: 1) Libero-Autonoma (F, *Free*) (corrispondente al tipo B); 2) Distanziante (Ds, *Dismissing*) (corrispondente al tipo A); 3) Preoccupato (E, *Entangled*) (corrispondente al tipo C); 4) Irrisolto (U, *Unresolved*) (corrispondente al tipo D). Recentemente la Crittenden ha proposto una versione modificata dell'AAI e sviluppato, all'interno del proprio approccio teorico noto come "Modello Dinamico-Maturativo", un nuovo sistema di classificazione dell'attaccamento che presenta numerose integrazioni ed espansioni rispetto a quello di Main e Goldwyn. Se la valutazione dell'attaccamento nel bambino piccolo e nell'adulto avviene con una metodologia la cui validità è largamente condivisa, lo studio dell'attaccamento dall'età scolare fino all'adolescenza risulta invece notevolmente problematico. In questa fase della vita la capacità di verbalizzazione diventa molto importante, anche se non ha ancora raggiunto la complessità dell'adulto. Viene ricercata la disponibilità psicologica della figura di attaccamento, piuttosto che la sua vicinanza fisica. La relazione con i genitori diventa maggiormente simmetrica e il figlio non solo si aspetta da loro protezione e sostegno, ma diviene capace, in alcune occasioni, di fornire egli stesso aiuto alla famiglia. Nonostante i giovani di quest'età trascorrono ancora molto tempo in casa, l'autonomia dalle figure di attaccamento è maggiore e divengono sempre più importanti il rapporto con i coetanei e le esperienze sociali. Alcuni di questi nuovi legami (con amici, educatori, insegnanti, vicini di casa, allenatori sportivi) possono presentare le caratteristiche di relazioni di attaccamento. Ne consegue che il sistema dei comportamenti di attaccamento non è facilmente attivato e quindi i Modelli Operativi Interni non sono evidenziati se non in condizioni di serio pericolo difficilmente riproducibili, anche per motivi etici, in una procedura di valutazione standardizzata. Gli strumenti di valutazione utilizzati in queste fasce di età, basati principalmente sullo studio delle risposte verbali a prove eseguite in condizioni di relativa sicurezza, rivelano quindi scarse capacità predittive e presentano problemi di validità e di attendibilità (Cassidy, Shaver 1999).

L'espressione dell'attaccamento in età scolare e in preadolescenza è conseguente all'organizzazione di Modelli Operativi Interni più complessi. Queste nuove configurazioni di attaccamento sono possibili solo verso la fine dell'età scolare e con il sopraggiungere dell'adolescenza perché prima di allora mancano le capacità cognitive ed affettive necessarie.

Il bambino diviene in grado di rappresentarsi i pensieri, le emozioni e le intenzioni della propria figura di attaccamento e di predirne in modo più accurato il comportamento. Sussistono comunque notevoli differenze individuali. Gli studi sull'attaccamento hanno evidenziato che i bambini sicuri (B) manifestano maggiori capacità di integrare sul piano psicologico le emozioni con le informazioni cognitive e sono meglio preparati a recuperare ed elaborare le informazioni relative al proprio passato, in particolare alle esperienze pericolose. Avvicinandosi all'adolescenza, con lo sviluppo del pensiero ipotetico deduttivo e di una più accurata funzione riflessiva, i soggetti sicuri utilizzano queste nuove capacità a vantaggio delle relazioni e nella gestione competente dei conflitti. Questo permette loro di sviluppare una valida alleanza con le figure di attaccamento e, assieme al loro aiuto, di fronteggiare le situazioni di difficoltà e di pericolo. Bowlby ha parlato di questa capacità in termini di "cooperazione regolata dell'obiettivo"

(1969). Adulto e bambino collaborano controllando in modo funzionale le proprie reazioni per il raggiungimento di questo scopo comune all'interno di una relazione che si autoregola. I bambini insicuri reagiscono diversamente in quanto lo sviluppo cognitivo e la possibilità di rappresentarsi i pensieri, le emozioni e le intenzioni altrui li porta all'utilizzo delle funzioni psicologiche in modo alterato. I soggetti Distanzianti-Evitanti enfatizzano gli aspetti cognitivi e distanziano quelli emotivi oppure li falsificano (falsa affettività), utilizzando queste distorsioni a danno delle relazioni e per tenere a distanza la figura d'attaccamento; i soggetti Ambivalenti-Preoccupati privilegiano le emozioni e alterano le informazioni cognitive (falsa cognitivtà) per ingannare o strumentalizzare l'altro. I preadolescenti insicuri di tipo Distanziante-Evitante (A) per il timore di essere abbandonati, rifiutati o messi in pericolo dalla figura di attaccamento, evitano di fare emergere i propri bisogni e distanziano in modo sistematico, attraverso operazioni difensive, tutti gli affetti considerati negativi e pericolosi (la rabbia, la paura, il senso di vulnerabilità, il bisogno di conforto, l'eccitazione sessuale). Possono ad esempio evitare ogni forma di protesta, inibendo qualsiasi espressione esplicita di aggressività, oppure manifestare delle forme di "falsa affettività" sorridendo o fingendo di divertirsi per adattarsi in modo compiacente a circostanze disagiati o pericolose. Per sentirsi sicuri e mantenere la giusta distanza dagli adulti tendono quindi ad evitare ogni conflitto e a vedere le cose dal punto di vista degli altri, idealizzandoli oppure esonerandoli dalle loro colpe e assumendo su di sé ogni responsabilità. Questo li porta a iperadattarsi ai bisogni altrui. Nei casi più estremi questa condizione psicologica ricorda quella del "falso sé" descritto da Winnicott. Molti individui con un falso sé patologico manifestano infatti stili di attaccamento che nella classificazione proposta dalla Crittenden sono indicati con il nome di "configurazioni distanzianti compulsive ad alto indice" (A+). Queste persone privilegiano le informazioni cognitive rispetto a quelle emotive e sono incapaci di protestare perché non riconoscono i propri bisogni e non li comunicano agli altri. Al contempo manifestano una straordinaria capacità di pensare dal punto di vista degli altri, in modo da adattarsi alle loro aspettative, anche se in modo imitativo. Quando gli affetti distanziati non possono essere più controllati, si verifica la possibilità di uno scompensamento psichico o fisico accompagnato da eventuali disturbi comportamentali. Il sistematico evitamento degli affetti considerati pericolosi per il sé può infatti comportare improvvise intrusioni di queste emozioni che inducono il soggetto, incapace di riconoscerle e dominarle, a passaggi all'atto anche gravi (esplosioni di violenza, condotte sessuali non appropriate).

Questi bambini, distanziando emozioni e ricordi negativi possono non riconoscere pericoli specifici sottostimandone le conseguenze. La tendenza a dare eccessivo valore al punto di vista degli altri, l'incapacità di protestare e la minimizzazione del senso di paura e di insicurezza può esporli facilmente a condizioni di pericolo. Alcuni di loro possono ricercare attenzione e protezione da adulti sconosciuti, altri possono esporsi facilmente a incidenti traumatici con conseguenti danni di tipo fisico. Anche i preadolescenti insicuri di tipo Ambivalente-Preoccupato (C) tendono a distorcere i propri processi psicologici enfatizzando le emozioni ed alterando le funzioni cognitive. In particolare quelli che manifestano stili di attaccamento ad alto indice (configurazioni preoccupate ossessive, C+) possono utilizzare sistematicamente una sorta di "falsa cognitivtà", attraverso la quale è possibile tenere nascoste informazioni importanti, mentire e ingannare l'altro al fine di indurlo a vedere le cose dal proprio punto di vista e raggiungere i propri obiettivi. Ad esempio raccontano bugie, agiscono di nascosto, oppure compiono furti o utilizzano comportamenti sessualmente seduttivi per manipolare gli altri o per vendicarsi. Questi comportamenti possono essere manifestati verso gli adulti (familiari, insegnanti, educatori), ma anche verso i coetanei. In età scolare e in preadolescenza alcuni bambini, soprattutto quelli che si

sentono in pericolo, possono infatti combinare questa falsa cognitività con stati affettivi esagerati per arrivare a punire l'altro (tipo C5: Punitivamente Collerico e Ossessionato dalla Vendetta) oppure per sedurlo (tipo C6: Seduttivo Ossessionato dal Soccorso). Questa enfaticizzazione degli stati emotivi a scapito delle informazioni cognitive può renderli incapaci di valutare correttamente gli effetti del proprio comportamento. I primi (C5), spinti da un rabbioso desiderio di vendetta, possono facilmente aggregarsi in bande e comportarsi da bulli, i secondi (C6), nel proprio tentativo di suscitare compassione per ricevere soccorso, rischiano di diventare vittime di prevaricazioni e atti di violenza.

Per lungo tempo si è ritenuto che i Modelli Operativi Interni relativi all'attaccamento si sviluppassero nei primi anni di vita e si mantenessero relativamente stabili nel corso dell'esistenza. Bowlby sosteneva che l'attaccamento accompagna l'uomo "dalla culla alla bara", questa affermazione va però intesa nel senso che la funzione svolta dall'attaccamento continua a essere importante, ma non implica necessariamente che i Modelli Operativi Interni non si modifichino nel corso della vita. Gli studi in questo campo compiuti negli ultimi vent'anni, infatti, hanno rivelato che le rappresentazioni interne relative all'attaccamento evolvono con il tempo e possono andare incontro a profondi processi di riorganizzazione sia in funzione dello sviluppo individuale, che in occasione di esperienze significative (vita di coppia, diventare genitori, lutti, malattie, esperienze traumatiche, psicoterapie). Questa evoluzione dei Modelli Operativi Interni risulta particolarmente evidente quando si considerano gli studi che confrontano l'attaccamento sviluppato durante la prima infanzia con quello manifestato in tarda età scolare e in adolescenza. Una delle poche ricerche longitudinali su bambini e famiglie dalla nascita all'adolescenza ha fornito risultati piuttosto complessi e di difficile interpretazione. Alcune correlazioni sono risultate evidenti: 1) le *Strange Situation* tra madri e figli di 1 anno di età erano correlate con i risultati delle AAI delle madri a 6 anni di età del figlio; 2) le AAI delle madri quando il figlio aveva 6 anni erano predittive delle AAI del figlio in adolescenza (a 16 anni); 3) I soggetti risultati sicuri alle *Strange Situation*, a 10 anni manifestavano una maggiore tendenza a riferirsi a un genitore quando si sentivano tristi, spaventati o arrabbiati, mentre quelli evitanti continuavano a tenerli a distanza. Le *Strange Situation* con la madre e quelle con il padre non risultavano però correlate con i risultati delle AAI del figlio in adolescenza. In questa fascia di età erano piuttosto la presenza di fattori di rischio familiare e psicosociale (separazioni, divorzi, malattie gravi, lutti, maltrattamenti, abusi sessuali, problemi economici o culturali, emarginazione) ad essere altamente correlati con lo sviluppo di stili di attaccamento insicuro. Con la fine dell'infanzia e il sopraggiungere della adolescenza, quindi, i cambiamenti dei Modelli Operativi Interni sembrano maggiormente influenzati dagli eventi di vita stressanti, piuttosto che dal tipo di attaccamento manifestato durante l'infanzia.

Obiettivi

Lo scopo della presente ricerca è quello di vagliare l'ipotesi che determinati aspetti sintomatici siano correlabili o meno a specifiche funzioni metacognitive ed a particolari stili di attaccamento. In particolare verificheremo se:

- a) i soggetti che presentano almeno un valore considerato patologico rispetto alle dimensioni misurate con la scala SCL-90R correlano o meno con specifici stili di attaccamento definiti tramite il questionario ASQ;
- b) se ambedue queste dimensioni sono correlabili a funzioni e sottofunzioni metacognitive definite ed analizzate tramite la SVaM (V 4.0).

Campione

Il campione della ricerca è costituito da 30 soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra i 25 e i 60 anni che sono stati scelti casualmente per la somministrazione degli specifici strumenti di ricerca.

Strumenti di ricerca

Ad ogni soggetto sono stati somministrati i seguenti strumenti di indagine:

- SCL-90R (*Symptom Checklist 90 Revised*) (Derogatis 1983), un questionario *self-report* costituito da 90 *item* che utilizza una scala *Likert* a 5 punti (da 0 = per niente a 4 = moltissimo). Il questionario è utilizzato per valutare nove dimensioni sintomatologiche che costituiscono le scale dello strumento stesso, ovvero: Somatizzazione (12 *item*), Ossessivo-Compulsivo (10 *item*), Sensibilità Interpersonale (9 *item*), Depressione (13 *item*), Ansia (10 *item*), Ostilità (6 *item*), Ansia Fobica (7 *item*), Ideazione Paranoide (6 *item*), Psicoticismo (10 *item*). Dai valori attribuiti ad ogni *item* si possono ricavare sia i punteggi relativi alle singole sottoscale sia un Indice di Gravità Globale (GSI) che indica il livello generale di sintomatologia. Vi sono poi altri due indici di controllo utilizzati per valutare eventuali falsificazioni nelle risposte, il PST (*Positive Symptom Total*) e il PSDI (*Positive Symptom Distress Index*).
- ASQ (*Attachment Style Questionnaire*), un questionario *self-report* messo a punto da Feeney et. al. (1994) e tradotto in italiano da Fossati e collaboratori (2007), utilizzato per valutare le differenze individuali nell'attaccamento adulto. Il questionario si compone di 40 *item*, valutati su scala *Likert* a 6 punti e assegnati, sulla base delle aspettative teoriche e delle analisi delle componenti principali, a cinque scale che insieme definiscono le due dimensioni latenti dell'attaccamento umano, ossia Ansia ed Evitamento. Nello specifico le scale che compongono lo strumento sono: Fiducia (10 *item*), che riflette uno stile di attaccamento sicuro; Disagio per l'Intimità (10 *item*), che rappresenta l'elemento centrale della concettualizzazione dell'attaccamento evitante proposta da Hazan e Shaver (1987); Bisogno di Approvazione (7 *item*), che rispecchia il bisogno di accettazione e di conferma da parte degli altri e che corrisponde agli stili di attaccamento "timoroso" e "preoccupato" di Bartholomew (1990); Preoccupazione per e Relazioni (7 *item*), che si riferisce ad una tendenza ansiosa e dipendente nelle relazioni; Secondarietà delle Relazioni (8 *item*), che è sovrapponibile al concetto di attaccamento distanziante di Bartholomew (1990).
- AAI (*Adult Attachment Interview*) (George et al. 1985), un'intervista che esplora e valuta sia le esperienze di attaccamento infantile di un adulto, sia quanto queste esperienze ne influenzino lo stato mentale, determinandone il funzionamento psichico. Nello specifico, nella nostra ricerca, l'intervista è stata utilizzata come trascritto su cui valutare le funzioni metacognitive. La nostra attenzione si è focalizzata in particolare sulle sei domande (che corrispondono a circa un terzo dell'intervista) che a nostro avviso erano in grado di "stimolare" le diverse funzioni metacognitive da valutare e cioè: d6) "Quando da bambino/a si sentiva turbato emotivamente cosa faceva? Può spiegarlo con degli episodi specifici? E' mai stato/a malato/a da piccolo/a? Ricorda cosa accadeva?"; d7) "Qual è stata la prima volta in cui ricorda di essere stato/a separato/a dai suoi genitori? Come ha reagito e come hanno reagito i suoi? Ci sono state altre separazioni?"; d8) "Si è mai sentito/a rifiutato/a

da bambino/a? Quanti anni aveva e cosa ha fatto? Perché pensa che i suoi genitori si siano comportati così? Pensa che si rendessero conto che la stavano rifiutando?” d9) “I suoi genitori l’hanno mai minacciata in qualche modo, magari per disciplina o solo per scherzo? Quanti anni aveva? Accadeva spesso? Sente che questa esperienza possa averla influenzata ora da adulto? Influenza il rapporto con i suoi figli?” d10) “Come pensa che queste esperienze con i suoi genitori abbiano influenzato la sua personalità da adulto? Ci sono alcuni aspetti delle sue esperienze infantili che lei sente come ostacoli nel suo sviluppo?” d11) “Perché pensa che i suoi genitori si siano comportati così durante la sua infanzia?”.

- SVaM (V 4.0) (Scala di Valutazione per la Metacognizione) ideata da Carcione et al. (1997). La scala è divisa in tre sezioni che si riferiscono rispettivamente alle abilità di: a) riflettere sui propri stati mentali (Autoriflessività - AR) b) riflettere sugli stati mentali altrui (Comprensione della mente altrui - CMA/Decentramento - Dec) e c) fronteggiare la sofferenza psicologica ed i problemi interpersonali (*Mastery* - M). Ogni sottoscala, a sua volta, comprende varie sottofunzioni, che rappresentano gli *item* della scala stessa. Ad ogni *item* della scala, ovvero per ogni sottofunzione considerata, il siglatore assegna un punteggio da 1 a 5. Il punteggio deriva da quanto una capacità (*item*) è: a) usata dalla persona durante l’unità considerata; b) articolata e ricca di sfumature; c) usata appropriatamente e spontaneamente.

Riguardo alla sola funzione “*Mastery*”, è necessario anche valutare quanto questa capacità sia utilizzata in modo adattivo ovvero se la strategia di padroneggiamento è appropriata rispetto al problema da risolvere e tiene in considerazione il rapporto costi/benefici.

Se una sottofunzione non viene utilizzata, viene siglata come NE, ovvero ‘non ingaggiata’.

Metodo

Al termine della raccolta dei dati attraverso i suddetti strumenti di ricerca, si è provveduto alla relativa analisi. Nello specifico i dati sono stati analizzati attraverso il programma SPSS dopo aver evidenziato alcuni risultati nel campione selezionato. Ogni soggetto del campione presenta infatti almeno in una scala della SCL-90R un punteggio > 60 sottolineando di conseguenza una presenza di patologia. Successivamente il campione è stato suddiviso in due sottogruppi per ciascuna variabile indipendente (VI = valori ottenuti con le diverse scale della SCL-90R), codificata come variabile dicotomica (VI₁, VI₂) ai fini della analisi statistica:

- VI₁ = valori < 60 (assenza di patologia).
- VI₂ = valori > 60 (presenza di patologia).

E’ stata poi effettuata un’analisi *Anova One-Way* per ciascuna VI (misure di SCL-90R) sulle diverse variabili dipendenti (VD = valori ottenuti con le scale ASQ e SVaM) al fine di comparare i diversi sottogruppi creati, ipotizzando un effetto diretto e significativo della VI “patologia” (SCL-90R) sulle diverse VD “stili di attaccamento” (ASQ) e “metacognizione” (SVaM V 4.0).

In una seconda fase i dati ottenuti per tutto il campione sono stati sottoposti ad un’analisi bivariata e si è inoltre studiata la correlazione tra ASQ e SVaM (V 4.0) escludendo la sintomatologia.

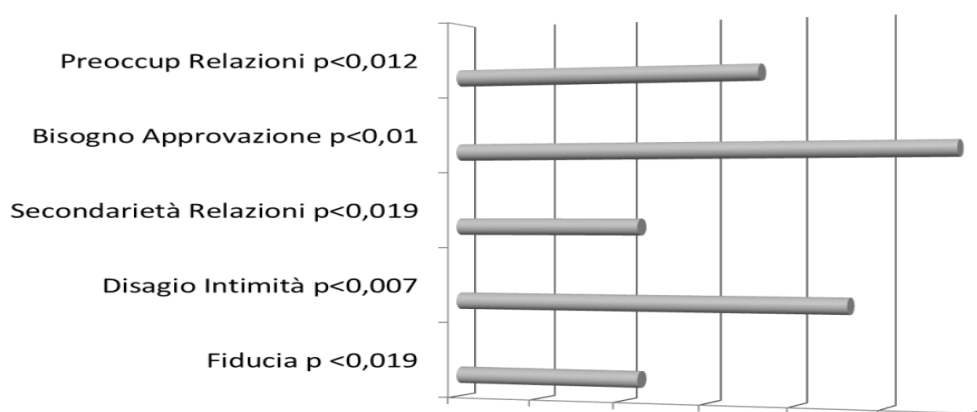
Risultati

Le analisi statistiche hanno permesso di evidenziare alcune correlazioni significative. I risultati ottenuti vengono di seguito presentati attraverso diversi grafici ai fini di agevolarne la

comprensione in maniera chiara e sintetica.

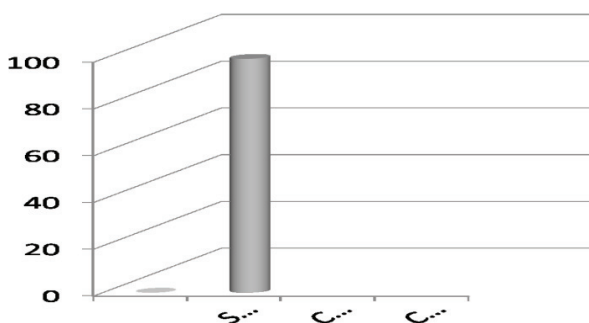
Abbiamo utilizzato le dimensioni della SCL-90R riportando le correlazioni significative ottenute sia con le scale della ASQ che con le abilità metacognitive definite dalla SVaM (V 4.0), questo ci permette di evidenziare in maniera efficace le significatività ottenute.

Tabella 1. Sensibilità interpersonale



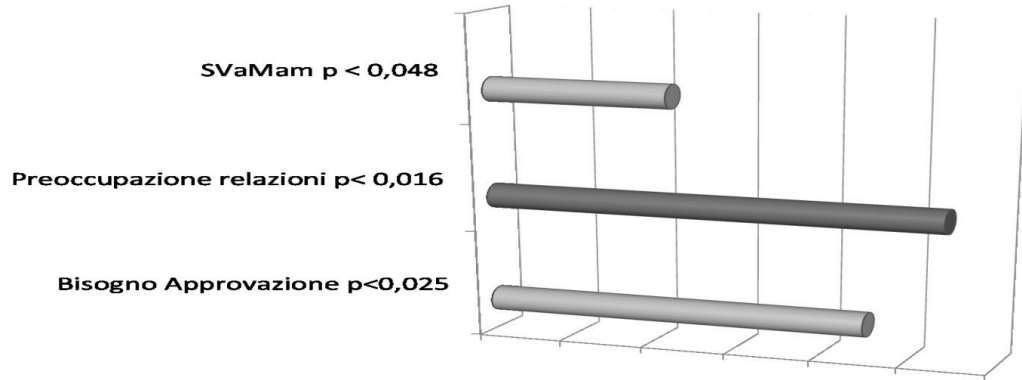
- Scala IS: i soggetti con sintomatologia positiva, mostrano una minore fiducia nelle relazioni di attaccamento come evidenziato da tutte le scale dell'ASQ (ASQF p < .019, ASQI p < .007, ASQR p < .019, ASQA p < .001, ASQP p < .012); non si evidenziano invece correlazioni significative tra le misure della SVaM (V 4.0) e tali soggetti.

Tabella 2. Ossessione-compulsione



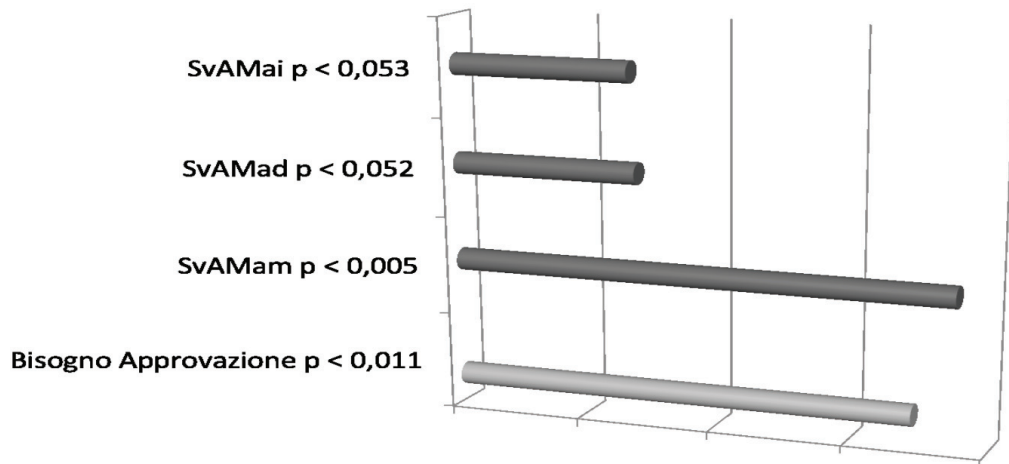
- Scala OC: si evidenziano, per i soggetti patologici, punteggi relativi alla scala ASQI significativamente più elevati rispetto ai soggetti appartenenti al campione non patologico (ASQI p < .026).

Tabella 3. Depressione



- Scala DEP: i soggetti con sintomatologia depressiva presentano una configurazione dello stile di attaccamento di tipo ansioso più marcata e la funzione di monitoraggio/autoriflessività risulta maggiormente attivata rispetto ai soggetti non depressi (ASQA p < .025, ASQP p < .016).

Tabella 4. Ansia



- Scala ANX: i soggetti con sintomatologia ansiosa evidenziano punteggi significativamente maggiori nella sottoscala “Bisogno di Approvazione” dello strumento ASQ (p < .011). La funzione metacognitiva di autoriflessività risulta maggiormente ingaggiata in tutte le sottoscale rispetto ai soggetti non patologici (SVAMAM p < .005, SVAMAD p < .052, SVAMAI p < .053).

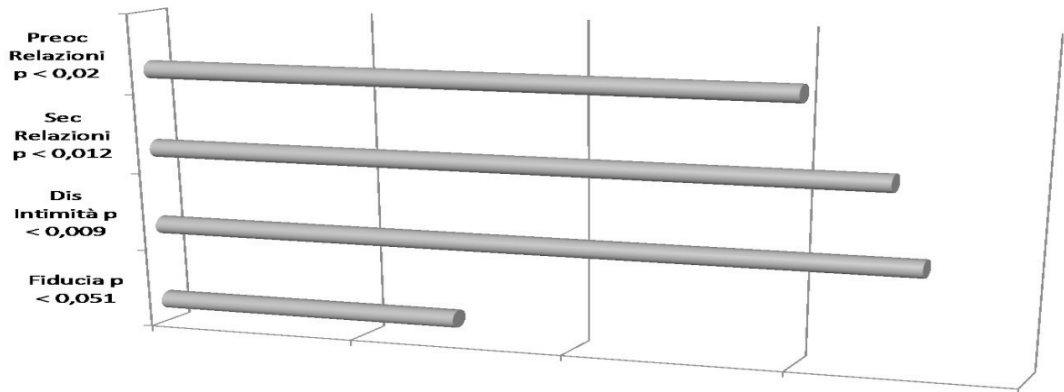


Tabella 5. Ostilità

- Scala HOS: permette di evidenziare che i soggetti con punteggi elevati in questa scala mostrano una significativa differenza nella scala “Fiducia” dell’ASQ rispetto ai soggetti con punteggi inferiori a 60 ($p > .051$). Inoltre differenze significative di punteggio nella direzione dell’insicurezza si evidenziano nella scala ASQI ($p < .009$), ASQR ($p < .012$), ASQP ($p < .020$).

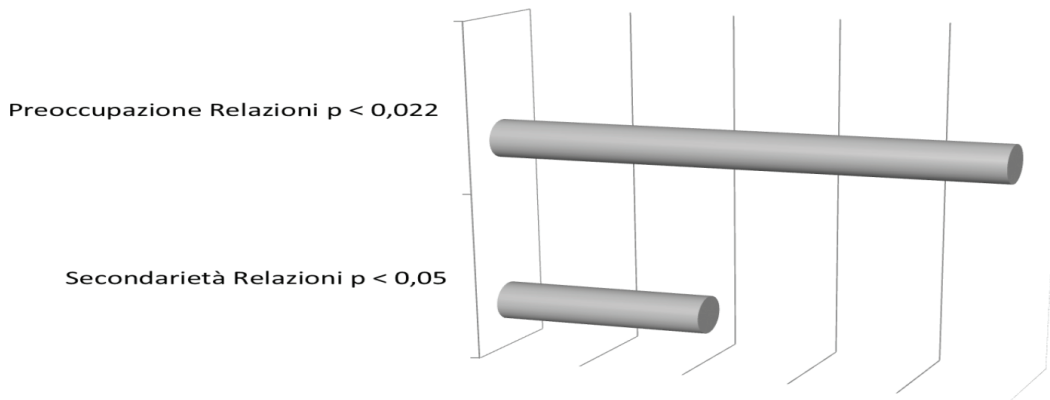
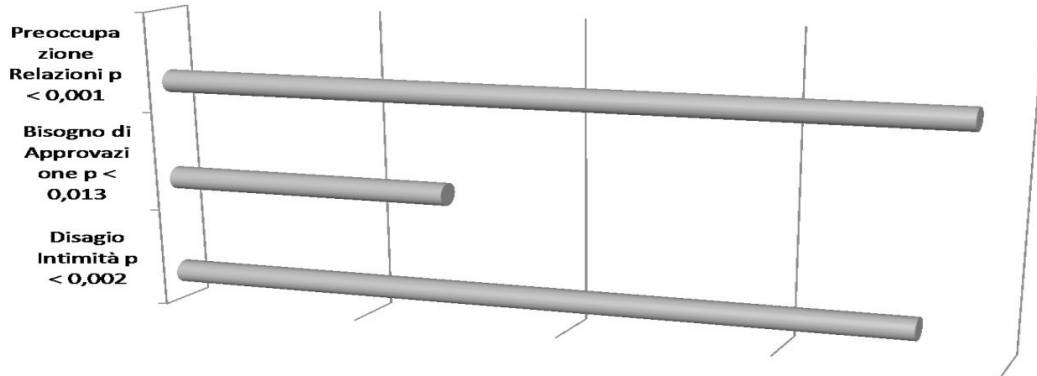


Tabella 6. Ideazione paranoide

- Scala PAR: per i soggetti con sintomatologia paranoica, si evidenzia una differenza significativa alle scale “Secondarietà delle Relazioni” e “Preoccupazione delle Relazioni”, rispettivamente con $p < .050$ e $p < .022$.

Tabella 7. Psicoticismo



- Scala PSY: i soggetti con punteggi elevati evidenziano significative differenze nella direzione dell'insicurezza, in particolare nelle scale "Disagio per l'Intimità" ($p < .002$), "Bisogno di Approvazione" ($p < .013$) e "Preoccupazione delle Relazioni" ($p < .001$).

L'analisi bivariata condotta in una fase successiva ha sostanzialmente confermato questi risultati evidenziando inoltre una correlazione significativa ($p < 0,03$) tra la scala "Secondarietà delle relazioni"(ASQR) e la scala "Autoriflessività/Monitoraggio" (SVAMAM).

Conclusioni

I risultati della ricerca sui rapporti tra attaccamento, dimensioni patologiche e funzioni metacognitive sono sicuramente promettenti tali da far sottolineare alcune osservazioni e suggerimenti per la ricerca futura.

L'integrazione teorica ed empirica della teoria dell'attaccamento con lo sviluppo delle funzioni metacognitive è relativamente recente. Alcune ricerche indicano che la sensibilizzazione e la formazione dei genitori in strategie metacognitive influisce sullo sviluppo delle stesse (Carr et al. 1989, Moss & Strayer 1990), ma non esistono ancora studi in letteratura che hanno esaminato il ruolo della sicurezza dell'attaccamento nello sviluppo metacognitivo.

I risultati da noi ottenuti evidenziano :

- a) Una tendenza ad una maggiore insicurezza nelle relazioni di attaccamento nei soggetti con punteggi elevati nelle singole dimensioni rilevate dalla SCL-90R, nello specifico pressoché tutte le suddette dimensioni correlano in maniera altamente significativa alle scale della ASQ, questo dato che viene inoltre confortato dalle precedenti ricerche condotte in quest'ambito (Shaver e Cassidy 1999).
- b) I soggetti con sintomatologia depressiva presentano una configurazione più marcata dello stile di attaccamento di tipo ansioso, inoltre risulta positivamente ingaggiata la funzione metacognitiva monitoraggio/autoriflessività rispetto ai soggetti non depressi (SVAMAM $p < 0,048$).
- c) I soggetti con sintomatologia ansiosa evidenziano punteggi significativamente maggiori nella sottoscala "Bisogno di Approvazione" dello strumento ASQ ($p < .011$). La funzione

metacognitiva di autoriflessività risulta maggiormente ingaggiata nelle sottoscale Monitoraggio, Differenziazione ed Integrazione rispetto ai soggetti non patologici (SVAMAM $p < .005$, SVAMAD $p < .052$, SVAMAI $p < .053$).

- d) Una correlazione lineare negativa e significativa ($p < 0,036$; $r = - 0,385$) tra la ASQR (preoccupazione delle relazioni) e la sottoscala metacognitiva della Differenziazione.

Alla luce di queste conclusioni si sottolinea come il presente lavoro ponga le basi per lo sviluppo di ulteriori ricerche finalizzate ad indagare il rapporto tra specifiche configurazioni dello stile di attaccamento ed attivazione di specifiche funzioni metacognitive.

Bibliografia

- Baron-Cohen S, Leslie A, Frith U (1985). Does the autistic child have a “theory of mind?”. *Cognition* 21, 37-46.
- Bartholomew K (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 147-178.
- Bowlby J (1969). *Attachment and Loss*, Vol. 1. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. I. Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1973). *Attachment and Loss*, Vol. 2. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. II. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Book, Londra. Tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1984.
- Bowlby J (1980). *Attachment and Loss*, Vol. 3. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. III. Bollati Boringhieri, Torino 1983.
- Bowlby J (1988). *A secure base*. Tavistock Book, Londra. Tr. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- Camaioni L (1995). *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*. Laterza, Roma-Bari.
- Carcione A, Falcone M, Magnolfi G, Manaresi F (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia. Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.). *Psicoterapia* 9, 91-107.
- Carcione A, Falcone M (1999). Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia. In Semerari A (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A, Pedone R (2008). An intensive analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa’s case. *Psychotherapy Research* 18, 6, 667–676.
- Carcione A, Semerari A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti L, Fiore D, Procacci M, Dimaggio G (2010). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research*. Manuscript submitted for publication.
- Carr M, Kurtz B E, Schneider W, Turner L A Borkowski J G (1989). Strategy acquisition and transfer among German and American children: Environmental influences on metacognitive development. *Developmental Psychology* 25, 765-771
- Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Manuale dell’attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2010.
- Cornoldi C (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- Derogatis LR (1983). *SCL-90 R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2^a ed.). Clinical

Psychometric Research, Baltimore.

- Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A, Lysaker PH (2007). Poor Metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: Four Psychotherapy Patients Analysed Using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 386-401.
- Dimaggio G, Semerari A (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G, Semerari A (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994). *Assessing adult attachment*. In Sperling MB, Berman WH (a cura di), *Attachment in adult: clinical and development perspective*. Guilford Press, New York.
- Flavell JH (1976). Metacognition aspects of problem solving. In: Resnick L (a cura di) *The nature of intelligence*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Flavell JH (1981). Cognitive monitoring. In Dickson WP (a cura di) *Children's oral communication skills*. Academic Press, New York.
- Flavell JH, Friedrichs AG, Hoyt JD (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology* 1, 324-340.
- Flavell JH, Miller PH, Miller SA (1993). *Cognitive Development* (4th Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. *Psicologia dello sviluppo cognitivo*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 1996.
- Fonagy P (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis* 72, 639-656.
- Fonagy P (1993). The predictive specificity of Mary Main's Adult Attachment Interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. Relazione presentata alla conferenza *John Bowlby Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. Toronto, 20-23 ottobre 1993.
- Fonagy P (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In Gldberg S, Muiz R e Kerr J (a cura di) *Attachment theory: social developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Fonagy P (1996). Attaccamento sicuro e insicuro. *Kos* 129, 26-32.
- Fonagy P, Target M (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis* 77, 217-233.
- Fossati A, Feeney JA, Grazioli F, Borroni S, Acquarone E, Maffei C (2007). Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In Barone L, Del Corno F *La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari somministrati*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Frith CD (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*, Erlbaum, Hillsdale. Tr. it. *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Harris PL (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Blackwell, Oxford. Tr. it. *Il bambino e le emozioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.
- Hazan C, Shaver PR (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 3, 511-524.
- Karmiloff-Smith A (1995). *Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science*. MIT Press, Cambridge MA. Tr. it. *Oltre la mente modulare. Una prospettiva evolutiva sulla scienza cognitiva*. Il Mulino, Bologna 1997.
- Leslie AM (1987). Pretense and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review* 94, 412-426.
- Leslie AM (1995). Alcune implicazioni della finzione per i meccanismi sottostanti alla teoria della mente nel bambino. In Camaioni L (a cura di) *La teoria della mente. Origini, sviluppo, patologia*. Laterza,

- Roma-Bari.
- Main M (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J e Marris P (a cura di) *Attachment across the life cycle*. Routledge, New York.
- Main M, Hesse E (1992). Attaccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati nei genitori. In Ammaniti M, Stern D (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari.
- Main M, Solomon J (1995). Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during Ainsworth Strange Situation. In Greenberg MT, Cicchetti D e Cummings EM (a cura di) *Attachment in the Preschool Years*. Chicago University Press, Chicago.
- Moss E, Strayer F F (1990). Interactive problem-solving of gifted and non gifted preschoolers with their mothers. *The International Journal of Behavioral Development* 13, 177-197.
- Premack D, Woodruff G (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The behavioral and Brain Science* 4, 515-526.
- Rachman S, Shafran R (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 6, 80-85.
- Semerari A (1999). *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, Alleva G (2003). How to evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 238-261.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19, 6, 690-710.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Roma.
- Teasdale J D (1999). Metacognition, Mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 146-155.
- Weiss R (1982). Attachment in adult life. In Parkes CM, Stevenson Hinde J (a cura di) *The place of attachment in human behaviour*. Tavistock, London.

PSICOPATOLOGIA E GENITORIALITÀ: PROGETTO DI TRATTAMENTO DEL DISTURBO
BORDERLINE DI PERSONALITÀ RISPETTO ALLE COMPETENZE DI PARENTING

Chiara Riso

Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Corrispondenza: chiarariso@yahoo.it

Riassunto

Il presente lavoro prende in esame diversi contributi sulla psicopatologia genitoriale e le competenze di parenting, approfondendo, in particolare, come la presenza di una diagnosi materna di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) possa incidere sulla rappresentazione di sé come genitore, del figlio e della relazione.

I riscontri clinici suggeriscono che queste madri affrontano con intenso stress le sfide legate alla genitorialità, mostrandosi scarsamente responsive ai bisogni dei loro figli, esposti a importanti rischi evolutivi. Ciò nonostante, la ricerca che ad oggi si è occupata di indagare nello specifico la relazione tra genitori con DBP e i figli e di strutturare azioni trattamentali è scarsa, soprattutto se confrontata con la mole di dati riguardo ai possibili interventi nel caso di altri quadri psicopatologici genitoriali.

Tenendo conto delle conoscenze sul funzionamento di queste pazienti, viene qui presentata una proposta di trattamento finalizzata a promuovere comportamenti genitoriali indipendenti dall'instabilità emotiva, maggiormente sensibili ai vissuti e ai bisogni dei loro bambini, favorendo una relazione genitore-figlio più prevedibile e coerente.

Parole chiave: psicopatologia genitoriale, disturbo borderline di personalità, trattamento delle competenze genitoriali

PSYCHOPATHOLOGY AND PARENTING: A TREATMENT PROGRAM OF PARENTING PRACTICES IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

This paper reviewed the different contributions on parental psychopathology and parenting skills, analyzing, particularly, how the presence of a maternal diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) may influence the perception of self, of the son and of the parent-infant interaction.

Clinical findings suggest that these mothers confront with intense stress the challenges of parenting, showing poorly responsive to the needs of their children, exposed to significant risks of developing. However, researches has dealt specifically investigate the relationship between parents and children with BPD and structuring therapeutic actions is poor, especially when they are compared with the amount of data regarding possible actions in case of other parental psychopathological diagnosis.

Considering the knowledge of the functioning of these patients, is presented a proposal for a treatment aimed at promoting parental behaviours independent of emotional instability, more sensitive to the experiences and needs of their children, supporting a parent-child relationship more predictable and consistent.

Key words: parental psychopathology, borderline personality disorder, treatment of parenting skills

1. Introduzione

Quello della *competenza genitoriale* è un costrutto complesso, il cui sviluppo avviene nel corso del tempo come esito dell'interazione di parametri individuali, cognitivi, emotivi e relazionali, che incidono sul processo di accudimento. Con esso intendiamo l'insieme di comportamenti che rendono il caregiver capace di mantenere una relazione caratterizzata da protezione e sostegno adeguati ad accompagnare la crescita del proprio figlio.

Greco e Maniglio (2009), facendo riferimento al modello cibernetico di finalismo comportamentale (Castelfranchi e Miceli 2002), descrivono il genitore come *colui che ha internalizzato lo scopo (posto da natura e società) di prendersi cura (nutrire, proteggere, dare affetto e sostegno emotivo, educare, favorire l'autonomia e l'indipendenza) e lo persegue attraverso la formulazione autonoma e personale di sottoscopi interni contingenti*. Gli autori, inoltre, presentano la capacità genitoriale come: *concreta*, perché riferita a quel genitore, con quel figlio, in quel determinato contesto; *composita*, implicante abilità personali e risorse ambientali correlate ai bisogni e alle necessità del bambino; *dinamica*, poiché legata ad un processo di interazione tra condizioni soggette a cambiamento; *stimabile*, perché valutabile in termini sia qualitativi che quantitativi (Greco e Maniglio 2009).

La qualità delle cure genitoriali incide sulla crescita del figlio: una presenza amorevole, competente e rispettosa e condizioni ambientali favorevoli sostengono, infatti, lo sviluppo della sua personalità.

L'incidenza di psicopatologia negli adulti implica che molti bambini crescano insieme a un genitore con sofferenza psichica, solo a volte circoscrittibile a un periodo limitato nel tempo.

Negli Stati Uniti si riscontra che il 68% delle donne e il 57% degli uomini con psicopatologia (schizofrenia, disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare) sono genitori (Nicholson et al. 2004). Nel Regno Unito, il 10-15% dei figli vive, nel 28% dei casi esclusivamente, con un genitore con patologia mentale (Parker et al. 2008). Un recente studio australiano mostra che il 23.3% dei bambini cresce in famiglie in cui è presente almeno un genitore con malattia mentale (Maybery et al. 2009). Allo stato attuale non risultano ricerche sistematiche che hanno indagato la dimensione del fenomeno in Italia; i dati sopra riportati rendono tuttavia opportuna una riflessione sulle eventuali ripercussioni della patologia mentale rispetto alle capacità genitoriali, così da impostare strategie terapeutiche che tengano conto anche di quest'aspetto.

Se anche in circostanze ottimali il parenting può essere stressante per molti genitori, la presenza di psicopatologia rappresenta una variabile che rischia di riflettersi negativamente sulla capacità di adattarsi ai cambiamenti legati alla crescita di un bambino, rendendo maggiormente difficoltosa la relazione e la capacità di incontrare i suoi bisogni. A tal riguardo, alcuni contributi hanno evidenziato che l'arrivo di un figlio tende a ridurre il funzionamento precedente del genitore affetto da psicopatologia, comportando un disagio tale da richiedere frequentemente un aiuto terapeutico (Sands et al. 1995, Apfel e Handel 1993). Non sempre, tuttavia, gli interventi disponibili nei servizi e nei centri deputati alla salute mentale prendono in considerazione le difficoltà legate alla genitorialità e la complessa articolazione attraverso cui vengono esercitate le competenze di parenting (Mowbray et al. 2001).

La letteratura è concorde nel ritenere che il funzionamento mentale dei genitori con psicopatologia abbia un impatto negativo sulla salute e il benessere dei bambini (Mowbray et al. 2004, Reupert et al. 2007), i quali sembrano avere, rispetto al gruppo di controllo, il doppio delle possibilità di sviluppare un disturbo psichico durante l'infanzia (Gopfert et al. 2004), l'adolescenza e l'età adulta (Maybery e Reupert 2006). Diverse ricerche di follow-up rilevano che i due terzi

di questi figli manifestano problemi comportamentali ed emotivi spesso gravi e persistenti, quali: condotte aggressive, fallimenti scolastici, bassa autostima e difficoltà relazionali, frequentemente inquadrabili in veri e propri quadri clinici ansioso-depressivi (Vostanis et al. 2006). Una storia genitoriale di depressione, di bipolarità o di schizofrenia sembrerebbe inoltre aumentare sino a tre volte il rischio che il bambino sia vittima di abuso e trascuratezza (Walsh et al. 2002, Göpfert et al. 2004, Barth 2009). Un intervento specifico sulla genitorialità potrebbe pertanto rappresentare anche un'azione di prevenzione in tal senso.

Va sottolineato, tuttavia, che la presenza di una diagnosi psichiatrica non compromette inevitabilmente le capacità genitoriali; è piuttosto il comportamento dell'adulto di riferimento nel quotidiano a costituire un fattore di rischio determinante (Kohl et al. 2011). Inoltre, le modalità attraverso cui si esplica la genitorialità non sono connesse soltanto a caratteristiche del singolo genitore, ma dipendono dall'interazione con altri fattori, tra i quali, l'isolamento, l'assenza di reti di supporto e i rapporti affettivi conflittuali, rappresentano quelli maggiormente in grado di aumentare la probabilità che si verifichino conseguenze problematiche (Procaccia 2005). A modulare l'effetto della patologia genitoriale sull'equilibrio familiare contribuiscono anche il vissuto e la rappresentazione del bambino riguardo la malattia del caregiver, nonché le strategie che egli è in grado di attivare per farvi fronte (Göpfert et al. 2004).

Per una valutazione effettiva delle competenze di parenting non basta quindi individuare la diagnosi; è fondamentale identificare lo stato mentale del genitore rispetto all'accudimento del figlio, nonché la costellazione di fattori che ruotano intorno alla malattia e che, influenzando la relazione genitore-bambino, aggravano o riducono i possibili esiti negativi. Nel lavoro con il genitore, è importante che il clinico si domandi in che modo e/o con quale entità il disturbo incida sulle abilità di parenting. Frequentemente padri e madri con psicopatologia grave sentono i compiti parentali come un peso particolarmente gravoso, mostrando, nell'interazione con il bambino, una scarsa sintonizzazione con i suoi bisogni e con gli obiettivi di crescita, nonché la difficoltà a fornire stimolazioni appropriate all'età di sviluppo. Questi genitori falliscono ripetutamente nel riconoscere le necessità evolutive e nel risignificare gli stati d'animo del bambino, nonché nella capacità di contenere e regolare le sue espressioni emotive (Giamundo e Riso, manoscritto non pubblicato).

Non va trascurato che i diversi disturbi psichici possono avere un effetto sulla genitorialità e conseguenze sul minore anche in relazione alla gravità, al carattere di transitorietà o di cronicità degli stessi, nonché al tempo di esposizione e alla fase di sviluppo del bambino. L'epoca di comparsa della patologia genitoriale si configura, infatti, come un importante fattore da considerare, così come la pervasività e la comorbilità con altri quadri psicopatologici. La letteratura evidenzia che più precocemente si manifestano i sintomi e quanto più si inscrivono in quadri complessi e multisintomatici, tanto più saranno minate le basi per la costruzione di una relazione positiva genitore-bambino. Un'interessante ricerca longitudinale che ha coinvolto 123 figli di madri con psicopatologia, ha evidenziato che le difficoltà nello sviluppo psicofisico dei bambini sono correlate, tanto alla diagnosi del genitore in sé, quanto all'insorgenza precoce della malattia e al grado di compromissione che essa esercita sulle capacità relazionali e sociali della madre (Seifer et al. 1996).

L'ipotesi di partenza qui discussa è che le competenze parentali siano suscettibili di cambiamento e che una maggior comprensione del funzionamento mentale del paziente e delle specifiche criticità presentate nell'area della genitorialità possa rappresentare uno strumento per la messa a punto di proposte trattamentali mirate a sostenere la relazione con il figlio e a modificare la rappresentazione che il genitore ha di sé, del bambino e della relazione.

Inoltre, diversi contributi sostengono che i genitori che soffrono di una patologia mentale richiedono frequentemente un aiuto per le proprie capacità di parenting e che questo campo di intervento possa costituire una forte motivazione per il trattamento (Sands 1995, Mowbray et al. 2001). Un'azione in tale area, oltre ad avere delle indiscutibili ricadute in positivo sulla qualità di vita del paziente, può rappresentare anche un intervento preventivo rispetto allo strutturarsi di quadri clinici nel bambino. Sebbene la tendenza a sviluppare alcune malattie mentali gravi sia in parte favorita dal corredo genetico (Leverton 2003), le esperienze ambientali hanno un peso sostanziale. Il genitore con disturbo psichico, attraverso schemi mentali e cicli interpersonali maladattivi, facilita la possibilità che il figlio costruisca credenze distorte, aspettative irrealistiche e scopi disfunzionali circa se stesso, gli altri e il mondo, aspetti, questi, che rappresentano sicuramente dei fattori di vulnerabilità per il suo sviluppo.

La psicopatologia genitoriale in asse I è oggetto del maggior numero di ricerche. Alcuni contributi descrivono, ad esempio, un aumentato rischio di parenting coercitivo, ostile e scarsamente responsivo in presenza di depressione nei caregiver (Lyons-Ruth et al. 2002, Shin e Stein 2008) e schizofrenia (Goodman e Brumley 1990). Altri evidenziano uno stile educativo caratterizzato da minor calore emotivo, maggior criticismo e più alti livelli di controllo quando il genitore soffre di un disturbo d'ansia (Moore et al. 2004). In tale area, diversi interventi psicoeducativi, perlopiù di gruppo, finalizzati a identificare e ridurre l'impatto della patologia sul parenting, mostrano la loro efficacia. Nell'insieme questi programmi hanno l'obiettivo di minimizzare le disfunzioni relazionali, sostenendo il genitore e massimizzando sia le competenze del bambino che la rete di supporto attorno a lui (Dvir 2012, Reupert et al. 2012, Ruth 2006, Valdez et al. 2011).

In asse II, i disturbi di personalità hanno ricevuto a oggi un'attenzione molto limitata. Nel presente lavoro verrà dedicato spazio proprio all'impatto che il funzionamento dei caregiver con disturbi di personalità può avere sulla genitorialità, approfondendo, in particolare, la relazione tra le difficoltà di parenting e la presenza di un Disturbo di Personalità Borderline nella madre. Verrà infine descritto un modello di trattamento ad oggi in fase di sperimentazione.

2. Genitorialità e Disturbi di Personalità

I pazienti che soffrono di un Disturbo di Personalità (DP) presentano intense difficoltà di adattamento, mantenute da peculiari stili di pensiero e di comportamento che permangono rigidi e tendenzialmente immutati nel tempo e nei diversi contesti.

Un limitato, ma informativo, corpo di ricerche ha esaminato la declinazione della difficoltà ad adottare ruoli differenti e stili interpersonali flessibili sulla relazione con il figlio. Uno dei primi lavori ad aver approfondito nel tempo le pratiche di parenting dei caregiver con Disturbi Di Personalità (DDP) e gli outcome sul bambino è il "Children in the Community Study - CIC" (Cohen 1996, 2005). Sia questo studio a disegno longitudinale che altri, alcuni dei quali hanno analizzato in particolare gli esiti relativi alla tarda infanzia e all'adolescenza, mettono in luce che la presenza di un DP nei caregiver si lega ad una genitorialità critica e a traiettorie di sviluppo a rischio per i bambini (Berg-Nielsen et al. 2002, Henshaw et al. 2011). Diversi lavori, utilizzando strumenti self-report, hanno evidenziato che il DP dei genitori si associa ad una varietà di comportamenti educativi tipici, tra cui punizioni dure, incoerenza disciplinare e scarsa supervisione (Ehrensaft et al. 2003, Johnson et al. 2006). Metodologie di osservazione della relazione genitore-figlio, seppur usate di rado e prevedendo spesso tempi di gioco limitati, mettono in evidenza scarsa sensibilità e comportamenti raramente affettuosi (Eiden et al. 2009, Finger et al. 2010). Gli studi che hanno suddiviso i disturbi di personalità in cluster, o che li hanno considerati nello specifico, sono

scarsi (Johnson et al. 2006), sebbene forniscano importanti elementi a favore del fatto che alcuni quadri clinici siano più legati a genitorialità disfunzionale (ad esempio, il Disturbo Borderline di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità) rispetto ad altri (ad esempio, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità). Le mamme con Disturbo Antisociale di Personalità, ad esempio, tendono ad instaurare relazioni problematiche con i figli, i quali risultano sei volte più rischio del gruppo di controllo di essere vittime di abuso (Walsh et al. 2002). Un recente lavoro osservativo di Wilson e Durbin (2012) ha esaminato gli effetti dei sintomi genitoriali dei DP sul dominio interpersonale, valutando la relazione madre/padre-figlio in un campione di 145 diadi. Le autrici descrivono i disturbi di personalità come varianti patologiche all'interno di una teoria generale della personalità normale, descritta in termini di tratti, ovvero di dimensioni continue. I risultati evidenziano, nei genitori con più alti livelli di Disturbo di Personalità Antisociale e Paranoide (in particolare, in entrambi i casi, le madri), Borderline e Istrionico, minor sensibilità verso i figli. Questo risultato risulta coerente con le precedenti ricerche riguardo agli effetti della personalità patologica sulla genitorialità e sul sistema di accudimento, offrendo una buona evidenza al fatto che, anche quando i tratti si manifestano a livelli relativamente contenuti, si riscontra una relazione genitore-figlio problematica.

2.1. Il disturbo Borderline di Personalità (DBP) e la sfida della genitorialità

Un'indagine esplorativa su 68 servizi francesi di tutela della salute infantile e adolescenziale e 1.030 bambini, ha evidenziato che il 39% degli utenti ha un genitore sofferente di disturbi mentali. Di questi genitori, il 48% delle madri e il 30% dei padri hanno un Disturbo di Personalità, nella maggior parte dei casi, un DBP (Laporte 2007).

Nonostante i riscontri clinici, la ricerca che ad oggi si è occupata di indagare specificamente la relazione tra genitori affetti da DBP e i figli e di strutturare azioni trattamentali, è scarsa, soprattutto se confrontata con la mole di dati disponibili nel caso di altri quadri psicopatologici genitoriali, ad esempio la depressione materna.

Crescenti evidenze sperimentali suggeriscono tuttavia che i genitori con DBP, le mamme in particolare, affrontano con intenso stress le sfide legate alla genitorialità e appaiono scarsamente responsive ai bisogni dei loro figli, esposti a importanti rischi evolutivi (Newman et al. 2007). Nel primo studio di questo tipo, Crandell ha riportato che queste madri sono intrusive e insensibili durante l'interazione e il gioco con i loro bambini di due mesi (Crandell et al. 2003). In risposta al paradigma dello still face, i figli assumono sguardi attoniti ed evitanti il contatto visivo del genitore, mostrando successivamente un tono dell'umore maggiormente depresso. Hobson (2005) ha confrontato, in tre setting diversi, 10 coppie di mamme con diagnosi di DBP e bambini di 12 mesi con un gruppo di controllo composto da 22 diadi. Nel primo, il bambino è messo di fronte a uno sconosciuto inizialmente non responsivo, che successivamente cerca di coinvolgerlo in uno scambio relazionale; nel secondo, il bambino viene valutato attraverso la procedura standard della Strange Situation; nel terzo, si chiede alla madre di giocare insieme a lui con dei pupazzetti e con un trenino giocattolo. Davanti allo sconosciuto, i bambini di donne con DBP mostrano più bassi livelli di disponibilità ad un'interazione positiva, scarsa organizzazione emotivo-comportamentale e limitati sguardi positivi diretti alla relazione. Un'alta proporzione di bambini, tra quelli appartenenti al gruppo clinico, vengono categorizzati come disorganizzati (8 su 10, a differenza di 6 su 22 nel caso di figli di madri senza diagnosi psicopatologica), o mostrano segni di disorganizzazione (le restanti due diadi). Le mamme con DBP risultano più intrusive e insensibili verso il bambino nel compito educativo. L'ipotesi degli autori è che le

donne con DBP siano a rischio di rapportarsi ai figli con uno stile comunicativo caratterizzato da particolare intensità, incoerenza e orientamento verso di sé. I risultati di questo interessante studio evidenziano come le problematiche interpersonali caratteristiche del DBP si manifestino soprattutto quando a queste madri è richiesto di avvicinarsi emotivamente ai loro bambini a disagio e bisognosi di aiuto durante la procedura della Strange Situation. L'85% del campione mostra, in tale situazione, modalità comunicativo-relazionali distruttive, rispetto a quanto riscontrato in donne con diagnosi di depressione o senza psicopatologia (Hobson 2009). Queste madri risultano significativamente più a rischio di esprimere risposte di paura e disorientamento in situazioni che sollecitano l'attivazione del sistema di attaccamento nel bambino e, reciprocamente, del sistema di accudimento nel genitore. Tali pattern appaiono inoltre fortemente associati alla disorganizzazione dell'attaccamento. I risultati supportano la prospettiva secondo cui persone con DBP che manifestano impulsività, comportamenti distruttivi e instabilità affettiva, mostrano anche modelli di comunicazione problematici, soprattutto nell'interazione con i figli (Hesse e Main 2006).

Una ricerca del 2007 (Newman et al. 2007) ha confrontato un gruppo clinico di diadi madre con DBP-bambino con uno di controllo, con l'obiettivo di approfondire la comprensione dei loro pattern interattivi e di esplorare la percezione di sé come genitore. I risultati evidenziano, nel campione clinico, interazioni scarsamente strutturate, caratterizzate da minor sensibilità e responsabilità. La capacità di tener conto delle preferenze, delle proposte del bambino e del suo grado di coinvolgimento, rappresenta una cornice necessaria per creare uno spazio protetto, che faciliti al tempo stesso i tentativi di autoregolazione del bambino; la sensibilità e responsabilità materna sono inoltre considerati i precursori più importanti per lo sviluppo di un attaccamento sicuro e fattori protettivi per la crescita socio-emotiva del bambino (Biringen 1998). I bambini del campione clinico mostrano attenzione, interesse ed entusiasmo limitati durante l'interazione; le mamme si percepiscono più stressate, meno competenti e soddisfatte rispetto al gruppo di controllo. Da questi risultati si evidenzia l'opportunità di strutturare interventi precoci che promuovano la sensibilità materna e la percezione di competenza.

Un altro studio ha confrontato 35 donne con DBP e 35 appartenenti al gruppo di controllo e valutato la loro interazione con i bambini di età compresa tra i 4 e i 7 anni (Devan Trupe 2010). Si riscontrano correlazioni importanti tra le componenti significative del disturbo e la disponibilità emotiva diadica. In particolare, i risultati suggeriscono che madri con più alti livelli di instabilità affettiva, autolesionismo, disturbi dell'identità e delle relazioni, instaurano legami caratterizzati da minor disponibilità emotiva. Più i sintomi sono pervasivi, più la relazione è contraddistinta da intrusività e ostilità, espresse attraverso comportamenti interferenti, controllanti, eccessivamente direttivi e iperstimolanti. I dati indicano inoltre che, tra le componenti del disturbo, solo l'instabilità affettiva e i disturbi delle relazioni hanno un impatto sulla qualità della comunicazione emotiva, poiché risultano significativamente correlati alla sensibilità materna, a misure di calore e coinvolgimento infantile. Le mamme mostrano infatti sia difficoltà di lettura dei segnali emotivi del bambino, sia di risposta adeguata, pronta ed empatica. I bambini, d'altro canto, presentano comportamenti caratterizzati da evitamento, chiusura e oppositività. I risultati sottolineano quindi le difficoltà di queste madri a costruire e mantenere dei confini emotivi appropriati nella relazione con i figli, sia in termini di capacità di fare un passo indietro, riconoscendo e accettando i bisogni di autonomia ed esplorazione dei bambini, sia di modulare i propri comportamenti disfunzionali. È opportuno pertanto che gli interventi prevedano, tra gli obiettivi, la costruzione di una vicinanza emotivamente armonica con i bambini, così da facilitare il loro sviluppo sociale ed emotivo. Il coinvolgimento e il calore affettivo giocano infatti un ruolo cruciale nella regolazione delle

interazioni sociali e preparano il bambino ad essere un partecipante attivo delle proprie relazioni. La ricerca suggerisce che i figli di mamme con DBP siano a rischio di vivere intense esperienze di rottura relazionale e di sviluppare pattern interattivi maladattivi, mostrando difficoltà nella regolazione delle proprie risposte emotive e ottenendo, verosimilmente, minor calore e vicinanza dagli altri.

Un'altra linea di ricerca evidenzia che le persone con DBP appaiono spesso confuse, spaventate e sopraffatte, se richiamate alle loro relazioni infantili (Patrick et al. 1994). Hanno capacità limitate nella funzione riflessiva e disorganizzazione narrativa quando raccontano di perdite affettive o di eventi traumatici. Descrivono i loro caregiver in termini di svalutazione globale, presentando stati mentali HH, di impotenza e di ostilità (Lyons-Ruth et al. 2007). Tutti questi aspetti possono assumere una rilevanza particolare nel momento in cui i genitori si trovano ad interagire con i loro figli; si riscontra, a tal riguardo, un'alta prevalenza di attaccamento disorganizzato nei figli di madri con DBP (Hobson et al. 2005). La disorganizzazione dell'attaccamento prefigura inoltre la presenza di problematiche esternalizzanti nell'infanzia e la distruttività materna predice lo sviluppo di dissociazione nella prima età adulta dei figli (Dutra et al. 2009). Più in generale, la letteratura rileva che i figli di madri con DBP sono più a rischio di esiti psicopatologici, rispetto a quelli di genitori sofferenti di altri disturbi mentali. In particolare, mostrano punteggi inferiori al CGAS, maggior prevalenza di DPB, ADHD, e disturbi dello spettro impulsivo (Johnson et al. 2006, Weiss et al. 1996). Barnow e colleghi (2006) confermano frequenti difficoltà di attenzione e comportamenti ostili; questi bambini sembrano inoltre presentare più spesso ansia, depressione e bassa autostima rispetto a quelli con madri affette da disturbi dell'umore, da altri disturbi di personalità di Cluster C e con assenza di psicopatologia. Manifestano inibizione, sensibilità alla vergogna e maggior bisogno di incoraggiamento; tendono ripetutamente ad agire intensamente ai segnali degli stimoli avversivi, così come ad inibire i comportamenti che possono rappresentare potenziali pericoli, evitando, quindi, novità e punizioni. I bambini percepiscono le madri come solite assumere condotte di ipercontrollo e iperprotezione, spesso incoerenti e scarsamente rispettose dei loro bisogni.

Uno studio del 2008 (Herr et al. 2008) ha valutato un campione di madri con DBP e figli adolescenti ($n = 354$), rispetto al funzionamento interpersonale di questi ultimi. I risultati (tenendo sotto controllo i sintomi depressivi sia della madre che degli adolescenti) evidenziano che i sintomi di DBP correlano con esiti negativi nell'autopercezione e nelle capacità psicosociali degli adolescenti, oltre che a paura per le cognizioni legate all'attaccamento, stress cronico nella relazione genitore-figlio e ostilità materna.

Un lavoro recente di Macfie e Swan (2009) ha confrontato un gruppo di 30 figli (tra i 4 e i 7 anni) di madri con DBP con uno normativo e valutato, attraverso il completamento di storie, la regolazione emotiva, le rappresentazioni del sé e della relazione caregiver-bambino. I risultati (controllando l'eventuale comorbidità con il disturbo depressivo maggiore) evidenziano: frequente inversione di ruolo genitore-figlio, intensa paura dell'abbandono e aspettative negative rispetto alla relazione madre/padre-figlio; rappresentazioni di sé contraddittorie e sensibilità alla vergogna; scarsa regolazione emotiva, caratterizzata da confusione tra realtà e fantasia, bassa coerenza narrativa e intrusione di temi traumatici. Nel campione, la relazione maladattiva genitore-figlio si associa all'alterazione dell'identità e all'autolesionismo; la rappresentazione incoerente del sé all'autolesionismo; la scarsa regolazione emotiva all'instabilità dell'immagine di sé, alle relazioni problematiche e all'autolesionismo. Tali risultati appaiono importanti nell'ottica di strutturare interventi di prevenzione e di individuare i segni precursori di psicopatologia nei figli e, più in particolare, dello sviluppo di DPB.

Rimane da evidenziare il ruolo e il peso delle caratteristiche temperamentali del bambino nelle interazioni con il genitore. A tal riguardo, in linea con il modello dialettico o transazionale (Sameroff e Chandler 1975, Linehan 1993, Chess e Thomas 1986), si suppone che l'individuo e il suo ambiente si trovino in un rapporto di reciproca interazione, rappresentando un sistema che concorre a definire e determinare le proprie parti, essendo da esse a sua volta definito e determinato. Oltre a sottolineare la bidirezionalità delle reciproche influenze, il modello transazionale mette in evidenza la condizione di costante evoluzione e cambiamento del sistema individuo-ambiente e la continuità degli scambi tra i due termini (Linehan 1993).

Sameroff spiega che la relazione è fatta di un contributo reciproco del genitore e del bambino e rappresenta *il risultato dell'azione reciproca tra il bambino e il contesto nel tempo, in cui lo stato dell'uno influenza il successivo stato dell'altro, in un processo dinamico continuo* (Sameroff 1993). La predisposizione genetica a sviluppare un dato disturbo, potrebbe, in alcuni casi, avere un peso intrinseco di gran lunga superiore ad altri fattori ambientali protettivi o vantaggiosi. Non possiamo tuttavia sottovalutare gli effetti e le conseguenze di una situazione ambientale altamente sfavorevole o stressante sul comportamento della maggior parte degli individui ad essa sottoposti. Il ripetersi di interazioni assai problematiche durante specifiche fasi dello sviluppo psicobiologico può provocare inoltre modificazioni stabili delle reti neurali coinvolte nel compito di regolazione delle emozioni. In particolare, per quanto riguarda il DBP, sebbene ci sia una mutua influenza tra le caratteristiche materne e quelle infantili, la ricerca sembra propendere verso un maggior contributo dell'adulto a queste interazioni disregolate (Hobson et al. 2009).

2.1.1. Metodologie di intervento

Malgrado da quanto finora esposto appaia evidente la complessità delle implicazioni che la condizione clinica del DPB nel genitore possa avere sulla rappresentazione di sé, sulla salute del bambino e sulla relazione, non risultano interventi progettati specificamente per le madri con DPB e i loro figli, neppure nel caso in cui essi manifestino disagi emotivi e comportamentali (Steff et al. 2011).

Alcuni autori hanno formulato raccomandazioni generali fondate sulla teoria dell'attaccamento (1), indirizzate per lo più a bambini in età prescolare; altri, hanno promosso un modello di trattamento individuale basato sulla mindfulness (2).

1) *Gli interventi basati sull'attaccamento* sono generalmente volti alla prevenzione della trasmissione dell'attaccamento insicuro e/o disorganizzato dal genitore al bambino, attraverso due modalità:

- *la psicoterapia individuale con la madre* (Lieberman e Zeanah 1999, Lieberman et al. 2000), con l'obiettivo di costruire un'esperienza di attaccamento correttiva attraverso la relazione terapeutica. Durante la terapia individuale, il genitore è incoraggiato a parlare sia del bambino che delle personali esperienze infantili ed è aiutato a creare un collegamento progressivo tra queste ultime e la sua attuale relazione con il figlio, così da acquisire consapevolezza del perpetrarsi dei cicli di attaccamento insicuro e/o disorganizzato;

- *la psicoterapia con la diade madre bambino*. Anche in questo caso, la madre è invitata a discutere la sua storia di vita in termini di interazioni ed esperienze con i caregiver. Il terapeuta, inoltre, osserva la relazione tra genitore e bambino, così da facilitare il collegamento tra le esperienze passate della madre, il suo stile di attaccamento e quello che accade nel rapporto attuale con il figlio. Gli interventi "WWW - Watch, Wait and Wonder" (Muir et al. 1999), "PPP - Preschooler- Parent Psychotherapy" (Cicchetti et al. 2000) e "COS - Circle of Security" (Marvin

et al. 2002) rappresentano esempi codificati di tale metodologia.

Newman e Stevenson (2008) hanno applicato il programma WWW nella sua forma originale su 20 madri con diagnosi di DBP. Questo studio, che non ha previsto una valutazione di efficacia dell'intervento sul miglioramento della relazione genitore-figlio, rappresenta l'unico lavoro che descrive un trattamento specifico rivolto alle madri affette da DPB. L'intervento si svolge nell'arco di cinque mesi e prevede 12-14 incontri. Nelle le prime sedute il terapeuta invita il genitore a osservare il bambino nel gioco. Successivamente si discute con la madre circa le attività avviate dal figlio e la comprensione dei suoi comportamenti durante la sessione ludica. Gli autori descrivono le difficoltà espresse dai genitori rispetto al parenting, ad esempio nella regolazione dell'alimentazione e del ritmo sonno/veglia, decidendo tuttavia di non intervenire nella risoluzione di queste problematiche, ma di attenersi strettamente alla metodologia, che vede nell'osservazione di quello che accade uno strumento utile per migliorare la sensibilità e la responsività materna, la regolazione emotiva e la relazione diadica. Newman e Stevenson ritengono che il programma possa rappresentare un aiuto per i bambini nel lungo termine, poiché i genitori, più che acquisire delle tecniche di parenting, sviluppano la capacità di monitoraggio degli stati mentali propri e del figlio.

Le conclusioni circa l'efficacia di questi interventi nel migliorare la sicurezza dell'attaccamento sono eterogenee e la grande variabilità di strumenti impiegata nei diversi studi non facilita la possibilità di un valido confronto (Lieberman e Zeanah 1999). I risultati di una metanalisi (van Ijzendoorn et al. 1995) hanno dimostrato che questi trattamenti incrementano la sensibilità materna verso i bambini, ma hanno uno scarso impatto sulla sicurezza e l'organizzazione dell'attaccamento della madre e/o del bambino.

L'utilità di tali interventi, se pensati specificamente per le madri con DPB e i loro figli, potrebbe essere parziale (Stepp et al. 2011). L'osservazione clinica, sostenuta dai risultati di diverse ricerche che hanno come oggetto le competenze genitoriali, evidenzia, infatti, che le azioni basate sulla teoria dell'attaccamento necessitano di essere integrate a interventi specifici, finalizzati all'esplicito supporto delle capacità genitoriali (Conroy et al. 2009, Newman et al. 2007, Stepp et al. 2011, Lyons Ruth 2012). In particolare, risulta improbabile che genitori che soffrono di un DBP possano migliorare la loro capacità di garantire ai figli il reale soddisfacimento dei loro bisogni, senza che il trattamento preveda l'integrazione di interventi psicoeducativi e di parent training.

2) *Gli interventi basati sulla mindfulness.* Ampliando quanto promosso da Myla and Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn e Kabat-Zinn 1997) rispetto alla pratica quotidiana del *mindful parenting*, Dumas (2005) ha sviluppato un modello di trattamento individuale finalizzato ad aiutare i genitori a identificare e a interrompere le interazioni maladattive automatizzate (Automatized Transactional Procedures - ATP), descritte dall'autore come *[...] strategie di coping relazionale agite con scarsa consapevolezza, stabilità e alta resistenza al cambiamento*, che esacerbano il conflitto familiare e sono rinforzate dagli affetti negativi.

Sono scarsi gli studi che hanno valutato gli effetti dei programmi mindful sulle pratiche di parenting. Un lavoro (Dawe e Harnett 2007), condotto su 64 famiglie australiane, con i genitori in terapia metadonica e i figli di età compresa tra i 2 e gli 8 anni, ha previsto un intervento domiciliare intensivo (svolto nell'arco di 10 sessioni), che includeva sia un training mindful, progettato per migliorare la regolazione degli affetti durante la relazione genitore-figlio, che un modulo di prevenzione delle ricadute. I partecipanti allo studio, un trial clinico randomizzato controllato, hanno mostrato un significativo miglioramento nel funzionamento familiare e una riduzione del rischio di maltrattamento, entrambi mantenuti al follow up a 3 e 6 mesi.

Dumas (2005) sostiene che per gestire i conflitti tra genitori e figli, le strategie di parenting basate sulla mindfulness possano aiutare i membri delle famiglie a *defondersi* dai propri pensieri

ed emozioni. Con l'obiettivo di fornire un più costante supporto ai loro bambini, le madri con DBP possono trarre beneficio da strategie di mindfulness. La consapevolezza di sé potrebbe aiutarle a mantenere una sufficiente distanza nelle situazioni critiche, in particolare quando il bambino sta vivendo, o suscitando, un'intensa emozione. L'autoconsapevolezza aumenterebbe anche l'abilità di riconoscimento dei propri limiti e di quando chiedere aiuto, migliorando così la capacità di garantire un ambiente stabile, accogliente e caldo.

3. Aspetti del funzionamento genitoriale e comportamenti di parenting specifici delle madri con DBP: una proposta di trattamento

È bene sottolineare che molte delle problematiche evidenziate dalla letteratura sono potenzialmente osservabili anche in altre condizioni psicopatologiche. Tuttavia, integrando i riscontri sopra sintetizzati alle conoscenze circa le caratteristiche di funzionamento dei pazienti con DBP, possiamo iniziare ad isolare delle aree problematiche distintive, che riguardano le rappresentazioni della relazione, del bambino e di sé nel ruolo di caregiver.

Le ricerche disponibili sull'argomento ci permettono di ipotizzare che le strategie genitoriali specifiche di queste madri siano caratterizzate dall'oscillazione tra iper e ipocoinvolgimento, tra la messa in atto di comportamenti intrusivi e ritirati. L'incoerenza che ne deriva caratterizza la relazione diadica (Stepp et al. 2011). Un intervento mirato dovrebbe, da un lato, aiutare i genitori a modificare i pattern relazionali negativi, contenendo l'instabilità affettiva e la confusione circa la propria immagine di sé, dall'altro, esporre i figli a caregiver più sensibili e responsivi ai loro bisogni e vissuti, nonché a scambi interattivi maggiormente prevedibili e coerenti.

Le madri con DBP possono incontrare peculiari difficoltà nello svolgimento dei compiti parentali e nella relazione con i loro figli, in parte anche alla luce della mancanza di autoefficacia che esse sentono di avere come genitori. La scarsa percezione di controllo sugli eventi può alimentare la probabilità che il caregiver assuma atteggiamenti rinunciatari o di delega nell'educazione, oppure, diversamente, che agisca modalità educative coercitive e controllanti, in quanto uniche strategie per fronteggiare le difficoltà nella relazione. Il fatto che questi genitori sperimentino scarsa soddisfazione rispetto alle competenze di parenting ed elevati livelli di stress nel ruolo di caregiver, facilita reazioni di rabbia e disperazione (Newman et al. 2007), aumentando drammaticamente il rischio di abuso e maltrattamento (Bornovalova et al. 2006).

Le oscillazioni tra forme estreme di ipercoinvolgimento/controllo e ipocoinvolgimento/passività, determinano verosimilmente intensi stati di tensione nel bambino, che sperimenta un'evidente difficoltà a prevedere e ad anticipare il comportamento genitoriale, nonché a comprenderne il significato.

Si ritiene che un intervento specificamente rivolto alle capacità genitoriali possa favorire il miglioramento della prevedibilità nella relazione madre-bambino, con conseguente riduzione delle difficoltà del caregiver e dei fattori di rischio per lo sviluppo del figlio.

Zalewski e Lengua (2012) e Newmann e colleghi (2007) suggeriscono che un parent-training comportamentale, integrato ad un intervento che faciliti la regolazione delle emozioni, possano essere assai utili per questi genitori, i quali percepiscono un intenso disagio specificamente intorno ai problemi legati alla relazione con i figli. La motivazione ad intraprendere un lavoro volto alla riduzione della sofferenza legata alla genitorialità potrebbe quindi essere un valido elemento, adatto a promuovere un clima collaborativo e la compliance del paziente al trattamento.

L'aspetto essenziale della definizione del DBP, secondo il DSM-IV-TR (APA 2000), è rappresentato dall'instabilità e dall'influenza che essa esercita sull'immagine di sé, sulle relazioni

interpersonali, sulla regolazione affettiva e sul controllo dell'impulsività.

Per stare in una relazione e mantenere la vicinanza emotiva è necessario che la persona possieda uno stabile senso della propria identità e la capacità di esprimere spontaneamente quello che prova. I rapporti interpersonali richiedono anche una appropriata autoregolazione delle proprie risposte emotive, nonché di saper padroneggiare i comportamenti impulsivi, tollerando, entro certi limiti, le situazioni che generano disagio. È verosimile che il genitore con DBP, in mancanza di queste competenze, manifesti comprensibili difficoltà nel mantenere una certa stabilità nel rapporto con il figlio (Linehan 1993).

Probabilmente i comportamenti inappropriati che il genitore con DBP mette in atto in risposta ad un'intensa stimolazione emotigena, aumentano l'intensità dell'emozione stessa e la realizzazione di conseguenze tali da provocare nel paziente ulteriori emozioni indesiderate. Bisogna inoltre considerare che le percezioni delle persone tendono a distorcersi in condizioni di alta emotività, anche se ciò non vuol dire che le emozioni siano di per sé il risultato di percezioni distorte.

La strutturazione di strategie di intervento finalizzate al miglioramento della gestione delle reazioni emotive rappresenta quindi un tassello importante perché il paziente possa sentirsi maggiormente soddisfatto di sé come genitore e progredire così verso il suo percorso esistenziale; l'acquisizione di comportamenti più adeguati ed equilibrati nell'interazione con il figlio faciliterà, nel medio e nel lungo termine, la riduzione dello stress e finirà con il suscitare emozioni e stati d'animo piacevoli legati al parenting, arginando la vulnerabilità emotiva caratteristica dei pazienti borderline.

L'esposizione alle emozioni esperite durante gli scambi relazionali con il bambino e l'aumento della consapevolezza e della capacità di tollerarle, insieme all'acquisizione di strategie comportamentali più funzionali al raggiungimento dello scopo di prendersi cura del figlio, rappresenta l'opposto dei comportamenti impulsivi legati allo stato emotivo del soggetto e induce il paziente ad avere una nuova e diversa percezione di sé.

Per questi genitori potrebbe essere particolarmente utile la strutturazione di azioni focalizzate, brevi e mirate (Fruzzetti et al. 2012), volte all'acquisizione di specifiche abilità nell'ambito della sfera comportamentale, cognitiva ed emotiva. Una linea generale di intervento potrebbe pertanto essere quella di promuovere comportamenti di parenting indipendenti dall'instabilità emotiva, strutturando un intervento psicoeducativo circa lo sviluppo evolutivo del bambino e la possibilità di identificare, descrivere e regolare le emozioni che il genitore prova nella relazione.

Si delineano di seguito i punti della procedura di trattamento qui proposta, pensata per la mamma e il bambino:

1) Colloqui di assessment, con particolare attenzione all'individuazione delle situazioni problematiche e alle rappresentazioni del genitore circa sé, il bambino e la relazione. Somministrazione del *Parenting Stress Index*¹ e del *CBCL*².

2) Videoregistrazione di sedute di interazione genitore-bambino in diverse situazioni relazionali (di gioco, volte ad attivare il sistema di attaccamento-accudimento, didattiche ed educative), a cadenza quindicinale. Gli ultimi minuti della seduta sono dedicati a fornire al genitore un breve spazio di ascolto per accogliere le impressioni a caldo e ricostruire gli ABC problematici

¹ Lo strumento (Abidin 1985, 2008) misura la percezione che il genitore ha di essere inadeguato, stressato/preoccupato; di avere un figlio difficile da gestire (per temperamento, disobbedienza, comportamenti richiestivi e di sfida); di avere una relazione disfunzionale e non rispondente alle proprie aspettative, caratterizzata dalla sensazione di essere estraneo, rifiutato o respinto dal figlio.

² La Child Behavior Check List (Achenbach 1992) è una procedura di indagine clinica standardizzata che, attraverso la valutazione dei genitori, esplora le aree dell'adattamento e del funzionamento quotidiano, nonché i problemi emotivo-comportamentali del bambino.

(Giamundo e Isola 2007). Le sedute videoregistrate si alternano a colloqui individuali con il caregiver, volti all'osservazione e alla discussione di quanto avvenuto nell'incontro precedente, con l'aiuto della visione dell'interazione. Si prevede la messa a punto di strategie e modalità di comportamento maggiormente funzionali, che il genitore sperimenterà poi concretamente nel quotidiano e nella successiva interazione con il bambino. Questo ha lo scopo di promuovere le capacità di osservazione del genitore, di tollerare e regolare le proprie reazioni emotive, aumentando la percezione di autoefficacia e fornendo, al tempo stesso, al bambino un aumento progressivo della prevedibilità nella relazione.

3) Intervento psicoeducativo, con l'obiettivo di fornire al paziente delle informazioni che possono, da un lato, aiutarlo a sviluppare aspettative più realistiche circa lo sviluppo evolutivo del bambino, dall'altro, iniziare a dare un senso alla natura delle sue problematiche attuali.

4) Colloqui con il genitore a cadenza settimanale, volti a lavorare sulla rappresentazione che il paziente ha di sé in quanto genitore. In questo modulo si procede ad affrontare le pregresse esperienze infantili problematiche correlate alle attuali risposte critiche nell'area della genitorialità, a monitorare la messa in pratica dei piani di gestione delle situazioni problematiche e la generalizzazione delle capacità apprese nel tempo e in un contesto non terapeutico.

5) Modulo di chiusura della terapia, all'interno del quale si prevede la rivalutazione dell'interazione, una misura d'esito (somministrazione degli strumenti proposti in fase di assessment) e uno spazio dedicato alla prevenzione delle ricadute.

3.1. Alcuni elementi di cui tener conto durante l'assessment

All'interno del processo di assessment sarà importante indagare specificamente il modo in cui il paziente esercita il proprio ruolo genitoriale e fa fronte alle situazioni di stress, identificando le situazioni problematiche, le emozioni e le azioni ad esse connesse, nonché le valutazioni cognitive sottostanti. Si individueranno così i contenuti mentali, ovvero i pensieri e il dialogo interno che danno significato agli eventi, così da identificare il sistema di scopi e convinzioni, connesso all'idea di sé, del figlio e della relazione con lui, che influisce sulle aspettative del caregiver stesso, regolando, di conseguenza, le strategie parentali.

Credenze distorte o irrealistiche possono favorire, per esempio, aspettative esageratamente positive o negative nei confronti del figlio o della genitorialità. Qualora poi queste siano disattese, possono indurre nel genitore delusioni e frustrazioni tali da generare modalità educative disfunzionali. Altresì importante sarà anche identificare il ruolo che gli schemi, costruiti nel corso della vita, hanno nell'orientare stabilmente il significato personale che il caregiver dà agli eventi e le dinamiche interattive con il figlio, nonché i meccanismi di mantenimento intrapsichici e interpersonali (Giamundo e Riso, manoscritto non pubblicato).

L'autorappresentazione del paziente con DBP tende ad organizzarsi intorno all'idea di sé come *indegno* e inaccettabile. La persona si comporta come se fosse irrimediabilmente sbagliata e mancante ed esprime il proprio senso di indegnità con autocritica e sentimenti di rabbia e disprezzo (Fiore e Semerari 2003, Beck e Freeman 1990). In considerazione di questo aspetto, su un umore di base disforico, attraverso il mood congruity effect, dobbiamo tenere conto che il paziente, nel descrivere le difficoltà legate alla genitorialità e nell'analisi delle situazioni problematiche, può facilmente accedere al ricordo di esempi di fallimenti e di inadeguatezza, all'interno dei quali difetti e limiti, più o meno reali, vengono ingigantiti e riportati come prove evidenti della propria indegnità.

Altro nucleo psicopatologico alla base dell'autorappresentazione del paziente con DBP è il *sé*

vulnerabile. Egli si percepisce costantemente indifeso davanti agli altri (Beck e Freeman 1990), rappresentati come pericolosi e malvagi. Questo stato mentale determina una costante vigilanza, con conseguente attenzione selettiva ai segnali di minaccia e alimenta la visione del mondo come pericoloso e la percezione di sé come debole. La rappresentazione di sé come indegno in una condizione di pericolo fa sì che il paziente sperimenti paura in una condizione di solitudine assoluta. A tal riguardo, uno dei modi in cui è possibile gestire il senso di minaccia consiste nel rovesciamento dei ruoli, ottenendo, nel trasformarsi da aggredito ad aggressore, un senso di sicurezza seppur momentaneo (Fiore e Semerari 2003).

La sensazione di essere totalmente impotente e incapace di tollerare e modulare le proprie risposte emotive aumenta ulteriormente la probabilità che, nella relazione con il figlio, il paziente reagisca alla percezione di pericolo (ad esempio una critica del bambino interpretata come umiliante) con l'inibizione e l'evitamento delle risposte affettive, aspetto che potrà poi esitare facilmente nella messa in atto di comportamenti impulsivi disfunzionali che non fanno altro che innescare nuovi motivi di crisi.

Il paziente oscilla quindi tra momenti in cui si mostra estremamente vulnerabile alle crisi e situazioni in cui tende ad inibire tutte le esperienze emotive legate alle crisi stesse. Il bambino è, pertanto, inevitabilmente esposto a frequenti cambiamenti degli stati mentali del genitore, che può assumere comportamenti che vanno dal controllo ostile al ritiro, dall'invasione alla freddezza.

È opportuno tener conto che le inadeguate e insufficienti competenze interpersonali di questi pazienti determinano una certa quota di stress relazionale, limitando la possibilità di affrontare e risolvere molti dei problemi relazionali. Tutto ciò rende critica la possibilità di mantenere un equilibrio tra la strutturazione di regole e limiti e l'incoraggiamento all'esplorazione, necessario per favorire la crescita dei figli.

La scarsa flessibilità nel modificare le strategie in risposta alle diverse esigenze di sviluppo del bambino, sulla base dei cambiamenti evolutivi, dei diversi contesti e delle sue caratteristiche individuali, può costituire un altro aspetto problematico per un efficace esercizio della genitorialità. Costrutti cognitivi maladattivi e strategie di coping e di problem-solving disfunzionali aumentano, per esempio, la probabilità di innalzare i livelli di frustrazione e di limitare la capacità di elaborare le informazioni in situazioni di stress, accrescendo il rischio di mettere in atto comportamenti critici, invadenti o spaventanti, oppure contraddistinti da confusione e inversione di ruolo (Macfie et al. 2008).

Pensiamo, ad esempio, ad un genitore che si trova nello stato mentale di sé come vulnerabile e indifeso. Verosimilmente leggerà gli atteggiamenti reattivi o i comportamenti del figlio come ostili e intenzionali, attribuendogli finalità aggressive e provocatorie. La difficoltà a riconoscere nel comportamento del bambino significati diversi, quali, il tentativo di autoaffermazione, una richiesta di attenzione o la comunicazione di un altro bisogno, conduce ad un'interazione altamente conflittuale che, per via della disregolazione emotiva potrà esprimersi con discontrollo della rabbia, fino ad arrivare ad atti di aggressività eterodiretta, con conseguenze importanti sulla relazione genitore-figlio.

È importante anche tener conto del fatto che il bambino, con le proprie caratteristiche temperamentali, cognitivo-emotive e relazionali, contribuisce attivamente a determinare la qualità dell'interscambio comunicativo. Sia in fase di assessment con il genitore che durante le sedute con il figlio, è pertanto opportuno individuare e analizzare tali variabili, per stabilire in che modo esse possono influenzare le abilità genitoriali.

Bisogna inoltre considerare che almeno alcune delle caratteristiche legate all'ambiente invalidante, che hanno contribuito allo sviluppo del DBP nella madre e ne mantengono la

sintomatologia, sono presumibilmente ancora attuali nel contesto di crescita del bambino. Questo potrebbe far sì che egli cresca con uno scarso numero di rapporti significativi capaci di dare sostegno e validazione emotiva, meno risorse e, in generale, un ambiente relazionale caotico. Tale aspetto potrebbe rappresentare un fattore di mantenimento interpersonale delle problematiche dell'adulto e del bambino e andrebbe analizzato durante l'assessment.

Alcune caratteristiche della condizione clinica di questi pazienti possono creare un ambiente relazionale che, direttamente o indirettamente, espone il figlio a diversi rischi evolutivi e allo sviluppo di scarse abilità sociali. Sembra che i comportamenti genitoriali maggiormente critici per il bambino siano: il timore dell'abbandono, l'umore depresso, gli elevati livelli di ansia e il focus su di sé, le limitate abilità di gestione e regolazione emotiva (Fruzzetti 2012).

In particolare, sulla base della teoria della Linehan, si può ipotizzare che le madri con DBP, a causa delle loro difficoltà capire i propri sentimenti, la scarsa capacità di gestire le proprie emozioni e la storia infantile di invalidazione, siano ad alto rischio di invalidare, a loro volta, le emozioni dei figli. Questo può complicare l'adattamento del bambino e avere un effetto sullo sviluppo dei suoi sistemi di elaborazione delle emozioni e delle strategie di gestione delle stesse.

3.2. *Intervento psicoeducativo*

Come descritto nel paragrafo precedente, schemi distorti e biases di ragionamento rischiano di compromettere la capacità del genitore di rispondere e provvedere adeguatamente ai bisogni evolutivi del bambino. È frequente che i comportamenti di quest'ultimo vengano male interpretati (letti, ad esempio, come intenzionalmente negativi o come propri del suo temperamento) e che questo aspetto contribuisca al mantenimento degli scambi interpersonali disadattivi.

Spesso, inoltre, il caregiver ha scarsa familiarità con le tappe dello sviluppo e può avere difficoltà a decodificare e interpretare i comportamenti del bambino, nonché a farvi fronte. È opportuno pertanto strutturare un intervento psicoeducativo volto ad aiutare il genitore ad accedere ad una serie di informazioni relative alle acquisizioni progressive dei figli.

Aspettative irrealistiche e una lettura che tenga scarsamente in considerazione le effettive competenze del bambino possono alimentare lo stress del genitore e la probabilità di esperire emozioni intense e di mettere in atto comportamenti scarsamente equilibrati, aumentando l'esposizione a fallimenti continui circa la propria percezione di competenza genitoriale. I genitori possono fare previsioni incongrue per l'età del bambino circa la sua capacità di provvedere a se stesso autonomamente o di assumere la prospettiva dell'altro e comprendere ciò che l'adulto prova e pensa, cosa che può favorire l'intensificarsi di interazioni problematiche con il figlio. È certo, inoltre, che lo sviluppo di aspettative ragionevolmente fondate sullo stato attuale di sviluppo possa contribuire al maggior riconoscimento dei segnali di crescita del figlio e ad una valutazione individualizzata dei suoi bisogni e necessità. Questo favorisce l'acquisizione di una maggior percezione di autoefficacia nell'affrontare le sfide future e nel seguire il bambino lungo la sua traiettoria di crescita. Un genitore può, ad esempio, credere che le grida del suo figlio neonato riflettano il fatto che egli è un cattivo genitore. Alcuni interventi finalizzati a conoscere i bisogni effettivi del neonato possono modificare queste convinzioni e favorire una relazione più sintonica (Stepp et al. 2011).

È un obiettivo dell'intervento psicoeducativo anche il fatto che le madri imparino a dare significato alle problematiche attuali, riconoscendo come le proprie esperienze di attaccamento rappresentino verosimilmente una trappola che le porta a riproporre le strategie apprese con il bambino, pur se inefficaci. Questo consente un iniziale contenimento delle emozioni disturbanti

e di iniziare ad esaminare criticamente gli assunti negativi su di sé, soprattutto se legati al ruolo genitoriale. Successivamente alla stabilizzazione comportamentale, il genitore avrà lo spazio per discutere ed elaborare questi aspetti (vedi modulo dei colloqui con il caregiver).

Feldman e colleghi (1995) rilevano che i figli (tra i 4 e i 18 anni) di madri con DBP sono, rispetto a quelli di caregiver con altre diagnosi di disturbi di personalità, frequentemente esposti a instabilità ambientale (ripetuti cambiamenti di casa e scuola, esposizione a tentativi di suicidio), evidenziando la difficoltà di questi genitori nel garantire al figlio un ambiente stabile e coerente. La ricerca suggerisce inoltre che queste madri possono avere difficoltà nella pianificazione giornaliera e nel garantire un'alimentazione e un ritmo sonno-veglia adeguati (Conroy et al. 2009). Il bambino ha bisogno di ritrovare una certa regolarità negli orari della giornata e nei comportamenti suoi e di chi si prende cura di lui; dall'abitudine e dalla ripetitività trae un senso di sicurezza e fiducia, che lo aiutano anche a pensare al suo ambiente domestico come ad un luogo stabile e protetto (Murphy et al. 2009). È importante pertanto che la madre sia aiutata a comprendere l'opportunità e il significato di assicurare al figlio un ambiente familiare caratterizzato da consuetudini e tempi regolari e stabili.

3.3. Interazione madre-bambino e colloqui con il caregiver

In questo modulo della terapia il genitore alterna uno spazio esperienziale, durante il quale si relaziona direttamente in seduta con il bambino, ad uno di elaborazione e riflessione, insieme al terapeuta, sulle dinamiche interattive, mediante la tecnica della visione congiunta dei filmati³ e attraverso i colloqui clinici.

La tecnica video consente, da un lato, di effettuare una valutazione più approfondita delle dinamiche relazionali, facilitando l'individuazione di un'ampia varietà di informazioni sul bambino, sul genitore e sulla diade. È, dall'altro, un prezioso aiuto al raggiungimento degli obiettivi di trattamento, poiché rappresenta un veicolo di discussione e di promozione, nel genitore, del processo di consapevolezza di sé, dei propri comportamenti interattivi con il bambino e di quelli del bambino con il genitore (Giamundo et al. 2007). I colloqui clinici hanno l'obiettivo di mettere in discussione le aspettative negative del paziente su se stesso e sulla relazione, nonché di aiutarlo nel processo di apprendimento e di applicazione di nuovi comportamenti maggiormente coerenti, finalizzati a costruire strategie relazionali prevedibili, anche in circostanze emotivamente difficili per il genitore stesso.

La limitata tolleranza degli affetti, tipica di questi pazienti, rende complessa la gestione dell'ansia, della paura, della rabbia o della frustrazione, proprie delle situazioni relazionali conflittuali, mentre la difficoltà di regolazione emotiva determina l'incapacità nel ridurre l'intensità dei sentimenti provati. La scarsa autoregolazione e l'inadeguato problem solving interpersonale impediscono inoltre di trasformare un conflitto relazionale in un incontro positivo (Linehan 1993). Poiché l'evitamento del conflitto o la possibilità di sostenerlo dipendono dallo stato affettivo del paziente, piuttosto che dalle necessità imposte dalla situazione, assisteremo a frequenti oscillazioni relazionali.

Il primo obiettivo di trattamento risulta pertanto l'esposizione all'emozione "negativa" in

³ In generale, come evidenziato da Giamundo et al. (2007), la terapia interattiva rappresenta una procedura di intervento volta all'acquisizione di nuovi processi di conoscenza e di diverse rappresentazioni di sé e del bambino, alla modificazione dei comportamenti interattivi e alla realizzazione di cicli interpersonali più funzionali e adattivi. L'esperienza diretta dei cambiamenti relazionali porterà, a sua volta, il genitore a consolidare le nuove rappresentazioni interpersonali, sostenendo ulteriormente una migliore qualità dello scambio.

un clima di validazione emotiva, così da ridurre lo stress e le conseguenze secondarie. Si ritiene importante che il genitore arrivi a vivere con consapevolezza quello che accade durante la relazione con il figlio, anziché evitare o interrompere l'emozione sperimentata, aspetto, quest'ultimo che rappresenta un elemento cruciale per spiegare i comportamenti impulsivi (Linehan 1993).

Durante i colloqui e i compiti di auto-osservazione, il caregiver viene quindi sollecitato a considerare quanto accade nelle interazioni e, progressivamente, ad essere maggiormente capace di riconoscere emozioni e comportamenti, le circostanze da cui scaturiscono e le valutazioni e rappresentazioni ad esse associate, anche, e soprattutto, se provocano disagio o sofferenza.

Il lavoro sulla capacità di osservare la situazione e il proprio stato emotivo, senza pretendere di modificarli, aumenta la finestra di tolleranza della sofferenza mentale e della capacità di stare nella crisi.

Sarà importante che il genitore riesca poi a prestare attenzione al bambino e a rileggere ciò che è accaduto durante l'interazione, integrando le informazioni apprese durante la psicoeducazione con l'esperienza relazionale attuale e quella passata.

La capacità di prestare attivamente attenzione ad un evento richiede una corrispondente capacità di distanziarsi adeguatamente dallo stesso. In tal senso, la visione congiunta delle videoregistrazioni, permettendo al caregiver di osservare se stesso e il figlio dall'esterno, favorisce la distanza critica rispetto alle proprie rappresentazioni, valutazioni ed emozioni, nonché la capacità di differenziare tra l'interpretazione dei fatti e i fatti stessi, facilitando la possibilità di riconoscere eventuali errori nel processo di costruzione della realtà interpersonale (Giamundo et al. 2007).

Il funzionamento dei genitori con DBP aumenta la probabilità che essi interpretino le proprie risposte emotive come eventi catastrofici (se mi arrabbio non sarò mai un buon genitore) e prendano alla lettera i pensieri, confondendoli con i fatti (credo di essere indegno, sono la mamma peggiore che ci possa essere. Sto distruggendo la vita di mio figlio). È opportuno che il paziente impari ad osservare e descrivere le diverse situazioni, riconoscendo gli eventi esterni come fatti e i pensieri come tali, ovvero come prodotti della mente.

Durante i colloqui verranno ricostruiti gli ABC problematici, dando ampio spazio all'identificazione della propria condizione di base e all'esperienza emotiva, incluse le sensazioni somatiche, i comportamenti associati e gli effetti secondari dell'emozione sul proprio funzionamento. Sarà importante, inoltre, la descrizione del contesto e degli antecedenti all'interno dei quali si manifestano le emozioni. Questo aiuta la comprensione della relazione tra eventi antecedenti e conseguenti e tra questi e i propri comportamenti e rappresenta un passo importante nel processo di regolazione emotiva.

Poiché spesso i pazienti con DBP sono distratti da pensieri e immagini del passato, preoccupazione per il futuro e ruminazione sui problemi, questa metodologia può aiutare il genitore a concentrare la propria attenzione sul presente, su un problema alla volta e ad assumere un atteggiamento mentale di sospensione del giudizio su quanto accade. Può poi essere utile a identificare le oscillazioni tra comportamenti genitoriali controllanti e punitivi, da quelli più permissivi. Permette inoltre di comprendere il significato dei comportamenti e delle emozioni genitoriali e del bambino e di rinforzare le condotte interpersonali adeguate, al fine di sostenere e stimolare un accudimento sensibile e responsivo ai ritmi individuali del figlio, favorendo l'adattamento reciproco.

Le risposte della madre alle espressioni emotive dei figli assumono un ruolo significativo nell'insegnare al bambino come gestire le proprie emozioni (Morris et al. 2007). Comportamenti genitoriali coerenti facilitano l'apprendimento di strategie di adattamento e di regolazione emotiva,

anche in situazioni sociali. Come accennato in precedenza, alcuni studi suggeriscono che le madri con DBP possano rispondere in modo non supportivo alle manifestazioni affettive dei loro bambini (ad esempio Johnson et al. 2006), invalidare le loro emozioni e utilizzare strategie non adeguate di regolazione emotiva. Il disagio genitoriale, manifestato attraverso alti livelli di emotività espressa, è stato associato a minori capacità di regolazione emotiva e maggiori comportamenti problematici nei bambini (Lunkenheimer et al. 2007).

Le madri che percepiscono in modo improprio le emozioni del loro bambino sono particolarmente a rischio di essere emotivamente invalidanti nelle risposte alle sue manifestazioni emotive. Criticare, beffare o punire un bambino per le sue espressioni emotive può incoraggiare la soppressione delle emozioni e l'uso di strategie di regolazione evitanti o aggressive. La messa in atto di comportamenti evitanti le emozioni lascia i figli in difficoltà nella regolazione delle stesse, cosa che può portarli ad evitare e a non comprendere le loro risposte affettive. Quando questi bambini esperiscono emozioni negative possono imparare a sopprimere l'espressione emotiva, pur vivendo un'intensa eccitazione fisiologica (Gross e Levenson 1997).

L'alternarsi dell'interazione diadica ai colloqui individuali consente il riconoscimento e l'interruzione dei cicli interpersonali disfunzionali, sia per mezzo dell'invalidazione e la modificazione degli schemi o assunti disadattivi che sono responsabili del loro mantenimento, sia attraverso la facilitazione di nuove esperienze interattive correttive.

Viene inoltre favorita la rilevazione in vivo di alcuni errori nei processi di lettura o nell'interpretazione dei fatti e la possibilità di mettere a punto strategie volte a regolare le emozioni e modificare i comportamenti problematici, strutturando un "piano" su come fornire costantemente calore e nutrimento affettivo, anche durante i periodi di personale stress emotivo. Questo permette di sperimentare in seduta un cambiamento emotivo e comportamentale che può innescare, a sua volta, un nuovo processo di elaborazione cognitiva (Giamundo et al. 2007) e garantire al bambino maggior prevedibilità relazionale.

L'osservazione propria e dell'altro e l'acquisizione di nuove modalità di comportamento nella relazione con il figlio aumenta la fiducia del genitore nelle proprie percezioni, nei propri giudizi e decisioni e la possibilità di confidare in esse. Questo aspetto è particolarmente importante per i pazienti con DBP, per via della loro difficoltà (legata all'esperienza invalidante) a ignorare ciò che è giusto in favore di quello che è necessario per il conseguimento concreto dei propri obiettivi.

L'obiettivo è che il paziente riesca a sviluppare delle abilità di efficacia interpersonale che gli consentano di mantenere, da un lato, il rispetto di sé e, dall'altro, la vicinanza emotiva e relazionale con il figlio, fornendo a quest'ultimo risposte coerenti alle sue manifestazioni emotive e la percezione di una maggior coerenza e prevedibilità nelle risposte.

3.4. Colloqui con la madre

Una volta che il caregiver ha acquisito un adeguato miglioramento delle abilità comportamentali e una sufficiente stabilizzazione della loro messa in atto a prescindere dallo stato emotivo, si affrontano le pregresse esperienze infantili di perdita, abuso, trascuratezza, o altre circostanze traumatiche correlate alle attuali risposte problematiche nell'area della genitorialità.

La storia di vita, ricostruita durante l'assessment, può rappresentare in questa fase uno strumento utile per analizzare gli schemi e le rappresentazioni di sé, dell'altro e delle relazioni, collegando in che modo la loro costruzione nel passato abbia contribuito a instaurare le problematiche attuali legate al ruolo genitoriale e alla relazione con il figlio.

È stato teorizzato che il DBP possa svilupparsi dalla combinazione della vulnerabilità

emotiva e di un ambiente emotivamente non supportivo (Heard e Linehan 1993). Questi pazienti presentano in anamnesi una maggior frequenza di separazione dalle figure di accudimento durante l'età infantile e una più alta prevalenza di abuso e di trascuratezza rispetto a quanto riscontrato in altri quadri psicopatologici. Riportano esperienze di caregiving caratterizzate da sottocoinvolgimento emotivo, inversione di ruolo, insensibilità, invalidazione, controllo intrusivo, elevata conflittualità e incoerenza (Fruzzetti et al. 2005, Zanarini 2000); descrivono i loro genitori come soliti negare i loro pensieri ed emozioni, scarsamente coinvolti e ritirati emotivamente.

È frequente pertanto che il genitore sia stato, a sua volta, un bambino a cui è stato negato il riconoscimento dei bisogni fisici ed emotivi essenziali, attraverso interazioni che possono essere state caratterizzate tanto da trascuratezza, quanto da comportamenti ostili, critici e maltrattanti delle figure di riferimento.

Appare essenziale, per il raggiungimento degli obiettivi di trattamento qui preposti, un modulo specificamente indirizzato al riconoscimento e alla validazione degli stati mentali, delle reazioni emotive e delle convinzioni del paziente, anche e soprattutto di quelle disfunzionali, mostrando come esse siano comprensibili nell'ottica della propria storia di vita. Strategie di modificazione cognitiva e di esposizione potranno essere utili con l'obiettivo di modificare le risposte emotive agli stimoli correlati alla storia infantile e di permettere una reinterpretazione cognitiva dell'esperienza e delle conseguenti reazioni del paziente. Attraverso la tecnica della scoperta guidata dei contenuti mentali si individuano gli aspetti disfunzionali attuali degli schemi cognitivi, riconoscendone il valore adattivo che hanno avuto durante l'infanzia, quando si sono formati. Questo permette sia di validarli che di identificare gli aspetti potenzialmente patogeni nel presente (Linehan 1993, Liotti e Farina 2011).

L'uso delle tecniche immaginative può permettere alla paziente di ricreare nella propria mente una situazione particolare critica del presente, connessa alla genitorialità. Lo scopo è di andare a rivivere ciò che è avvenuto durante un'interazione problematica con il figlio, evidenziando le proprie emozioni, per creare poi un collegamento tra gli stati mentali attuali della paziente e gli eventi del passato. Successivamente, gli esercizi di imagery vengono implementati mediante l'introduzione del *rescripting*, con l'obiettivo di modificare il significato connesso alle esperienze del passato. Il terapeuta spiega che, pur non essendo possibile cambiare quanto accaduto, è possibile modificare le conclusioni tratte sulla base delle esperienze vissute a quel tempo (Arnz 2011). Lo scopo è che la paziente scopra che era sbagliata la situazione in cui si è trovata a crescere anziché pensare di essere sbagliata lei stessa. Questo ha l'obiettivo di promuovere un maggior senso di fiducia in sé, costituendo una valida opportunità per sentire i propri stati d'animo e le proprie convinzioni non come radicalmente "sbagliate", ma appropriate alle circostanze di sviluppo e non generalizzabili ad altri contesti interattivi.

Aumenta pertanto la capacità di comprendere la natura dei propri comportamenti problematici e, verosimilmente, la tolleranza alla loro ripetizione senza rimanerne travolto ogni volta. Questo dimostra alla paziente che non si è impotenti ed è possibile ridurre la sofferenza rendendola tollerabile.

3.5. Strategie di prevenzione delle ricadute

È verosimile che i pazienti interpretino le ricadute e gli insuccessi come prova di fallimento totale. Una volta strutturato un piano di gestione, i genitori con DBP possono ad esempio avere l'aspettativa di potervi aderire completamente. È quindi opportuno formulare insieme piani realistici per gli insuccessi e insegnando loro a sviluppare strategie per accettare le ricadute

sospendendo il giudizio, così da limitare gli effetti negativi. È importante anche sottolineare la natura graduale dei cambiamenti comportamentali e la necessità di tollerare gli affetti negativi, in attesa che questi si compiano.

Bibliografia

- Abidin R (1995). *Parenting stress index: Professional manual*, 3rd ed. Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz, FL.
- Achenbach TM (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Masson, Milano.
- Arntz A, Van Genderen H (2011). *Lo schema therapy per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Azar S, Lauretti A, Loding B (1998). The evaluation of parental fitness in termination of parental rights cases: A functional-contextual perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1, 77–100.
- Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 8, 965-72.
- Barth RP (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *In The Future of Children: Preventing Child Maltreatment* 19, 2, 95-118.
- Beck AT, Freeman A (1993). *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. Mediserve, Milano.
- Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl AA (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: a descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7, 4, 529–552.
- Biringen Z (1998). *Emotional availability scales* (EA). Unpublished coding manual. Colorado, USA: Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University.
- Bornovalova MA, Gratz KL, Delany-Brumsey A, Paulson A, Lejuez CW (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders* 20, 3, 218–231.
- Chess S, Thomas A. (1986). *Temperament in clinical practice*. Guilford, New York.
- Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* 113, 523-9.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 2, 135-148.
- Cohen P (1996). Childhood risks for young adult symptoms of personality disorder: Method and substance. *Multivariate Behavioral Research* 31, 121-148.
- Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19, 5, 466-486.
- Cohen AN, Glynn SM, Murray-Swank AB, Barrio C, Ellen P, Fischer EP, McCutcheon SJ, Perlick DA, Rotondi AJ, Sayers SL, Sherman MD, Dixon LB (2008). The family forum: Directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatric Services* 59, 40–48.
- Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP (2003). Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British Journal of Psychiatry* 183, 239–47.
- Dawe S, Harnett PH (2007). Improving family functioning in methadone maintained families: Results from a randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32, 381–390.
- Di Blasio P (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Unicopli, Milano.
- Dimaggio G, Semerari A (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Dumas JE (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 34, 779–791.
- Dutra L, Bureau JF, Holmes B, Lyubchik A, Lyons-Ruth K (2009). Quality of early care and childhood

- trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, 383–90.
- Dvir Y. (2012). Parenting and mental illness: a group for mothers. *Frontiers in Psychiatry* 3-71.
- Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 741-753.
- Eiden RD, Colder C, Edwards EP, Leonard KE (2009). A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: Role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychology of Addictive Behaviors* 23, 36–46.
- Finger B, Eiden RD, Edwards EP, Leonard KE (2010). Marital aggression and child social competence: A comparison of three conceptual models. *Personal Relationships* 17, 357-376.
- Fiore D, Semerari A (2003). Il Disturbo Borderline di Personalità. In G Dimaggio, A Semerari (Eds) *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Fonagy P, Target M (1997). Attaccamento e funzione riflessiva: il ruolo nell'organizzazione del Sé. In P Fonagy, M Target. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano.
- Fruzzetti AE (2012). Risk factors affecting children of mothers with borderline personality disorder: Comment on Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, and Levine (2011). *Department of Psychology, Personality Disorders* 3, 92-4.
- Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology* 17, 1007-1030.
- Giamundo V, Isola L, Fabrizi A (2007). La tecnica video nel trattamento breve genitore-bambino: un modello cognitivo-relazionale. In L Isola, F Mancini *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives General of Psychiatry* 63, 6, 649-58.
- Goodman S, Brumley HE (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology* 26, 31-39.
- Göpfert M, Webster J, Seeman MV (2004). *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Greco O, Maniglio R (2009). *Genitorialità. Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*. Franco Angeli, Milano.
- Gross JJ, Levenson RW (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 1, 95–103.
- Hatfield E, Cacioppo JT, Rapson RL (1994). *Emotional contagion*. Cambridge University Press, New York.
- Henshaw C, Adshad G, Bende B (2011). *Parents as patients: supporting the needs of patients who are parents and their children*. Royal College of Psychiatrists London.
- Hesse E, Main M (2006). Frightened, threatening and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Developmental Psychopathology* 18, 309-43.
- Herr NR, Hammen C, Brennan PA (2008). Maternal Borderline Personality Disorder Symptoms and Adolescent Psychosocial Functioning. *Journal of Personality Disorders* 22, 5, 451-465.
- Hobson RP, Patrick MPH, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British of Journal Psychiatry* 195, 4, 325-30.
- Hofberg K, Brockington I (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry* 176, 83-5.
- Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, Hellman F (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process* 44, 217-225.
- Howe D, Batchelor S, Bochynska K (2009). Estimating consumer parenthood within mental health services: a census approach. *Advanced Mental Health* 8, 231-241.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S (2006). Maternal psychiatric disorders, parenting, and maternal behavior in the home during the child rearing years. *Journal of Child and Family Studies* 15, 97-114.

- Kabat-Zinn J, Kabat-Zinn M (1997). *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*. Hyperion.
- Kohl PL, Njeri Kagotho J, Dixon D (2011). Parenting Practices among Depressed Mothers in the Child Welfare System. *Social Work Research* 35, 4, 215-225.
- Laporte L (2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). *Sante Mentale au Quebec* 32, 2, 97-114.
- Leonard KE, Eiden RD (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 3, 1, 285-310.
- Leverton T (2003). Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current Opinion in Psychiatry* 16, 395-402.
- Lieberman AF, Silverman R, Pawl J (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C Zeanah (Ed), *Handbook of infant mental health*, 2nd ed., pp. 472-484. Guilford Press, New York.
- Lieberman AF, Zeanah CH (1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In Cassidy J, Shaver PR. (eds) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, pp. 555-574. Guilford Press, New York.
- Linehan M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lyons-Ruth K (2012). Methodological challenges in identifying parenting behaviors as potential targets for intervention: commentary on Stepp et al. (2011). *Personality Disorders* 3, 1, 95-7.
- Lyons-Ruth K, Melnick S, Patrick M, Hobson RP (2007). A controlled study of Hostile Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment of Human Development* 9, 1-16.
- Lyons-Ruth K, Wolfe R (2002). Depressive symptoms in parents of children under age 3: Sociodemographic predictors, current correlates, and associated parenting behaviors. In N Halfon, KT McLearn (Eds) *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children*, pp. 217-259. Cambridge, New York.
- Macfie J, Fitzpatrick K, Rivas E (2008). Independent influences on mother-toddler role reversal: Infant-mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood. *Attachment and Human Development* 10, 29-39.
- Macfie J, Swan SA (2009). Representations of the caregiver-child relationships and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 21, 993-1011.
- Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment e Human Development*, 4, 1, 107-127.
- Maybery DJ, Reupert AE, Patrick K (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *The Psychiatrist* 33, 22-26.
- Maybery DJ, Reupert AE (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 657-664.
- Moore PS, Whaley SE, Sigman M (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 113, 471-476.
- Mowbray CT, Oyserman D, Bybee D, MacFarlane P, Rueda-Riedle A (2001). Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25, 114-123.
- Mowbray C, Lewandowski L, Bybee D, Oyserman D (2004). Children of mothers diagnosed with serious mental illness: patterns and predictors of service use. *Mental Health Services Research* 6, 167-183.
- Muir E, Lojkasek M, Cohen NJ (1999). *Watch, Wait, and Wonder: A manual describing an infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. ON: Hincks-Dellcrest Institute, Toronto.
- Murphy DA, MarelichWD, Payne DL (2009). Family routines and parental monitoring as protective factors among early and middle adolescents affected by maternal HIV/AIDS. *Child Development* 80, 6, 1676-1691.
- Newman LK, Stevenson CS (2008). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 13, 4, 505-514.
- Newman LK, Stevenson CS (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 7, 598-605.

- Nicholson J, Biebel K, Hinden B (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services/Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Parker G, Beresford B, Clarke S (2008). *Research reviews on prevalence, detection and interventions in parental mental health and child welfare: summary report*. York: Social Policy Research Unit, University of York, 2008. In: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/SCIESummary.pdf>
- Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughan B (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology* 6, 375–88.
- Procaccia P (2005). Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia* 17, 2, 73-98.
- Reder P, Duncan S (2003). Understanding Communications in Child Protection Networks. *Child Abuse Review* 12, 82-100.
- Reupert A, Cuff R, Drost L, Foster K, van Doesum KTM, van Santvoort F (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia* 1, 1, 18–22.
- Reupert A, Maybery D (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry* 77, 3, 362–369.
- Sameroff AJ (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In W Kessen (Ed) *History, theories, and methods*, Vol. 1, pp. 237-94. Wiley, New York.
- Sameroff AJ, Chandler MJ (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In FD Horowitz, M Hetherington, S Scarr-Salapatek, G Siegel (Eds) *Review of child development research*, Vol. 4, pp. 187–244. University of Chicago Press, Chicago.
- Sands R (1995). The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society* 76, 86-96.
- Stapp S, Whalen D, Pilkonis P, Hipwell A, Levine M (2011). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 3, 76–91.
- Trupe RD (2010). *Effect of Maternal Borderline Personality Disorder on Emotional Availability in Mother-Child Interactions*. Master's Thesis, University of Tennessee. In: http://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/836.
- Valdez CR, Mills CL, Barrueco S (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *Journal of Family Therapy* 33, 3-19.
- van Ijzendoorn M, Juffer F, Duyvesteyn M (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effectiveness of attachment based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 225–248.
- Vostanis P (2006). Guide to Mental Health for Families and Carers of People with Intellectual Disabilities. *Child and Adolescent Mental Health* 11, 4, 221.
- Walsh C, MacMillan H, Jamieson E (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse e Neglect* 26, 2, 11–22.
- Weiss M, Zerkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry* 41, 5, 285-90.
- Wilson S, Durbin CE (2012). Parental personality disorder symptoms are associated with dysfunctional parent-child interactions during early childhood: A multilevel modeling analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 3, 1, 55-65.
- Zalewski M, Lengua LJ (2011). Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD: Commentary on Stepp et al. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 3, 101–103.
- Zanarini MC (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 23, 89-101.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 160, 274–283.

LA NOIA NEI DISTURBI DELL'UMORE: ESPERIENZE CLINICHE E DI RICERCA

Lisa Lari ^{1,2}, Andrea Gragnani ^{1,3}, Simona Calugi ¹, Marco Suettoni ^{1,2}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto,

² Centro di Psicoterapia Cognitiva "Pandora" Lucca

³ Centro di Psicoterapia Cognitiva, Psicopatologia Sperimentale

Riassunto

Oggetto: In questo lavoro ci proponiamo di descrivere la noia come antecedente di alcuni pattern comportamentali attraverso un confronto clinico tra 4 soggetti, 2 con Depressione Maggiore Ricorrente (DMR) e 2 con Disturbo Bipolare (DB) e di indagare eventuali correlazioni fra inclinazione alla noia e disturbi dell'umore in 32 pazienti ambulatoriali affetti da DMR o da DB in fase eutimica.

Metodo: Relativamente ai 4 pazienti (2 con DMR e 2 con DB), sono state effettuate delle osservazioni basate sulla ricostruzione di ABC e di narrazioni elaborate dai pazienti.

Per l'intero campione, le diagnosi di Asse I e di Asse II sono state effettuate attraverso la SCID-I e la SCID-II; la sintomatologia affettiva è stata indagata attraverso la MRS, la HDRS e il MOODS-SR versione lifetime. L'inclinazione alla noia è stata misurata attraverso la SIN che produce un punteggio totale e due punteggi parziali alle due sottoscale quali la Stimolazione Interna (SI) e la Stimolazione Esterna (SE).

Risultati: L'indagine clinica relativa ai quattro pazienti ha evidenziato temi comuni quali l'origine della noia nel momento in cui lo scopo investito dal soggetto, e non gli scopi in generale, è rappresentato ma temporaneamente inattivo, "in stallo". Alla noia, seguono tentativi di attivarsi per uscire da questo stato emotivo molto poco tollerabile ed i tentativi di soluzione vengono messi in atto in modo automatico, cioè non processato cognitivamente. Lo stato interno appare ben discriminato dalle altre emozioni (tristezza, rabbia). Dall'osservazione clinica sembra emergere una maggiore disfunzionalità ed impairment individuale e sociale nei comportamenti dei pazienti con DB, probabilmente più sensibili alla noia e tendenti a rispondere con condotte disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno, mentre i soggetti con DMR sembrano rivolgere l'attenzione al proprio stato interno e controllare maggiormente gli esiti comportamentali della noia.

Le analisi statistiche sul campione di 32 pazienti hanno evidenziato che: 1) rispetto ai pazienti con DMR, quelli con DB hanno punteggi più alti alla SIN punteggio totale ($p = ,037$) e nella sottoscala SE ($p = ,022$); 2) nel campione totale, emerge una correlazione negativa e statisticamente significativa tra i domini del MOODS-SR "umore maniaco" ($\rho = -,44, p < ,05$) e "cognitività maniaco" ($\rho = -,47, p < ,01$) e la sottoscala SI, indicando che all'aumentare delle componenti maniaco (umore, cognitività) diminuisce il deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso. Si evidenzia poi una correlazione positiva e significativa tra il dominio "umore depressivo" e la sottoscala SE ($\rho = ,38, p < ,05$); 3) nei pazienti con DMR non si evidenzia alcuna relazione significativa tra domini del MOODS-SR e la scala SIN; 4) nei pazienti con DB, l'analisi di correlazione mostra una correlazione positiva e significativa tra il punteggio totale della SIN e il dominio "ritmicità" del MOODS-SR ($\rho = ,52, p < ,001$) e una relazione negativa e significativa fra la sottoscala SI della SIN e umore maniaco ($\rho = -,55, p < ,05$) e cognitività maniaco ($\rho = -,46, p < ,05$); 5) infine, si evidenzia un'assenza di relazione tra la durata di malattia (utilizzata come indice di gravità) e la tendenza ad esperire noia. Emergono indicazioni sul fatto

che la noia rappresenti una tonalità affettiva basica, un'entità di tratto e non di stato specifica del DB.

Conclusioni: È possibile sottolineare una duplice significatività operativa di questo contributo.

In primo luogo, il riconoscimento di una inclinazione alla noia può rappresentare un elemento di diagnosi differenziale fra episodi depressivi unipolari e bipolari; in altri termini, il riscontro di una spiccata predisposizione di tratto e non di stato a provare noia sembra essere una caratteristica del DB. In secondo luogo, potrebbe essere opportuno tracciare un modello di intervento psicoterapico maggiormente organizzato e finalizzato all'inquadramento e al trattamento sistematico della noia.

Parole chiave: noia, disturbo bipolare, depressione maggiore ricorrente

BOREDOM IN MOOD DISORDERS: CLINICAL AND RESEARCH EXPERIENCES

Abstract

Objective: This paper has two distinct aims. The first aim is to describe boredom as an antecedent of some behavioral patterns through a clinical comparison of 4 subjects, 2 with Recurrent Major Depression (RMD) and 2 with Bipolar Disorder (BD). The second aim is to investigate any correlations between boredom proneness and mood disorders in 32 euthymic outpatients with RMD or BD.

Method: As for the first aim, observations were conducted based on reconstruction of ABC and reports processed by patients.

As for the second aim, 32 outpatients were evaluated with the SCID-I and SCID-II for principal diagnosis. Affective symptoms were assessed using the MRS, the HDRS and the MOODS-SR lifetime version. Boredom proneness was evaluated using the SIN scale, which gives a total score and two partial scores: Internal Stimulation (IS) and External Stimulation (ES).

Results: As for the first aim, one common finding among the four patients was that boredom arises when the goal the subject is pursuing, rather than goals in general, is represented but temporarily inactive. Boredom is followed by attempts to get out of this unpleasant emotional state. These attempts are implemented automatically, without a cognitive processing. The inner state appears to be well discriminated from other emotions (sadness, anger).

BD patients showed greater behavioral dysfunction and individual and social impairment than RMD patients. BD patients seemed to be more susceptible to feel boredom and to show disorganized, impulsive, chaotic behaviors, while RMD subjects seemed rather to point toward their inner state and to have greater control over behavioral outcomes of boredom.

As for the second aim, we found that: 1) BD patients are more prone to boredom ($p = ,037$) and show higher SE mean scores than RMD patients ($p = ,022$); 2) in the overall sample, IS subscale score is negatively correlated with both "manic mood" ($\rho = -,44, p < ,05$) and "manic cognition" ($\rho = -,47, p < ,01$) domains of MOODS-SR, suggesting that the higher is the manic component (mood, cognition), the lower is the patient's deficit of creating sufficient stimulation for himself. Moreover, "depressive mood" domain is positively and significantly correlated with SE subscale ($\rho = ,38, p < ,05$); 3) among RMD patients, there are no significant correlation between MOODS-SR domains and SIN scale; 4) among BD patients, SIN total score is positively and significantly correlated with ritmicity domain of the MOODS-SR ($\rho = ,52, p < ,001$) and IS subscale score is negatively correlated with both "manic mood" ($\rho = -,55, p < ,05$) and "manic cognition" ($\rho = -,46, p < ,05$); 5) there is no correlation between duration of mood disorder and boredom proneness. Boredom seems to be a basic affective tone, rather than a state-specific dimension of BD.

Conclusions: Two operational conclusion can be drawn from this study.

First, a different boredom proneness might contribute to differentiate unipolar and bipolar depressive

episodes. In other words, a trait-specific rather than a state-specific liability to boredom seems to be a feature of BD. Secondly, our findings highlight the need for a greater recognition of boredom and are propelling for the development of new psychotherapeutic treatment addressing this dimension in patients with mood disorders.

Key words: boredom, bipolar disorder, recurrent major depression

Introduzione

Gli obiettivi di questo contributo sono descrivere lo stato di noia in termini cognitivi e la sua rilevanza all'interno dello spettro dei disturbi dell'umore, sia attraverso la descrizione di alcuni casi clinici sia attraverso i dati di uno studio pilota.

Che cosa è noia?

Dall'analisi della letteratura relativa alla noia, emergono numerosi tentativi di definizione di questo stato emotivo con risultati eterogenei, complessi e, in qualche caso, di non univoca lettura. In questo lavoro faremo riferimento alla noia come ad uno stato transitorio in cui l'individuo esperisce senso di frustrazione, carenza di intenzionalità e una sensazione di dolorosa alienazione dalla realtà percepita come senza senso e inutile (Maggini e Dalle Luche 1987). L'individuo, quando si annoia, si sente sospeso, svogliato, privo di motivazione e con un livello di attivazione scarso. Tale condizione incide sulla percezione del tempo, vissuto come stagnante, scandito attimo per attimo e non definito da circostanze, da eventi e da comportamenti; è fermo, lasso, non produttivo e non funzionale al soddisfacimento dei propri bisogni, scopi e preferenze.

Possiamo distinguere una noia "normale" ed una "patologica". Nel primo caso, essa emerge sia in specifiche situazioni ambientali percepite dal soggetto come poco interessanti ovvero con uno scarso livello di attrattiva e povere di stimoli sensoriali rilevanti (Ciandella et al. 2004), sia in relazione ad attività ripetitive e monotone. La noia può, altresì, derivare da una condizione interna che si traduce in uno stato di indifferenza rispetto al mondo esterno che perde la propria consistenza e ogni caratteristica di piacevolezza. L'attenzione e la concentrazione si delineano con modalità variabile e discontinua, gli oggetti esterni e/o interni sono rappresentati in modo labile e superficiale, l'organismo rimane temporaneamente bloccato, non decide, non si attiva, il rapporto con il sé e con il mondo esterno sembra sgretolarsi, divenendo debole, poco consistente. La noia "patologica" è, nella sostanza, costituita dalla medesima organizzazione cognitiva ed affettiva ma ciò che varia è la permanenza del soggetto nello stato emotivo descritto, condizione che, a lungo termine, genera una sofferenza psicologica dalla quale si tenta di uscire attraverso *pattern* comportamentali disfunzionali e rischiosi (uso ed abuso di sostanze, discontrolli alimentari, spese impulsive, ecc.) che, spesso, determinano un notevole *impairment* sociale e funzionale (Maggini 2000). In questo senso, la differenza tra patologia e normalità risiede sia nella modalità di esperire la noia, sia nelle manifestazioni comportamentali che ne derivano. In assenza di patologia, la noia è percepita con un livello minore di sgradevolezza ed è vissuta come meno interferente e impattante sul sistema scopistico; il soggetto percepisce minore urgenza di uscire da questo stato emotivo ed i comportamenti che ne derivano interferiscono meno sul funzionamento globale e risultano maggiormente produttivi, organizzati e funzionali al mantenimento di un'omeostasi tra gli stati interni dell'individuo e l'ambiente esterno. In conclusione, il soggetto che riesce a permanere nella noia senza dover necessariamente ricorrere a comportamenti impulsivi può riuscire a trasformare la sgradevolezza che si lega a questo tipo

di emozione in un “piacevole far niente”.

DeChenne e Moody (1988) correlano la propensione alla noia (“*boredom proneness*”) a quanto i bisogni coscienti e gli interessi di una persona sono soddisfatti dal contesto ambientale e dalla capacità di cogliere gli stimoli dall’ambiente stesso. Secondo Hill e Perkins (1995), il soggetto tende ad annoiarsi nel momento in cui, in presenza di uno stimolo monotono, il proprio assetto cognitivo produce una maggiore omogeneità di costrutti mentali che contribuiscono a generare uno stato di irrequietezza soggettiva associata, appunto, all’emozione della noia. Dai lavori di Zuckerman (1971, 1977, 1979) emerge una associazione tra noia e *stimulation-seeking*, condizione che deriva da un aumento dell’*arousal*. Gli individui *arousal-seeking* o “*sensation seeker*” tendono sia a provare maggiormente noia in circostanze monotone e ripetitive, sia a ricercare nuovi stimoli con la funzione di evitare questa emozione. Il costrutto del “*sensation seeking*” è caratterizzato da un notevole bisogno di novità, di cambiamento, di eccitazione e da esperienze comportamentali ed emotive complesse; esso può essere considerato come un istinto biologico primario caratterizzato psicologicamente da quattro diverse dimensioni, ovvero la ricerca di emozioni e di sensazioni, la ricerca di esperienze, la disinibizione e la suscettibilità alla noia. Quest’ultima riflette una forte avversione alla routine e alle situazioni prevedibili, che tendono a non variare. Inoltre, secondo la teoria di Zuckerman, esiste un livello di *arousal* ottimale nel quale le persone si percepiscono psicologicamente più confortate, tanto che il mantenimento di questa condizione potrebbe essere una forza motivazionale importante.

La noia è stata anche considerata come un decremento della funzione attentiva (Hamilton 1981). L’attenzione infatti regola e coordina l’attività mentale attraverso il processo di frammentazione e riunione del flusso delle informazioni. Uno stile attentivo efficiente ha un ruolo cruciale nell’esperire stati interni positivi e piacevoli e nell’evitare la noia. In coerenza con tale presupposto si ritiene che, da una parte, la gioia intrinseca sia caratterizzata da un coinvolgimento intenso, interesse e concentrazione assorbente, dall’altra, la noia sia determinata da un decremento dell’attenzione. Si potrebbe concludere che sia l’interesse assorbente e profondo, sia la noia, rappresentino i due opposti poli di un *continuum* relativo alla qualità (positiva o negativa) dell’esperienza affettiva che accompagna l’atto conoscitivo e attentivo di processazione delle informazioni (Hamilton 1981). È stato inoltre riscontrato come la predisposizione alla noia determini delle alterazioni nella percezione del tempo. Watt (1991) ha trovato, in un gruppo di 110 soggetti ai quali veniva chiesto di svolgere un compito particolarmente noioso, che coloro che risultavano maggiormente inclini nell’esperire la noia percepivano lo scorrere del tempo come più lento.

Se quanto detto sopra ci dice che cosa può essere noia, che cosa “non è noia”? Con quali altri stati emotivi può essere confusa? Una prima differenziazione si può ad esempio fare con il senso di vuoto, definito da Dimaggio e Semerari (2003) come una transitoria percezione della mancanza di scopi precedentemente rappresentati nella mente dell’individuo; come cercheremo di descrivere più approfonditamente nei paragrafi successivi, nella noia sembra invece che gli scopi siano rappresentati e quindi, per così dire, presenti nella mente del soggetto ma transitoriamente inattivi, in stallo, bloccati nel tempo. La noia, inoltre, per le sue caratteristiche di spiacevolezza e propensione a comportamenti disregolati si differenzia dalla condizione di apatia in cui il sistema emotivo è bloccato e, quindi, l’attribuzione automatica di piacevolezza o spiacevolezza del proprio stato d’animo e l’attivazione neurovegetativa vengono a mancare. Una differenziazione simile la si può fare anche con l’anedonia o incapacità di provare piacere; il soggetto anedonico, seppure percepisca come spiacevole il trovarsi in questa condizione, non ha la stessa urgenza di cambiamento dell’annoiato e comunque non tiene necessariamente i propri scopi “in stallo”.

Noia e psicopatologia

Diversi studi hanno indagato le possibili relazioni tra noia ed alcuni stati affettivi negativi che generano sofferenza psicologica. Farmer e Sundberg (1986) hanno individuato un'associazione positiva con la depressione, con il senso di disperazione (*hopelessness*), con la percezione di sforzo, con la solitudine e con un notevole livello di amotivazione. Altri risultati di questo studio hanno mostrato che la tendenza ad esperire noia è inversamente correlata alla *life satisfaction*. Sommers e Vodanovich (2000), in uno studio effettuato su 200 studenti, hanno riscontrato che i soggetti con alti livelli di propensione alla noia riportano punteggi significativamente maggiori nelle cinque sottoscale della *Hopkins Symptom Checklist* (Derogatis 1974).

Sono state evidenziate anche delle correlazioni positive con l'ostilità, l'aggressività e l'apatia (Buss e Perry 1992, Seib e Vodanovich 1998, Gordon e Wilkinson 1997) e la delinquenza giovanile (Newberry e Duncan 2001). Hill e Perkins (1975) hanno indagato l'associazione tra l'inclinazione alla noia e i fattori "Estroversione" e "Neuroticismo" e hanno concluso che i soggetti che tendono ad esperire la noia hanno una scarsa regolazione degli stati emotivi. Wink e Donahue (1997) hanno confrontato la disposizione alla noia con il narcisismo *overt*, caratterizzato da auto-centramento e idee di grandezza ed il narcisismo *covert*, rappresentato da una minima propensione ad eccellere, da pensieri depressivi e dalla sensazione di inferiorità che maschera, invece, un senso di grandiosità. I dati hanno evidenziato che il narcisismo *covert* correla maggiormente con livelli più alti di disposizione alla noia.

Gana et al. (2000) hanno indagato la relazione tra l'inclinazione alla noia e la tendenza all'introspezione in un campione di 154 soggetti adulti. I risultati hanno indicato che i soggetti maggiormente inclini ad esperire noia sono anche quelli che hanno una maggiore propensione all'introspezione. Inoltre, i tratti di personalità caratterizzati dalla tendenza a focalizzare l'attenzione sul sé hanno mostrato una correlazione con la percezione di carenza di una adeguata stimolazione esterna ma non interna.

Tolor (1989) ha riscontrato che i soggetti che tendono ad annoiarsi frequentemente si sentono maggiormente distanti affettivamente dalle altre persone, sono timidi, si sentono più alienati dalla realtà, cioè mentalmente e psicologicamente non collegati alla società in cui vivono e, in generale, risultano essere meno assertivi. Le persone predisposte alla noia possono, inoltre, avere un profilo psicologico caratterizzato da una spiccata sensibilità interpersonale e da tratti paranoidei che comportano, negli stessi, un atteggiamento di ritiro sociale determinato dalla credenza sovrastimata di quanto le altre persone osservino loro (von Gemmingen et al. 2003).

La noia è stata indagata anche in pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP). A tal proposito, Hartocollis (1980) ha affermato che, in questa tipologia di pazienti, i vissuti depressivi sono esperiti come noia e senso di vuoto. Successivamente, da un lavoro di Rogers et al. (1995) è emerso che i vissuti depressivi che correlano maggiormente con il DBP sono la auto-commiserazione, il senso di vuoto, dell'abbandono, l'auto-distuttività, e la mancanza di speranza; dal medesimo studio non si sono evidenziate correlazioni significative tra la noia, la tendenza a somatizzare ed i medesimi aspetti depressivi. Nel 1996, James et al. hanno confrontato un campione di 24 pazienti adolescenti con DBP con un gruppo di controllo costituito da pazienti psichiatriche senza diagnosi di DBP; i pazienti con DBP mostravano sia una maggiore comorbidità con i disturbi d'Asse I e soprattutto con il Disturbo Depressivo Maggiore, sia più alti punteggi in aspetti quali la tendenza a manipolare gli altri e un senso pervasivo di noia.

La correlazione fra noia ed uso di sostanze stupefacenti è stata evidenziata da molto tempo (Sobell et al. 1974); secondo Laudet et al. (2004), la noia, la solitudine e il *craving* sono i fattori

interni che maggiormente favoriscono la tendenza alle ricadute nell'uso di sostanze stupefacenti. Un ulteriore studio (Boys et al. 2003) ha confermato il peso che ha la noia come causa dell'uso di sostanze stupefacenti sia nei consumatori con doppia diagnosi, sia come disturbo primario. Si è già detto del costrutto del *sensation seeking* elaborato da Zuckerman (1971, 1977, 1979); secondo Bizzarri et al. (2007), tale costrutto correla con un ampio *range* di disturbi dove la caratteristica sintomatologica è la disinibizione comportamentale (alcolismo, abuso di sostanze). Relativamente ai pazienti psichiatrici, si è distinto un campione di pazienti bipolari che hanno mostrato maggiore prevalenza di uso di alcolici o di altre sostanze stupefacenti; lo stesso studio ha evidenziato che il ricorso all'uso di sostanze si associa alla tendenza del *sensation seeking*.

Per quanto riguarda i rapporti fra noia e disturbi affettivi, se da una parte si è prestata molta attenzione alla centralità dei sentimenti di colpa, vergogna e disgusto nella genesi e nel mantenimento delle alterazioni del tono dell'umore, relativamente poco spazio è stato dedicato alla noia intesa come stato emotivo suscitato dall'assenza temporanea di scopi attivi. Farmer e Sundberg (1986) hanno cercato di confrontare i vissuti depressivi e l'emozione della tristezza con l'inclinazione alla noia; la differenza che sottolineano è come la mancanza di interesse e di energia emotiva possa esistere indipendentemente dalla tristezza. Nel provare l'emozione della noia, l'individuo percepisce l'ambiente come statico, ambiente dal quale il soggetto annoiato ne rimane in massima parte disconnesso ed estraneo ai processi che lo determinano e lo caratterizzano. Nei vissuti depressivi, invece, l'emozione predominante è la tristezza, emozione in cui il soggetto ha la percezione di aver subito una perdita cui si associa demotivazione e blocco o rallentamento ideo-motorio. I due vissuti emotivi appaiono ben distinti sia nell'assetto cognitivo che nelle organizzazioni comportamentali che ne derivano. D'altro canto, da un punto di vista neuro-fisiologico, la noia, la tristezza e la depressione sembrano avere un substrato comune: Gerber et al. (2008) hanno registrato con risonanza magnetica funzionale (fMRI) 10 soggetti durante la presentazione di immagini standardizzate di volti che esprimevano varie emozioni. Di fronte allo stimolo visivo, i partecipanti dovevano quantificare il proprio grado di attivazione neurovegetativa e definire la qualità del proprio stato emotivo (piacevole o spiacevole) lungo due assi ortogonali in un diagramma computerizzato. Affaticamento, noia, depressione e tristezza risultavano in uno stesso quadrante caratterizzato da bassi livelli di *arousal* e valenza negativa.

Nel 2003, Todman ha elaborato dei *case-report* su pazienti gravi e residenti in comunità terapeutiche, affetti da schizofrenia o da disturbi dell'umore con manifestazioni psicotiche, per valutare il peso che la noia ha nel decorso di questi quadri psicopatologici. La noia pare contribuire 1) al manifestarsi di alterazioni affettive in fase post-psicotica, 2) ad aumentare le condotte "a rischio" e l'uso di sostanze stupefacenti nella fase residuale della malattia, 3) alla esacerbazione di una sintomatologia positiva come per esempio le allucinazioni, 4) a dei cambiamenti attentivi e, in generale, ad una riduzione dell'efficienza cognitiva, 5) ad uno stato di ipo-anedonia generalizzato. Todman conclude che, per questa tipologia di pazienti psichiatrici, è opportuno considerare la noia come un "marker prodromico" e, per l'impatto che questa ha sulla sintomatologia clinica, deve essere indagata attraverso degli strumenti di valutazione appositi e gestita, da un punto di vista trattamentale, con *training* per favorire nei pazienti lo sviluppo di "coping skills" specifiche.

Alcuni esempi clinici

Lo psicoterapeuta accoglie spesso richieste dall'utente di intraprendere un percorso psicoterapico per gestire in modo più funzionale alcuni stati emotivi, cui seguono manifestazioni

sintomatologiche precise come ansia, tristezza e rabbia; sono rari i casi in cui la domanda si rivolga alla gestione della noia. Eppure, la noia pare molto presente nel contesto clinico, si annida nell'assetto mentale dell'individuo, rimane latente in alcune occasioni, in altre, si slatentizza in modo energico, preponderante e invasivo, ma, soprattutto, sembra divenire la causa di comportamenti disfunzionali. Ogni emozione assolve importanti funzioni rispetto agli scopi rilevanti ed in gioco per le persone: le emozioni attivano scopi e generano impulsi all'azione come per esempio la fuga o l'aggressività. Inoltre, il provare un'emozione può essere uno scopo nel senso che alcuni individui cercano costantemente di essere emozionalmente attivi, come se, altrimenti, si sentissero "morti"; altre persone, invece, rifuggono dall'attivazione emozionale perché hanno lo scopo attivo di non provare emozioni. Una funzione fondamentale delle emozioni in relazione agli scopi è che queste vigilano sugli stessi, diventano, in questo senso, un "campanello di allarme" su qualcosa di importante che sta variando internamente e/o esternamente all'individuo. In generale, le emozioni negative segnalano il fatto che uno scopo, cogente per l'individuo, sta per essere minacciato o compromesso, mentre le emozioni positive sono segnali del fatto che questi stanno per essere raggiunti. A seconda degli scopi e delle assunzioni coinvolte nell'invalidazione o nella previsione di invalidazione si hanno quindi emozioni diverse (Mancini 1992). La variegata molteplicità delle emozioni è dovuta all'articolarsi delle varie valutazioni di successo o fallimento rispetto a scopi specifici: così la vergogna segnala un fallimento, ma relativo allo specifico scopo della buona immagine sociale (Lorenzini e Sassaroli 2000), la tristezza consegue alla compromissione di uno scopo e dispone l'individuo ad una inattività/passività che gli permette di recuperare le energie e di evitare di subire eventi o situazioni che potrebbero rappresentare ulteriori perdite. Nella noia, non abbiamo una chiara idea di cosa si rappresenti l'individuo che esperisce tale emozione, o di come gli scopi varino e si modificano in quel preciso momento. In questo senso ci chiediamo: di quale aspetto, importante per l'organismo, questa emozione è la guardiana? Di che cosa essa rappresenta il campanello di allarme? Proviamo a dare qualche risposta illustrando quattro casi clinici giunti alla nostra osservazione.

Esempio clinico 1: Emma

Emma ha trentacinque anni e si rivolge al terapeuta per un problema di abuso di alcol. Dall'analisi dei *trigger* che inducono la paziente all'uso di alcolici, emerge che questo si scatena quando Emma si trova "inattiva" ovvero, per dirla con le parole della paziente, "*quando non posso fare qualcosa per me o per gli altri, mi annoio e bevo*"; l'effetto euforizzante dell'alcol le permette di sbloccarsi da questa *impasse* psico-fisica e le permette di "riattivarsi" iniziando magari a svolgere le attività quotidiane. In altri momenti, viceversa, restare nella noia, prelude un passaggio alla tristezza e alla sensazione di impotenza dalle quali la paziente ugualmente esce usando l'alcol. L'uso di alcol sembra essere l'unica soluzione per evitare di permanere in uno stato mentale di noia o di tipo depressivo, nel quale si sente sbagliata e inadeguata. Questo specifico comportamento cessa nel momento in cui la paziente arriva ad uno stato di confusione mentale che "le permette" di distanziarsi, in modo patologico, dalla realtà e dai vissuti emotivi percepiti come ingestibili.

È stato possibile notare come tale condotta abbia creato un meccanismo a circolo vizioso che va ad amplificare le condotte stesse di abuso. Se, da una parte, la funzione di assumere alcolici è quella di uscire dalla noia e da stati depressivi, dall'altra, tale comportamento va ad incrementare queste emozioni: la paziente riferisce infatti che il senso di inadeguatezza si intensifica nei

momenti di lucidità e di sobrietà. Inoltre, questo tipo di emozione, cui segue l'abuso di alcol, non solo contribuisce a predisporre, precipitare e perpetuare importanti stati depressivi, ma va anche a sostenere stati contropolari di entità ipomaniacale proprio grazie all'effetto euforizzante dato dalle prime assunzioni della sostanza psicotropa.

Dalla ricostruzione della storia di vita, si osserva che la notevole intollerabilità e incapacità di gestione endogena della noia e di stati emotivi di tipo depressivo (stanchezza fisica, tristezza, mancanza di interesse e piacere nel fare le cose, frustrazione, sensazione di impotenza, colpa e inadeguatezza) derivanti dal non sentirsi "importante", considerata, riconosciuta e presente nella mente degli altri significativi, fa sì che la paziente inizi a ricorrere all'uso di alcol come una strategia di *coping* esogena. Per Emma, il fatto che gli altri "non la considerino" (ad esempio quando questi non danno abbastanza attenzione a quello che fa e non giudicano, preferibilmente in senso positivo, un suo comportamento) determina la credenza secondo cui queste persone per lei importanti, non le siano vicine affettivamente; questo comporta, inoltre, che si consideri un individuo senza valore. A tal proposito, la paziente afferma di aver un bisogno costante che le "persone abbiano il pollice alzato" rispetto a quello che fa e a come si comporta, altrimenti si sente senza valore, una nullità e, appunto, "trasparente", una persona che non ha diritto di vivere, decidere, agire e pensare ("*che ci sto a fare al mondo se non piaccio a nessuno e se non sono importante per nessuno?*"). In questo senso l'essere riconosciuta dagli altri come una persona che "è ok...*che va bene*" è l'unica condizione possibile per Emma per considerarsi un essere agente e autodeterminantesi.

La paziente prova noia nel momento in cui lo scopo iperinvestito riguardante il "non essere trasparente" è, momentaneamente, non attivo. Anche se questo scopo è rappresentato nell'assetto mentale, la paziente non riesce ad attivarsi e a trovare delle stimolazioni, internamente e/o esternamente, per il raggiungimento dello stesso. L'*exit* più funzionale che ha utilizzato per evitare questo stato emotivo avversato è stato quello relativo all'abuso di alcol. Emma discrimina chiaramente i momenti in cui percepisce lo scopo compromesso e quindi esperisce tristezza, rispetto alle situazioni in cui prova noia.

Esempio clinico 2: Francesca

Francesca ha trentasette anni e racconta una storia di oscillazioni del tono dell'umore di entrambe le polarità con caratteristiche sia endogene sia reattive e prevalenza di fasi a connotazione mista con sintomi psicotici. La caratteristica costante è la presenza della noia che emerge nel momento in cui Francesca, che è solita spostarsi geograficamente per lavoro o semplicemente per turismo, rientra nella piccola città di provincia. Il permanere per pochi giorni in questa città determina dei visibili cambiamenti del tono affettivo che si flette progressivamente: la paziente si sente immediatamente attraversata e invasa dalla noia derivante dalla percezione della mancanza di una adeguata stimolazione e di una inesorabile staticità dell'ambiente esterno. Solo successivamente ed in conseguenza al permanere nello stato emotivo della noia, cade in uno stato depressivo che si fa sempre più invalidante e severo tanto da richiedere, nella maggior parte delle occasioni, il ricovero in ambito specialistico. Risulta meno chiaro come la paziente scivoli, durante la flessione dell'umore o nelle fasi miste, in una sintomatologia di tipo psicotico caratterizzata da un profondo stato di allarme, da deliri di riferimento e di persecuzione, in cui Francesca si sente osservata, spiata, seguita e controllata, si percepisce dentro ad un "video-game" in cui lotta contro persone "malvagie" che non riesce ad identificare e deve superare dei livelli per salvare da morte certa i suoi familiari oltre che lei e i suoi più cari amici. In queste fasi la

paziente mostra anche deliri di colpa perché assume che l'eventuale morte delle persone a lei care sarebbe una sua responsabilità, quando, sempre secondo la paziente, è lei che deve subire una punizione per "qualcosa di grave" che ha commesso in passato, mostra inoltre dei deliri mistici in cui ritiene di avere un "rapporto telepatico" con Dio e con un suo angelo che ha la funzione di mediatore e che lei chiama "l'essere di luce". In altri momenti, invece, cade in uno stato di blocco psico-motorio in cui non può più pensare e parlare perché Dio le ha "staccato i tubi che sono nel collo". A queste tipologie di delirio che spesso coesistono, fanno costantemente da sfondo le dispercezioni uditive sia a contenuto denigratorio ("le voci maligne") ovvero quelle appartenenti alle persone che la vogliono uccidere, sia con caratteristiche più neutrali ("le voci benigne") che sembrano riferirsi ad alcuni suoi amici e "all'essere di luce". Un'ipotesi è che la paziente arrivi, conseguentemente alla noia e poi alla depressione, a dei livelli ingestibili di disgregazione sia della realtà che della propria identità. Ciò che rimane costante in queste fasi di riesacerbazione sintomatologica è la permanenza della paziente nella sua città, cui segue prima la noia che acquisisce, in questo quadro clinico, le caratteristiche non solo di antecedente ma di prodromo vero e proprio e, successivamente, un'alterazione del tono dell'umore in senso depressivo o misto. Il delirio diventa molto probabilmente un tentativo di riorganizzazione. In queste condizioni cliniche, Francesca ha tentato per due volte la defenestrazione comandata dalle "voci maligne" ed una volta ha cercato di tagliarsi la gola "perché solo con un suo sacrificio gli altri si sarebbero potuti salvare". Il viaggio ha la funzione di evitamento di questi stati profondi di noia: in un posto non conosciuto ha costantemente degli stimoli nuovi, diversi, conosce nuove persone che "non sanno nulla" di lei e verso le quali, quindi, non prova vergogna. In luoghi sconosciuti, la paziente può quindi riorganizzarsi tutte le volte una "vita nuova", stimolante appunto, scandita da attività lavorative diverse, dalla forte motivazione derivante dal fatto di dover imparare una "lingua nuova", da amicizie nuove e scandita da un tempo che scorre velocemente. In questi contesti Francesca si sente produttiva, energica, vitale, sente che non spreca le occasioni, ma anzi, se ne crea di nuove. Il viaggio/fuga è quindi una condotta comportamentale agita in modo piuttosto sbrigativo e impulsivo che, se da una parte produce una riduzione nell'immediato delle emozioni sgradevoli, quali la noia e la tristezza, dall'altra, rappresenta un potente fattore di mantenimento nel senso che impedisce alla paziente di esporsi e poi di accettare lo scenario temuto.

Emerge inoltre dalla storia di vita un iperinvestimento continuo ed irrinunciabile sulla propria autonomia e agentività che consiste in un bisogno imprescindibile di legittimazione delle proprie preferenze e dei propri valori, basata sulla possibilità di vivere delle esperienze in prima persona e rispetto a delle scelte che ha compiuto in modo autonomo e libero da vincoli e costrizioni sia interpersonali che ambientali. Solo se si verifica questa condizione, Francesca può definirsi e percepirsi come un individuo autonomo, con proprie preferenze e propri valori, che riesce, a queste condizioni, a portare avanti un progetto di vita. Progetto di vita che si sgretola e si destruttura, così come l'identità della paziente stessa, quando si creano delle situazioni costrittive caratterizzate da monotonia, staticità e ripetitività. Francesca riesce a sentirsi "viva e non una morta che cammina" solo attraverso la variazione di ambienti esterni, quello che sembra totalmente assente è la possibilità della stessa di crearsi delle stimolazioni che provengano dall'interno. Di qui, la paziente viene investita dalla noia che insorge nel momento in cui i temi di vita irrinunciabili per la paziente (autonomia/agentività) rimangono in uno stato di "stallo", di immobilità, in una posizione comunque lontana di raggiungimento degli stessi. Quando la noia è sempre "leggera e sopportabile" la porta a scappar via dalla piccola città di provincia, in altre situazioni, quando è impossibilitata a viaggiare magari proprio per la gravità del Disturbo Bipolare, cade in stati dell'umore depressivi o misti associati alle manifestazioni psicotiche, così insopportabili ed

invalidanti che l'unica soluzione possibile rimane quella del suicidio.

Francesca spiega così la distinzione tra “noia normale” e “noia della malattia”: *“La noia ti prende, ti attanaglia e non ti lascia andare, ti tiene lì ferma senza farti muovere ed una volta che lo fai, questa sfugge e prende un'altra via. La noia ti uccide dentro, alcune volte non ti lascia scelta, scava dentro di te fino ad arrivare nel profondo. Vivo la noia di tutti i giorni quando non so cosa fare e non ho alternative, il tempo passa ed io rimango ferma. Ho vissuto la noia della malattia, che è differente da quella del quotidiano, una noia più dolorosa fatta di momenti che non passano mai, di momenti scanditi minuto dopo minuto, dell'angoscia di un macigno enorme che senti nel cuore e non ti fa respirare. La noia del quotidiano però è molto più leggera, meno opprimente e meno dolorosa, esiste ma non ti fa sentire come quando sei sofferente di una malattia chiamata Disturbo Bipolare”.*

Esempio clinico 3: Lorenzo

Lorenzo ha quarantacinque anni e presenta, nella storia pregressa, almeno tre episodi depressivi rappresentati da profondi vissuti di colpa, senso di inadeguatezza, anedonia, abulia, notevole stanchezza fisica e faticabilità, passività, ipersonnia, decremento ponderale e idee anticonservative non strutturate. Tutte le fasi depressive sono state precedute dall'emozione di colpa, soprattutto verso la figlia, quando pensa di essere stato un “pessimo padre”, “un padre trascurante e sordo ai bisogni della bambina”. Questo stato emotivo si trasforma in tristezza intensa fino alla depressione quando, in un secondo momento, valuta il senso di colpa come prova evidente di essere inadeguato e quindi “un fallito” non solo come padre, ma anche entro la relazione sentimentale che ha con la compagna ed infine sul lavoro. Nelle fasi depressive acute, la noia non sembra essere presente, subentra invece in modo importante nei periodi di eutimia; compare quando si trova a svolgere un'attività che considera poco piacevole (leggere un libro che non gli interessa, guardare un film noioso) e durante i turni lavorativi che effettua nell'attività a conduzione familiare. In ambito lavorativo, la noia si trasforma, in un primo momento, in senso di colpa verso la madre nella misura in cui Lorenzo pensa di far venir meno il lavoro e l'impegno riposto dalla stessa nell'impresa di famiglia. In un secondo momento, questa emozione viene letta dal paziente come uno stato emotivo e comportamentale dal quale è necessario uscire (“devo fare qualcosa di utile... devo muovermi”) e dà quindi origine ad un *pattern* comportamentale poco organizzato e costituito da un'attivazione afinalistica ed improduttiva. Questa sequenza emotiva si conclude con uno stato di tristezza proprio nel momento in cui l'agire improduttivo viene percepito come prova certa di fallimento, inutilità e inadeguatezza. La tristezza risulta essere comunque molto meno intensa di quella esperita durante le fasi depressive.

Anche in questo caso, la noia acquisisce il ruolo di emozione *trigger* di una serie complessa di ulteriori stati emotivi che vanno a concludersi con la tristezza che origina da un netta diminuzione del valore personale. Inoltre, anche in questo paziente, la noia emerge nel momento in cui lo scopo cogente per lo stesso è rappresentato ma non è attivo; per Lorenzo è fondamentale percepirsi utile e produttivo e questa sensazione ha la funzione di evitare quell'intollerabile senso di inadeguatezza che determina, nel momento in cui è triste, una compromissione della propria autostima e del valore personale. Ecco che il percepirsi inattivi, quindi non utili e “senza senso”, slatentizza un'inquietudine inefficace, che nasce probabilmente con la funzione di “rimediare” all'improduttività. Quella sensazione di scarso valore personale, da sempre presente nella vita del paziente, subisce ad un certo punto una compromissione e crea un circolo vizioso che va poi ad incrementare il senso di colpa verso la famiglia ma soprattutto verso la madre.

Esempio clinico 4: Marta

Marta ha cinquanta anni e soffre di episodi depressivi ricorrenti: ha subito, nel corso della vita, tre lutti importanti e, oltre al percorso psicoterapeutico, assume da tempo un trattamento psicofarmacologico. Durante le flessioni del tono dell'umore, caratterizzate prevalentemente da stati di iperarousal neurovegetativo, sentimenti di tristezza e colpa, anedonia, stanchezza fisica e apatia, si slatentizza anche la componente ansiosa definita dal timore di perdere il controllo e di impazzire, le cui conseguenze potrebbero consistere nel “fare del male a se stessa e ad altre persone”, usando magari dei coltelli che ha a portata di mano o mettendo “le mani al collo” per “strozzare” i familiari ed i colleghi. Relativamente alla noia, Marta riesce a discriminare chiaramente il fatto che questo vissuto sembra non comparire nelle fasi in cui l'assetto emotivo è costituito da sintomi depressivi e/o ansiosi; emerge invece nelle fasi di remissione sintomatologica. La paziente prova noia soprattutto entro alcune dinamiche relazionali che considera “poco soddisfacenti dal punto di vista mentale”, che non “la intrigano”. L'aspetto interessante è che la noia non compare mai quando Marta è da sola, perché quando si trova nella condizione di solitudine percepisce di avere tutta “la libertà necessaria di fare e di pensare” ciò che preferisce. Questa “libertà decisionale” viene meno nel momento in cui si trova “costretta” nelle interazioni personali che la paziente non gradisce. Questo sembra rispondere alla necessità imprescindibile di perseguimento della propria agentività, nel senso di percepirsi libera “di essere quella che vuole”, libera di “scegliere” quello che ritiene più giusto per lei, libera di perseguire le proprie preferenze, di sentirsi “indipendente moralmente ed economicamente”, di sentirsi priva da vincoli derivanti da “convenzioni stabilite dall'esterno” e dall'avere “qualsiasi tipo di briglia al collo, per nessuna ragione, nemmeno per un grande amore”. Solo se Marta si trova in queste condizioni che le permettono di essere “la sola e unica padrona di se stessa”, allora riesce a percepirsi come un individuo che mantiene la propria soggettività e che si auto-determina seguendo delle scelte che provengono dall'interno. In questo senso, è comprensibile la sua estrema sensibilità alle situazioni opposte in cui, in modo selettivo, individua gli elementi che possono determinare, nella propria individualità, costrizioni e limitazioni. Alle suddette condizioni, la paziente reagisce con uno stato emotivo di rabbia, cui segue un senso di delusione e di rassegnazione nel momento in cui constata che numerose relazioni risultano essere “noiose” e “piatte”. È molto interessante come la paziente, che per altro è dotata di una notevole capacità di introspezione, di riconoscimento e valutazione dei propri stati mentali ed emotivi, riesca a concludere in modo indipendente che tende a provare noia quando fa riferimento a parametri esterni, quando si pone in una posizione di ricerca di stimolazione dall'ambiente esterno, dalle altre persone che, spesso, disattendono le proprie aspettative. Probabilmente la noia si presenta con la funzione di segnalare che il tema di vita investito dalla paziente, identificabile nel bisogno costante di promuovere e sviluppare le proprie potenzialità, risorse, capacità e preferenze, unito alla percezione di sentirsi libera di agire e di autodeterminarsi come crede essere per lei più funzionale, è come se fosse “bloccato e stagnante” nel tempo. La rabbia passiva che segue alla noia ha, a sua volta, la funzione sia di far muovere, quasi di riattivare il “sistema scopistico” per evitare una ulteriore perdita di “tempo prezioso” per se stessa, sia di ricreare un ordine ed una gerarchia in termini di rango in modo da limitare e confinare “l'invasione” determinata “dall'interazione noiosa” con altre persone. Marta descrive la noia nel seguente modo: *“Parlare della noia per me è abbastanza facile, dato che l'ho sperimentata spesso e tuttora mi capita di avvertirla anche se più raramente; questo forse perché, imparando a conoscermi meglio, cerco di evitare le situazioni che possono indurla, insomma, adottando delle “strategie”. Ho capito, ad esempio, che su di me la noia ha più presa quando sono in*

compagnia di persone piuttosto che nel tempo che passo da sola, dato che in questo caso ho piena libertà di fare e pensare ciò che più mi va, mentre con gli altri mi capita di essere “costretta” ad ascoltare cose che mi interessano poco o niente. In più, per non apparire troppo maleducata, mi sento in dovere di partecipare, almeno un minimo, a questi intrattenimenti pallosi, ed allora sì che compare la noia....Mi prende maggiormente in tutte le relazioni poco soddisfacenti dal punto di vista mentale, che non mi intrigano, dove c'è ripetitività e si parla o si fanno più o meno le stesse cose, dove la mia curiosità ha esaurito la sua ricerca e, magari, ha lasciato il posto ad una delusione causata dal constatare che ognuno di noi, in fondo, tende a vivere e comportarsi secondo modelli appresi e difficilmente ha voglia, ho il coraggio di cambiarne qualcuno o per lo meno di cercare di ampliare la conoscenza di sé e del mondo che ci circonda. Certo, anch'io ho delle abitudini alle quali non rinuncio perché mi va bene così, ma ciò non toglie che senta da sempre un bisogno di andare “oltre”, di sviluppare le mie potenzialità interiori per vivere meglio che posso. Quando sento di non poter condividere con l'altro questa esigenza preferisco starmene da me, in quanto è proprio lì che si annida la noia e si nutre di tutto questo. L'emozione che ne scaturisce è qualcosa che si avvicina alla rabbia, la sensazione di perdere del tempo che comunque non tornerà più, il sentirmi “invasa” da cose che non mi interessano, ritenute da me banali, scontate, che non portano nemmeno un granello della conoscenza di cui parlavo prima. E tutto questo accompagnato talvolta da un senso di delusione nel vedere che quasi sempre è così, che probabilmente è inutile cercare all'esterno e soprattutto negli altri gli stimoli che rendano la vita più interessante. A volte capita la fortuna di incrociare nel nostro percorso qualcuno che ci trasmette dell'energia positiva, ci contagia con il proprio entusiasmo e ci dà delle belle lezioni di vita...tutto il resto è noia...”

Temi comuni e caratteristiche dirimenti

È possibile notare alcuni aspetti comuni nell'indagine della genesi della noia e delle ripercussioni che questa ha sull'assetto cognitivo ed affettivo dei pazienti sopra descritti: in tutti i casi, la noia prende origine nel momento in cui lo scopo investito dal soggetto, e non gli scopi in generale, è rappresentato ma transitoriamente inattivo, “in stallo”, “bloccato nel tempo”: Emma prova noia quando non riesce ad attivare risorse esterne e/o interne per evitare di sentirsi trasparente e non presente nella mente dell'altro. Francesca entra in un profondo stato di noia quando percepisce che il bisogno di vivere delle esperienze nuove e delle nuove sensazioni è bloccato e ingabbiato in un tempo fisso, che non va avanti, che non muta. Per Lorenzo è fondamentale percepirsi utile e produttivo e, quindi, di valore. In questo senso, la noia subentra quando questo scopo rimane fisso a causa di un'assenza di stimolazione esterna e/o interna. Infine, Marta esperisce noia quando sente che il bisogno irrefrenabile di accrescere e di arricchire la sua personalità è, momentaneamente, disattivato, magari da una compagnia “piatta e monotona”. In tutti i casi, sembra che i pazienti tentino di attivarsi o ri-attivarsi per recuperare questo *gap* creato dalla noia, per uscire da questo stato emotivo molto poco tollerabile. Infatti, la noia di questi individui è relativamente transitoria, alla stessa seguono immediatamente altre organizzazioni comportamentali molto diverse fra loro: Emma ricorre ad una strategia di *coping* esogena quale l'abuso di alcol; Francesca si attiva mettendosi continuamente in viaggio con la finalità di cogliere emozioni e sensazioni nuove in alcune occasioni, in altre fasi di vita, invece, soccombe alla noia fino a cadere in invalidanti alterazioni del tono affettivo. In altre situazioni ancora, sembra che la noia diventi così profonda e potente da contribuire in modo significativo alla disgregazione della propria identità; in Lorenzo provoca un senso di irrequietezza e di

agitazione improduttiva; Marta invece prova rabbia e si rassegna alla possibilità di dover incontrare spesso persone noiose. Si potrebbe quindi dedurre che, in questi pazienti, la noia diventi un attivante di ulteriori credenze e *pattern* comportamentali, generando, in questo senso, dei circoli viziosi che mantengono il comportamento problematico (ad esempio l'abuso di alcol, la sintomatologia depressiva, il senso di inadeguatezza etc) che determina sofferenza e per il quale il paziente richiede un intervento di tipo psicoterapico.

Sembra inoltre che tutti questi tentativi di soluzione vengano messi in atto in modo automatico, cioè non processato cognitivamente. Quello che sembra variare relativamente al disturbo dell'umore riguarda non tanto la percezione soggettiva della sofferenza derivante dalla noia, quanto il livello di gravità, di disfunzionalità e di *impairment* individuale e sociale individuabile nei comportamenti che conseguono a questa emozione: si potrebbe dire che le strategie comportamentali messe in atto dalle due pazienti con Disturbo Bipolare sono maggiormente invalidanti, costose e controproducenti rispetto ai due pazienti con depressione unipolare. Si potrebbe ipotizzare che i pazienti bipolari siano maggiormente sensibili a questa emozione e tendano a rispondere con condotte comportamentali in maggior misura disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno. I pazienti depressi sembrano invece rivolgere l'attenzione al proprio stato interno, sembrano, in qualche modo, controllare maggiormente gli esiti comportamentali prodotti dalla noia. Ovviamente, per indagare questa ipotesi, è necessario implementare il campione di pazienti.

Infine, i pazienti descritti precedentemente riescono facilmente a discriminare, dopo un lavoro di identificazione e riconoscimento della noia, questo stato interno dalle altre emozioni come la tristezza, la rabbia, l'agitazione psicomotoria. Alcuni di loro evidenziano che quando sono depressi non esperiscono noia, ancora di più quando sono eccitati o dominati da una sintomatologia di tipo psicotico, in cui in realtà si è assaliti da un ingestibile stato di allerta e si è presi, magari, dall'ascolto di "voci maligne".

Dalla clinica alla ricerca: quali differenze nella sensibilità alla noia all'interno dei disturbi dell'umore?

Le osservazioni fatte sui casi clinici precedentemente esposti hanno ispirato una ricerca pilota volta ad indagare eventuali differenze nella propensione alla noia fra pazienti con Depressione Maggiore Ricorrente (DMR) e pazienti con Disturbo Bipolare (DB).

Caratteristiche del campione e strumenti utilizzati

Sono stati reclutati 32 pazienti ambulatoriali con i seguenti criteri di inclusione: età compresa fra 18 e 70 anni; diagnosi di disturbo dell'umore documentato mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I, First et al. 1997), in fase di remissione come evidenziato da un punteggio inferiore ad 8 alla Hamilton Depression Rating Scale (HDRS, Hamilton 1967) e da un punteggio inferiore a 7 alla Mania Rating Scale (MRS, Young et al. 1978); volontà e capacità di dare il consenso informato. Sono stati considerati criteri di esclusione: diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo; sindrome affettiva organica; psicosi; abuso/dipendenza da alcool o sostanze negli ultimi tre mesi; presenza di disturbo antisociale di personalità documentato mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II, First et al. 1997); presenza di una malattia organica che avrebbe potuto interferire con il percorso terapeutico (disturbo cardiovascolare, malattie

renali o del fegato, epilessia, ipertensione non trattata, malattia endocrina non-stabilizzata). La compilazione dei questionari è stata effettuata dopo che il partecipante era stato adeguatamente informato e solo dopo aver firmato il relativo consenso scritto.

Tutte le scale di valutazione sono state somministrate in un'unica sessione. Oltre a quelle già citate, sono state utilizzate: 1) questionario autosomministrato Mood Spectrum Self-Report (MOODS-SR versione lifetime, Cassano et al. 1999) per la valutazione dei sintomi dello spettro dei disturbi dell'umore, composto da 161 item suddivisibili in 3 domini maniacali-ipomaniacali e 3 depressivi, ciascuno dei quali esplora umore, energia e cognitività. Inoltre è presente un dominio che esplora alterazioni nella ritmicità (ad esempio modificazioni dell'umore, dell'energia e del benessere fisico a seconda del clima, della stagione e della fase del ciclo mestruale, ecc.) e nelle funzioni vegetative, inclusi sonno, appetito e attività sessuale.

2) la Scala di Inclinazione alla Noia (SIN), in corso di validazione, è la versione italiana della "Boredom Proneness Scale" (BPS, Farmer e Sunderberg 1986) ed è il primo questionario che presuppone la misurazione del costrutto generale definito come "noia". Questo strumento si propone di rilevare la suscettibilità generale che un individuo può avere nel provare l'emozione della noia. 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". Nella sua forma originaria, la scala è costituita da 28 item dicotomici (vero/falso), poi convertiti ad una forma su scala likert a 7 punti per accrescerne la sensibilità e accuratezza (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997, Vodanovich e Kass 1990). Gli studi condotti sulla scala con item dicotomici hanno dimostrato comunque che questo strumento possiede una buona consistenza interna che va da punteggi alpha di .79 a .84 (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997). Nella nostra ricerca pilota si è utilizzata la forma dicotomica.

La validità concorrente della BPS è stata provata dalla sua relazione positiva con le scale che misurano altri costrutti come la depressione, l'ansia, la somatizzazione e la rabbia (Farmer e Sunderberg 1986, Rupp e Vodanovich 1997, Sommers e Vodanovich 2000), e dalla sua relazione negativa con costrutti come la soddisfazione per la propria vita e la realizzazione di sé ("self-actualization") (McLeod e Vodanovich 1991). Partendo dal presupposto che l'identificazione del tipo e numero di fattori che sono alla base di questa scala è fondamentale per il suo uso sia in ambito della ricerca che nella pratica clinica, alcuni autori hanno tentato di delineare delle sottocategorie che permettessero, da una parte, una valutazione più precisa della noia e, dall'altra, la determinazione del peso di ogni fattore sul punteggio totale. Vodanovich et al. (2005), individuano due fattori denominati Internal ed External Stimulation; gli item appartenenti alla sottoscala riguardante la stimolazione interna identificano un deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso, mentre quelli compresi nella stimolazione esterna riflettono il bisogno di varietà e cambiamento e la tendenza del soggetto ad attribuire alla monotonia dell'ambiente esterno la causa della propria propensione alla noia.

Analisi statistiche

Data la scarsa numerosità campionaria e le distribuzioni non normali delle variabili prese in esame, tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando test non parametrici; il test di Mann-Whitney è stato utilizzato per confrontare i due gruppi di pazienti (DMR e DB) sui punteggi ottenuti nella scala SIN di inclinazione alla noia, sia relativamente al punteggio totale, sia per i punteggi parziali derivanti dai due fattori sottostanti allo strumento: Stimolazione

Interna (SI), Stimolazione Esterna (SE). Per valutare l'esistenza o meno di relazioni statisticamente significative tra i domini del MOODS-SR e il totale del campione sono stati calcolati i coefficienti di correlazione rho di Spearman. Gli stessi domini sono stati inoltre correlati sia nel sottogruppo di pazienti con DMR, sia nel sottogruppo di pazienti con DB. Una ulteriore correlazione è stata studiata tra la durata della malattia espressa in mesi e la SIN, sia nel suo punteggio totale che nel punteggio relativo alla SI e alla SE. Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

Risultati

Il campione selezionato è costituito per il 62,5% da pazienti di sesso femminile ed ha un'età media pari a 36,5±10,9 anni; il 46,9% del campione non è sposato, il 37,5% è coniugato/convivente e il 15,6% è separato/divorziato. Il 66,8% possiede il diploma di scuola media superiore, il 12,5% ha un diploma di scuola media inferiore, il 9,4% è in possesso di una laurea e il 3,1% ha titoli nel post-laurea. Relativamente alla diagnosi, 13 soggetti hanno soddisfatto la diagnosi per DMR e 19 per DB; tra questi ultimi, il 21,9% ha un DB tipo I, il 31,3 % tipo II e il 6,3% un disturbo ciclotimico. Il 53,1% del campione mostra una comorbilità con altri quadri clinici appartenenti all'Asse I e il 50% con l'Asse II. Il valore medio della durata della malattia, espressa in mesi, è 111,06.

Il confronto fra pazienti con DB e pazienti con DMR mostra differenze nel punteggio totale della SIN e nelle sottoscale: il gruppo di pazienti con DB ha punteggi significativamente più alti al punteggio totale della SIN e alla sottoscala SE, rispetto ai pazienti con DMR. Nessuna differenza significativa è evidenziata tra i due gruppi rispetto alla sottoscala SI (**tabella 1**).

Tabella 1. Differenze nel punteggio totale e nelle sottoscale della SIN tra i due gruppi diagnostici (Mann-Whitney Test). I dati sono presentati come media (DS)

	DMR (n=13)	DB (n=19)	Mann-Whitney test	p
Punteggio totale	10,69 (6,22)	14,74 (5,27)	-2,08	,037
Stimolazione Interna	3,08 (1,93)	2,951 (,61)	-,27	,791
Stimolazione Esterna	3,23 (2,65)	5,63 (2,77)	-2,30	,022

La **tabella 2** mostra le correlazioni, nel campione totale, tra i punteggi ottenuti nei domini del MOODS-SR e quelli ottenuti alla SIN, sia nel punteggio totale che nelle due sottoscale (SI, SE). Emerge una correlazione negativa e statisticamente significativa tra i domini del MOODS-SR "umore maniacale" e "cognitività maniacale" e la sottoscala SI, indicando che all'aumentare delle componenti maniacale (umore, cognitività) diminuisce il deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso e, quindi, ad esperire la noia per un problema di stimolazione interna insufficiente.

Emerge poi una correlazione positiva e significativa tra il dominio "umore depressivo" ed il fattore SE. Questo dato sta ad indicare che all'aumentare della componente depressiva dell'umore, tende ad aumentare la tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della propensione alla noia che determina una maggiore necessità di varietà e cambiamento (SE).

Tabella 2. Coefficienti di correlazione Spearman's rho tra domini MOODS-SR e punteggio totale e sottoscale della SIN nel campione totale

	Umore depressivo	Umore maniaco	Energia depressiva	Energia maniaco	Cognitività depressiva	Cognitività maniaco	Ritmicità
Punteggio totale	,33	-,07	,29	,16	,19	,13	,19
Stimolazione Interna	,01	-,44*	,10	-,20	,12	-,47**	,25
Stimolazione Esterna	,38*	,01	,17	,14	,03	-,02	,13

*Correlazione significativa a 0,05

**Correlazione significativa a 0,01

Dividendo il campione sulla base della diagnosi iniziale, si riscontra che nel gruppo dei pazienti con DMR, non emerge alcuna relazione significativa tra domini del MOODS-SR e la scala SIN. Al contrario, nei pazienti con DB, l'analisi di correlazione mostra una correlazione positiva e significativa tra il punteggio totale della SIN e il dominio "ritmicità" del MOODS-SR e una relazione negativa e significativa fra la sottoscala SI della SIN e i domini "umore maniaco" e "cognitività maniaco" e (**tabella 3**)

Tabella 3. Coefficienti di correlazione Spearman's rho tra domini MOODS-SR e punteggio totale e sottoscale della SIN in pazienti con DB

	Umore depressivo	Umore maniaco	Energia depressiva	Energia maniaco	Cognitività depressiva	Cognitività maniaco	Ritmicità
Punteggio totale	,05	-,26	,34	,09	,26	-,03	,52*
Stimolazione Interna	-,30	-,55*	,03	-,15	-,05	-,46*	,40
Stimolazione Esterna	,18	-,11	,13	-,00	,08	,02	,38

*Correlazione significativa a 0,05

L'ultima indagine riguarda la relazione tra la durata della malattia e la SIN. Nessuna correlazione significativa è stata evidenziata.

Discussione e commento dei risultati

Dall'analisi dei dati emerge che i soggetti con DB sono più inclini a provare noia rispetto ai pazienti con DMR ovvero maggiormente propensi a questo tipo di vissuto. Inoltre, è interessante notare che i pazienti bipolari si differenziano dai soggetti unipolari perché manifestano una

maggiore tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della noia e mostrano, dunque, una maggiore urgenza di cambiamento e varietà ambientale. Un ruolo importante è giocato dall'umore e dalla cognitività maniacale: se queste due componenti, considerate espressione della bipolarità, hanno un peso rilevante nell'assetto affettivo, l'individuo non ha difficoltà nel generare sufficiente stimolazione interna per se stesso e, quindi, non tenderà a provare noia. Risulta facile, in ambito clinico, immaginare un paziente bipolare in fase maniacale o ipomaniacale che si percepisce in uno stato di continuo benessere, si sente più intelligente e brillante, impegnato, mai affaticato, con nuovi progetti, più o meno realistici e fruttuosi, magari saltando da un'attività all'altra in modo caotico con il tentativo di inseguire la moltitudine di idee che corrono e che derivano da quell'accelerazione tipica della fase. In fase espansiva il soggetto si percepisce curioso verso il mondo, creativo, con una personalità artistica che determina momenti di vivace ispirazione, migliora nettamente le proprie prestazioni e, spesso, si trova coinvolto in esperienze pericolose e emotivamente intense (Musetti et al. 2002). È chiaro come, a queste condizioni, la noia che si sviluppa internamente non trovi spazio nella mente sovraffollata del paziente bipolare. Inoltre, si può notare come all'aumentare della componente depressiva dell'umore si sviluppi maggiormente la tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della propensione alla noia che determina una maggiore necessità di varietà e cambiamento.

I pazienti con DMR, oltre ad essere in minor misura inclini alla noia, non manifestano la necessità di varietà e di cambiamento né presentano significativi deficit di stimolazione interna. Alla luce di quest'ultimo risultato, si può speculare che la correlazione positiva tra l'umore depresso e la SE derivi dal peso della presenza dei pazienti con DB all'interno del campione totale, come ad indicare che la componente depressiva di questi pazienti si distingue in qualche modo dalla depressione unipolare. La depressione in pazienti con DB sembra comportare, negli stessi, una maggiore tendenza ad attribuire all'ambiente la causa della noia, ambiente che è percepito ancora più monotono, piatto ed uniforme.

I nostri risultati sono parzialmente in linea con gli studi condotti sulla noia. Alcuni studiosi hanno trovato correlazioni tra la noia e il costrutto del *sensation seeking* (Zuckerman 1971, 1977, 1979) e tra la noia e la disinibizione comportamentale (Bizzarri 2007), tratti che potremmo considerare caratteristici del paziente bipolare; in altri studi emerge invece una relazione positiva con alcuni vissuti tipicamente depressivi, come il senso di disperazione e l'assenza di motivazione (Farmer e Sundberg 1986). In base ai nostri dati potremmo però speculare che sia soprattutto lo stato depressivo del paziente bipolare e non quello del paziente unipolare ad associarsi alla noia. Per di più, l'assenza di relazione tra la durata di malattia, che è stata utilizzata come indice di gravità, e la tendenza ad esperire noia, indica probabilmente il fatto che questa emozione rappresenta una tonalità affettiva basica, un'entità di tratto e non di stato, la cui intensità non muta al variare degli anni di malattia ma rimane una caratteristica specifica dei disturbi affettivi e, soprattutto, di quello bipolare.

Questi risultati sono, per altro, in linea con le osservazioni cliniche effettuate nei pazienti con DB (Emma e Francesca) e con DMR (Marta e Lorenzo). Le strategie comportamentali messe in atto da Emma e Francesca, valutate come maggiormente invalidanti, costose e controproducenti, confermano il fatto che i pazienti bipolari sono maggiormente sensibili a questa emozione e tendono a rispondere con condotte in maggior misura disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno. Considerato che i suddetti pazienti sono "abituati" a rivolgere l'attenzione alla qualità di stimolazione proveniente dall'esterno, tanto da attribuire l'origine della noia prevalentemente alla pervasiva monotonia delle situazioni che si trovano a vivere, essi sembrano ricercare nell'ambiente stesso gli strumenti per gestire, controllare e/o rimuovere questa emozione per loro

così poco tollerabile. L'osservazione clinica relativa ad una maggiore attitudine di controllo degli esiti comportamentali prodotti dalla noia individuata in Marta e Lorenzo trova conferma nei dati statistici che mostrano i pazienti con DMR in minor misura propensi e sensibili alla noia. Questi pazienti sembrano, in un certo senso, trovarsi in una condizione emotiva che genera sofferenza ma che non determina quell'impellente stato di urgenza caratterizzato dal "doverne uscire" a tutti i costi, fino ad arrivare al punto di sviluppare un disturbo da dipendenza da alcolici o uno stile di vita "da nomade, da vagabonda", per usare le parole di Francesca, improntato sulla costante ricerca di nuove stimolazioni e emozioni per non sentirsi "morti dentro".

Conclusioni

Alla luce delle osservazioni sopra riportate, si può sottolineare una duplice significatività operativa di questo contributo.

In primo luogo, il riconoscimento di una inclinazione alla noia può rappresentare un elemento di diagnosi differenziale fra episodi depressivi unipolari e bipolari; in altri termini, il riscontro di una spiccata predisposizione di tratto e non di stato a provare noia sembra essere una caratteristica del DB. Per impostare un corretto trattamento, il clinico che si trova di fronte ad un soggetto depresso con tali tratti di personalità dovrebbe prestare ancora più attenzione a tutti gli altri possibili aspetti, longitudinali e trasversali, indicativi di un disturbo dell'umore di tipo bipolare.

In secondo luogo, potrebbe essere opportuno tracciare un modello di intervento psicoterapico maggiormente organizzato e finalizzato all'inquadramento e al trattamento sistematico della noia. Risulta raro o probabilmente impossibile che il paziente decida di intraprendere una psicoterapia perché "si annoia"; solitamente la richiesta al terapeuta riguarda la riduzione della sofferenza psicologica derivante da emozioni quali la tristezza, l'ansia, la rabbia, le difficoltà interpersonali e via dicendo. Eppure, nonostante questo dato, se si indaga in modo approfondito, è possibile trovarsi a dover gestire, con discreta frequenza e in alcune tipologie di pazienti, lo stato affettivo della noia. Il terapeuta potrebbe affrontare questo tipo di emozione in seconda battuta, solo dopo aver dato attenzione e quindi lavorato sulla problematica psicologica che il paziente vorrebbe modificare. L'utilità di un intervento comunque tempestivo e mirato alla gestione della noia potrebbe essere giustificato dalla funzione che questa emozione svolge nell'attivare ulteriori comportamenti spesso molto costosi. L'aspetto "nocivo" della noia risiede negli output comportamentali, nelle conseguenze e nelle ripercussioni che impattano nell'assetto cognitivo ma anche nelle condotte dell'individuo.

Questo lavoro può essere considerato uno dei primi studi in cui si sia cercato di indagare la relazione fra noia e patologie affettive. La presenza di elevati livelli di comorbilità sia con l'Asse I che con l'Asse II non ci ha permesso, entro un campione di numerosità così esigua, di andare a valutare l'influenza di questa variabile sui risultati ottenuti. Un altro limite dello studio può essere rappresentato dall'utilizzo della versione dicotomica della SIN, quando la modalità di risposta in scala likert sembra accrescere la sensibilità dello strumento (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997, Vodanovich e Kass 1990).

Nonostante i limiti, questo studio pilota rappresenta un punto di partenza: ciò che ci proponiamo di fare è implementare il campione per dare corpo ai risultati ottenuti e, una volta raggiunta una maggiore numerosità campionaria, valutare l'influenza della comorbilità di Asse I e II. Inoltre, sarà di interesse confrontare l'inclinazione alla noia in soggetti con diagnosi diverse (ad esempio: disturbi d'ansia).

Ringraziamenti

Gli autori sono estremamente grati ai colleghi Chiara Braschi, Claudia Carmassi, Sara Di Biase, Filippo Nicola Frassi, Paolo Iazzetta, Stefania Iazzetta, Giovanni Marcacci, Maria Sole Montagnani, Lavinia Rossi e Morena Spinello per il prezioso aiuto fornito nella raccolta dei dati e nella discussione degli stessi.

Bibliografia

- Bizzarri JV, Sbrana A, Rucci P, Ravani L, Massei GJ, Gonnelli C, Spagnoli S, Doria MR, Raimondi F, Endicott J, Dell'Osso L, Cassano GB (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorder* 9, 3, 213-20.
- Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H (2003). Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *The British Journal of Psychiatry* 182, 509-17.
- Buss AH, Perry M (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 452-459.
- Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Miniati M, Fagiolini A, Shear K, Pini S, Maser J (1999). The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorders* 54, 3, 319-28.
- Ciandella S, Messano ME, Rebecchi D (2004). La noia. In Apparigliato M, Lissandron S (Ed) *Emozioni consuete e inconsuete in psicoterapia cognitiva*, pp. 217-225. Deleyva, Psicoterapia: clinica e ricerca.
- DeChenne TK, Moody AJ (1988). Boredom: Theory and Therapy. *The Psychotherapy Patient* 3, 17-29.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 19, 1, 1-15
- Dimaggio G, Semerari A (a cura di) (2003). *I disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma.
- Farmer R, Sundberg ND (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment* 50, 1, 4-17.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Versione Clinica (CV)*. Tr. it. Organizzazioni Speciali, Firenze 2000.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Tr. it Organizzazioni Speciali, Firenze 2003.
- Gana K, Deletang B, Metais L (2000). Is Boredom Proneness associated with introspectiveness? *Social Behavior and Personality: an international journal* 28, 5, 499-504.
- Gerber AJ, Posner J, Gorman D (2008). An Affective Circumplex Model of Neural Systems Subservient to Valence, Arousal & Cognitive Overlay During the Appraisal of Emotional Faces. *Neuropsychologia* 46, 8, 2129-2139.
- Gordon A, Wilkinson R, McGown A, Jovanoska S (1997). The psychometric properties of Boredom Proneness Scale: An examination of its validity. *Psychological Studies* 42, 85-97.
- Hamilton JA (1981). Attention, personality and the self-regulation of mood: absorbing interest and boredom. *Progress in Experimental Personality Research* 10, 281-315.
- Hamilton M (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 6, 278.
- Hartocollis P (1980). Affective disturbance in borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic* 44, 2, 135-46.

- Hill AB, Perkins RE (1985). Toward a model of Boredom. *British Journal of Psychology* 127, 25-240.
- James A, Berelowitz M, Vereker M (1996). Borderline personality disorder: study in adolescence. *European Child & Adolescence Psychiatry* 5, 1, 11-7.
- Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* 74, 3, 365-75.
- Lorenzini R, Sassaroli S (2000). *La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Maggini C (2000). Psychobiology of Boredom. *CNS SPECTRUM* 5, 8.
- Maggini C, Dalle Luche R (1987). Per una psicopatologia della noia. Alcuni richiami storici alle relazioni tra noia e melanconia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 111, 1119-1139.
- Mancini F (1992). La finalità della psicoterapia cognitiva. *Psicobiettivo* 1.
- McLeod CR, Vodanovich SJ (1991). The relationship between self-actualization and boredom proneness. *Journal of Social Behavior and Personality* 6, 137-146.
- Musetti L, Perugi G, Soriani A, Cassano GB (2002). Episodio Maniacale. In *Trattato Italiano di Psichiatria*, Seconda Edizione-Edizione elettronica. Masson, Milano 2002.
- Newberry AL, Duncan RD (2001). Roles of boredom and life goals in juvenile delinquency. *Journal of Applied Social Psychology* 31, 3, 527-541.
- Rogers JH, Widiger TA, Krupp A (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 152, 2, 268-70.
- Rupp DE, Vodanovich SJ (1997). The role of boredom proneness in self-reported anger and aggression. *Journal of Social Behavior and Personality* 12, 925-936.
- Seib HM, Vodanovich SJ (1998). Boredom proneness and psychosocial development. *Journal of Psychology* 132, 642-652.
- Sobell MB, Sobell LC, Samuel FH (1974). Validity of self-reports of alcohol-related arrests by alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 35, 1, 276-80.
- Sommers J, Vodanovich SJ (2000). Boredom proneness: its relationship to psychological- and physical-health symptoms. *Journal of Clinical Psychology* 56, 1, 149-55.
- SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).
- Todman MW (2003). Boredom and Psychotic Disorders: Cognitive and Motivational Issues. *Psychiatry* 66, 2.
- Tolor A (1989). Boredom as related to alienation, assertiveness, internal-external expectancy, and sleep patterns. *Journal of Clinical Psychology* 45, 2, 260-265.
- Vodanovich SJ, Kass SJ (1990). A factor analytic study of the Boredom Proneness Scale. *Journal of Personality Assessment* 55, 115-123.
- Vodanovich SJ, Wallace JC, Kass SJ (2005). A Confirmatory Approach to the Factor Structure of the Boredom Proneness Scale: Evidence for a Two-Factor Short Form. *Journal of Personality Assessment* 85, 3, 295-303.
- von Gemmingen MJ, Sullivan BF, Pomerantz AM (2003). Investigating the relationships between boredom proneness, paranoia, and self-consciousness. *Personality and Individual Differences* 34, 907-919.
- Watt JD (1991). Effect of boredom proneness on time perception. *Psychological Reports* 69, 1, 323-7.
- Wink P, Donahue K (1997). The relation between two types of narcissism and boredom. *Journal of Research in Personality* 31, 136-140.
- Young RC, Biggs JT (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry* 133, 429.
- Zuckerman M (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, 45-52.
- 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*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New York.

ESPLORARE LA MENTE DI PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE. QUALITÀ DEL PARENTING, STILE DI ATTACCAMENTO, CAPACITÀ DI DISCRIMINAZIONE DELLE EMOZIONI E RUOLO DEGLI EVENTI DI VITA IN UN CAMPIONE DI SPECIALIZZANDI

Nerina Fabbro^o, Maddalena Bazzoli*, Maddalena Ciaghi*, Valentina Colucci*, Elisa Dalla Bona*, Monica Dalla Valle*, Chiara Dell'Aquila*, Francesco De Rossi*, Anna Follador*, Simona Goberti*, Alberto Magli*, Silvia Marchetto*, Francesca Marchiorello*, Giuditta Mosna*, Chiara Novello*, Elisa Pancheri*, Donata Paternicò*, Carmen Petriccione*, Sandra Rossi*, Giovanna Vacca*, Elena Prunetti^o

^o Didatta, * Specializzando III anno - Associazione di Psicologia Cognitiva (VR)

Riassunto

Il presente studio vuole indagare alcuni aspetti e caratteristiche del terapeuta in formazione che potrebbero risultare fattori implicati all'interno di una gestione efficace della relazione terapeutica. Per lo studio sono stati reclutati 73 soggetti: 42 allievi della scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale APC-SPC di Verona (18 del 1°anno e 24 del 4°anno) ed un gruppo di controllo (31 soggetti laureati non terapeuti).

Obiettivo specifico del presente studio è indagare se i pattern di attaccamento, la capacità di riconoscimento delle emozioni e gli eventi stressanti di vita possano differire tra allievi all'inizio e al termine del corso di formazione in psicoterapia, e rispetto ad un gruppo di soggetti non terapeuti.

A tale scopo, ad entrambi i gruppi sono stati somministrati i seguenti questionari: il Parental Bonding Instrument (PBI), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ), l'Experience in Close Relationship (ECR), la Toronto Alexithymia Scale a 20 item (TAS-20) e il Questionario sugli Avvenimenti di Vita (QAV). Dalla ricerca è emerso che gli studenti che stanno per concludere il percorso di formazione in psicoterapia presentano, sia rispetto alla popolazione generale che agli studenti che hanno appena intrapreso un percorso formativo in psicoterapia, un minor livello di disagio nell'intimità, livelli più bassi di ansietà e di evitamento nelle relazioni di attaccamento; inoltre essi manifestano un livello inferiore di alessitimia rispetto agli altri due gruppi di soggetti. Dai risultati, è emerso inoltre che la qualità della relazione precoce con i propri genitori e lo stile di attaccamento adulto di coppia mediano l'impatto degli eventi stressanti di vita, ipoteticamente costituendosi come fattore di resilienza.

Parole chiave: formazione, attaccamento, alessitimia

EXPLORING THE MIND OF PSYCHOTHERAPISTS IN TRAINING. QUALITY OF PARENTING, ATTACHMENT STYLE, ABILITY TO DISCRIMINATE EMOTIONS AND ROLE OF LIFE EVENTS IN A SAMPLE OF STUDENTS

Abstract

The present study aims to investigate some therapist's aspects that may be involved in effective management of the therapeutic relationship. 73 subjects were enrolled, divided into an experimental group

(42 students from a Cognitive-Behavioural Psychotherapy post-graduate school: 18 students from the first year of course and 24 students from the fourth year) and a control group (31 subjects did not graduate therapists).

The specific objective of this study is to investigate whether the pattern of attachment, the ability to recognize emotions and stressful life events may differ between therapists in training, at the beginning and at the end of the training course, also with respect to the non-trained in psychotherapy population.

The following questionnaires were administered: the Parental Bonding Instrument (PBI), the Attachment Style Questionnaire (ASQ), the Experience in Close Relationship (ECR), the Toronto Alexithymia Scale – 20 items (TAS -20) and the Life Events Questionnaire (QAV).

Research has shown that students who are about to conclude the training program in psychotherapy have a lower disease for intimacy, lower anxiety and avoidance in attachment relationships compared to the general population and students who have just started a training program in psychotherapy; moreover they show a lower alexithymia with respect to the other two groups. It was also found that the quality of early relationships with parents and adult attachment style mediate the impact of stressful life events, thus representing a possible factor of resilience to them.

Key words: training, attachment, alexithymia

1. Introduzione

Gli studi recenti evidenziano un crescente interesse in letteratura sia per i fattori implicati nella gestione del processo terapeutico che per la definizione dei modelli formativi in psicoterapia. La gran parte degli autori interessati alla psicoterapia, anche di diverso indirizzo, concorda infatti che la relazione terapeutica può essere considerata uno dei fattori fondamentale per l'efficacia del trattamento, veicolo di cambiamento e di sviluppo nel processo psicoterapeutico (Byrd et al. 2010). La relazione di cura implica due questioni generali: la descrizione degli eventi rilevanti e la descrizione dell'effetto terapeutico della relazione (Semerari 2000); la prima ha a che vedere con gli schemi interpersonali (Safran, Segal 1990) sia del terapeuta che del paziente; la seconda con la teoria della cura. Una formulazione sintetica della prima riassume che le esperienze interpersonali di un soggetto sono regolate da strutture prototipiche (apprese nell'infanzia con le figure di attaccamento), che guidano l'elaborazione delle informazioni relative alle relazioni. Ne consegue che gli eventi rilevanti in psicoterapia sono generati dall'applicazione sul terapeuta dei *prototipi relazionali* del paziente oltre che dalle risposte del terapeuta stesso, a loro volta mediate dai propri personali prototipi (Semerari 1990). Il terapeuta deve quindi sviluppare la capacità di cogliere nel paziente i segnali dell'avvio di un ciclo interpersonale disadattivo (Safran, Segal 1990) ed in se stesso la pressione dei cicli interpersonali, indirizzando il colloquio in modo da evitare la conferma alle aspettative negative del paziente.

I modelli operativi interni

La cornice concettuale in cui la relazione terapeutica viene inquadrata è quella etologica dei sistemi comportamentali interpersonali (Liotti 1991, 2009), nello specifico nella teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1969, 1973, 1980). In quest'ottica la relazione terapeutica viene valutata in una concezione multi-motivazionale basata sul pensiero evolutivista. Nei termini dell'attaccamento come sistema motivazionale di regolazione del comportamento, su base innata, la richiesta di protezione s'inserisce nella ricerca di aiuto o conforto di un con specifico, percepito come più forte o saggio, in una condizione di stress o di esposizione a un

pericolo (Bowlby 1979). Le modalità con cui l'individuo cerca la prossimità e l'aiuto dipendono dai modelli operativi interni (MOI-Bowlby 1979, 1988; Bretherton 1999), le strutture di memoria che veicolano l'aspettativa di come l'altro reagirà alla richiesta di aiuto e conforto, che costituiscono perciò la specifica rappresentazione delle proprie relazioni d'attaccamento e sono il risultato della storia di tali relazioni. Per incrementare nel paziente l'attitudine a esplorare il proprio mondo soggettivo, la relazione terapeutica deve favorire una percezione del terapeuta come "base sicura" (Bowlby 1988, Tomassoni 2003); per produrre un effetto diretto di cura deve prevedere che un positivo rapporto col terapeuta possa modificare le previsioni negative degli schemi interpersonali del paziente. Sono le condizioni interpersonali di sicurezza offerte dalla relazione terapeutica a favorire l'esperienza interpersonale correttiva e l'incremento di conoscenza di sé.

Il ruolo delle emozioni

La teoria del *transfert e controtransfert* (Freud 1912) trova buone ragioni per il suo accoglimento nelle ricerche di psicologia delle emozioni (Goleman 1995), in primo luogo perché tali studi hanno dimostrato che le emozioni primarie dell'uomo sono segnalate da specifici pattern espressivi e che vi è un'innata capacità di riconoscere e di reagire emotivamente all'altro (Ekman 1984). In secondo luogo il terapeuta è in grado di percepire stimoli sottoglia relativi agli stati emotivi che il paziente inibisce e a elaborarli emotivamente. È in base a questo che gli atteggiamenti emotivi interpersonali del terapeuta possono essere considerati come informazioni indirette sugli stati mentali del paziente così che il terapeuta può fare un uso tecnico dei propri stati mentali nell'intervento col paziente, per evitare il mantenimento di cicli interpersonali disadattivi. Per favorire questo il terapeuta deve poter disporre di un buono strumentario di osservazione e auto-osservazione: egli deve saper osservare le variazioni espressive non verbali del paziente, al fine di interrogare il paziente su ciò che prova *hic et nunc* e favorire il processo di sintesi emozionale; allo stesso tempo il terapeuta deve essere attento alle variazioni del proprio stato emotivo, risultato dell'elaborazione non consapevole dei segnali non verbali delle variazioni degli atteggiamenti del paziente (Semerari 1990).

L'alessitimia

Nel presente studio si fa uso del costrutto di alessitimia¹(Sifneos 1973), per l'indagine della capacità di discriminare le proprie emozioni (Grotstein 1997); in tal senso ci si avvale di precedenti studi epidemiologici, in cui s'indaga la presenza nella popolazione non clinica di alcuni tratti ad esso riferibili. Ipotizzato che nell'ambito di un attaccamento sicuro, la comunicazione affettiva possa portare a risultati positivi nella costruzione di emozioni "regolate", al contrario, in uno stile di attaccamento insicuro, vi è difficoltà nell'elaborazione delle emozioni e si possono sviluppare carenze nell'integrare i processi cognitivi con l'affettività. Ricerche sugli stili di attaccamento²

¹ Sifneos, nel 1973, conio il termine "alessitimia" per indicare "un disturbo specifico nelle funzioni affettive e simboliche", spesso presente nei pazienti psicosomatici, una sorta di "analfabetismo emozionale", marcata difficoltà nel riconoscere, esplorare ed esprimere i propri vissuti interiori.

² Gli stili di attaccamento costituiscono specifiche configurazioni di risposta emotivo-comportamentale del bambino in relazione alle modalità di accudimento dei genitori [Bowlby 1988]. Tali configurazioni mantengono un'elevata stabilità nel tempo e costituiscono la base in grado di orientare significativamente lo sviluppo emotivo e sociale successivo [Guidano 1987, 1991; Simpson 1990; Bretherton & Munholland 1999].

nell'infanzia (Ainsworth 1970, Attili 2007) hanno confermato che la sensibilità del caregiver agli stati emotivi del bambino è un fattore determinante del modo con cui da piccoli impariamo a regolare gli affetti disturbanti e ad entrare in relazione con gli altri. In un altro studio (Parker et al. 1989), l'alessitimia è stata associata ad un stile di attaccamento insicuro evitante, che si caratterizza per un bisogno talvolta ossessivo di cure e di attenzioni. Nello studio citato ci si avvale del costrutto di alessitimia per l'indagine della capacità di discriminare le proprie emozioni e quindi se ne assume la presenza in alcuni tratti, in maniera più o meno evidente, nella popolazione non clinica senza per questo specificarla come costrutto che indica un disturbo. Secondo i teorici dell'attaccamento bisogna aspettarsi che le rappresentazioni difettose del sé e del mondo, costruite dai soggetti alessitimici nel corso dell'infanzia, come anche i loro deficit di regolazione affettiva, abbiano una importante influenza sul tipo di relazioni interpersonali che essi stabiliscono nella vita adulta (Goldman e Anderson 2007).

In merito a ciò, uno studio longitudinale (Montebarocci et al. 2004) su popolazione non clinica, ha trovato che la correlazione tra lo stile di attaccamento di tipo ansioso evitante e la difficoltà emotiva indicherebbe non solo l'evitamento da parte dei soggetti degli stati emotivi, ma anche dell'instaurarsi di relazioni intime. Secondo altri studi (Kristal 1979, Sifneos 1975), un attaccamento di tipo ansioso potrebbe essere correlato, con la conversione dell'ansia, in uno stile di attaccamento insicuro, con sintomi somatici e locus of control interno. In altri termini la coartazione della propria vita emozionale può riflettersi sul piano fisico in una notevole rigidità della postura ed in una riduzione della mimica facciale, mentre a livello interpersonale, il fenomeno può tradursi in una mancanza di empatia (Kristal 1979, Sifneos 1975). Le difficoltà di decodifica emozionale nel contesto di un intervento terapeutico risultano fattori in grado di rendere una relazione tra terapeuta e paziente problematica (McDougall 1974, Weiner 1985), influenzando così sulla qualità dell'alleanza terapeutica e sul decorso del trattamento.

Lo stile di attaccamento del terapeuta

Relativamente a questi importanti aspetti circa le competenze emotive e relazionali del terapeuta, diversi sono gli interrogativi rispetto al ruolo della formazione personale nel curriculum del futuro terapeuta, per l'influenza della stessa sulla capacità di costruire e gestire la relazione terapeutica. Secondo i contributi della comunità scientifica, necessaria è l'indagine delle variabili personali ed interpersonali del terapeuta come pure la conoscenza delle caratteristiche dei propri processi cognitivi ed emotivi, che condizionano la relazione terapeutica, per la gestione del processo di cambiamento. Questo per poter discriminare al meglio il peso dei propri peculiari modi di essere e di reagire piuttosto che le variabili riconducibili al paziente sulle dinamiche relazionali attivate nel setting, e in che modo e misura le stesse possano essere utilizzate come fattori strumentali al processo terapeutico (Cionini e Mattei 1994). In tal senso è possibile indagare aspetti emotivi e cognitivi del terapeuta emergenti nella relazione col paziente e altresì leggere ciò che sta avvenendo all'interno della relazione terapeutica (Liotti e Intreccialagli 1992).

Una recente metanalisi (Diner, Monroe 2011) indica che a una migliore alleanza terapeutica si associa un attaccamento sicuro, mentre una minore o più debole alleanza terapeutica è l'esito di un attaccamento insicuro. Rispetto a questa associazione, tra qualità dell'alleanza terapeutica e stile di attaccamento del terapeuta, nella letteratura recente non emerge concordanza nei dati; uno studio (Dinger et al. 2009) sulla relazione tra problemi interpersonali dei pazienti, stile di attaccamento dei terapeuti e sviluppo dell'alleanza terapeutica, mentre non evidenzia

associazione tra attaccamento sicuro dei terapeuti e sviluppo dell'alleanza terapeutica, mette in luce, di contro, che uno stile relazionale preoccupato del terapeuta si associa ad un basso livello nella qualità dell'alleanza. Inoltre uno stile relazionale preoccupato nel terapeuta e difficoltà relazionali nel paziente spiegano la variazione nella qualità dell'alleanza terapeutica (Dinger et al. 2009). Ulteriori evidenze in Hardy, Shapiro, Barkham (2001) hanno dimostrato come i pazienti con stile di attaccamento evitante ottengono esiti peggiori da un percorso di terapia cognitivo comportamentale e, in particolare, come il rapporto tra stile di attaccamento e decorso terapeutico sia mediato dall'alleanza terapeutica. Da un ulteriore studio sullo stile di attaccamento del terapeuta (Rubino, Berker, Rhot 2000) è emerso che i terapeuti con stile di attaccamento insicuro, tendono a rispondere con modalità meno empatiche rispetto ai loro colleghi con stile di attaccamento sicuro.

Studi recenti, in linea con gli obiettivi di questa ricerca, evidenziano l'importanza dei Modelli Operativi Interni nei terapeuti. In particolare, come è riportato da un recente studio (Suess 2009), nell'intervento con genitori ad alto rischio impegnati nell'accudimento dei loro figli, emerge che il conoscere i propri modelli di attaccamento da parte di coloro che curano, aiuta le madri a riconoscere i loro modelli operativi interni disfunzionali e indirizzarle verso una decodifica dei segnali dei figli più adatta allo sviluppo del benessere dei piccoli. In questo studio si è trovato innanzitutto un'alta percentuale di attaccamenti insicuri nei terapeuti (68% insicuri contro un 31% sicuri). Conferma a questo dato circa una maggiore frequenza di attaccamenti insicuri negli operatori si trova anche nei lavori di Grossmann (Grossmann et al. 1985). Nello studio citato di Suess (2009) si è visto poi che le madri ad alto rischio, seguite da operatori sicuri, mostrano migliori risultati nella relazione ad un anno col proprio bambino: sono più sicure, mostrano una tendenza inferiore alla depressione, maggiore empatia nel comprendere i bisogni del loro bambino, fanno minor ricorso alle punizioni fisiche e mostrano maggior rispetto per le necessità del bambino, rispetto alle madri seguite da operatori insicuri. Si evidenzia, altresì, l'interesse nell'aumentare la conoscenza, da parte di chi esercita la professione di terapeuta, dei propri modelli operativi interni, avendo come obiettivo quello di avere una padronanza personale nella gestione dell'alleanza terapeutica.

Durante la relazione terapeutica possono emergere specifiche forme relazionali, quali ad esempio quella di cooperazione o quella di attaccamento-accudimento; in particolare quest'ultima, quando attivata, potrebbe indicare che il paziente "elege" il terapeuta come "base sicura" attraverso l'instaurarsi di un attaccamento sicuro che si esprime con l'empatia e genera sicurezza e intimità, favorendo l'instaurarsi di un'impostazione cooperativa per il buon esito del trattamento. Al contrario il terapeuta con uno stile di attaccamento insicuro, rievocerebbe, nel paziente con uno stile insicuro, una conferma alle aspettative negative riguardo alle interazioni di attaccamento-accudimento (Dykas e Cassidy 2010).

In sintesi, la letteratura evidenzia il ruolo di molteplici fattori che possono essere implicati in una più o meno efficace gestione sia dell'alleanza terapeutica che dell'andamento della terapia stessa, quali le cure parentali, lo stile di attaccamento, i modelli operativi interni e la capacità di riconoscimento delle emozioni da parte del terapeuta. Tali aspetti si riflettono sulla questione ben più importante di dare considerazione e approfondimento di tali fattori già precocemente nel percorso formativo del futuro psicoterapeuta.

Ipotesi dello studio

L'ipotesi della presente ricerca è che, in considerazione dell'importanza della relazione

terapeutica nella cura, gli psicoterapeuti in formazione, per divenire “base sicura” per il paziente, dovrebbero possedere uno stile di attaccamento sicuro nelle relazioni in età adulta, sia a seguito di legami empatici e supportivi nell’infanzia con genitori, sia come esito, in alternativa, di una successiva riorganizzazione del pattern di attaccamento (Crittenden 1990, 1995), conseguente a specifici eventi di vita o a percorsi terapeutici (che portano a cambiamenti nella comprensione delle proprie esperienze passate con aumento della capacità di autoriflessione in favore di una organizzazione mentale più equilibrata). Dovrebbero mostrare migliori capacità di discriminazione degli stati emozionali e mentali propri ed altrui e altresì una migliore capacità di gestione degli eventuali eventi di vita negativi, rispetto a chi che non ha compiti di cura psicologica.

Obiettivo del presente studio è dunque quello di esplorare la mente di allievi in formazione della scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva rispetto a soggetti di controllo tratti dalla popolazione normale, misurando la qualità della relazione con i genitori nella prima infanzia, prototipo relazionale dello stile di attaccamento presentato nelle relazioni in età adulta, in particolare di coppia (Carli 1995); verificare la capacità di riconoscimento delle proprie emozioni e l’eventuale impatto di eventi stressanti di vita sulle variabili considerate. Si vuole altresì confrontare se esistono variazioni significative rispetto a questi parametri tra allievi all’inizio ed allievi alla conclusione del percorso formativo, al fine di evidenziare se, tra gli eventi di vita, il percorso formativo possa essere considerato contributo decisivo al processo di riorganizzazione della propria storia personale verso un attaccamento più equilibrato, strumento indispensabile per il futuro psicoterapeuta.

2. Materiali e metodi

2.1 Soggetti

La ricerca è stata condotta su un totale di 73 soggetti, maschi e femmine di età compresa tra i 25 e i 45 anni, laureati, con una scolarità media di 18 anni. L’arruolamento dei soggetti è stato preceduto dal consenso informato firmato da parte di tutti i partecipanti allo studio.

Il totale è costituito da tre gruppi sperimentali: due gruppi campione sono formati da psicoterapeuti in formazione, per un totale di 42 allievi, e un gruppo di 31 soggetti, di controllo, estratti dalla popolazione generale (soggetti laureati).

I soggetti appartenenti ai gruppi campione sono stati reclutati presso l’Associazione di Psicoterapia Cognitiva e la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC) sede di Verona e suddivisi in due gruppi: il primo è costituito da 18 allievi iscritti al primo anno della scuola di Specializzazione e il secondo è costituito da 24 allievi iscritti al quarto anno della stessa scuola. I due gruppi campioni sono omogenei per età, sesso e scolarità.

La **tabella 1** mostra le caratteristiche socio demografiche dei partecipanti allo studio. I gruppi risultano avere tutti alti livelli di scolarità; la statistica ANOVA mostra che le variabili età media e genere risultano distribuiti in modo significativamente diverso tra i gruppi. In particolare alla statistica post hoc Test di Tukey si osserva che gli psicoterapeuti al quarto anno di corso hanno un’età maggiore sia rispetto ai colleghi del primo anno ($p = .008$) sia rispetto al gruppo di controllo ($p = .006$). Al Chi-quadro si osserva che i due gruppi di psicoterapeuti al primo e quarto anno includono una più bassa percentuale di uomini rispetto al gruppo di controllo ($p = .000$).

I due gruppi sperimentali sono stati confrontati con il gruppo di controllo nei risultati ottenuti ai questionari somministrati.

Tabella 1. Distribuzione e caratteristiche socio-demografiche del campione

	Gruppo sperimentale Psicoterapeuti 1° anno N=18	Gruppo sperimentale Psicoterapeuti 4° anno N=24	Gruppo di controllo soggetti N=31
Età (aa)			
<i>M, ds</i>	28,9 (±4,4)	32,1 (±2,9)	29,3 (±2,8)
<i>Range</i>	26-45	28-41	25-35
Sesso			
Femmine	17 (94,4%)	24 (100%)	15 (48,4%)
Maschi	1 (5,6%)	0	16 (51,6%)
Scolarità (aa)			
<i>M, ds</i>	18,2 (±0,4)	18 (±0)	17,9 (±0,9)
<i>Range</i>	18-19	18	16-20

2.2 Strumenti

Ciascun soggetto ha compilato una serie di questionari ad auto-somministrazione. Gli strumenti utilizzati sono di seguito descritti.

Parental Bonding Instrument (PBI - Parker, Tupling e Brown 1979): è uno strumento che valuta le caratteristiche del legame genitoriale e lo stile di attaccamento, come percepito durante i primi 16 anni di vita; la misura quindi è retrospettiva. Composto da 25 item, prende in considerazione le due dimensioni: “*accudimento/indifferenza-rifiuto*” (12 item), i cui punteggi andranno a comporre la scala della “*cura*” [CU] e “*controllo/incoraggiamento dell'autonomia*” (13 item), i cui punteggi andranno a comporre la scala dell’“*iperprotezione*” [IP]; ogni dimensione è messa in relazione alla valutazione dello stile materno e di quello paterno. La combinazione di bassi e alti punteggi nei due fattori permette di collocare ciascun genitore in uno dei 4 quadranti (**tabella 2**) che corrispondono ad altrettanti tipi di legame parentale (Parker 1983): *legame (parenting) ottimale* (alta “cura” e bassa “iperprotezione”), *parenting negligente* (legame assente o scarso: bassa “cura” e bassa “iperprotezione”), *costrizione affettuosa* (alta “cura” e alta “iperprotezione”) e *controllo anaffettivo* (bassa “cura” e alta “iperprotezione”).

Tabella 2. Classificazione dell’attaccamento secondo il PBI

	CURA	IPERPROTEZIONE
LEGAME OTTIMALE	Intensa	Scarsa
LEGAME DEBOLE	Scarsa	Scarsa
COSTRIZIONE AFFETTIVA	Alta	Alta
CONTROLLO NON AFFETTIVO	Scarsa	Alta

Experiences in Close Relationships-Revised (ECR – Fraley, Waller e Brennan, 2000): è un questionario autosomministrato che rileva il modo in cui il soggetto vive l’attaccamento nelle relazioni sentimentali; è composto di 2 fattori: “ansia” [AN] e “evitamento” [EV] di 18 item ciascuno, valutati su una scala a 7 punti. Il fattore «*ansia*», comprende intensa preoccupazione per le relazioni sentimentali, timore di essere abbandonati e frequenti richieste al partner di maggiore coinvolgimento; il secondo, «*evitamento*», include difficoltà e disagio ad avvicinarsi emotivamente e ad affidarsi al partner. Dall’incrocio dei punteggi di ansia ed evitamento il legame di attaccamento nelle relazioni di coppia ricade in uno dei seguenti pattern di attaccamento distinti, individuati con la cluster analysis, che equivalgono alla classificazione degli stili di attaccamento in 4 categorie (**tabella 3**) di Bartholomew (1990): *sicuro* (basso “evitamento” – bassa “ansia”), *preoccupato* (basso “evitamento” – alta “ansia”), *distaccato* (alto “evitamento” – bassa “ansia”) e *timoroso* (alto “evitamento” – alta “ansia”).

Tabella 3. Classificazione degli stili di attaccamento in 4 categorie di Bartholomew (1990)

	EVITAMENTO	ANSIA
SICURO	Basso	Basso
TIMOROSO	Alto	Alto
PREOCCUPATO	Basso	Alto
DISTACCATO/SVALUTANTE	Alto	Basso

Attachment Style Questionnaire (ASQ - Feeney, Noller e Hanrahan 1994): è un questionario finalizzato alla valutazione dell’attaccamento adulto. Si compone di 40 item che rappresentano atteggiamenti e sentimenti verso se stessi e gli altri valutati su una scala a 6 punti, che confluiscono in 5 scale, indicative di particolari stili sulla base del modello di Bartholomew (1990):

1. *Fiducia* [F], 8 item (stile di attaccamento sicuro)
2. *Disagio per l’Intimità* [D], 10 item (stile di attaccamento evitante/distaccato)
3. *Secondarietà delle Relazioni* [S], 8 item (stile di attaccamento evitante/distaccato)
4. *Bisogno di Approvazione* [A], 7 item (stile di attaccamento preoccupato)
5. *Preoccupazione per le Relazioni* [P], 7 item (stile di attaccamento preoccupato)

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20 - Taylor, Bagby, Parker e Graeme 1992; tr. it. Bressi et al.): è una scala psicometrica a 20 item, che mira a rilevare la presenza di difficoltà nell’identificare le emozioni ed il grado di focalizzazione sugli stati emotivi interni, individuando quindi la presenza di tratti alessitimici. Si risponde usando una scala Likert a 5 punti (1= fortemente in disaccordo; 5= fortemente in accordo). Il punteggio finale può quindi andare da 20 a 100. Gli studi hanno suggerito che persone con un punteggio totale al TAS uguale o maggiore a 61 (punteggio “soglia”) sono classificabili come alessitimiche.

Questionario degli Avvenimenti di Vita (Q.A.V. – Biondi, Palma e Pancheri 1993): rileva la presenza e la rilevanza emotiva di eventi esistenziali stressanti, in grado di modificare precedenti condizioni psicologiche e socio-ambientali (cambiamenti nella vita affettiva, familiare e personale – eventi di lavoro ed economici – cambiamenti generali di vita). Viene valutata dal soggetto la rilevanza emotiva dell’evento, su una scala a 7 punti, la relazione percepita tra l’evento ed il

proprio stato attuale, su una scala a 5 punti, nonché la distanza temporale dall'avvenimento.

2.3 Analisi statistiche

Le caratteristiche socio-demografiche sono state confrontate tra i gruppi tramite un'ANOVA applicando le statistiche post-hoc: Tukey in caso di omogeneità delle varianze e Games-Howell in caso contrario.

Sui punteggi ottenuti alle sottoscale dei vari test è stato prima applicato il test di Kolmogorov-Smirnov per controllare la normalità delle distribuzioni. Al fine di rilevare eventuali differenze tra i gruppi sono quindi stati applicati i test non parametrici Mann-Whitney sui punteggi grezzi (variabili continue) e Chi quadro (variabili dicotomiche) sui punteggi grezzi trasformati. Per ogni sottoscala componente i vari strumenti, sono stati effettuati i seguenti confronti: Controlli vs Primo anno, Controlli vs Quarto anno, Primo anno vs Quarto anno.

Allo scopo di indagare l'esistenza di un'eventuale relazione tra gli stili di attaccamento (legame parentale, di coppia e relazionali in generale) e l'impatto percepito degli eventi di vita stressanti, è stato applicato un Modello Lineare Generalizzato separatamente per ogni strumento utilizzato (ASQ, ECR, PBI_m E PBI_p). In particolare i punteggi grezzi ottenuti alle sottoscale del test e un fattore di interazione tra le stesse sono stati inseriti come variabili indipendenti, mentre l'impatto degli eventi percepito dai soggetti è stato inserito nel modello come variabile dipendente.

3. Risultati

In **tabella 4** si riportano i punteggi medi e le relative deviazioni standard ottenute nei vari strumenti dall'intero campione, dal gruppo di controllo (**tabella 4.1**) e dai gruppi sperimentali al primo anno (**tabella 4.2**) e quarto anno (**tabella 4.3**) di formazione.

Tabella 4. *Punteggi medi ottenuti dall'intero campione*

Strumento	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		TAS	QAV		
Fattori	F	D	S	A	P	CU	IP	CU	IP	EV	AN		NEU	POS	NEG
Punteggio medio	32 ±6	33 ±8	13 ±4	19 ±6	25 ±7	25 ±7	14 ±8	22 ±8	12 ±6	54 ±12	51 ±19	40 ±11	0 ±1	6 ±3	4 ±4

Tabella 4.1 *Punteggi medi e deviazioni standard ottenuti dal gruppo di controllo*

Strumento	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		TAS	QAV		
Fattori	F	D	S	A	P	CU	IP	CU	IP	EV	AN		NEU	POS	NEG
Punteggio medio	33 ±8	32 ±9	13 ±5	17 ±7	26 ±9	24 ±9	14 ±9	22 ±8	12 ±5	50 ±15	56 ±20	43 ±12	0 ±1	6 ±4	4 ±3

Tabella 4.2 Punteggi medi e deviazioni standard ottenuti dal gruppo di psicoterapeuti al primo anno

Strumento	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		TAS	QAV		
Fattori	F	D	S	A	P	CU	IP	CU	IP	EV	AN		NEU	POS	NEG
Punteggio medio	33 ±5	36 ±5	14 ±3	21 ±6	26 ±6	25 ±5	15 ±6	19 ±8	13 ±6	59 ±8	54 ±19	41 ±9	1 ±1	5 ±2	4 ±3

Tabella 4.3 Punteggi medi e deviazioni standard ottenuti dal gruppo di psicoterapeuti al quarto anno

Strumento	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		TAS	QAV		
Fattori	F	D	S	A	P	CU	IP	CU	IP	EV	AN		NEU	POS	NEG
Punteggio medio	32 ±6	33 ±7	13 ±4	19 ±5	24 ±5	24 ±8	14 ±8	24 ±7	10 ±7	55 ±7	43 ±16	36 ±8	1 ±1	6 ±3	5 ±5

3.1 Stili di attaccamento

Dalla trasformazione dei punteggi grezzi ottenuti ai test PBI, ECR e ASQ nei rispettivi stili di attaccamento è stato possibile individuare quale fosse la qualità del legame con i genitori (**figura 1.1 e 1.2**), lo stile di attaccamento nella relazione di coppia (**figura 2**) e interpersonali in genere (**figura 3**) dei soggetti appartenenti ai vari gruppi sperimentali.

- PBI: QUALITÀ DEL LEGAME DI PARENTING

Analizzando i risultati ottenuti dai tre gruppi di soggetti non è stata osservata alcuna differenza significativa nella distribuzione dei diversi stili di parenting, così come analizzando i punteggi alle diverse sotto-scale che costituiscono lo strumento.

- ECR: STILI DI ATTACCAMENTO NELLE RELAZIONI DI COPPIA

Analizzando il gruppo di psicoterapeuti al primo anno di formazione si osserva come nelle relazioni di coppia il 67% dei soggetti ha un attaccamento di tipo sicuro, il 28% dei soggetti un attaccamento di tipo evitante e il 6% un attaccamento di tipo evitante-timoroso. Nessuno risulta avere un attaccamento di tipo preoccupato (**figura 2**). Nel gruppo di psicoterapeuti al quarto anno di formazione è emerso che l'88% dei soggetti ha un attaccamento di tipo sicuro, l'8% di tipo evitante e il 4% di tipo evitante-timoroso. Nessuno risulta avere un attaccamento di tipo preoccupato. Infine relativamente al gruppo di controllo il 77% risulta avere un attaccamento di tipo sicuro, il 13% di tipo evitante, il 3% di tipo evitante-timoroso e il 7% di tipo preoccupato.

Nessuna differenza significativa è stata osservata nella distribuzione dei diversi stili di attaccamento di coppia tra i gruppi di studio.

Figura 1. 1. Distribuzione degli stili di attaccamento con la madre tra i gruppi

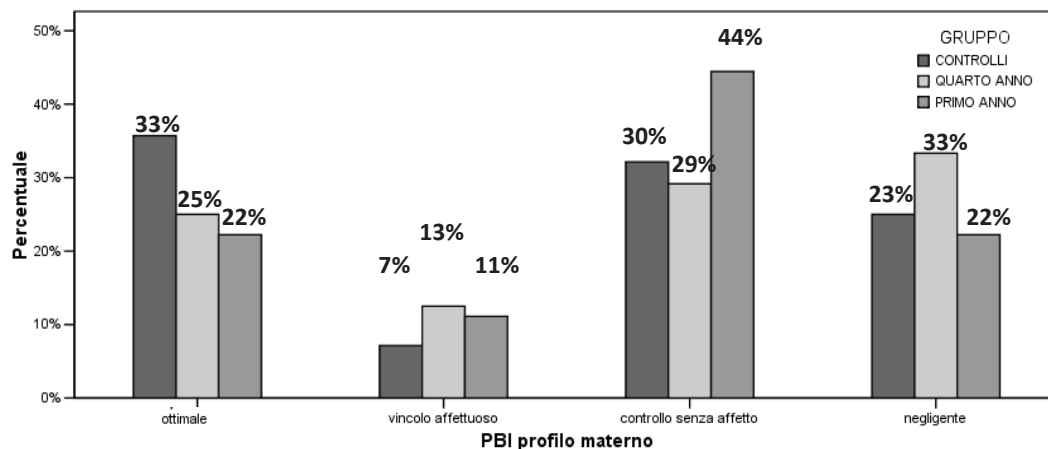
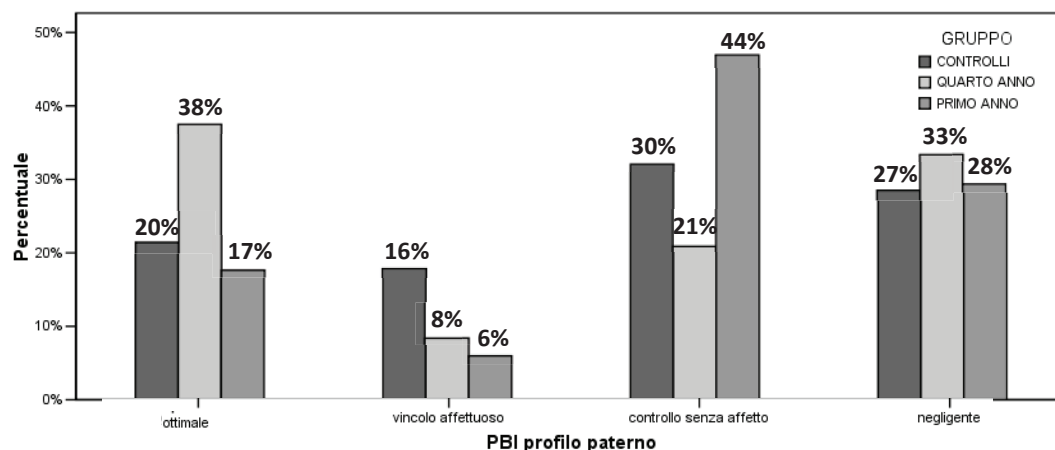


Figura 1. 2. Distribuzione degli stili di attaccamento con il padre tra i gruppi



Emerge altresì che (figura 3):

- gli studenti del quarto anno di psicoterapia presentano punteggi medi significativamente più bassi alla sottoscala Ansietà sia rispetto ai controlli (U Mann Whitney=249; $p < .05$), che rispetto ai soggetti del primo anno di corso (U Mann Whitney=135; $p < .05$);
- gli studenti del primo anno di psicoterapia presentano punteggi medi significativamente più alti alla sottoscala Evitamento rispetto al gruppo di controllo (U Mann Whitney=160; $p < .05$).

Figura 2. Distribuzione degli stili di attaccamento di coppia tra i gruppi

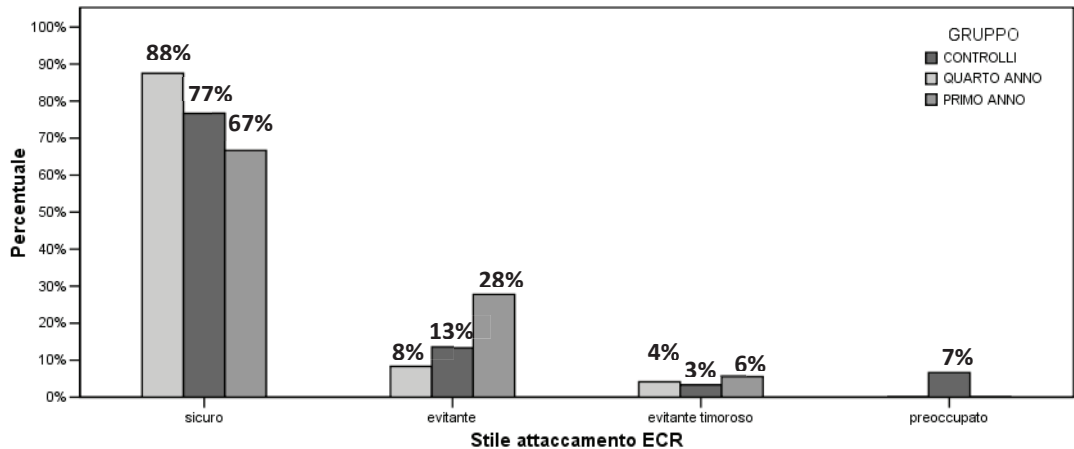
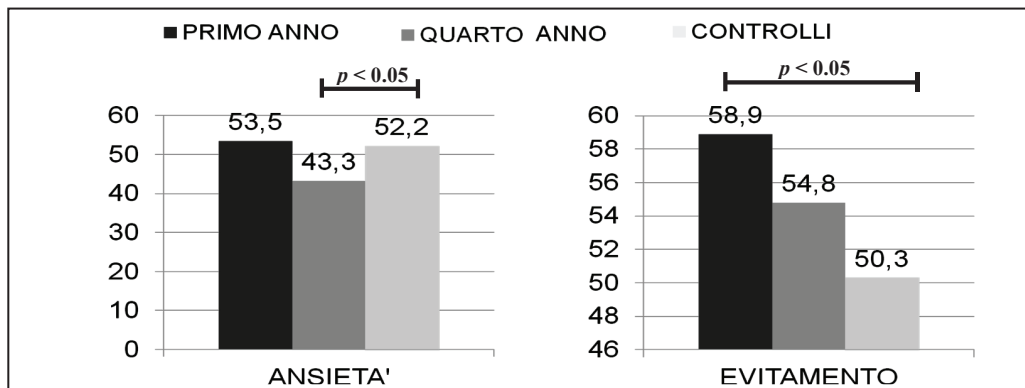


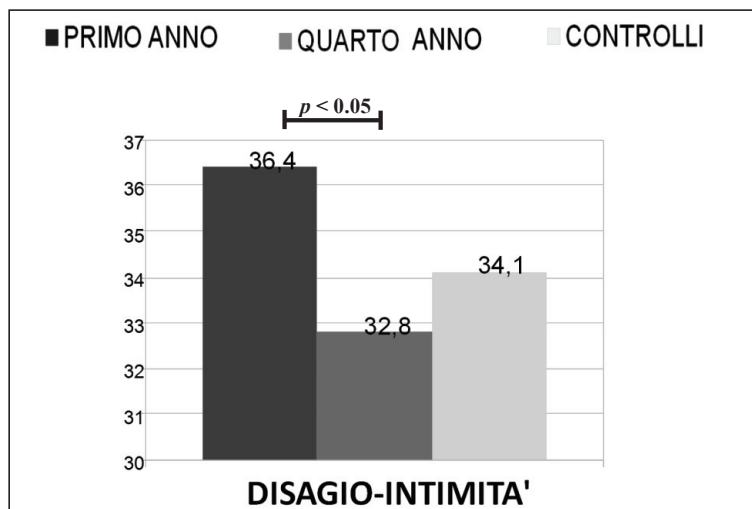
Figura 3. Punteggi medi alle sottoscale Ansietà ed Evitamento dell'ECR tra i gruppi



- ASQ: STILE DI ATTACCAMENTO NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

Analizzando separatamente i punteggi ottenuti alle sottoscale che costituiscono l'ASQ emerge che gli studenti al quarto anno di formazione in psicoterapia presentano punteggi medi più bassi nella sottoscala Disagio-Intimità (**figura 4**) rispetto agli studenti del primo anno tendenti alla significatività (U Mann Whitney=141; $p = .056$). Nessuna differenza tra i gruppi è stata osservata per le altre sottoscale.

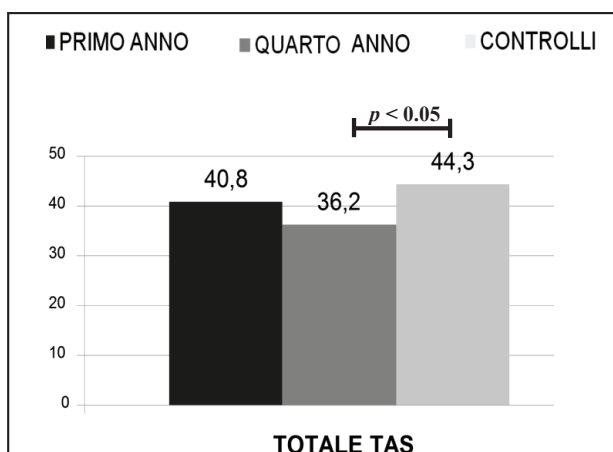
Figura 4. Punteggi medi alla sottoscale Disagio-Intimità dell'ASQ tra i gruppi



3.2 Riconoscimento delle emozioni

I punteggi medi ottenuti alla TAS (figura 5) dagli studenti del quarto anno risultano significativamente più bassi rispetto al gruppo di controllo (U Mann Whitney=242; $p=.03$) e, con un trend di significatività, anche rispetto agli studenti del primo anno (U Mann Whitney=144; $p=.07$).

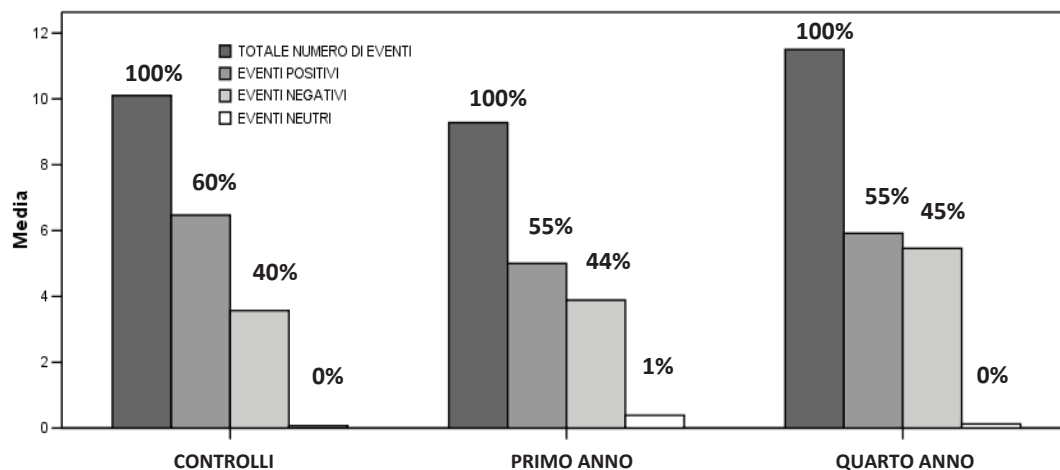
Figura 5. Punteggi medi ottenuti alla TAS tra i gruppi



3.3 Eventi di vita

Nel confronto fra i tre gruppi non si osservano differenze significative circa la distribuzione degli eventi di vita stressanti, né nel numero complessivo, né per quanto riguarda la tipologia di eventi (figura 6). In tutti i gruppi risultano più frequenti i cambiamenti di vita nella sfera affettiva, familiare e personale, la metà dei quali riguarda le relazioni di coppia.

Figura 6. Distribuzione del numero medio e relativa frequenza degli eventi di vita



Al Modello Lineare Generalizzato risulta un effetto dello stile di attaccamento di coppia sull'impatto degli eventi stressanti di vita valutati negativamente. Si evidenzia, infatti, un effetto significativo ($P=0.03$) combinato di ansietà ed evitamento all'ECR sul numero di eventi vissuti negativamente. I soggetti che mostrano un legame di coppia di tipo sicuro o evitante risultano valutare negativamente un numero inferiore di eventi di vita, rispetto ai soggetti con attaccamento di coppia di tipo timoroso-evitante o preoccupato (figura 7.1).

Al Modello Lineare Generalizzato risulta un effetto del profilo materno al PBI sull'impatto degli eventi di vita valutati negativamente. Si evidenzia, infatti, un effetto significativo ($P=0.03$) combinato di iperprotettività ed accudimento sul numero di eventi vissuti negativamente. I soggetti che hanno uno stile di attaccamento materno ottimale o con vincolo affettuoso, risultano valutare negativamente un numero inferiore di eventi di vita, rispetto ai soggetti con attaccamento materno di tipo controllante senza affetto o negligente (figura 7.2).

4. Discussione

La ricerca in psicoterapia ha messo in rilievo l'importanza della relazione psicoterapeutica per i fattori implicati nella gestione del processo di cura e l'influenza sull'efficacia terapeutica (Semerari 1990, 2000). A tal fine importante diventa esplorare lo stato della mente dei terapeuti e dei terapeuti in formazione.

Figura 7.1. Distribuzione degli eventi di vita tra i soggetti con diversi stili di attaccamento di coppia all'ECR

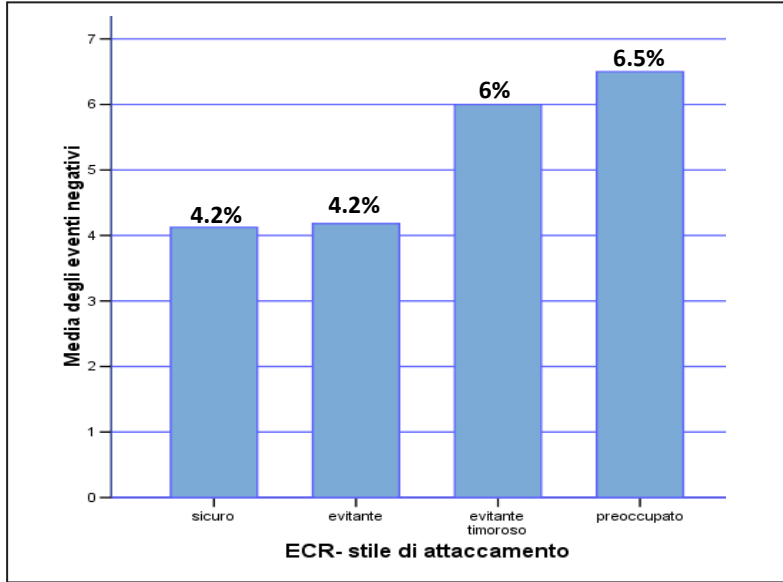
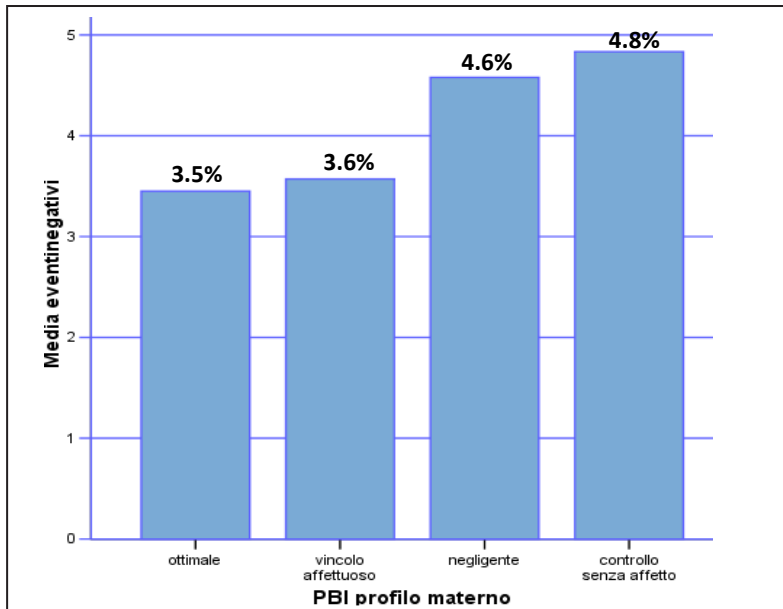


Figura 7.2. Distribuzione degli eventi di vita tra i soggetti con diversi stili di attaccamento materno al PBI



Attraverso l'esame di due gruppi di specializzandi, uno all'inizio e uno al termine della formazione in psicoterapia, rispetto ad un gruppo di soggetti di controllo, la presente ricerca si è posta come obiettivo la conoscenza della mente di futuri psicoterapeuti, per fornire un contributo circa la comprensione dell'eventuale influenza del percorso formativo sulla funzione riflessiva verso una riorganizzazione equilibrata della configurazione di attaccamento. Considerando che il legame di parenting viene a costituire il prototipo relazionale delle successive relazioni di attaccamento in età adulta, e tra queste anche quella terapeutica con il paziente (Semerari 2000), si è verificata innanzitutto la qualità del rapporto con i genitori nell'infanzia, rilevando altresì lo stile di attaccamento nella coppia (considerato il prototipo per eccellenza del legame di attaccamento in età adulta) (Attili 2007) e nelle relazioni in genere; si è esaminata altresì la capacità di riconoscimento delle emozioni e misurato l'impatto della numerosità e della tipologia degli eventi stressanti sugli aspetti esaminati.

I risultati ottenuti da questo studio preliminare circa **le relazioni con i genitori** (valutate con il PBI nelle forme materna e paterna), non evidenziano differenze statisticamente significative tra i tre gruppi considerati: la maggior parte degli intervistati dichiara di aver avuto legami insicuri con i genitori nell'infanzia, caratterizzati da vincoli con controllo anaffettivo, carenti di sensibilità e di attenzione verso i bisogni del sé bambino. Relativamente al **legame di attaccamento con la madre**, colpisce che la percentuale più diffusa di bonding di tipo ottimale si riscontri nei soggetti di controllo (33%); molto elevata in tutti i gruppi, soprattutto negli studenti del primo anno (44%), la frequenza di legami insicuri con i genitori caratterizzati da vincoli di tipo controllante e non affettivo. Appare considerevole altresì la percentuale di legami caratterizzati da comportamenti di trascuratezza da parte della figura materna, con percentuali variabili dal 22 al 33%. Simile a quanto rilevato per quello materno risulta il **profilo paterno** (PBI): ancora una volta molto frequenti sono i legami insicuri, con elevate percentuali in tutti e tre i gruppi di soggetti di legami caratterizzati da negligenza (27-30%); interessante che negli studenti del quarto anno il legame più diffuso è il sicuro ottimale, mentre in quelli del primo è quello di tipo controllante anaffettivo.

Questa carenza nella sicurezza sperimentata nell'infanzia sembra tuttavia non aver avuto influenza sugli intervistati circa la costruzione delle relazioni in età adulta. I tre gruppi, che non mostrano differenze statisticamente significative, descrivono le loro **relazioni di coppia**, valutate con l'ECR, come legami sicuri. Gli allievi in particolare presentano un attaccamento di tipo sicuro tra il 67% e l'88% dei componenti, mentre lo stile meno diffuso è quello evitante-timoroso (4-6%), in assenza di modalità di relazione di tipo preoccupato, rappresentate invece nel 7% del gruppo di controllo.

Ad un'analisi più in dettaglio emerge che l'attaccamento di coppia negli allievi al quarto anno appare caratterizzato da minore "ansietà" sia rispetto ai controlli che agli studenti del primo anno. Differentemente, i futuri terapeuti del primo anno presentano un livello di "evitamento" maggiore rispetto al gruppo di controllo. La ridotta presenza dell'"ansietà", fattore tipico di chi è costantemente preoccupato rispetto alle relazioni sentimentali, ha timore di essere abbandonato e di restare solo, ricercando in modo coinvolgente una forte vicinanza con il partner, fa pensare che i soggetti del 4° anno posseggano modalità di porsi nelle relazioni interpersonali improntate alla fiducia e sicurezza. Al contrario la maggiore frequenza, nelle risposte degli intervistati del primo anno, di "evitamento", fattore presente in chi tende ad evitare la vicinanza e il coinvolgimento emotivo col partner, in chi mostra difficoltà ad aprirsi, ad affidarsi, a condividere intimi pensieri e sentimenti, a richiedere aiuto, conforto o rassicurazione, mette in luce difficoltà nella capacità di costruire relazioni empatiche. Tali risultati evidenziano che gli intervistati che sono al termine

del percorso di formazione possiedono un buon equilibrio nella capacità di vicinanza emotiva e psicologica, all'interno di un legame in cui sono prevedibili reciprocità ed alternanza di ruoli tra chi dà e chi riceve cure, buona disponibilità nel rispondere ai bisogni emotivi dell'altro.

Questa evidenza trova conferma anche nei risultati raggiunti all'ASQ, l'altro strumento di rilevazione dello stile di attaccamento nelle **relazioni interpersonali**; emerge infatti una maggiore presenza di stili di attaccamento caratterizzati da "evitamento" negli studenti del primo anno rispetto agli altri due gruppi e la tendenza degli allievi del quarto anno ad ottenere punteggi inferiori nella sottoscala "Disagio per l'intimità" rispetto agli studenti del primo anno. Questo dato confermerebbe ulteriormente la capacità degli allievi del 4° anno di essere a proprio agio con l'intimità e di mantenere una distanza equilibrata con l'altro, mostrandosi capaci di fiducia nel porsi e nello stare nelle relazioni.

Nello studio è stata poi considerata l'**alessitimia** (valutata con la TAS 20), costruito che riassume la difficoltà ad identificare gli stati emotivi, a distinguere fra affetti e componenti somatiche delle emozioni e a comunicare le proprie emozioni agli altri. A questo proposito, gli studenti al quarto anno manifestano un livello di alessitimia significativamente inferiore rispetto al gruppo di controllo e tendenzialmente inferiore anche rispetto agli studenti del primo anno. Questo dato evidenzia che i futuri psicoterapeuti al termine della formazione sono più capaci di leggere i propri stati emotivi, capacità che, come rilevato dalla letteratura (Liotti e Intreccialagli 1992, McDougall 1974, Weiner 1982), rappresenta un fattore in grado di influire sulla qualità dell'alleanza terapeutica e sul decorso del trattamento. Una migliore lettura dei propri stati interni da parte del terapeuta, infatti, può facilitarne l'utilizzo consapevole all'interno della relazione terapeutica.

Nell'ottica di valutare se e quali siano gli **eventi di vita** che si intersecano combinandosi e contribuendo alla riorganizzazione equilibrata dello stato della mente dell'allievo, l'analisi della numerosità, della tipologia e della valutazione degli eventi stressanti occorsi evidenzia risultati comparabili tra i tre gruppi di soggetti. I dati raccolti mostrano che gli eventi di vita vissuti da tutti gli intervistati appartengono alle medesime aree tematiche, tipiche dell'età e dello ciclo di vita (uscita dalla famiglia d'origine, formazione di una coppia stabile, eventi legati alla ricerca di un inserimento lavorativo) e che la numerosità degli stessi è simile tra i gruppi. L'assenza di differenze significative nella tipologia degli eventi stressanti accaduti ai tre gruppi di intervistati può indicare che gli stessi si trovano in fase simile dell'esistenza e suggerisce altresì che gli allievi in formazione non provengono da storie di vita con numero maggiore di eventi negativi o traumatici rispetto a chi non sceglie professioni di cura.

Ma come ci si spiega il maggior equilibrio rilevato nella mente degli allievi del 4° anno? L'ipotesi esplicativa più plausibile può essere identificata nella funzione significativa attribuibile alla formazione, percorso sperimentato esclusivamente dagli allievi e che differenzia il gruppo campione dal controllo, a parità degli altri eventi di vita accaduti a tutti gli intervistati; l'esperienza formativa pare essere quella che fornisce agli allievi il contributo più rilevante nella rielaborazione della propria storia grazie all'acquisizione di strumenti di auto-osservazione e di autoriflessione, che determinano aumento della conoscenza di sé che esita in una evoluzione dello stato della mente.

È interessante notare altresì che i soggetti che dichiarano un legame di coppia di tipo sicuro e di tipo evitante tendono a valutare gli eventi stressanti in modo meno negativo rispetto ai soggetti con legame di coppia evitante-timoroso e preoccupato. Questo risultato, apparentemente contraddittorio può essere interpretato nell'ottica della teoria dell'attaccamento. Un attaccamento di tipo sicuro può costituire un fattore di resilienza (Mikulincer 2011) che protegge dall'impatto

di eventi potenzialmente negativi (Liotti e Farina 2011); la maggior parte dei soggetti sicuri è in qualche modo ottimista e minimizza gli eventi negativi del passato (Crittenden 1999), generalmente vedendo il lato positivo delle cose (Scheier, Carver 1982; Taylor, Brown 1988). Nello stile evitante, invece, la tendenza ad allontanare i contenuti emotivi spiacevoli può riflettersi in una valutazione meno negativa dell'evento stressante. Questo potrebbe essere attribuito alla tendenza ad "idealizzare" e negare alcuni aspetti importanti della realtà (Crittenden 1999), escludendo difensivamente alcune informazioni che in determinati periodi dell'esistenza possono aver provocato una forte sofferenza, in questo caso quelle legate all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento, attivo in taluni momenti anche nella relazione di cura con il paziente (Attili 2007). Un'ulteriore analisi dell'influenza del legame materno sulla valutazione dell'impatto degli eventi di vita conferma l'effetto protettivo della presenza di uno stile di attaccamento sicuro o di vincolo affettuoso.

In sintesi, pur emergendo che la maggior parte degli intervistati -sia gli allievi che i non allievi- dichiara che i loro genitori nell'infanzia hanno manifestato modalità di accudimento improntati a scarsa sensibilità e limitata attenzione verso i bisogni emotivi dell'intervistato-bambino, gli stessi, pur avendo prototipi relazionali per lo più non sicuri, riescono ad instaurare in età adulta relazioni con gli altri e nella coppia, caratterizzate da fiducia, sensibilità, equilibrata vicinanza e reciprocità emotiva. Questa competenza relazionale risulta rilevante negli allievi del 4° anno, più capaci degli altri di vivere con agio l'intimità e la vicinanza emotiva nella relazioni, sperimentando minori livelli di ansia e non utilizzando difese del tipo "evitamento"; essi mostrano buone competenze nella decodifica delle emozioni, con percentuali più basse di alessitemia. Nell'ottica di comprendere quali siano i fattori che influiscono sul processo di riorganizzazione che porta gli allievi verso uno stato mentale più equilibrato ed integrato, che li mette nelle condizioni di costruire una buona relazione terapeutica, non risultano avere un peso particolarmente rilevante gli eventi di vita, tipici del ciclo vita in corso, anche se il possedere un attaccamento sicuro e un legame ottimale con la madre protegge da una rappresentazione negativa di alcuni eventi stressanti. Nel tentativo di spiegare le ragioni dell'evoluzione che si rileva negli allievi alla conclusione della scuola di specializzazione in psicoterapia, un ruolo significativo può essere allora assegnato al percorso formativo stesso, che influisce sull'incremento della funzione autoriflessiva e sulla riorganizzazione dello stato della mente degli allievi.

Conclusioni

La questione relativa all'analisi delle variabili personali del terapeuta, che possono incidere nella relazione con il paziente, apre un filone di studio sul tema della formazione, con particolare attenzione agli obiettivi del percorso e alle condizioni di esito verso cui si vuole accompagnare i futuri terapeuti (Mancini et al. 2008).

Considerando quanto importante sia uno stile di attaccamento sicuro del terapeuta, per la costruzione della funzione di "base sicura" (Bowlby 1988), come facilitatore nel paziente del riconoscimento dei propri modelli operativi interni disfunzionali verso la conoscenza dei segnali e dei bisogni propri ed altrui (Suess 2009), i dati raccolti in questo studio non rilevano differenze statisticamente significative tra i tre gruppi considerati relativamente alle cure parentali nell'infanzia, mettendo altresì in luce, una descrizione degli stessi per la maggior parte come legami di parenting insicuri, in accordo con quanto trovato pure da Suess (2009), il più frequente dei quali è il "controllo senza affetto". Ricordando che le relazioni precoci di attaccamento vengono poi a costituire i prototipi relazionali (Freud 1912) applicati nelle relazioni successive,

i dati ottenuti evidenziano tuttavia una buona capacità da parte degli intervistati di giungere comunque alla costruzione di relazioni in età adulta basate sulla sicurezza.

Un primo dato significativo che questo studio preliminare evidenzia riguarda la differenza tra alcuni risultati dei tre gruppi. Differentemente dagli studenti del primo anno che utilizzano maggiormente l' "evitamento" nelle relazioni interpersonali, gli studenti al termine del percorso di formazione appaiono più capaci di empatia, di sperimentare fiducia e sicurezza nel rapporto di coppia, più a proprio agio nel rapporto interpersonale e più capaci di introspezione e autoregolazione; questo gruppo di allievi possiede buona autoconsapevolezza emotiva, sa riconoscere precocemente i segnali fisiologici che accompagnano l'emozione, con una gestione adattiva ed efficace delle emozioni mediante un'attribuzione di significato a ciò che accade, resa possibile dalla mediazione operata dal linguaggio con cui si definisce quello che si prova. Questi risultati mettono in luce che al termine del percorso formativo le modalità relazionali presentate dagli allievi possono garantire sensibilità verso gli stimoli emozionali propri ed altrui, permettendo di giungere a percepire e decodificare i messaggi non verbali del paziente e di fungere da sicurezza di base. L'altro dato interessante emerso da questo studio è il ruolo della relazione di attaccamento di tipo sicuro nel mediare l'impatto negativo percepito degli eventi stressanti di vita: i soggetti che hanno dichiarato una relazione di attaccamento precoce sicura e che presentano uno stile di attaccamento sicuro nelle relazioni adulte risultano capaci di vivere l'impatto degli eventi stressanti di vita in modo meno negativo, in accordo con quanto già riportato da altri autori (Crittenden 1999; Scheier, Carver 1982; Taylor, Brown 1988), ipoteticamente costituendosi come fattore di resilienza (Mikulincer 2011).

L'interpretazione dei risultati va tuttavia considerata alla luce di alcuni limiti metodologici della ricerca. In particolare, il gruppo di controllo non appare perfettamente bilanciato per età e sesso rispetto ai due gruppi sperimentali. Per ragioni organizzative, è stato utilizzato un disegno sperimentale trasversale; questo non permette di ricondurre le differenze riscontrate tra gli studenti del quarto e del primo anno interamente all'effetto del processo di formazione alla psicoterapia, poiché potrebbero esserci variabili inerenti ai due gruppi di soggetti a contribuire alla variabilità dei risultati. Per una maggiore validità delle ipotesi scientifiche sarebbe opportuno pertanto utilizzare un disegno longitudinale, confrontando gli stessi soggetti sperimentali ad un follow-up al termine del percorso di studi. Inoltre, per la raccolta dei dati si è scelto di utilizzare solo strumenti di auto compilazione, le cui risposte sono potenzialmente esposte a bias di memoria dei compilatori, oltre che fortemente dipendenti dal grado di consapevolezza del soggetti rispetto al proprio funzionamento psicologico (Barone, Del Corno 2007). Per una maggiore validità, soprattutto per la valutazione degli stili di attaccamento, sarebbe infatti consigliabile affiancare una misura indiretta dell'attaccamento (es. Adult Attachment Interview, SAT-P).

I dati preliminari della ricerca indicano comunque dei possibili percorsi di ricerca interessanti. Un possibile approfondimento della ricerca svolta potrebbe consistere nell'ampliare la numerosità del campione ed attuare una raccolta dati longitudinale sugli studenti dal primo anno al termine del loro percorso formativo.

Bibliografia

- Ainsworth MDS (1972). *Attaccamento e dipendenza*. Tr. it. In Ainsworth MDS. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Raffaello Cortina, Milano 2006
- Atili G (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Barone L, Del Corno F (2007). *La valutazione dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore

- Bartholomew K (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 147-78.
- Biondi M, Palma A, Pancheri P (1993). Questionario sugli avvenimenti della vita (QAV) e Guida all' Intervista Strutturata sugli Avvenimenti della vita (GISAV) per il rilevamento degli avvenimenti stressanti. *Rivista di Psichiatria* 28, 179-188.
- Byrd RK, Patterson L, Turchik JA (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimension and psychotherapy outcome *Psychotherapy* 47, 631-637.
- Bowlby J (1969). *Attaccamento e Perdita*. Volume 1. Tr. it. Bollati Boringhieri 1972
- Bowlby J (1973). *Attaccamento e Perdita*. Volume 2. Tr. it. Bollati Boringhieri 1975
- Bowlby J (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, 1982
- Bowlby J (1980). *Attaccamento e perdita*. Volume 3. Tr. it. Bollati Boringhieri 1983
- Bowlby J (1988). *A Secure Base*. Routledge, London. Tr. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano 1989
- Bretherton I, Munholland K (1999). Internal working models in attachment relationship. In Cassidy J, Shaver P R (Eds) *Handbook of attachment*. Guilford Press, London.
- Carli L (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina, Milano
- Cionini L, Mattei DM (1994). *Change theory and therapeutic relationship*. In S Borgo, L Sibilìa (a cura di) *The patient-Therapist relationship: its many dimensions*. Consiglio nazionale delle Ricerche, Roma.
- Crittenden P (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano
- Crittenden P (1995). *Attaccamento e psicopatologia*. Tr. it. in Goldberg S, Muir R, Kerr J (a cura di) *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Masson Milano 1997.
- Dykas M, Cassidy J (2010). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological Bulletin* 137, 19-46.
- Diner M, Joel M, Monroe (2011). The Relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in Individual psychotherapy. A Meta-Analytic Review. *American School of Professional Psychology*. Argosy University.
- Dinger U, Strack M, Sachsse T, Schauenberg H (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy* 46, 277-290.
- Ekman P (1993). Facial Expression and emotion. *American Psychologist* 48, 384-92
- Fabbro N, Armatura C, Campostrini V, Lecchi S, Piccardi M (2010). Stili d'attaccamento e relazioni interpersonali in un campione femminile con disturbi alimentari. *Cognitivismo Clinico* 7, 1.
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994). *Assessing adult attachment*. In Sperling MB, Berman WH *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. Guilford Press, New York, 128-54.
- Fraley RC, Waller NG, Brennan KA (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology* 78, 350-365
- Freud S (1912). *Dinamica della traslazione*. OSF vol 6. Opere. Boringhieri, Torino
- Goldberg S, Mackay-Soroka S, Rochester M (1999). Affect, attachment and maternal responsiveness. *Infant Behv Devel* 17, 335-339.
- Goleman D (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam, New York. Tr. it. *Intelligenza emotiva*. Rizzoli, Milano 1997.
- Goldman GA, Anderson T (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance, *Journal of Counselling Psychology* 54, 111-117.
- Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L (1985). Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In I Bretherton & E Waters (Eds), *Growing points of attachment theory and research*, pp. 233-256. *Monographs of the Society for*

- Research in Child Development* 50, 1-2, 209.
- Grotstein JS (1997). *Alexithymia: the exception that proves the rules of the unusual significance of affects*. In Taylor G J, Bagby R M, Parker JDA, *Disorder of affect regulation*. Cambridge Universities Press, 11-18.
- Guidano VF (1987). *Complexity of the Self*. Guilford Press, New York. Tr. it. *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- Guidano VF (1991). *The Self in Process*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Il Sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Hardy GE, Cahill J, Shapiro DA, Barkham M, Rees A, & MacAskill N (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 841-845.
- Krystal H (1979). Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy* 33, 17-31
- Lánga A (2010). Attachment and emotion regulation – clinical implications of non-clinical sample study. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 674–678.
- Liotti G (1991). Pattern of attachment and the assessment of interpersonal schemata: understanding difficult patient-therapist relationship in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive psychotherapy* 5, 105-115.
- Liotti G (2009). *I modelli operativi interni nella relazione terapeutica*. In Gilbert P & Leahy RR (a cura di) *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Eclipsi.
- Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G, Intreccialagli B (1992). *I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica*. In Sacco G, Isola L (a cura di) *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Melusina Editrice, Roma.
- Mancini F, Salianni AM (2008). *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive comportamentali*. In Petrini P, Zucconi A (a cura di) *La relazione che cura*. Alpes, Roma.
- Marty P, De M'uzan M, David C (1963). *L'indagine psicosomatica*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1971.
- Mikulincer M (2011). The positive effects of the sense of Attachment Security on Emotion regulation a Mental Health in Adulthood. *Relazione 5 International Attachment Conference –IAC, Oslo 19-21.8.2011*.
- McDougall P (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psycho-Analysis* 1, 437-459.
- Montebarocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N (2004). Adult Attachment and Alexithymia. *Personality and Individual differences* 36, 499-507.
- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM (1989) The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 30, 434-441.
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1-10.
- Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research* 10, 4, 408–420.
- Safran JD, Segal Z (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1993
- Semerari A (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina Editore.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Scheier MF, Carver CS (1982). Cognition, affect and self-regulation. In Clark MS, Fiske ST (a cura di) *Affect and cognition*. Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- Sifneos PE (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 26, 65-70.
- Simpson J A (1990). Influence on Attachment Styles on Romantic Relationship. *Journal on Personality and Social Psychology* 59, 5, 971-980.

- Suess GJ, Kissgen R, Mali A (2009). The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. Hamburg University of Applied Sciences, University of Cologne
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57, 34-41.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press. Tr. it. *Disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti, Roma 2000.
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA (1990). Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 35, 290-297.
- Taylor S, Brown J (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin* 103, 193-210
- Tomassoni M, Solano L (2003). *Una base più sicura*. Franco Angeli, Milano.
- Weiner B (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review* 92, 4, 548-573.

SCHEMA THERAPY: MODELLO TEORICO E TRATTAMENTO

Francesca Micaela Serrani

Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC

Corrispondenza: serrani@scuola-spc.it

Riassunto

L'articolo analizza il modello teorico e le fasi di trattamento della Schema Therapy.

L'assunto centrale è l'esistenza di bisogni emotivi fondamentali che, se frustrati nell'infanzia, danno origine a schemi disfunzionali precoci, ai quali il paziente risponde con stili di coping disfunzionali.

Il trattamento è finalizzato alla modificazione degli schemi e degli stili di coping, e al soddisfacimento dei bisogni emotivi precedentemente frustrati.

Per arrivare a questi obiettivi la Schema Therapy si avvale di tecniche cognitive, comportamentali, esperienziali e della relazione terapeutica.

Parole chiave: schema disfunzionale precoce, stili di coping disfunzionali, bisogni emotivi fondamentali

SCHEMA THERAPY: THEORETICAL MODEL AND TREATMENT

Abstract

The article analyzes the theoretical model and stages of treatment of Schema Therapy.

The central assumption is the existence of basic emotional needs which, if frustrated in childhood, give rise to dysfunctional patterns early, to which the patient responds with dysfunctional coping styles.

The treatment is aimed at the modification of schemas and coping styles, and meeting the emotional needs previously frustrated.

To achieve these objectives, the schema therapy uses techniques cognitive, behavioral, experiential and the therapeutic relationship.

Key words: dysfunctional schema early, dysfunctional coping styles, basic emotional needs

Parte I

Il modello teorico

Sviluppo della Schema Therapy

Jeffrey Young, psicoterapeuta newyorkese, ha sviluppato la Schema Therapy o Terapia delle Trappole per trattare pazienti con problemi caratterologici che non rispondevano pienamente alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) standard.

La Schema Therapy nasce dall'integrazione nella CBT di assunti teorici e tecniche tratti da altri approcci terapeutici, quali la Psicologia della Gestalt, la Psicoanalisi e la Teoria dell'Attaccamento.

Il risultato è una terapia che si caratterizza per quattro aspetti fondamentali:

1. Un'esplorazione accurata delle esperienze infantili e adolescenziali ritenute all'origine dei problemi psicologici attuali
2. L'uso di tecniche emotive – esperienziali (imagery)
3. Centralità della relazione terapeuta – paziente, considerata un fondamentale strumento di cambiamento e assessment
4. Grande attenzione agli stili di coping disfunzionali, il cui cambiamento è un bersaglio ineludibile dell'intervento terapeutico.

La Schema Therapy si è dimostrata efficace nella cura della depressione, dell'ansia cronica e dei disturbi alimentari, nel prevenire le ricadute con disturbo da abuso di sostanze, nei problemi di antisocialità e di coppia e nel trattamento dei disturbi di personalità.

Schema disfunzionale precoce

Uno dei concetti fondamentali della Schema Therapy è quello di schema disfunzionale precoce. Uno schema disfunzionale precoce è un tema generale e pervasivo che comprende memorie, emozioni, pensieri, sensazioni somatiche e riguarda sé e gli altri.

Lo schema si sviluppa a seguito di esperienze nocive vissute nell'infanzia e/o nell'adolescenza e nell'età adulta viene innescato da eventi percepiti simili alle situazioni da cui origina.

Gli schemi disfunzionali possono compromettere in modo significativo la qualità di vita delle persone e sono percepiti da chi li incarna come verità indiscutibili

In questo senso gli schemi ci appaiono come vere e proprie “trappole di vita”.

Origine degli Schemi Disfunzionali Precoci

L'essere umano nasce con una serie di bisogni emotivi fondamentali.

Si tratta di bisogni universali quali ad esempio il bisogno di sicurezza, autonomia, autostima, espressione di sé, avere buoni rapporti con gli altri e limiti realistici.

Assieme ad essi alla nascita il bambino possiede un temperamento genetico ed è inserito in un ambiente entro cui si svolgeranno i primi anni della sua vita.

L'interazione tra l'ambiente e il temperamento darà luogo al soddisfacimento o meno dei bisogni emotivi di base.

Gli schemi disfunzionali precoci hanno origine dalla frustrazione nell'infanzia e/o nell'adolescenza di uno o più bisogni emotivi.

Young parla di quattro modalità in cui l'ambiente può frustrare i bisogni emotivi del bambino:

1. Troppo poco di una cosa buona: È il caso in cui l'ambiente non soddisfa i bisogni di stabilità, sicurezza, accudimento, amore, empatia del bambino. Da questa frustrazione possono svilupparsi schemi quali la *Deprivazione emotiva* e l'*Abbandono*.
2. Troppo di una cosa buona: In questo caso la famiglia può essere iperprotettiva e danneggiare la fiducia in sé del bambino oppure troppo permissiva e indulgente o ancora trasmettere al bambino un senso di superiorità. Esempi di schemi disfunzionali che possono svilupparsi in queste condizioni sono la trappola della *Dipendenza* e quella delle *Pretese*.
3. Traumatizzazione: Gli eventi traumatici possono frustrare significativamente i bisogni emotivi fondamentali ed essere all'origine di schemi quali quello dell'*Inadeguatezza* e della *Sfiducia/Abuso*.
4. Internalizzazione selettiva: Con questa espressione Young si riferisce alle regole presenti in famiglia che il bambino interiorizza. Nel caso ad esempio di una famiglia severa e

incentrata sul dovere può venire frustrato il bisogno di spontaneità e avere origine lo schema *Standard severi*.

Bisogni emotivi fondamentali e domini

Young suddivide i bisogni emotivi fondamentali in cinque gruppi:

1. Attaccamento sicuro agli altri: sicurezza, stabilità, accudimento e accettazione
2. Autonomia, competenza e senso di identità
3. Limiti realistici e auto-controllo
4. Libertà di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni
5. Spontaneità e gioco.

A ciascuno di questi gruppi corrisponde un dominio, dove per dominio si intende un insieme di schemi disfunzionali che originano dalla frustrazione dei bisogni appartenenti al gruppo corrispondente.

I cinque domini e i rispettivi bisogni emotivi non soddisfatti sono illustrati nella **tabella 1**.

Tabella 1.

BISOGNI EMOTIVI	DOMINIO
ATTACAMENTO SICURO AGLI ALTRI	DISTACCO E RIFIUTO
AUTONOMIA, COMPETENZA E SENSO DI IDENTITÀ	SVILIMENTO DELL'AUTONOMIA E DELLA PERFORMANCE
LIMITI REALISTICI E AUTO-CONTROLLO	INDEBOLIMENTO DEI LIMITI
LIBERTÀ DI ESPRIMERE I PROPRI BISOGNI ED EMOZIONI	GESTIONE DA PARTE DEGLI ALTRI
SPONTANEITÀ E GIOCO	IPERVIGILANZA E INIBIZIONE

La **tabella 2** riporta gli schemi disfunzionali contenuti in ciascun dominio, per un totale di 18 schemi.

Tabella 2.

DOMINIO	SCHEMI DISFUNZIONALI
DISTACCO E RIFIUTO	ABBANDONO SFIDUCIA/ABUSO DEPRIVAZIONE EMOTIVA INADEGUATEZZA ESCLUSIONE SOCIALE
SVILIMENTO DELL'AUTONOMIA E DELLA PERFORMANCE	DIPENDENZA VULNERABILITÀ ECESSIVO COINVOLGIMENTO FALLIMENTO
INDEBOLIMENTO DEI LIMITI	PRETESE AUTODISCIPLINA INSUFFICIENTE
GESTIONE DA PARTE DEGLI ALTRI	SOTTOMISSIONE SACRIFICIO DI SÉ RICERCA DI APPROVAZIONE
IPERVIGILANZA E INIBIZIONE	NEGATIVITÀ INIBIZIONE EMOTIVA STANDARD SEVERI TENDENZA A ESSERE PUNITIVI

Gli Schemi Disfunzionali Precoci in dettaglio

Quali sono i pensieri e il modo di sentire centrali in ciascuno degli schemi?

In estrema sintesi sono qui di seguito riportate le credenze caratteristiche delle trappole che più frequentemente si incontrano in ambito clinico.

ABBANDONO:

Chi ha la trappola dell'Abbandono crede che le persone significative inevitabilmente lo lasceranno solo, o perché muoiono e perché lo abbandoneranno volontariamente.

SFIDUCIA/ABUSO:

Questo schema implica la convinzione che l'altro ci farà certamente del male.

DEPRIVAZIONE EMOTIVA:

Le persone che hanno questo schema hanno la dolorosa convinzione che nessuno voglia loro veramente bene e che il loro bisogno d'amore non verrà mai soddisfatto in modo adeguato.

INADEGUATEZZA:

Chi ha questa trappola pensa che in lui ci sia qualcosa che non va, che lo rende indegno del rispetto e dell'amore altrui.

ESCLUSIONE SOCIALE:

Avere questo schema comporta un senso di isolamento dal resto del mondo, la sensazione di essere "diversi" rispetto agli altri, "invisibili" o comunque indesiderati.

DIPENDENZA:

Le persone con questo schema si percepiscono e credono di essere incapaci di affrontare la vita senza un considerevole sostegno da parte degli altri.

VULNERABILITÀ:

La trappola della vulnerabilità comporta la sensazione e il timore che possa succedere qualcosa di terribile: una calamità naturale, una malattia, un'aggressione o il perdere tutti i propri soldi e finire in miseria.

FALLIMENTO:

Questo schema implica la convinzione di essere inadeguati, dei falliti, inferiori agli altri a scuola, nel lavoro e nello sport.

PRETESE:

Le persone con questo schema sentono di poter dire e fare ciò che desiderano, senza curarsi della fattibilità e ragionevolezza di ciò che hanno in mente, né delle conseguenze per gli altri.

SOTTOMISSIONE:

La trappola della sottomissione si manifesta nell'anteporre i bisogni e desideri altrui ai propri. Questo viene fatto per evitare il senso di colpa conseguente al soddisfacimento dei propri bisogni e non quelli altrui oppure per paura di essere puniti o abbandonati se non ci si adegua all'altro.

STANDARD SEVERI:

Chi convive con questo schema non concede molto spazio alla felicità e al piacere, in quanto troppo preso a soddisfare aspettative elevatissime che nutre verso di sé, per giunta mai pienamente soddisfacenti anche se realizzate.

Stili di coping disfunzionali

In risposta allo schema le persone sviluppano precocemente delle modalità di risposta.

Quando questi stili di coping hanno come effetto il perpetuarsi dello schema si parla di stili di coping disfunzionali.

Young parla di tre stili disfunzionali per far fronte alle trappole: resa, evitamento, ipercompensazione o contrattacco.

Nel caso della resa, la persona si arrende allo schema, accettandolo come vero. Lo schema non viene né evitato né combattuto ma agito. Un paziente con la trappola della *Dipendenza*, ad esempio, si arrende allo schema se da adulto cerca persone forti dalle quali dipendere e consente loro di controllare la sua vita.

Lo stile di coping dell'evitamento porta la persona ad organizzare la sua vita in modo tale che lo schema non si attivi. Nel caso di un paziente con lo schema *Sfiducia e Abuso* egli può evitare qualsiasi tipo di relazione e avere solo rapporti superficiali.

Nell'ipercompensazione la persona combatte lo schema pensando, sentendo, comportandosi come se fosse vero il suo opposto. Non è infrequente trovare persone con lo schema di *Inadeguatezza* che si sentono e agiscono come se fossero perfette e infallibili. Il contrattacco, se da un lato ci aiuta ad andare avanti, mantiene comunque la trappola da cui origina al pari della resa e dell'evitamento.

Operazioni sugli schemi: mantenimento e modificazione

Nel corso della vita di un individuo gli schemi possono essere mantenuti o modificati.

Il rivolgere selettivamente la nostra attenzione agli eventi coerenti con lo schema è uno dei meccanismi di mantenimento più frequenti, al pari del coping disfunzionale.

La Schema Therapy si pone come obiettivo la modificazione degli schemi disfunzionali

Dato che lo schema è un insieme di ricordi, emozioni, sensazioni corporee e pensieri, il suo cambiamento implica un intervento sull'intensità dei ricordi, l'aspetto emozionale dello schema, la forza delle sensazioni corporee e le idee disfunzionali. La modificazione dello schema include anche un cambiamento comportamentale: il paziente impara, cioè, a sostituire stili di coping disfunzionali con comportamenti più funzionali. Ne deriva che il trattamento prevede interventi cognitivi, affettivi e comportamentali.

Quando lo schema si modifica esso diviene più difficile da attivare e se attivato l'esperienza è meno traumatica e il paziente recupera più velocemente.

Il processo di modificazione dello schema è arduo e richiede tempo. Gli schemi infatti, essendo credenze forti su di sé e il mondo apprese precocemente, sono spesso tutto ciò che il paziente conosce e forniscono un senso di sicurezza, prevedibilità e identità. In questo senso la resistenza alla terapia può essere vista come un tentativo di mantenere un senso di controllo e coerenza interna, perché lasciare uno schema è rinunciare a sapere chi si è e cosa è il mondo.

La terapia si configura dunque come una dichiarazione di guerra allo schema: paziente e terapeuta formano un'alleanza per sconfiggerlo. Con disciplina e pratica giornaliera il paziente osserva sistematicamente lo schema e lavora ogni giorno per cambiarlo.

Parte II

Il trattamento: fase di Assessment e Psicoeducazionale

Il trattamento con la Schema Therapy ha un duplice obiettivo: la modificazione degli schemi disfunzionali e aiutare il paziente a soddisfare in modo adattivo i suoi bisogni emotivi fondamentali.

La terapia è scomponibile in una fase di assessment-psicoeducazione e in una di cambiamento.

Fase Psicoeducazionale

La fase psicoeducazionale ha lo scopo di costruire una concettualizzazione e un linguaggio in merito agli schemi condivisi dal paziente e dal terapeuta.

In pratica, all'inizio del trattamento viene spiegato il concetto di schema disfunzionale precoce e la sua origine da bisogni emotivi fondamentali non soddisfatti, che vengono elencati e descritti.

Si mostra, quindi, come questa frustrazione deriva dall'interazione tra l'ambiente e il temperamento innato del bambino e può avvenire in quattro modalità (troppo poco di una cosa buona, troppo di una cosa buona, traumatizzazione, internalizzazione selettiva).

Infine, viene esplicitato l'obiettivo della Schema Therapy, quello cioè di aiutare i pazienti a trovare un modo adattivo per soddisfare i bisogni emotivi fondamentali.

Nel fare tutto questo il terapeuta ricorrerà ad esempi tratti da casi clinici e può avvalersi di ogni tipo di ausilio (lavagna, materiale cartaceo, computer, etc.) che ritiene opportuno.

Fase di Assessment

La fase psicoeducazionale in genere avviene dopo una valutazione iniziale del paziente e la raccolta della storia di vita, che insieme costituiscono i primi due obiettivi della assessment.

Nella VALUTAZIONE INIZIALE si procede all'esame del problema o dei problemi che spingono il paziente in terapia e si cerca di definire in modo condiviso gli obiettivi terapeutici.

Il terapeuta dovrà, inoltre, fare una diagnosi in asse I e II e valutare l'idoneità al trattamento.

Nel caso, infatti, in cui siano presenti sintomi specifici quali ad esempio il panico, il terapeuta deciderà se procedere prima ad un loro trattamento mediante altri approcci oppure procedere parallelamente con due tipi di terapia (ad esempio CBT tradizionale più Schema Therapy) o con la sola Schema Therapy.

Definiti questi punti, si passa ad una prima RACCOLTA DELLA STORIA DI VITA al fine di valutare se i problemi del paziente sono situazionali, cioè legati ad una specifica situazione, o riflettono uno stile che attraversa tutta la sua esistenza.

Si indagano, quindi, gli stili di coping disfunzionali del paziente e le sue relazioni con i familiari e il gruppo dei pari nell'infanzia e nell'adolescenza.

Per poter fare tutto questo è molto importante che si instauri in terapia un clima di fiducia, accettazione e sicurezza.

Come si è detto, a questi due step dell'assessment segue la PARTE PSICOEDUCAZIONALE, in cui si espone il modello degli schemi

Il passo successivo è quello di IDENTIFICARE GLI SCHEMI DISFUNZIONALI.

A tal fine il clinico ha a sua disposizione due questionari: lo Young Schema Questionnaire (YSQ) e lo Young Parenting Inventory (YPI). È preferibile somministrare questi test in seduta e chiedere chiarimenti in merito alle risposte date. Questo consente non solo di individuare più agevolmente gli schemi del paziente, ma anche di approfondire la nostra conoscenza della sua storia di vita.

In questa fase, per identificare gli schemi, vengono utilizzate anche tecniche immaginative. È il caso dell'*imagery assessment*. Questa tecnica si compone di due passaggi successivi.

Inizialmente si chiede al paziente di chiudere gli occhi, immaginarsi bambino e portarsi in un luogo sicuro. Quando l'immagine si è formata il terapeuta chiede di poterla condividere e fa domande che si riferiscono alle sensazioni che il paziente-bambino prova nella scena (ad esempio,

“cosa vedi, ci sono suoni, che stagione è, ci sono odori, come ti senti?”). È molto importante, quando si usano tecniche esperienziali, stimolare la dimensione sensoriale - emozionale e non quella concettuale - razionale.

Poi, si chiede al paziente di abbandonare questa immagine e lasciare che un'altra, questa volta spiacevole, si presenti alla coscienza, senza forzare nulla ma aspettando semplicemente il suo arrivo. Quindi, una volta formatasi, lo si invita a descrivere ciò che vede e sente come se stesse realmente accadendo. Il terapeuta esplora i pensieri e le emozioni del paziente – bambino e di tutti gli eventuali altri personaggi presenti nella scena.

L'imagery assessment consente allo schema di innescarsi in seduta, in modo che sia il terapeuta sia il paziente possano sentirlo.

Giunti a questo punto possiamo consigliare al paziente la lettura dei primi cinque capitoli del manuale di auto-aiuto “*Reinventare la tua vita*” di Jeffrey Young, dove viene riassunto il lavoro fin qui effettuato.

In questa fase della terapia sono stati identificati gli schemi disfunzionali del paziente e alcuni di essi sono stati innescati in seduta tramite tecniche immaginative.

Il paziente comincia ad avere consapevolezza dell'esistenza in lui di “trappole” che originano nella sua infanzia e questo è di per sé terapeutico in quanto si passa da “io sono così” a “la vita mi ha reso così”.

Il passaggio successivo sarà fare in modo che la persona COLGA IL NESSO FRA GLI SCHEMI E I SUOI PROBLEMI ATTUALI.

A tal fine anche in questa fase dell'assessment possono essere utilizzate tecniche immaginative quali l' *imagery per collegare il passato al presente*.

La tecnica consiste essenzialmente in questo: si chiede al paziente di tornare ad un'immagine che nei precedenti esercizi di imagery aveva attivato emozioni negative connesse allo schema. Poi lo si invita a spostarsi ad un'immagine nel presente nella quale prova le stesse sensazioni; gli si chiede, quindi, di descrivere quanto vede, ciò che pensa, sente e, se nella scena ci sono altre persone, ciò che queste pensano e sentono. Il terapeuta invita il paziente, sempre durante l'esercizio, ad esprimere le emozioni che prova, ad esternarle agli altri presenti nell'immagine e a rivendicare i propri bisogni.

Jeffrey Young insiste molto sulla necessità di attivare le emozioni nel paziente e sul renderlo consapevole di come i suoi bisogni emotivi fondamentali siano stati frustrati in passato, anche se questo può far nascere rabbia. Young, ritiene, infatti, che un vero cambiamento possa avvenire solo se si attivano le emozioni.

Al termine di questo esercizio si discute insieme quanto emerso e si esplica la connessione fra lo schema disfunzionale e i problemi attuali.

Un altro momento importante della fase di assessment è OSSERVARE GLI SCHEMI E GLI STILI DI COPING DEL PAZIENTE IN SEDUTA.

Un paziente con uno schema di dipendenza potrebbe, ad esempio, chiedere aiuto al terapeuta per prendere decisioni, mentre chi fa domande su come stiamo e si mostra fin troppo gentile potrebbe avere uno schema di sacrificio di sé; ancora, se un paziente si mostra preoccupato e chiede ragguagli su quanto stiamo scrivendo potremmo trovarci di fronte alla trappola della sfiducia in azione.

A questo punto del lavoro sia il terapeuta sia il paziente hanno preso consapevolezza degli schemi disfunzionali a cui “daranno battaglia”, se ne è compresa l'origine, come si collegano con i problemi attuali e come spingono a comportarsi.

Rimane da VALUTARE IL TEMPERAMENTO EMOTIVO, in quanto esso influenza gli stili di coping

messi in atto in risposta agli schemi. Il paziente andrà cioè collocato lungo il continuum fra i poli: labile – non reattivo, distimico – ottimista, ansioso – calmo, ossessivo – distraibile, passivo – allegro, timido – socievole.

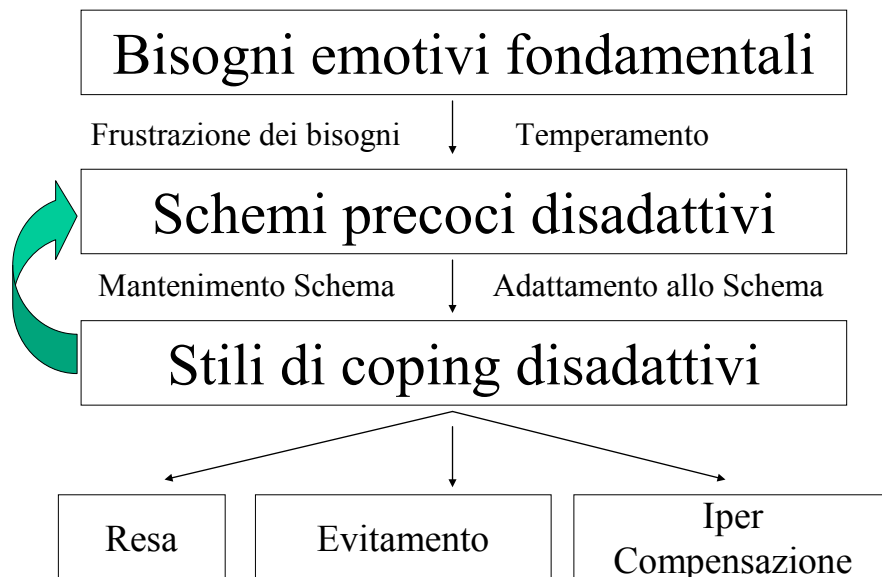
L'ultimo punto dell'assessment è la CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO.

Essa consiste nel porre assieme tutte le informazioni fin qui raccolte e nel presentarle al paziente in un foglio di carta o meglio in un quaderno, che sarà poi utilizzato per ulteriori annotazioni sia del paziente sia del terapeuta.

Nella CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO il terapeuta indicherà: quali bisogni sono stati frustrati, quali schemi ne sono derivati e gli stili di coping messi in atto dal paziente per ciascuno schema.

Come struttura di base per la concettualizzazione si veda la **figura 1**.

Figura 1.



Parte II

Il trattamento: fase di Cambiamento

Per produrre il cambiamento, cioè per modificare gli schemi disfunzionali e aiutare il paziente a soddisfare in modo adattivo i suoi bisogni emotivi, nella Schema Therapy si utilizzano:

- LA RELAZIONE TERAPEUTICA
- LE STRATEGIE COGNITIVE
- LE STRATEGIE ESPERIENZIALE
- LA ROTTURA DEI PATTERN COMPORTAMENTALI

La relazione terapeutica

Come si è detto la Schema Therapy considera la relazione terapeutica un importante strumento di assessment e di cambiamento

Per il cambiamento sono soprattutto rilevanti due aspetti della relazione terapeutica: il *confronto empatico* (*empathic reality-testing*) e il *reparenting parziale*.

Il *confronto empatico* consiste essenzialmente in questo: quando il paziente riferisce o mette in atto in seduta patterns disfunzionali basati sui suoi schemi, il terapeuta si dimostra comprensivo verso di lui e sottolinea come quei patterns derivino dalle sue esperienze infantili; contemporaneamente, però, pone l'attenzione sul fatto che quello che pensa può non essere così accurato e che il suo comportamento può condurlo ad una vita infelice (*empathic reality-testing*).

Il *confronto empatico* richiede, quindi, un costante passaggio tra l'empatia e il test di realtà: il terapeuta valida gli schemi e gli stili di coping come comprensibile esito della storia di vita del paziente e allo stesso tempo porta la sua attenzione sulle loro attuali conseguenze negative.

Il *reparenting parziale* consiste nel fatto che il terapeuta comincia a soddisfare nella relazione terapeutica i bisogni emotivi che sono stati frustrati nella vita del paziente.

Il *reparenting è parziale* perché il paziente è incoraggiato a cercare poi fuori dal contesto terapeutico "l'antidoto" ai bisogni non adeguatamente soddisfatti nella sua infanzia.

La **tabella 3** mostra alcuni esempi di *reparenting*.

Tabella 3.

Frustrazione dei bisogni	Antidoto (<i>reparenting</i>)
Troppo poco di una cosa buona	Il terapeuta si pone in modo empatico, crea un'atmosfera di accettazione, supporto e calore
Troppo di una cosa buona	Il terapeuta incoraggia il paziente a prendere decisioni in autonomia
Traumatizzazione	Il terapeuta è affidabile e onesto
Internalizzazione selettiva	Il terapeuta incoraggia e rinforza il paziente per i suoi comportamenti giocosi

Le strategie cognitive

Abbiamo visto che quando un paziente giunge in terapia egli considera le credenze contenute nel suo schema come verità. Si è anche detto che la raccolta della sua storia di vita gli consente il passaggio da "io sono così" a "la vita mi ha reso così".

Dato che lo schema ha cominciato a perdere il suo valore di verità assoluta, il terapeuta propone di trattarlo come una ipotesi da verificare empiricamente.

A tal fine il paziente viene invitato a fare un elenco delle evidenze del passato e del presente a favore e contro lo schema. Visto che egli ha speso la sua vita ignorando o sottostimando il secondo tipo di prove, andrà aiutato a rintracciarle e dare loro il giusto peso.

Successivamente, il terapeuta invita il paziente a riformulare/interpretare anche in altri modi le evidenze che supportano lo schema, in modo tale che esse non siano più prove schiacciati della veridicità dello stesso

Lo stesso procedimento viene usato sugli stili di coping. Si procede, cioè, elencando per ogni schema disfunzionale i vantaggi e gli svantaggi nella vita del paziente delle relative risposte di

coping. Il fine è portare la persona ad osservare che, se quegli stili gli sono stati utili da bambino, ora riducono le sue possibilità di una vita gratificante.

Per testare la validità dello schema si può anche ricorrere alla tecnica delle “due sedie”. La tecnica consiste in questo: quando ci si siede su una sedia vanno esposti tutti i fatti che confermano lo schema, quando si passa all'altra si elencheranno i fatti che lo smentiscono. Inizialmente il paziente sta nella sedia pro-schema - date le sue difficoltà a porsi nell'ottica della salute - e il terapeuta nell'altra. Successivamente i ruoli saranno ribaltati e infine il paziente occuperà alternativamente entrambe le sedie. In questa ultima fase egli userà la parola “tu” quando occupa la sedia dello schema e la parola “io” nella sedia della salute.

Complessivamente il fine di queste tecniche cognitive è far sì che il paziente sia in grado autonomamente nella sua vita quotidiana di rintracciare anche le evidenze non coerenti con le sue trappole, di dare loro il giusto peso e di valutare il comportamento più saggio da mettere in atto.

Le strategie esperienziali

L'utilizzo di tecniche esperienziali è finalizzato da un lato a *stemperare l'aspetto* emozionale dello schema, dall'altro al soddisfacimento, se pur parziale, di quei bisogni emotivi che sono stati frustrati nella vita passata del paziente.

Le tecniche utilizzate sono: *Imagery work for Reparenting*, *Imagery Dialogues* e *Imagery for Pattern Breaking*. L'*Imagery work for Reparenting* è molto utile nel caso di pazienti che hanno la maggior parte dei loro schemi disfunzionali nel dominio Distacco e Rifiuto. Si tratta di coloro che nell'infanzia hanno trovato difficoltà a relazionarsi con gli altri e i cui bisogni di sentirsi sicuri, amati, accolti e degni sono stati in gran parte disattesi.

Nell'esercizio di *Imagery work for Reparenting* il terapeuta aiuta il paziente a tornare indietro nell'infanzia e a ottenere dal terapeuta, e più tardi da se stesso, ciò che nella vita non ha avuto.

Concretamente, il terapeuta chiede al paziente di immaginarsi nell'infanzia in una situazione spiacevole e, quando l'immagine si è formata, gli chiede dove il bambino si trova, cosa sta facendo, cosa prova e pensa. Quindi, chiede il permesso di poter entrare lui stesso nell'immagine e parlare direttamente con il bambino. A questo punto il terapeuta domanda al piccolo se può fare qualcosa per lui e, in caso affermativo, cerca di soddisfarlo (è questo il *Reparenting*).

In un secondo momento sarà la parte sana del paziente a soddisfare il bambino durante l'esercizio immaginativo.

Per quanto riguarda l'*Imagery Dialogues*, il fine principale di questa tecnica è autorizzare il paziente a combattere contro lo schema e distanziarsene, far sì cioè che esso da ego-sintonico diventi ego-distonico.

Come per gli altri tipi di esercizi immaginativi, si invita il paziente a chiudere gli occhi e tornare ad una scena dolorosa dell'infanzia. Dopo aver descritto dove si trova, chi è presente, cosa pensa e sente, il paziente è stimolato e autorizzato a esprimere la propria rabbia e difendere i propri diritti in un dialogo immaginario con i familiari o con altre figure significative.

Esempi di frasi che si possono avere durante l'*Imagery Dialogues* sono: “non lascerò che tu possa abusarmi ancora!” – “non lascerò che tu mi critichi!” – “non ti permetterò di controllarmi” – “ho diritto a sentirmi arrabbiato” – “ho diritto ad avere una mia identità separata”.

L'*Imagery for Pattern Breaking*, infine, è utilizzata per aiutare il paziente a superare gli stili di coping di evitamento e ipercompensazione.

Nell'esercizio si invita la persona ad immaginarsi mentre si comporta in un modo più

funzionale e sano, piuttosto che riprodurre i suoi tipici stili di coping. Un paziente con uno schema di fallimento, ad esempio, può immaginarsi in una situazione che normalmente evita, come candidarsi con il proprio capo per un incarico importante.

L'immaginazione aiuta i pazienti a modificare il loro comportamento in situazioni reali, mettendo in atto risposte che contribuiscono alla modificazione degli schemi e rendono la vita più soddisfacente.

La rottura dei pattern comportamentali

La parte finale del trattamento con la Schema Therapy è finalizzata alla sostituzione dei pattern comportamentali guidati dagli schemi con stili di coping più sani.

È questa la fase più lunga e cruciale della terapia, senza la quale la ricaduta è molto probabile.

Operativamente, terapeuta e paziente preparano una lista più dettagliata possibile di comportamenti da modificare. Nel fare questo è importante coprire ciascuna area di vita separatamente – ad esempio le relazioni intime, il lavoro, la vita sociale – perché il paziente può avere stili di coping differenti nelle diverse aree.

Quindi, si utilizzano tecniche immaginative (vedi l'*Imagery for Pattern Breaking*), cognitive (vedi l'analisi dei vantaggi e degli svantaggi di continuare con gli abituali pattern di risposta) e role-playing con il terapeuta per esercitarsi a mettere in atto comportamenti più funzionali in luogo di quelli schema-dipendenti.

Per aiutare il paziente ad essere più empatico e di sostegno verso se stesso, e quindi più capace di fare cambiamenti positivi, il terapeuta lo aiuta costantemente a collegare il comportamento da modificare alle sue origini nell'infanzia.

Sia la fase di assessment sia la fase di cambiamento di cui si compone la Schema Therapy, che ho qui brevemente riassunto, sono generalmente svolte in un setting di terapia individuale, anche se ci sono ricerche che indicano un suo proficuo utilizzo all'interno di un setting grupppale.

Bibliografia

- Serrani F M, Tenore K (2013). *La Schema Therapy. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli, Milano.
- Young J, Klosko J (2004). *Reinventare la tua vita*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Young J, Klosko J (2007). *Schema Therapy, la terapia cognitivo – comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, Firenze.
- Arntz A, van Genderen H (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley - Blackwell.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN EARLY AND VERY EARLY
ONSET SCHIZOPHRENIA:
A REVIEW OF LITERATURE

Maria Pontillo^(a, b), Marco Armando^(b, c)

- a) Psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione di Psicoterapia Cognitiva (SPC) Sede di Roma
- b) Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, Roma
- c) Scuola di Intervento Precoce nelle Psicosi, Sapienza Università di Roma

Corresponding author

Maria Pontillo, Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Piazza Sant'Onofrio, 4, 00100 Roma.
Tel. 06/68592734

Abstract

Objective: Early-onset schizophrenia (EOS) occurs between 13 and 17 years, and has a prevalence of about 1-2/1000. Schizophrenia in individuals younger than 13 years is defined as very-early-onset schizophrenia (VEOS), and its prevalence is estimated at 1 in 10 000. Compared to individuals with Adult onset Schizophrenia (AOS), EOS/VEOS represent a more severe form of disorder. In literature, there is an increasing acknowledgement that pharmacological treatment on its own is rarely sufficient for the best outcome in this disabling condition. However, to date no systematic reviews have been conducted on the efficacy of psychological intervention in VEOS and EOS. Hence, aim of our review is to examine current knowledge about psychosocial treatments for EOS/VEOS.

Method: A comprehensive literature review based on PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Cinhal and PsycInfo was undertaken.

Results: We found a significant gap in the literature regarding psychosocial management of EOS/VEOS. Despite clear differences between VEOS/EOS and AOS, to date same diagnostic criteria and therapeutic interventions are applied. Indeed, evaluations of psychological interventions have not usually examined outcomes in relation to a particular patient age group, even though people of different ages may have different therapeutic needs. EOS/VEOS may have significant developmental issues, different to those who develop psychosis later in life, which may need to be taken into account when developing and delivering treatments.

Key words: early onset schizophrenia, very early onset schizophrenia, psychosocial, family therapy/ support, CBT, Cognitive Remediation

GLI INTERVENTI PSICOLOGICI NELLA SCHIZOFRENIA A ESORDIO IN ETÀ EVOLUTIVA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Riassunto

Oggetto: La Schizofrenia rappresenta, tra i disturbi psichiatrici, la categoria diagnostica con il più alto grado di invalidità sul piano sintomatologico, del funzionamento e su quello prognostico. In circa il 25% dei casi, il disturbo esordisce prima dei 18 anni e prende il nome di Schizofrenia ad Esordio Precoce. La Schizofrenia ad Esordio Precoce (Early onset Schizophrenia; EOS) si manifesta tra i 13 e i 17 anni con una prevalenza di 1-2 casi su 1000. Al di sotto dei 13 anni ci si riferisce alla Schizofrenia ad Esordio molto precoce (Very Early Onset Schizophrenia; VEOS) la cui prevalenza stimata è pari a 1 caso su 10000. Rispetto alla Schizofrenia ad esordio in età adulta (Adult Onset Psychosis; AOS), queste condizioni rappresentano forme più severe e disabilitanti del disturbo sia dal punto di vista clinico che neuropsicologico e neuro anatomico. Sebbene in letteratura sia stato ampiamente evidenziato che i trattamenti farmacologici non sono di per sé sufficienti a migliorare il decorso e l'outcome nei casi di Schizofrenia ad esordio precoce e molto precoce (VEOS/EOS), ad oggi non è stata condotta alcuna revisione circa l'efficacia degli interventi psicologici in questo tipo di condizioni. Esaminare la letteratura esistente circa gli interventi psicologici in pazienti con Schizofrenia ad esordio precoce e molto precoce (VEOS/EOS) con focus sull'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale, della "Cognitive Remediation", della psicoeducazione e dell'intervento familiare.

Metodo: È stata condotta una ricerca sistematica sui seguenti database: Pubmed/Medline, Cinhal, Cochrane e Psycinfo.

Risultati: I risultati confermano l'esistenza in letteratura di un gap circa gli interventi psicologici per pazienti con Schizofrenia ad esordio precoce/molto precoce (VEOS/EOS). Nonostante le notevoli differenze dal punto di vista clinico, neuropsicologico e neuro anatomico tra Schizofrenia ad esordio precoce/molto precoce (VEOS/EOS) e Schizofrenia ad esordio in età adulta (AOS), ad oggi le due condizioni vengono trattate utilizzando gli stessi criteri diagnostici e terapeutici. Gli studi esaminati infatti non valutano l'efficacia degli interventi psicologici in relazione alle fasce d'età d'esordio del disturbo e non tengono dunque conto di come i pazienti con Schizofrenia ad esordio precoce/molto precoce (VEOS/EOS) potrebbero presentare aspetti clinici e neuropsicologici strettamente associati alle varie tappe dello sviluppo e in grado di determinarne significativamente il decorso e l'outcome.

Parole chiave: schizofrenia a esordio precoce/molto precoce, intervento psicoeducazionale, intervento familiare, CBT, Cognitive Remediation

1. Introduction

The peak incidence age for schizophrenia is between 20-24 years (Kirkbride et al. 2006, Sartorius et al. 1986). Nevertheless, about one-third of patients may develop this disorder before age 19 years (Madaan et al. 2008).

Schizophrenia before age of 18 years is usually divided into two groups. Early-onset schizophrenia (EOS) occurs between 13 and 17 years, and has a prevalence of about 1-2/1000. Schizophrenia in individuals younger than 13 years is defined as very-early-onset schizophrenia (VEOS), and its prevalence is estimated at 1 in 10 000, with fewer than 20% before 10 years. (McClennan 2005).

Even if less common than adult onset schizophrenia (AOS), EOS and VEOS are considered

more severe and disabling (Reichert et al. 2008, Rabinowitz et al. 2007).

As regards clinical features, compared to individuals with AOS, patients with EOS and VEOS show higher rates of premorbid abnormalities (Rajji et al. 2009, Schimmelmann et al. 2007, Ropcke et al. 2005), longer duration of untreated psychosis (DUP) (Ballageer et al. 2005) and worse outcome (Hollis et al. 2000, Hassan et al. 2011). Moreover VEOS/EOS are characterized by higher frequency of auditory hallucinations (David et al. 2011), higher level of negative symptoms, bizarre behavior and impulsivity (Ballanger et al. 2005, Kao et al. 2010, Schothorst et al. 2006).

As regards cognitive functioning, some studies have reported an association of earlier age at onset and more severe cognitive deficits (Hoffet et al. 1996; Tuulio-Henriksson et al. 2004) which is particularly relevant if we consider that cognitive deficits in schizophrenia are core features of the illness (Rajji et al. 2009) and are the strongest predictors in terms of recovery (Green et al. 2004).

In a meta-analysis, Rajji et al. (2009) compared cognitive deficits in individuals with youth-onset (maximum age at onset of 19 years), late-onset schizophrenia (minimum age at onset of 40 years) early adulthood schizophrenia. Individuals with youth-onset schizophrenia demonstrate more significant deficits than those with early adulthood schizophrenia and than those with late schizophrenia on almost all cognitive measures (IQ, executive function, psychomotor speed of processing, visual memory, verbal memory, working memory). The consistency in the neuropsychological profile across studies of VEOS (Asarnow et al. 1994, Kumra et al. 2000) and EOS (Kenny et al. 1997, Kravariti et al. 2003, Oie and Rund 1999), as well as the pattern of associations, suggest that neurocognitive deficits in EOS/VEOS represent a stable, trait-like characteristic evident early in the course of illness.

Also studies on neuroimaging show some evidence of differences between VEOS/EOS and AOS. Indeed, anatomical brain magnetic resonance imaging (MRI) studies show a greater progressive loss of cortical gray matter (GM) in patients with VEOS/EOS compared to AOS (Gotgay et al. 2004). In addition, progressive losses of cortical gray matter volumes and increases in ventricular volumes have been reported in patients with childhood-onset schizophrenia. Patients with first-episode adolescent-onset schizophrenia show less marked progressive changes (Arango et al. 2008).

Together, this body of evidence highlight two main arguments:

- 1)EOS/VEOS represent a more severe form of disorder compared to AOS;
- 2)Relevant neurodevelopmental, clinical, and prognostic differences between AOS and VEOS/EOS exists.

The lack of evidence in VEOS/EOS population is even more deep for what concern therapeutic interventions.

There is an increasing acknowledgement that pharmacological treatment on its own is rarely sufficient for the best outcome in this disabling condition. Antipsychotic drugs have a limited impact on the negative symptoms of schizophrenia, and thus do not contribute to the development of the skills necessary for successful transition back into the community (Lieberman 1994). Indeed, there has been a change in perception of psychological interventions, such that they are now recognized as an important component of a comprehensive therapeutic approach (Department of Health, NHS Executive, 1999). Many efforts have been made to develop randomized studies on the efficacy of different psychological interventions in adults with schizophrenia (Bechdolf et al. 2005) and several systematic reviews have been conducted on this topic (Pilling et al. 2002).

On the other side, there is still a lack of evidence about the efficacy of psychological intervention in VEOS and EOS and to date no systematic reviews have been conducted on this topic.

Hence, aim of our review is to examine current knowledge about psychosocial treatments for

EOS/VEOS.

As a first step we describe psychotherapeutic interventions for EOS/VEOS, particularly CBT and Cognitive Remediation, and studies focusing on this issue.

Finally, we describe psychoeducation and family intervention for EOS/VEOS patients and studies focusing on this issue.

2. Method

2.1 Search criteria and results

A comprehensive literature search of the PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Cinhal and Psycinfo was carried out to find studies on treatments and/or symptoms management interventions for people with early-onset schizophrenia (EOS; onset by age 18) or very early-onset schizophrenia (VEOS; onset by age 13).

A search algorithm based on a combination of the terms: a) Early Onset Psychosis, Early Onset Schizophrenia, Very Early Onset Psychosis, Very Early Onset Schizophrenia, child* psychosis/schizophrenia, adolescent psychosis/schizophrenia, child onset schizophrenia. b) psychosocial, family therapy/support, social skills training, CBT* EOS/VEOS, cognitive remediation.

Only publications in English or with at least an abstract available in English were included. References of retrieved articles and review on treatments for patients with EOS/VEOS were also scanned to identify other possibly relevant studies.

Studies were included if they tested interventions' effectiveness in reducing psychotic symptoms in patients with EOS/VEOS.

Studies were included though individuals with different age at onset (i.e. childhood, adolescence, adult or late-onset) were analyzed separately.

We excluded then articles not within the field of interest of this review; review articles, editorials or letters, comments, conference proceedings; studies on treatments and/or symptoms management interventions for people with adult-onset schizophrenia or with another diagnosis (e.g. bipolar disorder with psychosis) without a separate analysis for individuals with EOS/VEOS.

The search strategy identified 107 articles of which 36 referred to potentially eligible studies. Of these 36 articles, 32 articles were non-empirical studies, reviews, commentaries, case reports or not delivering an intervention. Thus, a total number of 4 articles were found (see flow-chart in **figure 1**).

Studies focusing on the psychotherapeutic interventions, CBT and Cognitive Remediation, were 3 (see **table 1**).

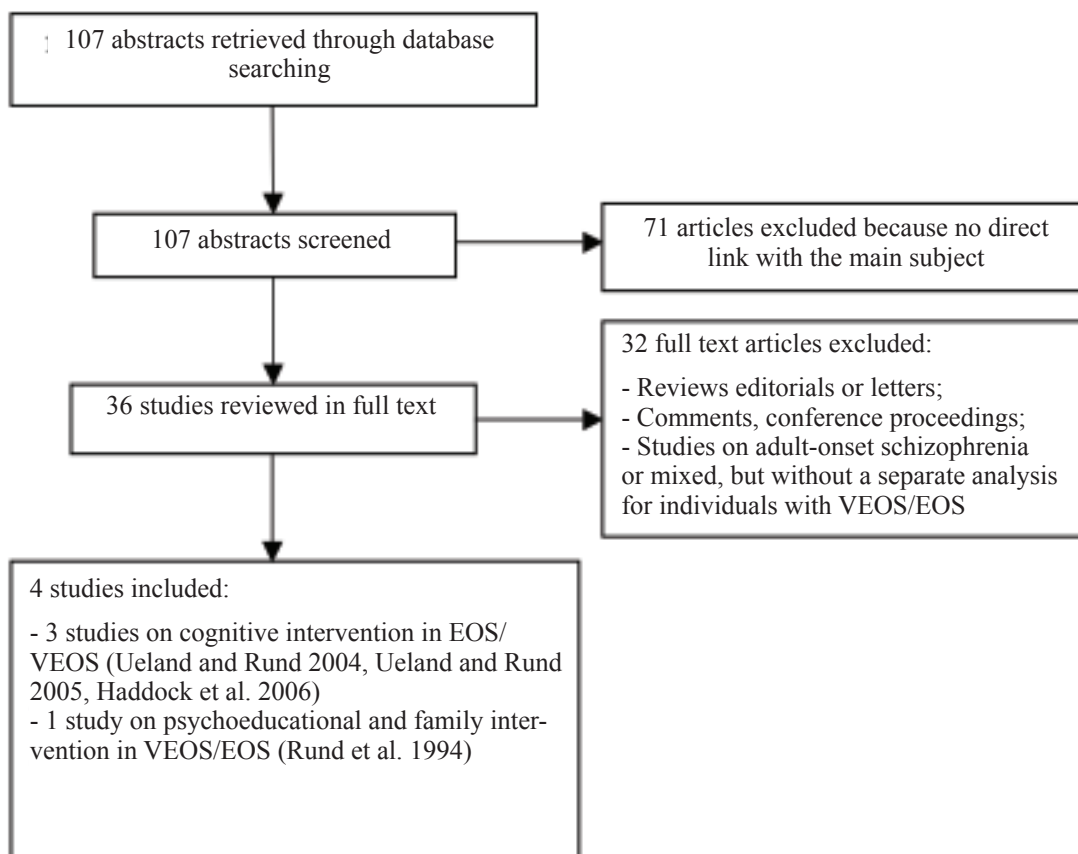
Studies focusing on psychoeducational and family intervention for VEOS/EOS patients was 1 (see **table 2**).

3. Results

3.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

In adult literature, over 30 randomized controlled trials of CBT for psychosis with adult onset have been published, demonstrating (on average) moderate benefits (Addington et al. 2012). Though most have used a more general CBT model for psychosis, focusing on all positive symptoms (delusions, hallucinations, thought disorder, bizarre behaviour), some have specifically targeted a single symptom (e.g. voices, or paranoid delusions), whereas others have

Figure 1. Flow chart of literature review



still focused on modifying other symptoms linked to schizophrenia, namely negative symptoms like apathy, avolition, poverty of content and thought and flat affect (Rector et al. 2005).

Central features throughout the therapeutic process included decatastrophizing symptoms and fear of exacerbation, normalization of experiences, generation and evaluation of alternative, more reality based interpretations, as well as testing them in behavioral experiments (Morrison et al. 2004, Bechdolf et al. 2005, Bechdolf et al. 2006). In addition, CBT interventions include stress management, problem solving, coping, and psychoeducational features (Correll et al. 2010).

CBT can be also used to reduce anxiety, depression and problems behaviour associated with persecutory delusions and voices (Birchwood 2006). Indeed, some work has demonstrated that CBT can be used successfully to prevent relapse (Gumley et al. 2003) and to reduce command hallucinations (i.e. hallucinations that command the patient to perform certain acts), which are among the most distressing and high-risk symptoms, and may be dangerous to the patient and others (Trower et al. 2004).

Despite this body of evidence which demonstrate the efficacy of CBT in AOS, to the best of

our knowledge there are non published RCTS of CBT treatment for EOS/VEOS.

We found only one study where the efficacy of CBT was investigated according to age. In Haddock et al. (2006) outcomes by age were evaluated in a randomized controlled trial designed to evaluate the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT), supportive counselling and treatment as usual. Seventy-one participants were aged 21 years or less and two hundred thirty-three participants were aged more than 21 years were randomly allocated to one of three treatments, namely CBT and treatment as usual, supportive counselling and treatment as usual, or treatment as usual alone. Outcome were evaluated in terms of symptoms (Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia PANSS, Kay et al. 1989), social functioning (Social Functioning Scale, SFS, Birchwood et al. 1994), insight (Birchwood Insight Scale, BIS, Birchwood 1994) and therapeutic alliance (California Therapeutic Alliance Scale, CALPAS, Gaston 1990; PSR, Frank e Gunderson 1990), at 3 and 18-month follow-up. Analysis of covariance was performed to assess the effects of therapy on symptom and functioning outcomes of the PANSS and SFS according to age group. The results showed significant differences in the pattern of response to psychological and routine treatments between younger (< 21 years) and older people with recent-onset psychosis (>21 years). Specifically, younger participants responded better to supportive counselling than to treatment as usual and CBT over 3 months. Older participants responded better to CBT than to supportive counselling over 18 months. Younger participants showed a greater increase in insight after CBT compared with treatment as usual and supportive counselling, and were more difficult to engage in therapy. The differences were robust even when differences in the sample characteristics (i.e. the shorter duration of untreated psychosis and worse symptoms at baseline in the younger group) were controlled for.

In Haddock et al. 2006, average age for young people was of 19 years and the small number of participants in the younger age group may limit the generalizability of these findings.

3.2 Cognitive Remediation

Cognitive impairment is a core feature of schizophrenia, with converging evidence showing that it is strongly related to functioning in areas such as work, social relationship, and independent living (McGurk et al. 2004, Mueser 2000). Furthermore, cognitive functioning is a robust predictor of response to psychiatric rehabilitation (Corrigan et al. 2007), including outcomes such as work, social skills and self-care (Smith et al. 1999). Because of importance of cognitive impairment in schizophrenia, it has been identified as an appropriate target for intervention (Nuechterlein et al. 2004).

To address the problem of cognitive impairment in schizophrenia, a range of cognitive remediation programs has been developed and evaluated over the past 40 years. These programs employ a variety of methods, such as drill and practice exercises, teaching strategies to improve cognitive functioning, compensatory strategies to reduce the effects of persistent cognitive impairments, and group discussions. The rationale for cognitive remediation is chiefly predicated on its presumed effects on psychosocial functioning and improved response to rehabilitation (McGurk 2007).

There is a growing body of evidence from randomized controlled clinical trials that supports the efficacy of the addition of a cognitive remediation therapy to medication treatments in the improvement of cognitive difficulties (e.g. Twamley et al. 2003, Krabbendam and Aleman 2003; Kurtz et al. 2004). Some studies have also documented decreased levels of psychiatric symptoms

(Brenner et al. 1992, Medalia et al. 1998) and improvements on various measures of functional outcome (Brenner et al. 1992, Spaulding et al. 1999, Bell et al. 2003).

Nevertheless, even if several studies highlighted that child and adolescents with schizophrenia have higher impairments in memory, cognitive flexibility and planning (Rund 1998, Hoff et al. 1996, Cornblatt et al. 1998, Kravariti et al. 2003) and even if cognitive challenges are particularly salient in school settings, which require people to multitask, sustain attention, and recall material presented in a range of formats, however, existing studies concentrated on people who have a relatively long history of schizophrenia and are on average in their mid 30s.

In our review, we found only two papers which explored this issue in child and adolescence population.

The study of Ueland and Rund (2004) aimed at investigating if a cognitive remediation program could be a positive supplement to a psychoeducational treatment program for EOS. Twenty six patients (14 training and 12 control; age between 12 and 18) completed the study. Both groups received a psychoeducational treatment program, while only the experimental group received the addition of a cognitive remediation program. Central elements of the psychoeducational treatment program were parent seminars, problem-solving sessions, milieu therapy and network groups (Rund et al. 1994).

The cognitive remediation group received 30 hours of individual training consisting of four modules: cognitive differentiation, attention, memory and social perception (Brenner et al. 1992).

Participants were assessed on a cognitive test battery as well as on clinical and psychosocial measures at baseline and prior to discharge or after 6 months.

The results failed to show evidence of differential improvements between the groups on any of the cognitive or functioning outcome measures. This may indicate that the remediation program does not add any benefits over and above the psychoeducational approach. Because of the small sample size, set of within-group analyses was conducted. These showed that only the remediation group showed significant gains on the measure of early visual information processing, as well as on the measure of visual long-term memory. The fact that long-term visual memory improved is interesting, as this was found to be among the more impaired functions in adolescents with schizophrenia in a report of Oie et al. 1999.

The results indicate also that only the remediation group showed improvements in psychiatric status (measured by Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Lukoff et al. 1986) and on the measure of psychosocial functioning (measured by Global Assessment Scale, GAS; Endicott et al. 1976). These findings are in accordance with previous studies on adults indicating the beneficial effects of cognitive remediation on both cognition (Brenner et al. 1992; van der Gaag et al. 1992) and functioning outcome (Bark et al. 2003).

The overall effects from baseline to the 1-year follow-up were investigated in Ueland and Rund (2005).

The results showed an overall improvement overtime for much of the cognitive variables. The adolescents also showed improved levels of psychosocial functioning and reduced levels of symptoms. Only negative symptoms did not improve significantly, perhaps because these scores were relatively low at baseline. Prior to controlling for IQ no significant between-group differences were evident. After controlling for IQ, the remediation group improved significantly more than the control group in early visual information processing from baseline to the 1-year follow-up. No other between-group differences were found.

The fact that a differential effect emerged at the 1-year follow-up suggests that the visual

Study	Sample	Methods	Criteria for diagnosis	Criteria for outcome	Focused Treatment	Results	Follow-up
Ueland and Rund 2004	N=26 -Experimental group: N=14 Mean age:15.2 SD: 1.1 -Control group: N=12 Mean age:15.4 SD: 0.7	RCT	Criteria for schizophrenia spectrum or other psychotic disorder based on DSM-IV; -Symptoms and psychosocial functioning: BPRS; GAS; -Behavioural functioning: CBCL; -Cognitive measure: SPAN; WCST	-Symptoms and psychosocial functioning: BPRS; GAS; -Cognitive measure: SPAN; WCST	-Symptoms and psychosocial functioning: -30 hours of Cognitive remediation: 4 modules: -Cognitive differentiation -Attention -Memory -Social perception -Psychoeducational treatment : -Parent seminars -Problem-solving sessions -milieu therapy Control group: -Psychoeducational treatment : Parent seminars -Problem-solving sessions -milieu therapy	BPRS total score: Training: 45.1* (11.7) Control: 45.3 (13.2) BPRS positive score Training: 12.7* (5.5) Control: 14.4 (4.4) GAS Training: 40.0** (13.7) Control: 33.3 (14.5) -SPAN Training: 51.5** (7.6) Control: 49.6 (8.2) WCST categories Training: 4.6* (2.0) Control: 4.4 (2.2)	Prior to discharge or after 6 months
Ueland and Rund 2005	N=25 -Experimental group: N=14 Mean age:16.6 SD: 1.1 -Control group: N=11 Mean age:16.8 SD: 0.7	RCT	Criteria for schizophrenia spectrum or other psychotic disorder based on DSM-IV; -Symptoms and psychosocial functioning: BPRS; GAS; -Cognitive measure: SPAN; WCST	-Symptoms and psychosocial functioning: BPRS; GAS; -Cognitive measure: SPAN; WCST	-Symptoms and psychosocial functioning: -30 hours of Cognitive remediation: 4 modules: -Cognitive differentiation -Attention -Memory -Social perception -Psychoeducational treatment : -Parent seminars -Problem-solving sessions -milieu therapy Control group: -Psychoeducational treatment : Parent seminars -Problem-solving sessions -milieu therapy	BPRS total score: Training: 37.9 (12.0) Control: 43.3 (14.6) BPRS positive score Training: 11.6 (4.7) Control: 13.9 (8.4) GAS Training: 48.9 (11.3) Control: 47.3 (9.3) -SPAN Training: 52.1* (16.8) Control: 49.7 (6.1) WCST Training: 5.4 (0.8) Control: 4.8 (1.8)	/
Haddock et al. 2006	N= 309 -Group age <21 years: N=71 Mean age:19.6 SD: 1.6 -Group age >21 years N=233 Mean age:32.9 SD: 9.	RCT	Criteria for schizophrenia spectrum or other psychotic disorder based on DSM-IV; PANSS; SFS; BIS; CALPAS;	PANSS; SFS; BIS; CALPAS;	Experimental group: -CBT + treatment as usual Control group:- -Supportive Counselling + treatment as usual -Treatment as usual alone	Significant difference in the response to treatment between the two age group at 3 months (p=0.05) and at 18 months (p<0.05)	At 3 and 18-month

Table 1. (see the previous page) *RCT of CBT and Cognitive Remediation in VEOS/EOS.*

*Abbreviations and Explanations: BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; GAS: Global Assessment Scale; WCST: Wisconsin Card Sorting Test; SPAN: Span of Apprehension Task ;PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; SFS: Social Functioning Scale; CALPAS: California Therapeutic Alliance Scale; BIS: Birchwood Insight Scale; * $p < 0.05$, ** $p > 0.005$*

processing skills have been consolidated over time in the remediation group and provide further evidence for the results described in a previous report (Ueland, Rund, Borg et al., 2004).

However, the major limitation of studies described so far (Ueland and Rund, 2004; Ueland and Rund 2005) is the small sample size. Power analyses showed that the power to detect differences for the various measures varied between 10% and 71%, confirming a low power for these studies.

3.3 *Psychoeducation and Family Intervention*

First episode psychosis have a great impact on the lives of patients and their families. Yet at onset, social dysfunctions and excessive emotional burden in relatives are present (Reed 2008). This explains why recommendation for treatment of schizophrenic children and adolescents require the combination of psychopharmacological and psychosocial interventions (AACAP 2001). Purpose of psychosocial intervention is to facilitate the community reintegration, reduce symptoms, improve social and communication skills.

Psychosocial approach include specific psychotherapy treatments, educational about illness, and support in social-scholastic activities. An important aspect is the inclusion of social networks in the projects and, given the age of the patients, should not be overlooked school and parents. So must be an integral part of it, the psychoeducational therapy for patients, family intervention, specialized educational support programs, and eventually vocational training programs (AACAP 2001, Stevens & Prince 2012). Specific purpose of psychoeducational programs is providing information about possible course of illness, about symptoms and treatments, and to teach patients and their parents to recognize and prevent the early signs of relapse.

Programs generally include also social skills training, basic life skills training, problem-solving skills and strategies and reduction of high expressed emotion (EE) (AACAP 2001, Stevens & Prince 2012).

In the recent years these techniques have become an integral part of clinical practice of most centres of intervention on psychosis in early age (McGorry 1995) and literature on AOS have been shown that psychoeducational and family work may reduce relapse, increase adherence and compliance, produce a change from high Expressed emotion (EE) to low Expressed emotion (EE) behaviour and improve psychosocial function and quality of life (Guo et al. 2010, Lenior et al. 2001). Yet, there were few search on EOS/VEOS population and often studied including younger patients were not aged specific (Gonzalez-Blanch et al. 2010, Guo et al. 2010). We found only one study specifically made to evaluate efficacy of these techniques in childhood. Rund et al. (1994) examined the outcome of a intensive, psychoeducational treatment program in a group of EOS patients (age 13-18) in comparison with a control group (not random) that received a standard treatment. Experimental program started jet during the inpatient period and included educational program for parents, seminar, problem solving sessions, milieu therapy and networks to improve the integration at school. Clinical outcome was assessed by the number of relapses ,changes in psychosocial functioning (measured by GAS) and level of expressed emotion for families of patients (measured by Camberwell Family Interview, CFI, Vaughn et al. 1976) during the 2 year

treatment. EOS patients benefited from the adjunctive psychosocial program: only 8% had more than one rehospitalization compared with 67% in control group ($p<0.01$).

Psychosocial functioning was nearly significantly ($p= 0.059$) better in experimental group, but EOS with poor premorbid psychosocial functioning benefited most from psychoeducational treatment. Concerning families, 58% (7/12) changed from high to low level of expressed emotion; while EE of parents of standard treatment patients remained high ($p<0.01$). This study suggest the effectiveness of multidisciplinary approach in treatment of EOS and the not secondary role of parents in supporting their child in daily activities.

4. Discussion

In this review we examined studies existing about psychological interventions for child/adolescent with schizophrenia. Of these, we considered psychoeducational interventions, family support, CBT and Cognitive Remediation.

Unfortunately, despite these interventions are part of best practice guideline and minimal standards recommendations (AACAP 2001), the currents studies are not sufficient to demonstrate the utility of an integrated treatment. Indeed, we found a significant gap in the literature regarding psychosocial management of EOS/VEOS.

So many of our questions remained open:

Non pharmacological intervention as psychoeducation, social and family support and behavioral treatments may improve outcome and quality of life of these patients?

Adjunctive psychosocial interventions for patients EOS VEOS are beneficial to improve symptoms, to decrease social dysfunctions, to develop future greater independence, and reduce number of relapses?

Though, as previously mentioned, the results have been encouraging in adults, it is not possible consider them comparable in EOS /VEOS.

Table 2. *Psychoeducation and family support for VEOS/EOS.*

Abbreviations and Explanations: SCID I/P: Structured Clinical Interview for DSM-IV Patient Version; BPRS-E Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded; GAS: Global Assessment Scale

Study	Sample	Methods	Criteria for diagnosis	Criteria for outcome	Focused Treatment	Results	Follow-up
Rund et al. 1994	N=2 Experimental group: N=12 Mean age:16. SD: 1.5 Control group: N=12 Mean age: 16 SD: 1.2	Observational study	Criteria for schizophrenia spectrum disorder based on DSM-III-R (SCID) Symptoms and psychosocial functioning: GAS; BPRS	Symptoms and psychosocial functioning: -GAS Number of relapses during treatment. EE (Expressed Emotion): -CFI	Experimental group: -Parents seminars; -Problem-solving sessions -Milieu therapy; -Networks (rehabilitation program) -Pharmacological therapy Control group: -Individual psychotherapy -Milieu therapy -Pharmacological therapy	GAS Total score: -Experimental group mean: 7.5 SD:19.7 -Control group mean: 7.5 SD:7.9 EE changes: -Experimental group: H-H:5; H-L:7 -Control group: H-H: 12; H-L:0	2 year

With regard to psychoeducational treatment, the conclusions that can be drawn are limited by the nature of available evidence.

Despite the many limitations, findings suggest that psychosocial treatment should be started as early as possible in order to prevent more unfavorable progression and social decline (de Haan et al. 2003).

Rund et al. (1994) found that a extensive program, included a prior hospitalization and an early involvement of the family, rehabilitative and psychoeducative sessions, was more effective and less expensive respect treatment as usual.

Unfortunately this study had methodological problems: small sample and control group was not randomized and examined retrospectively.

Indeed, would be useful to a subsequent observation period for evaluating if initial benefits achieved in treatment were maintained over the time.

A key question following our review of literature about treatment strategies for VEOS/EOS patients is that evaluations of psychological interventions have not usually examined outcomes in relation to a particular patient age group, even though people of different ages may have different therapeutic needs. In this regard, Haddock et al. (2006) found different pattern of response to psychological treatments between younger and older people with recent-onset psychosis. For example, supportive counselling appeared to be of greater benefit than either CBT or treatment as usual in the younger group, and CBT appeared to be of greater benefit to the older group compared with the other two treatment conditions. However, in Haddock et al. 2006, average age for young people was of 19 years.

Future study should include samples of patients EOS/VEOS. They may have significant developmental issues, different to those who develop psychosis later in life, which may need to be taken into account when developing and delivering treatments. For example, as for the young people in Haddock et al. (2006), patients EOS/VEOS may be more likely to be in contact with significant others and to be involved in full-time education, and they may not yet have become established in terms of their home circumstances, relationships or career.

In addition, they are highly likely to be experiencing significant life changes relating to these developmental issues, which may have prevented them from being able to engage fully in structured treatments. More attention may need to be given to motivating young patients to engage in therapy, and it is possible that supportive approaches such as supportive counselling may be more effective in providing this initially. However, it is also possible that once patients are engaged in therapy, CBT may be the most helpful approach. Further investigation of process variables in relation to therapy outcomes is needed to clarify these points. Patients VEOS/EOS are also restricted in relation to the attainment of developmental and social milestones before the onset of psychosis and in addition interruptions in education, employment and peer relationships will further complicate recovery (Hafner 2000). One possible explanation is that skills and level of independence, although clearly affected detrimentally by high levels of symptoms, are in the longer term associated less with symptoms (which are the current focus of medication) and more with other factors such as cognitive dysfunction (Green et al. 2000, 2004; Bryson and Bell 2003). The impact of cognitive dysfunction is felt in numerous domains including interpersonal functioning, independent living, occupational functioning, and skill acquisition in psychiatric rehabilitation (Green et al. 2004).

A logical assumption based on this is that the treatment of cognitive deficit processes at an early stage may be particularly important. Nevertheless, we found that only in Ueland and Rund (2004, 2005) was examined if a cognitive remediation program could be a positive supplement

to psychoeducational treatment program for adolescent with early onset psychosis. No significant differences between two groups were found and in 1-year follow-up the only differential effect was in early visual information processing.

The fact that both groups improved on several measures and that only one differential effect of cognitive remediation was found could be caused by several factors. For example, there may be elements in the psychoeducational approach employed (e.g. problem-solving sessions) which are beneficial for cognition. Several other studies (Spaulding et al. 1999, Roder et al. 2002) have also suggested that psychosocial programmes may enhance cognitive functioning.

However, in Ueland and Rund (2004, 2005), the small sample size reduce the likelihood of detecting significant differences. Because of low statistical power, the results should be interpreted with caution.

Controlled trials using larger samples are necessary in order to further investigate the efficacy of CRT and the effects of psychosocial interventions such as psychoeducation on cognitive functioning.

Future study should also include multiple measures of everyday functioning in order to determine the impact of cognitive remediation on specific types of functioning.

Overall, the findings of our review suggest that age-related issues may be an important area for further research, and may also be important for service planning.

References

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40, 4S-23S.
- Addington J, Lecomte T (2012). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Med Rep* 4, 6.
- Arango C, Moreno C, Martinez S, Parellada M, Desco M, Moreno D, Fraguas D, Gotgay N, James A, Rapoport J (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophr Bull* 34, 341-353.
- Asarnow R J, Tompson MC (1999). Childhood-onset schizophrenia: a follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 8, 9-12.
- Bark N, Revheim N, Huq F, Khalderov V, Ganz ZW, Medalia A (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res* 63, 229-235.
- Basso MR, Nasrallah HA, Olson SC, Bornstein RA (1997). Cognitive deficits distinguish patients with adolescent- and adult-onset schizophrenia. *Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol* 107-112.
- Bechdolf A, Köhn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J (2005). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatr Scand* 112, 173-179.
- Bechdolf A, Veith V, Schwarzer D, Schormann M, Stamm E, Janssen B, Berning J, Wagner M, Klosterkötter J (2005). Cognitive-behavioral therapy in the pre-psychotic phase: an exploratory study. *Psychiatry Res* 136, 251-255.
- Bechdolf A, Wagner M, Veith V, Ruhrmann R, Janssen B, Bottlender R, Moeller HJ, Gaebel W, Maier W, Klosterkötter J (2006) A randomized controlled multicenter trial of cognitive behavior therapy in the early initial prodromal state of psychosis. *Schizophr Res* 1, 71-78.
- Bell M, Bryson G, Wexler BE (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 108, 101-109.

- Birchwood M, Trower P (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *Br J Psychiatry* 188, 107-108.
- Birchwood M, Smith Drury V et al. (1994). A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 62-67.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R et al. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 157, 853-859.
- Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D (2003). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 48, 239-246
- Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull* 18, 21-26.
- Brewer WJ, Wood SJ, Phillips LJ, et al. 2006. Generalised and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophr Bull* 32, 538-555.
- Cornblatt B, Obuchowski M, Schnur D, O'Brien JD (1998). Hillside study of risk and early detection in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172, 26-32.
- Correll CU, Hauser M, Auther AM, Cornblatt BA (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 51, 490-51.1
- Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P (2007). *The Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. Guilford, New York.
- David CN, Greenstein D, Clasen L, Gochman P, Miller R, Tossell JW et al. (2011). Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50, 681-686.
- de Haan L, Linszen DH, Lenior ME, de Win ED, Gorsira R (2003). Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication. *Schizophr Bull* 29, 341-348.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 766-771.
- Frank A F & Gunderson JG (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 47, 228-236.
- Gaston L (1990). The concept of the alliance in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 27, 143-153.
- González-Blanch C, Martín-Muñoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Alvarez-Jiménez M, Rodríguez-Sánchez JM et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *Span J Psychol* 13, 389-395.
- Gotgay N, Sporn A, Clasen LS, Nugent TF 3rd, Greenstein D, Nicolson R, Giedd JN, Lenane M, Gochman P, Evans P, Rapoport JL (2004). Comparison of progressive cortical gray matter loss in childhood-onset schizophrenia with that in childhood-onset atypical psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 61, 17-22.
- Green MF, Kern RS, Heaton RK (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 72, 41-51.
- Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 33, 419-431.
- Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B et al. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry* 67, 895-904.
- Haddock G, Lewis S, Bentall R, Dunn G, Drake R, Tarrier N (2008). Influence of age on outcome of

Psychological interventions in early and very early onset schizophrenia

- psychological treatments in first-episode psychosis. *Br J of Psychiatry* 188, 250-254.
- Hafner H (2000). Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 407, 44–48.
- Hoff A, Harris D, Faustman W, Beal M, DeVilliers D, Mone R et al. (1996). A neuropsychological study of early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 20, 21–28.
- Hoff AL, Sakuma M, Wieneke M, Horon R, Kushner M, Delisi LE (1999). Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 156, 1336–1341.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13, 261–276.
- Kenny JT, Friedman L, Finding RL, Swales TP, Strauss ME, Jesberger J, et al. (1997). Cognitive impairment in adolescents with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154, 1613–1615.
- Krabbendam L, Aleman A (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology* 169, 376–382.
- Kravariti E, Morris RG, Rabe-Hesketh S, Murray RM, Frangou S (2003). The Maudsley early onset schizophrenia study: Cognitive function in adolescents with recent onset schizophrenia. *Schizophr Res* 61, 137–148.
- Kumra S, Wiggs E, Bedwell J, Smith AK, Arling E, Albus K, et al. (2000). Neurocognitive deficits in pediatric patients with childhood-onset schizophrenia and psychotic disorder not otherwise specified. *Schizophr Res* 42, 135–144.
- Kumra S, Oberstar JV, Sikich L et al. (2008). Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull* 34, 60-71
- Kurtz M, Moberg P, Gur R (2004). Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 11, 197–210.
- Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, de Haan L, Schene AH (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 179, 53-58.
- Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, Goldstein MJ (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 26, 333-342.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J (1986). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophr Bull* 578–602.
- Madaan V, Dvir Y, Wilson DR (2008). Child and adolescent schizophrenia: pharmacological approach. *Expert Opin Pharmacother* 9, 2053-2068.
- Medalia A, Aluma M, Tryon W, Merriam AE (2008). Effectiveness of attention training in schizophrenia. *Schizophr Bull* 24, 147–152.
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185, 291–297.
- Morrison AP, Barratt S (2010). What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull* 36, 136-42.
- McGorry PD (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry* 58, 313-322
- McGurk SR, Mueser KT (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res* 70, 147–174.
- McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164, 1791-1802.
- Mueser KT (2000). Cognitive functioning, social adjustment and longterm outcome in schizophrenia.

- In Sharma T, Harvey P (Eds) *Cognition in Schizophrenia: Impairments, Importance, and Treatment Strategies*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 157–177.
- Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 72, 29–39.
- Oie M, Rund BR (1999). Neurocognitive deficits in adolescent-onset schizophrenia compared with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 156, 216–222.
- Pantelis C, Velakoulis D, Wood SJ, Yücel M et al. (2007). Neuroimaging and emerging psychotic disorders: the Melbourne ultra-high risk studies. *Int Rev Psychiatry* 19, 4, 371–81.
- Pilling S, Bebbington P et al. (2002). Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 32, 763–782.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr Bull* 27, 73–92.
- Rabinowitz J, Levine S, Hafner H (2007). A population based elaboration of the role of age of onset on the course of schizophrenia. *Schizophr Res* 91, 254–258.
- Rajji TK, Ismail Z, Mulsant BH (2009). Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 195, 286–293.
- Rector NA, Beck AT, Stolar N (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry* 50, 247–57.
- Reed SI (2008). First-episode psychosis: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 17, 85–91.
- Roder V, Brenner HD, Muller D et al. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 105, 363–371.
- Röpcke B, Eggers C (2005). Early-onset schizophrenia: a 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 6, 341–50.
- Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Naess PO (1994). The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 89, 211–218.
- Rund B (1998). A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 24, 425–435.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 16, 909–28.
- Schimmelmann BG, Philippe C, Cotton S, McGorry PD & Lambert M (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res* 95, 1–8.
- Schothorst PF, Emck C, van Engeland H (2006). Characteristics of early psychosis. *Compr Psychiatry* 47, 438–442.
- Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA (1999). Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 156, 1817–1818.
- Spaulding W, Garbin CP, Dras SR (1989). Cognitive abnormalities in schizophrenic patients and schizotypal college students. *J Nerv Ment Dis* 177, 717–728.
- Stevens JR, Prince JB (2012). Schooling students with psychotic disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 21, 187–200.
- Tulio-Henriksson A, Partonen T, Suvisaari J, Haukka J, Lonnqvist J (2004). Age at onset and cognitive functioning in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 185, 215–259.
- Twamley E, Jeste D, Bellack A (2003). A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2,

Psychological interventions in early and very early onset schizophrenia

359–382.

- Ueland T, Rund B (2004). A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psych Scand* 109, 70–74.
- Ueland T, Rund B, Borg N, Newton E, Purvis R, Wykes T (2004). Modification of performance on the span of apprehension task in a group of young people with early onset psychosis. *Scand J Psychol* 45, 55–60.
- Ueland T, Rund B (2005). Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psych Scand* 111, 193–201.
- Van Der Gaag M, Kern RS, Van Den Bosch RJ, Liberman RP (2002). A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 28, 167–176.
- Vaughn C, & Leff J (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 15, 157-165.

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.